

RelBib

Bibliography of the Study of Religion

<https://relbib.de>

Dear reader,

This is a self-archived version of the following article:

Author: Heller, Birgit
Title: "Sterbekulturen - Die Bedeutung unterschiedlicher kultureller und religiöser Auffassungen für die palliative Betreuung und das Palliativ-Management in der Allgemeinordination"
Published in: Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Facultas
Year: 2011
Pages: 303 – 315
ISBN: 978-3-7089-0719-2

The article is used with permission of [Facultas](#).

Thank you for supporting Green Open Access.

Your RelBib team

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

Sterbekulturen – die Bedeutung unterschiedlicher kultureller und religiöser Auffassungen für die palliative Betreuung und das Palliativ-Management in den Allgemeinordinationen

Birgit Heller

Will man Bedingungen schaffen für ein menschliches und menschenwürdiges Sterben, so ist auf kulturelle und religiös-weltanschauliche Differenzen zwischen Menschen zu achten. Die viel beschworene Interkulturalität und damit auch Interreligiosität gegenwärtigen Lebens und Sterbens verweist letztlich auf Unterschiede zwischen Menschen. Diese Unterschiede drücken sich am Lebensende in verschiedenen menschlichen Sterbekulturen aus, die meist stark in religiösen Weltanschauungen verankert sind. Religion ist ein relativ schwer abgrenzbarer Teil der jeweiligen Herkunftskultur eines Menschen. Die Einstellungen zu Leben und Tod und der Umgang damit sind kulturell-religiös geprägt. Gerade die Erfahrungen von Begrenztheit, von Schmerz, von Verlust und Abschied verleihen religiös-spirituellen Fragen in der palliativen Betreuung ein besonderes Gewicht.

1 Religiöse Kernsätze zur Bedeutung von Leben und Tod

Religionen geben verschiedene Antworten auf die Bedeutung von Leben und Tod.¹ Auffassungen vom Tod sind eng verknüpft mit der Bedeutung und dem Wert, die dem Leben zugeschrieben werden. Aus der Art und Weise, wie die Religionen das Verhältnis zum Tod definieren, lassen sich Grundzüge der Einstellung zum Leben ableiten und umgekehrt.

Charakteristisch für die Vielfalt des Judentums ist der Satz eines früh verstorbenen Rabbiners: „Das Leben fest halten mit offenen Armen“. Obwohl es im Judentum durchaus eine Tradition der Vorbereitung auf den Tod gibt, ist es die hohe Wertschätzung des Lebens, die die jüdische Einstellung zum Tod prägt. Das Judentum gilt als die Religion des Lebens schlechthin, die jeden Bruchteil des Lebens für kostbar und heilig erklärt, teilweise ohne Berücksichtigung der

¹ Ausführlicher zu dieser Thematik vgl. Heller (2003).

Qualität. Der Tod ist nicht gut und kann nur im Ringen um das Leben und im Vertrauen auf die Leben stiftende Macht Gottes angenommen werden.

Im Christentum wird der Tod als Teilhabe an der Auferstehung und am ewigen Leben Jesu Christi aufgefasst. Christus gilt als der Erste der Toten, der den Tod besiegt hat und in dem alle lebendig gemacht werden. Das irdische Leben ist eine dem Zerfall preisgegebene Herberge, die nur ein Durchgangsstadium zum ewigen Leben darstellt. In der Nachfolge Jesu wird das sichere Todesschicksal verwandelt in die Verheißung künftiger Unsterblichkeit.

Dass Gott der Herr über Leben und Tod ist, gilt zwar grundsätzlich auch für Judentum und Christentum, ist aber in besonderer Weise typisch für den Islam. Die Hingabe an den Willen Gottes bildet die Mitte dieser Religion. Leben und Sterben eines muslimischen Gläubigen gehören Gott, da die Dauer des Lebens ganz in Gottes Hand liegt. Das ganze Leben und insbesondere Krankheiten und Sterben werden als eine Prüfung und Vorbereitung betrachtet, der Tod bedeutet die Heimkehr zu Gott.

Aus der Sicht des Hinduismus ist der *Ātman*, das ewige, geistige Prinzip in jedem Menschen, jenseits von Geburt und Tod. Der *Ātman* ist das wahre Selbst des Menschen und hat mit dem vergänglichen Leben eigentlich gar nichts zu tun. Meist wird es einem Irrtum oder dem fundamentalen Nichtwissen zugeschrieben, dass sich das wahre Selbst mit dem vergänglichen irdischen Dasein – dem Kreislauf der Geburten – identifiziert, von dem es sich durch Erkenntnis, liebende Hingabe an einen persönlichen Gott oder uneigennütziges Handeln befreien kann.

Im Buddhismus gilt der Tod als Schlüssel zur Befreiung. Weil die Begegnung mit dem Tod den späteren Buddha, den „Erleuchteten“, dazu brachte, einen Ausweg zu suchen aus dem leidhaften, vergänglichen Dasein, bilden Todesbetrachtungen einen wichtigen Teil der spirituellen buddhistischen Praxis. Der Tod wird als Lehrmeister der Menschen aufgefasst, der das Wesen des Lebens wie ein Spiegel sichtbar macht. Befreiung aus dem vom Tod geprägten Leben ist nur durch Einsicht in die Realität des Daseins, restloses Aufgeben des Lebensdurstes und uneigennütziges Handeln möglich.

2 Kulturen des Sterbens

Das gute Sterben ist nicht für alle Menschen dasselbe Sterben. Diese Feststellung gilt schon für Menschen, die in einem gemeinsamen Kulturraum leben und umso mehr für Menschen verschiedener Kulturen. Professionen, die Schwerkranken und Sterbende betreuen, orientieren sich an einer Leitidee des guten Sterbens, die im Hintergrund ihrer Arbeit steht und diese als Zielvorstellung prägt. Für sich betrachtet bildet die Einsicht, dass das gute Sterben nicht für alle Menschen dasselbe ist, ein Korrektiv für die Belastungen, die aus normativen

Vorstellungen von einem idealen Tod für Betroffene und Professionelle resultieren können. Menschen leben und sterben nicht nach einem Strickmuster. Erweitert um die religiös-kulturelle Perspektive gewinnt die Vorstellung vom guten Sterben viele zusätzliche Facetten. Sie ist Ausgangspunkt der interreligiösen Herausforderung von Palliative Care.

Das Sterben von Menschen findet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vorstellungen und Werte statt. Im Rahmen der palliativen Betreuung wirkt sich die religiös-kulturelle Zugehörigkeit in verschiedenen spezifischen körperlichen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen von PatientInnen und ihren Angehörigen aus. Professionen, die mit Sterbenden und ihren Angehörigen zu tun haben, sind auf ein Basiswissen über verschiedene religiös-weltanschauliche Konzepte und Überzeugungen angewiesen. Die religiöse Orientierung und kulturelle Herkunft eines Menschen ist integrativer Bestandteil des ganzen Sterbeprozesses und muss daher von allen involvierten Professionen entsprechend wahrgenommen werden. Zu den Faktoren, die zu berücksichtigen sind, zählen die Einstellungen zu Leben und Tod, zum „Danach“, zu Leiden und Schmerzerleichterung, zu Ernährung und Körperpflege, zu religiösen Observanzen in der letzten Lebensphase, zu Sterbe- und Totenritualen, zu Verlust und Trauer. Daraus ergeben sich verschiedene Bedürfnisse von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, die Sensibilität und Offenheit auf Seiten der Betreuenden erfordern. Viele Themen und Problemfelder müssten hier erläutert werden – für die palliative Betreuung in den Allgemeinordinationen sind die Kommunikation über den bevorstehenden Tod, die Schmerzbehandlung, der Therapieverzicht oder Therapieabbruch sowie das Trauerverhalten besonders relevant.

2.1 Kommunikation über den bevorstehenden Tod

Angesichts der Vorstellungen über die Rechte und die Autonomie der PatientInnen, die sich in den modernen westlichen Gesellschaften entwickelt haben, hat sich auch die Medizin dem Prinzip der Wahrhaftigkeit in der Kommunikation über Diagnose und Prognose verschrieben. Dem Patienten/der Patientin wird daher eine infauste Prognose grundsätzlich nicht vorenthalten. Im interkulturellen Vergleich wird häufig darauf hingewiesen, dass diese Vorgangsweise etwa in Japan gänzlich unerwünscht und unüblich ist.

Auch in vielen anderen kulturellen Kontexten ist die Frage, inwieweit und zu welchem Zeitpunkt PatientInnen über ihren Zustand aufgeklärt werden, umstritten. Im traditionellen Judentum gilt es als opportun einen schwerkranken Menschen erst zu einem möglichst späten Zeitpunkt mit der Todesnachricht zu konfrontieren, um nicht die Hoffnung und damit die nötige Kraft zum Leben frühzeitig zu zerstören. Erst wenn die Zeichen des herannahenden Todes unübersehbar werden, soll dem Sterbenden die medizinische Prognose mitgeteilt werden. Hingegen möchten die meisten Menschen, die sich einer buddhis-

tischen Tradition zugehörig fühlen, in der Regel so früh wie möglich über ihren Zustand aufgeklärt werden, weil die Vorbereitung auf den Tod und das bewusste Sterben eine zentrale Rolle spielen. Zwar ist die Vorbereitung auf den Tod auch für die meisten muslimischen PatientInnen nicht unwichtig, jedoch kann der Verheimlichung einer schlechten Prognose auch etwas Positives abgewonnen werden, insofern dem kranken Menschen die „menschliche Angst vor dem Tod bis ans Lebensende erspart bleiben“ wird.²

Mediziner in Allgemeinordinationen sind angesichts der kulturell-religiösen Vielfalt moderner Gesellschaften nicht nur dazu aufgefordert nach angemessenen Formen der Kommunikation mit den Patienten zu suchen. Es geht hier nicht allein um die wünschenswerte Aneignung gesprächstherapeutischer Kompetenz, sondern um die fundamentale Auseinandersetzung mit den Werten Wahrheit, Selbständigkeit, Autonomie, Freiheit und ihren unterschiedlichen kulturellen Bedeutungen. Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen müssen sich die Fragen stellen, wer, wann, wie und in welchem Rahmen aufgeklärt werden soll. Kultursensible Kommunikation kann sich dabei natürlich nicht nur auf die religiöse Zugehörigkeit eines Patienten beziehen, sondern muss die Differenzen, die sich darüber hinaus aus der spezifischen Herkunftskultur ergeben, in den Blick nehmen. So ist davon auszugehen, dass sich beispielsweise Muslime, die aus Saudi-Arabien abstammen, von Muslimen mit indonesischer Herkunft ebenso voneinander unterscheiden wie japanische und thailändische BuddhistInnen.

2.2 Schmerzbehandlung

Die Schmerzbehandlung ist ein sensibles Feld, das nicht nur nach medizinischen Maßstäben ausgerichtet werden darf. Schmerz ist immer auch eine Frage der kulturellen und individuellen Interpretation. Nicht immer hat die Beseitigung des körperlichen Schmerzes Priorität. Der körperliche Schmerz stellt manchmal ein geringeres Übel als die Konsequenzen der medikamentösen Schmerzbehandlung (wie Bewusstseinsstrübung oder Verkürzung der Lebenszeit) dar. So können etwa im Kontext des Buddhismus psychisch-spirituelle Dimensionen des Schmerzes das körperliche Schmerzempfinden völlig relativieren. Der Schmerz, der aus der Beeinträchtigung der Wahrnehmungsfähigkeit und der fehlenden Vorbereitung auf den Tod resultiert, kann den Wunsch nach körperlicher Schmerzerleichterung ganz in den Hintergrund treten lassen. Für das Geschick des Menschen nach dem Tod ist der Bewusstseinszustand beim Sterben von entscheidender Bedeutung. Daher wird die Behandlung mit Morphinen bei buddhistischen PatientInnen möglicherweise auf Ablehnung stoßen.

Im Kontext des Judentums hingegen ist es die das Leben verkürzende Wirkung von Schmerzmitteln, die zum Problem werden kann. Der hohe Wert jeder ein-

2 Vgl. Ilklic (2006: 179)

zelen Sekunde des Lebens wird in der Tradition stark betont. Auch wenn die Schmerzbehandlung im traditionellen Judentum überwiegend nicht als Verstoß gegen das religiöse Gesetz betrachtet wird, dürfen starke Schmerzmittel, die den Tod beschleunigen können, jedenfalls nie mit der Absicht das Leben zu verkürzen verabreicht werden.³ Viele jüdische PatientInnen zeigen bis heute eine Abneigung gegenüber Medikamenten und medizinischen Maßnahmen, die eine – wenn auch geringe – Lebensverkürzung zur Folge haben. Auch aus buddhistischer Sicht ist die lebensverkürzende Wirkung starker Schmerzmittel nur tolerabel, wenn der Arzt/die Ärztin mit der Gabe der Schmerzmittel keine Tötungsabsicht verbindet. Es wäre nämlich diese mit der Handlung verbundene Absicht, die nicht für den Patienten, aber für den Arzt/die Ärztin negative karmische Konsequenzen erzeugen würde. Dieser Auffassung liegt das Konzept eines Geburtenkreislaufs zugrunde, in dem jede menschliche Handlung Folgen zeitigt, die sich auf die Rahmenbedingungen weiterer Existenzen auswirken. Obwohl dem Islam (abgesehen von der kleinen Religionsgemeinschaft der Drusen, die im Libanon, in Syrien und Israel leben) die Vorstellungen von Geburtenkreislauf und Karma fremd sind, ist die Einstellung gegenüber der Schmerztherapie der buddhistischen Sicht ähnlich. Es wird zwar auch die strenge Position vertreten, die vor einer Schmerzbehandlung, die die Lebenszeit verkürzt, warnt, überwiegend wird sie jedoch als unproblematisch betrachtet, solange sie nicht mit einer Tötungsabsicht verbunden ist. Grundlage dieser Haltung ist die Überzeugung, dass Gott allein Herr über Leben und Tod des Menschen ist.

2.3 Therapieverzicht und Therapieabbruch

Der westliche Rechtsstandpunkt überantwortet den Verzicht oder Abbruch einer Behandlung der individuellen, autonomen Entscheidung und sieht externe Regelungen nur im Fall der eingeschränkten oder fehlenden Entscheidungsfähigkeit vor. Rechtsauffassungen und ethische Überlegungen beziehen sich aber in vielen Kulturen generell auf die Frage der Zulässigkeit einer Entscheidung des betroffenen Menschen. Die Verfassung von Willenserklärungen ist in den meisten Kulturen unüblich. Für viele PatientInnen aus nicht-westlichen Kulturen stehen die Prinzipien Autonomie und Selbstbestimmung nicht an erster Stelle. Oft ist es die religiöse Überzeugung, die dem Autonomieprinzip starke Grenzen setzt. So widerspricht etwa der für Judentum und Islam gleichermaßen zutreffende Grundgedanke, dass der Körper nicht Eigentum des Menschen ist, sondern als eine von Gott anvertraute Leihgabe behandelt werden muss⁴, dem autonomen Verfügungsrecht. Da auch der Wert der Individualität vielfach dem Zusammenleben nachgeordnet wird, kommt den nächsten Angehörigen

3 Vgl. Nordmann (2006: 25)

4 Vgl. Nordmann (2006: 19) und Ikilic (2006: 169)

in vielen Kulturen eine große Bedeutung in allen Entscheidungsprozessen zu. Die Einflussnahme der Familie kann im transkulturellen Kontext zum Problem werden. Es ist mit den betroffenen Menschen zu klären, ob eine familiäre Intervention als Unterstützung oder aber als ungewollte Einmischung zu betrachten ist. Einheitliche Richtlinien für den Verzicht oder Abbruch einer Behandlung am Lebensende gibt es nicht. Die folgenden Ausführungen geben einen Eindruck von der Vielfalt der Positionen, die innerhalb ein und derselben Religion/Kultur und in verschiedenen Religionen/Kulturen vertreten werden.

In der indischen Hindu-Gesellschaft gibt es derzeit keine klare Meinungsbildung zum Therapieverzicht bzw. Therapieabbruch. So findet sich beispielsweise die Auffassung, dass die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld gut zu überlegen sei. Der Abbruch bereits getroffener Maßnahmen kann jedoch als problematisch erachtet werden.⁵ Das künstlich aufrecht erhaltene Leben wird aber prinzipiell nicht als Wert betrachtet und das Sterben zuhause bevorzugt. In den klassischen Texten der Ayurveda-Medizin, die in die religiös-philosophischen Vorstellungen der Hindu-Traditionen eingebettet ist, wird deutlich verlangt, die hoffnungslos Kranken sterben zu lassen. Der ayurvedische Arzt ist dazu angehalten auf die Todesanzeichen zu achten und die medizinische Behandlung daran zu orientieren und letztlich auch abzuberechnen. Das Ideal des friedvollen Sterbens steht im Widerspruch zu einem künstlich aufrechten Leben. So kann die prinzipielle Verpflichtung der Ärzte auf Gewaltlosigkeit angesichts moderner Medizintechnik heute in der Weise interpretiert werden, dass nicht aggressiv um die Aufrechterhaltung des Lebens gekämpft werden soll.⁶ Eine besondere Rolle im Umgang mit Krankheit und Tod nimmt die Praxis des Sterbefastens ein, die als radikale Form des Verzichts verstanden werden kann. In den Hindu-Traditionen stellt das Sterbefasten unter bestimmten Umständen eine legitime Form des selbst gewählten Todes dar. Sterbefasten ist zwar im Kontext des modernen Selbstmordverbots im heutigen Indien verpönt, wird aber immer wieder praktiziert und teilweise auch ärztlich begleitet.

Die verschiedenen buddhistischen Richtungen und buddhistisch geprägten Kulturen weichen in den Fragen des Therapieverzichts und -abbruchs deutlich voneinander ab.⁷ Beispielsweise werden in Thailand, das sich am Theravāda-Buddhismus orientiert, sowohl der Verzicht als auch der Abbruch lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen weitgehend abgelehnt, hingegen zeigt sich der im Westen lebende tibetisch-buddhistische Lehrer Sogyal Rinpoche sehr offen.⁸ Sogyal Rinpoche weist darauf hin, dass lebensverlängernde Maßnahmen

5 Vgl. dazu die Stellungnahmen moderner hinduistischer in den USA lebender Swamis in: <http://www.hinduismtoday.com/archives/1988/08/1988-08-08.shtml> (14.11.2007); <http://www.himalayanacademy.com/resources/pamphlets/karmaReincarnation.html> (16.11.2007).

6 Vgl. Crawford (2003: 198)

7 Vgl. dazu auch Schlieter (2006: 222ff.)

8 Vgl. Rinpoche (2003: 439ff.)

oder Wiederbelebungsversuche, die nur den Todesprozess hinauszögern, als Störung, extreme Belästigung und Ablenkung empfunden werden können, aber auch die Gefahr mit sich bringen im Sterbenden unnötiges Festhalten, Ärger und Frustration auszulösen. Der Verzicht auf lebensverlängernde medizinische Intervention und Technologie in der engeren Sterbephase, deren Dauer mit Stunden oder Tagen gemessen wird – also im Endstadium einer unheilbaren Krankheit – ist nach Rinpoche statthaft. Allerdings kann auch die künstliche Verlängerung der Lebenszeit für einen Sterbenden mit positiver Geisteshaltung durchaus sinnvoll sein. Der Abbruch einer bereits begonnenen Behandlung ist wegen der Nähe zur aktiven Sterbehilfe mit ihren negativen karmischen Folgen weitaus problematischer und wird deshalb von Rinpoche auf intensivmedizinische Maßnahmen eingeschränkt. Angesichts der modernen Entwicklung wird aus buddhistischer Sicht generell ein weiser und von Mitleid geprägter Einsatz der Technologie gefordert, der allerdings stets darauf bedacht sein muss, ein Sterben zu ermöglichen, das einen spirituellen Fortschritt fördert.

Auch im Judentum werden die Fragen, ob eine Behandlung, die das Leben verlängert, unterlassen werden darf oder ob ein Behandlungsabbruch bei Sterbenden zulässig ist, unterschiedlich beantwortet.⁹ Klar ist jedenfalls, dass sich die Diskussion im orthodoxen und konservativen Judentum lediglich auf den Fall einer schwerkranken, sterbenden Person beschränkt, deren Tod unmittelbar, d.h. streng genommen (wahrscheinlich) binnen drei Tagen, bevorsteht. Eine Minderheit von orthodoxen Rabbinern vertritt die Auffassung, dass alle medizinischen Ressourcen, die dem sterbenskranken Patienten zur Lebensverlängerung dienen, anzuwenden sind ausgenommen gefährliche Prozeduren und experimentelle Therapien. Viele Rabbiner haben das Unterlassen bzw. den Abbruch von bestimmten Behandlungsformen in terminalen Situationen für zulässig erklärt. Die Verlängerung des Lebens sei zwar Gebot, eine Verlängerung des Todes im Todeskampf jedoch nicht geboten. Unterschieden wird zwischen der direkten Behandlung der terminalen Krankheit, die abgebrochen werden kann (z. B. eine Chemotherapie, Dialyse etc.) und der „natürlichen“ Behandlung, die sich auf die Lebensbedingungen des Patienten bezieht und bis zuletzt aufrecht erhalten werden muss. Unter den natürlichen Behandlungsformen ist vor allem die Versorgung des Patienten mit den fundamentalen Lebensgütern Nahrung, Flüssigkeit und Sauerstoff zu verstehen.

Ausgangspunkt der Debatte im Reformjudentum ist die Auffassung, dass ein hoffnungslos Kranker auf natürlichem Weg in Würde sein Leben beschließen soll. Obwohl grundsätzlich das individuelle Gewissen des Menschen und somit der Patientenwille ausschlaggebend ist, gibt es dennoch ganz unterschiedliche Positionen dazu, welche Maßnahmen wann abgebrochen werden dürfen. Unter

⁹ Vgl. dazu Nordmann (2000, 2006)

Reformrabbinern herrscht ein breiter Konsens für Behandlungsabbruch in der letzten Sterbephase, wenn der Tod nur künstlich hinausgezögert wird. Fraglich geworden ist dabei der traditionelle Ausgangspunkt, der eine Person auf dem Totenbett (*goses*) im Blick hat, deren Tod unmittelbar bevorsteht. Diese traditionelle Vorstellung eines natürlich Sterbenden ist von der modernen Medizintechnik überholt. So wird eine Reinterpretation der Kategorie *goses* gefordert, im Sinne eines irreversibel terminal erkrankten Menschen, da die heutige medizinische Realität keine sichere Todesprognose erlaube.

Hintergrund der Überlegungen zum Therapieverzicht im Islam ist die Überzeugung, dass das irdische Leben nur vorläufig ist und der Mensch im Tod zu Gott zurückkehrt. Eine Verschiebung des Todes um jeden Preis scheint daher wenig sinnvoll.¹⁰ In der letzten Lebensphase kann die Erfüllung religiöser Pflichten – wie die Pilgerfahrt nach Mekka – daher wichtiger werden als eine wenig Erfolg versprechende Therapie. Diese Einstellung sollte aber nicht als Fatalismus missverstanden werden, da sich der Mensch immer für sein Handeln vor Gott verantworten muss. Die theologischen Positionen zum Therapieverzicht sind keineswegs einheitlich: So wird die unbedingte Therapiepflicht in medizinisch aussichtslosen Situationen am Lebensende eingemahnt, die Zustimmung zu lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen empfohlen oder aber freigestellt.¹¹ Bereits 1981 wurde im Rahmen der Ersten Internationalen Konferenz für Islamische Medizin in Kuwait für den Verzicht auf künstliche Methoden reiner Lebensverlängerung plädiert.¹² Demnach soll auf medizinische Maßnahmen verzichtet werden, wenn dadurch das Sterben eines Menschen verlängert wird. Die rein künstliche Aufrechterhaltung menschlichen Lebens stellt demnach eine ärztliche Grenzüberschreitung dar. Allerdings ist es schwierig aus islamischer Sicht einen Behandlungsabbruch zu rechtfertigen, da er als unzulässige positive Maßnahme zur Beendigung des Lebens interpretiert werden kann. Ein Recht auf Sterben gibt es für den gläubigen Muslim jedenfalls nicht.

2.4 Abschied und Trauer

Die Regeln für das angemessene Trauerverhalten sind kulturell definiert und variieren beträchtlich entsprechend den unterschiedlichen religiösen Auffassungen über das Wesen des Menschen, die Bedeutung von Leben und Tod, dem jeweiligen Transzendenzbezug und den Vorstellungen über das Weiterleben nach dem Tod.¹³ Die rituelle Unterstützung und/oder Abwehr der Toten zählt meistens zu den Aufgaben der Trauerzeit, die oft mit dem Statuswechsel der

10 Vgl. Ilkilic (2006: 167)

11 Vgl. Ilkilic (2006: 169f.)

12 Vgl. Islamic Code of Medical Ethics (1401/1981)

13 Einen Eindruck von der Vielfalt des Trauerverhaltens in Traditionen und Moderne geben die Beiträge in Heller, Winter (2009)

Toten endet (etwa der Aufnahme in das Totenreich am Ende der Totenreise). So sollen etwa die Toten beim Übergang in eine andere Existenzform (beispielsweise durch Totenopfer und Totenspeisung) unterstützt werden, während sich die Hinterbliebenen durch Abwehrmaßnahmen (wie Trauerlärm oder Trauerschweigen zum Verjagen oder Irreleiten der Totengeister; Unkenntlichmachen durch Namensänderung oder Verhüllen) vor der negativen Kraft der Toten zu schützen versuchen. Generell versuchen Trauerriten das Trauererleben des Menschen mittels ritualisierter Reaktionsformen auf den Tod zu strukturieren. Allerdings haben kulturanthropologische Forschungen ergeben, dass nicht nur das Trauerverhalten, sondern auch das unmittelbare Trauererleben bereits soziokulturell geprägt ist. Eine saubere Trennung zwischen „Natur“ und „Kultur“ ist nicht möglich. Kulturen stellen die Verlusterfahrung eines Menschen in einen Rahmen, der das Trauererleben formt. Viele Kulturen erwarten von den Trauernden emotionale Kontrolle, andere fördern heftige Affektäußerungen, manche beschränken die Trauer auf einige Tage, andere sehen dafür viele Jahre vor. Die Maßstäbe für „normales“ und „pathologisches“ Trauererleben und Trauerverhalten sind soziokulturell bedingt.

In den meisten Kulturen und Religionen wird die Trauer als Domäne der Frauen betrachtet. Verbreitet sind professionelle Klagefrauen, während Klagemänner nur selten auftreten. Frauen werden häufig durch strenger gefasste Ge- und Verbote stärker als Männer zur Trauer verpflichtet oder auch umgekehrt mit Verboten einer als exzessiv verpönten Trauer konfrontiert. Im Hinduismus, im orthodoxen Judentum und im Islam sind Frauen wegen mangelnder Gefühlskontrolle und Selbstbeherrschung von der Bestattung ganz oder teilweise ausgeschlossen. Die übermäßige Klage um die Toten wird in den heute dominanten Weltreligionen abgelehnt – sei es um die Toten nicht zu irritieren oder die Ergebenheit in den Willen Gottes beziehungsweise die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod nicht zu relativieren.

Durch den Wandel im Umgang mit dem Tod in der Moderne haben sich auch die Bedingungen für die traditionellen Trauerriten verändert. Die ritualisierten und in einer Gemeinschaft praktizierten Trauerformen sind in den modernen Gesellschaften zurück oder völlig verloren gegangen. An ihre Stelle ist eine professionelle Trauertherapie getreten. Das derzeit neu erwachte Interesse an Toten- und Trauerriten speist sich wohl aus verschiedenen Wurzeln: Es ist aus der lebendigen Erfahrung der modernen multikulturell und multireligiös geprägten Gesellschaft entstanden und verweist zugleich auf das Ungenügen einer völlig individualisierten Trauertherapie. Während die neue Abschieds- und Ritualkultur boomt, ist die Totenfürsorge in den modernen Gesellschaften aus dem Blick geraten. Nicht die Toten, sondern die Hinterbliebenen stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. In diesem Wechsel der Blickrichtung unterscheiden sich moderne und traditionale Annäherungen an den Tod deutlich.

Trauerriten sind religiös-kulturelle Bewältigungsstrategien des Todes und verleihen Orientierung, sind aber zugleich mit starken Normierungen verbunden. Zu wissen, wie man sich angesichts des Verlustes eines Menschen verhält, was zu tun, zu fühlen und zu denken ist, verleiht den Betroffenen Orientierung. Zu wissen, wie man Trauernden begegnet, was zu tun und zu sagen ist, verleiht den Außenstehenden Orientierung. Universal gültige Standards für Pathologie und Normalität, Konzeptionen der „gelingenden“ beziehungsweise „übermäßigen“ Trauer, sind jedoch sowohl im interkulturellen Vergleich als auch in geschlechtskritischer Perspektive wenig tragfähig. Rituelle und individuelle Trauerprozesse können prinzipiell stark auseinanderklaffen. Das gilt nicht erst für die Moderne, sondern bereits für traditionale Gesellschaften. Sowohl in Trauerriten als auch in den modernen Trauertherapien stehen oft nicht individuelle Bedürfnisse, sondern die gesellschaftliche Erwartung der Anpassung und Funktionsfähigkeit im Vordergrund. Aus soziologischer Sicht dienen Rituale in erster Linie der Gesellschaft, sie halten die soziale Ordnung aufrecht. Insofern sich die einzelnen Mitglieder einer Gesellschaft aufgehoben fühlen im Rahmen einer größeren Solidargemeinschaft können Rituale für sie hilfreich sein. Kulturelle Normen ziehen aber immer auch Grenzen für individuelle Erfahrungen und Bedürfnisse. Vor diesem Hintergrund erscheinen Rituale ambivalent, ob sie hilfreich sind für die Todesbewältigung lässt sich nicht generell beurteilen. Immerhin neutralisiert die interkulturelle Perspektive den Anspruch universaler Gültigkeit und hinterfragt die Maßstäbe für Normalität und Pathologie. Für den Umgang mit trauernden Menschen unterschiedlicher kultureller und religiöser Zugehörigkeit ergibt sich daraus, dass Trauer in ihren zahlreichen Facetten nicht medikalisiert, sondern kompetent thematisiert werden sollte.

3 Probleme und Grenzen des interkulturell-interreligiösen Zugangs

Wir leben heute in multikulturellen Gesellschaften, dennoch sind die Konsequenzen, die sich daraus ergeben, noch längst nicht ausgelotet. Die Dringlichkeit, auf kulturelle und religiöse Unterschiede von Menschen Rücksicht zu nehmen, ist unbestreitbar und wird in den nächsten Jahrzehnten zunehmen. Kritik kann sich lediglich auf die Art und Weise der Darstellung und Vermittlung beziehen. Ein ganz anderes Problembewusstsein herrscht beispielsweise in Großbritannien, das durch seine längere Tradition der Multikulturalität als Kolonialstaat zu einer intensiven Auseinandersetzung angehalten wurde. In der Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe gibt es seit den 1980er Jahren Behelfsmaterial zum Thema Multikulturalität, wo kulturell-religiöse Praktiken und Bedürfnisse, die daraus abgeleitet werden, beschrieben und katalogisiert werden. Die Produktion von Checklisten

und Faktensammlungen wird allerdings den betroffenen Menschen nicht gerecht, weil Kultur nicht alles ist.¹⁴ Faktenwissen wird zu einer Verständnisbarriere, wenn es zur Ausbildung von Stereotypen führt. Kein Individuum ist nur Spiegel einer Kultur oder Religion und ist daher auch nicht mit kulturell-religiösen Normen erfassbar. Der multikulturelle Zugang stößt auf Probleme und Grenzen:

- a) Die rein deskriptive Information über kulturelle und religiöse Praktiken kann dazu beitragen, bereits bestehende Barrieren zu verfestigen, indem Gefühle der Befremdung und Kuriosität angesichts der „ganz anderen“ Umgangsformen mit Sterben und Tod erzeugt werden.
- b) Individuen sind nie nur Spiegelbilder von Kultur. Durch Verallgemeinerung wird die Variation übersehen und der dynamische Prozess, in dem sich ein Individuum innerhalb einer bestimmten Kultur/Religion entwickelt. Religionen variieren im Kontext verschiedener Kulturen hinsichtlich der dominanten Überzeugungen, Praktiken und Symbole. Allgemeine Informationen können nur grobe Anhaltspunkte schaffen, die jeweils individuell mit den einzelnen Personen zu klären sind. So verläuft auch die spirituelle Orientierungssuche in keiner religiösen Tradition notwendigerweise in den vorgeformten Bahnen der institutionalisierten Religion.¹⁵ Die Vorgaben traditioneller Religiosität bilden *eine* Möglichkeit für die individuelle Ausprägung von Spiritualität. In den modernen Gesellschaften ist nicht nur ein Wechsel zwischen religiösen Angeboten möglich, sondern genauso sind vielfältige nicht-organisierte Formen von Spiritualität verbreitet.
- c) Kulturelle Sensibilität gelangt an eine Grenze, wo sie die Verpflichtung gegenüber dem konkreten Menschen überlagert: Maßstab für die palliative Betreuung bleibt ein individueller Mensch und nicht eine religiöse Tradition oder die Auffassungen von religiösen Experten.
- d) Die Geschlechterdifferenz wurde bisher zu wenig beachtet.¹⁶ Es gibt Unterschiede in den Lebens- und Todeserfahrungen der Geschlechter: etwa die (immer noch) einseitig auf Frauen ausgerichtete soziale Verpflichtung zur Fürsorge und Pflege; die Pflegenden bleiben dann häufig als (meist pflegebedürftige) Witwen zurück; Frauen waren (und sind) in den meisten Kulturen für Totenfürsorge und Trauer zuständig und setzten sich in größerer Zahl als Männer mit Sterben und Tod auseinander. Diese traditionell enge Verbindung mit dem Tod wirkt sich nicht zuletzt auch in der Tatsache aus, dass Frauen in den verschiedenen Initiativen der modernen Sterbebegleitung genauso wie in der Palliative Care dominieren.

14 Vgl. Gunaratnam (2003)

15 Oder mit den Worten von Julia Neuberger (1998: 784): „the most striking phenomenon is that few people, however apparently rigorous and orthodox they appear to be, adhere wholly to the attitudes that the textbooks say that they are supposed to hold“.

16 Vgl. dazu beispielsweise Merdinger (1996), Cline (1997), Field et al. (1997) und jüngst Reitingger, Beyer (2010)

Ein Basiswissen als Ausgangspunkt für die Berücksichtigung kulturell-religiöser Unterschiede darf nicht zu rigiden Verhaltensnormen führen, die die persönliche Auseinandersetzung unnötig erscheinen lassen. Es ist hilfreich und lohnend, die verschiedenen Perspektiven auf Leben, Sterben und Tod nicht nur als fremde kulturell-religiöse Eigenarten zu betrachten, sondern sie auch als Facetten eines allgemein-menschlichen Fragehorizonts zu begreifen, der eigene Positionen zur Diskussion stellt, vertieft, anstößt oder auch verschärft. Nicht selten wird daraus eine Gratwanderung zwischen kultursensibler Offenheit und eigenen ethischen Überzeugungen. Die Dimensionen der Interkulturalität und Interreligiosität erfordern in der Palliative Care einen Verständnishorizont, der offen bleibt für den jeweiligen Menschen und hilfreich ist, ein Gefühl zu entwickeln für die möglichen Bedürfnisse eines Menschen – nicht um fixe Leitfäden.

Literatur

- Cline, Sally: Frauen sterben anders. Wie wir im Leben den Tod bewältigen. Lübbe, Bergisch Gladbach 1997.
- Crawford, S. Cromwell: Hindu Bioethics for the Twenty-first Century. State Univ. of New York Press, Albany, NY 2003.
- Dickenson, Donna et al. (eds.): Death, Dying and Bereavement. Sage, London 2000.
- Field, David et al. (eds.): Death, Gender, and Ethnicity. Routledge, London/New York 1997.
- Gunaratnam, Yasmin: Kultur ist nicht alles. Eine Kritik der Multikulturalität in der Palliative Care. In: Heller, Birgit (Hg.), *Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer*. Lambertus, Freiburg i. B. 2003: 145–169.
- Heller, Birgit: Kulturen des Sterbens. Interreligiosität als Herausforderung für Palliative Care. In: Heller, Andreas (Hg.), *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*. Lambertus, Freiburg i. B. 2. erw. Aufl. 2000: 177–192.
- Heller, Birgit (Hg.): *Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer*. Lambertus, Freiburg i. B. 2003.
- Heller, Birgit/Winter, Franz (Hg.): *Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne*. Münster ²2009.
- Hockey, Jennifer Lorna et al. (eds.): *Grief, Mourning and Death Ritual*. Open Univ. Press, Buckingham 2001.
- Ilkic, Ilhan: Patientenautonomie und der muslimische Patient in einer wertpluralen Gesellschaft. In: *Concilium (D)* 37 (2001): 510–521.
- Ilkic, Ilhan: Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen. In: Körtner, Ulrich H.J. u. a. (Hg.), *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen*. Neukirchner, Neukirchen-Vluyn 2006: 165–182.

- Islamic Code of Medical Ethics. Kuwait Document of the First International Conference on Islamic Medicine. Kuwait 1401/1981.
- Merdinger, Joan M.: Women, Death, and Dying. In: Parry, Joan K./Ryan, Angela Shen (eds.): A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion. Nelson-Hall Publishers, Chikago Reprint 1996: 1–8.
- Neuberger, Julia: Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. Huber, Bern 2. vollst. überarb. u. erg. Aufl. 2009.
- Neuberger, Julia: Cultural Issues in Palliative Care: Introduction. In: Doyle, Derek et al. (eds.), Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Univ. Press, Oxford/New York/Tokyo 21998: 777–785.
- Nordmann, Yves: Zwischen Leben und Tod. Aspekte der jüdischen Medizinethik. Lang, Bern 2. überarb. Aufl. 2000.
- Nordmann, Yves: Das Ende des menschlichen Lebens. Aspekte der jüdischen Medizinethik. In: Körtner, Ulrich H. J. u. a. (Hg.), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn 2006: 19–33.
- Parkes, Colin Murray et al. (eds.): Death and Bereavement across Cultures. Routledge, London/New York 1997.
- Reitinger, Elisabeth/Beyer, Sigrid (Hg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Mabuse, Frankfurt a.M. 2010.
- Rinpoche, Sogyal: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Scherz, Bern, überarb. u. aktualisierte Neuausg. 2003.
- Schlieter, Jens: Zwischen Karma, Tod und Wiedergeburt (II). Buddhistische Medizinethik zu Fragen des Lebensendes. In: Körtner, Ulrich H. J. u. a. (Hg.), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn 2006: 209–229.
- Schwikart, Georg: Tod und Trauer in den Weltreligionen. Matthias Grünewald, Ostfildern 2007.
- Weil, Alfred (Hg.): Im Spiegel des Todes. Beiträge zu Tod und Sterben aus buddhistischer Sicht. Deutsche Buddhistische Union, München 1995.