

Markus Lehner

Sterben in Würde. Die Begleitung Sterbender durch Seelsorger und Ärzte

Wenn es ans Sterben geht, holt man den Arzt und den Pfarrer! – Dieser Impuls ist tief im kulturellen Gedächtnis europäischer Gesellschaften verankert und war bis ins 20. Jahrhundert hinein eine unmittelbar einleuchtende Plausibilität, die nicht weiter hinterfragt zu werden brauchte. Wird dies auch für das 3. Jahrtausend gelten?

Das Umfeld, in dem Menschen sterben, hat sich bereits im Laufe des 20. Jahrhunderts dramatisch verändert, wie etwa Vergleichszahlen aus den USA deutlich machen: Noch 1920 betrug das durchschnittliche Lebensalter 49 Jahre, 50% der Verstorbenen waren jünger als 20 Jahre, 80% verstarben zu Hause. 70 Jahre später, im Jahr 1990, wurden die Menschen im Schnitt 80 Jahre alt, nur 2% der Verstorbenen waren jünger als 20 Jahre, und 80% starben in einer Institution.¹ Eine deutsche Studie zeigt, dass 50% der Menschen in Krankenhäusern und 21% in Alten- und Pflegeheimen sterben.² Bei Alleinlebenden, Verwitweten, Ledigen, Geschiedenen liegt dieser Wert beträchtlich höher, wobei der Trend von den Krankenhäusern hin zu Alten- und Pflegeheimen geht. In der Tendenz trifft diese Entwicklung auch für Österreich zu.

Die Tatsache, dass Sterben immer seltener zu Hause, im alltäglichen Lebenszusammenhang stattfindet, sondern in einem institutionellen Rahmen, wurde in der wissenschaftlichen Diskussion lange Zeit mit einer Verdrängung des Todes aus dem öffentlichen Bewusstsein in Zusammenhang gebracht. Die Frage nach Ursache und Wirkung blieb dabei in der Schwebe. War die Tatsache, dass Menschen nun vorwiegend in Krankenhäusern und Alten- beziehungsweise Pflegeheimen starben, die Ursache dafür, dass man sich öffentlich kaum mehr mit dem Thema beschäftigte, nach dem Motto: Aus den Augen – aus dem Sinn? Oder war es die moderne Lebenskultur mit ihrem Leistungs- und Jugendlichkeitswahn, die dem Tod nicht mehr ins Auge schauen wollte und die Sterbenden deshalb in Anstalten kasernierte?

Seit den 1980er Jahren ist eine neue Entwicklung zu bemerken. Zunehmend machte sich Unzufriedenheit darüber breit, wie man in Institutionen des Gesundheitswesens mit dem Sterben von Menschen umgeht; wie es in diesem Umfeld tendenziell als ‚Systemversagen‘ an den Rand gedrängt und in Hinterzimmer abgeschoben wird. In der Hospizbewegung,

¹ Vgl. Stein Husebö/Bettina Sandgathe-Husebö, Der sterbende, alte Patient. Der Alltag alter, schwerkranker Patienten, in: Andreas Heller/Katharina Heimerl/Stein Husebö (Hg.), Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, Freiburg i. Br. 1999, 161–173.

² Vgl. Andreas Heller/Katharina Heimerl/Stein Husebö (Hg.), Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun (s. Anm. 1), 23.

aus Sicht von Andreas Heller „eine der bemerkenswertesten Bürgerbewegungen der 80er und 90er Jahre im deutschsprachigen Raum“, engagierten sich Menschen in zahlreichen Initiativen dafür, ein würdiges, menschliches Sterben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen. Die Hospizbewegung hat es sich zum Programm gemacht, „schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen ... bei den letzten Schritten ihres Weges beizustehen“. Der Blick richtete sich dabei zunächst auf die institutionelle Ebene: Hospiz-Einrichtungen sollten ein geeignetes Umfeld für die letzte Lebensphase bieten.

Parallel dazu ist in vielen europäischen Ländern eine Diskussion über Sterbehilfe in Gang gekommen. Argumentiert wird mit dem Recht auf eine autonome Entscheidung über das eigene Leben und sein Ende. Unter bestimmten Bedingungen soll es möglich sein, aktiv den Todes-eintritt von sterbenden oder schwer kranken Menschen herbeizuführen. In den Niederlanden trat im April 2002 das erste europäische Euthanasiegesetz unter dem offiziellen Titel „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ in Kraft. Belgien folgte Ende September 2002 mit einem noch weiter reichenden Euthanasiegesetz, in weiteren europäischen Ländern gibt es mehr oder weniger starke Initiativen in dieser Richtung.

Wo bleiben Arzt und Pfarrer in dieser dynamischen Entwicklung? Wie sehen diese beiden klassischen Professionen den Wandel gesellschaftlicher Einstellungen zum Sterben? Wie definieren sie selbst ihre Rolle im geänderten Umfeld? Eine in den Jahren 2003/04 in Oberösterreich durchgeführte empirische Studie setzte sich zum Ziel, diesbezüglich nähere Aufschlüsse zu bekommen.³ Im Mai 2003 wurde eine Vollbefragung unter den katholischen Seelsorgern und Seelsorgerinnen sowie unter den Allgemeinmedizinerinnen in Oberösterreich durchgeführt. Auf Seiten der Ärzte wurden 690 Fragebögen ausgesandt, mit einem Rücklauf von 154 Fragebögen konnte eine Beteiligung von 22,3% erreicht werden. Auf Seiten der Seelsorger wurden an 507 Adressen Fragebögen ausgesandt, der Rücklauf belief sich mit 140 Fragebögen auf 27,6%. Überdurchschnittlich hoch war die Beteiligung bei jüngeren Medizinerinnen aus dem ländlichen Raum und bei Seelsorgern aus dem städtischen Raum. Beide Berufsgruppen sind übrigens nach wie vor männliche Domänen: Neun von zehn Allgemeinmedizinerinnen sind Männer, und dass auf Seiten der Seelsorger im Rücklauf der Frauenanteil mit 15% etwas höher liegt, ist im Wesentlichen auf die hohe Beteiligung von Krankenhaus- und Altenheimseelsorgerinnen zurückzuführen.⁶

³ Ebd., 9.

⁴ *Hospiz Österreich*, Die letzten Schritte des Weges. Ansichten. Einsichten. Aussichten. Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich, Wien 2003, 4.

⁵ Vgl. Franz Gruber/Ansgar Kreutzer/Markus Lehner/Tanja Muckenhuber, Sterben in Würde. Eine empirische Studie über die Begleitung Sterbender durch Seelsorger und Ärzte (ICW-Forschungsberichte, Nr. 3), Linz 2004. Die Studie wurde am 16. Juni 2004 an der KTU-Linz präsentiert.

⁶ Auf Basis dieses Geschlechterverhältnisses und im Interesse der Lesbarkeit werden in diesem Beitrag nur die männlichen Formen verwendet.

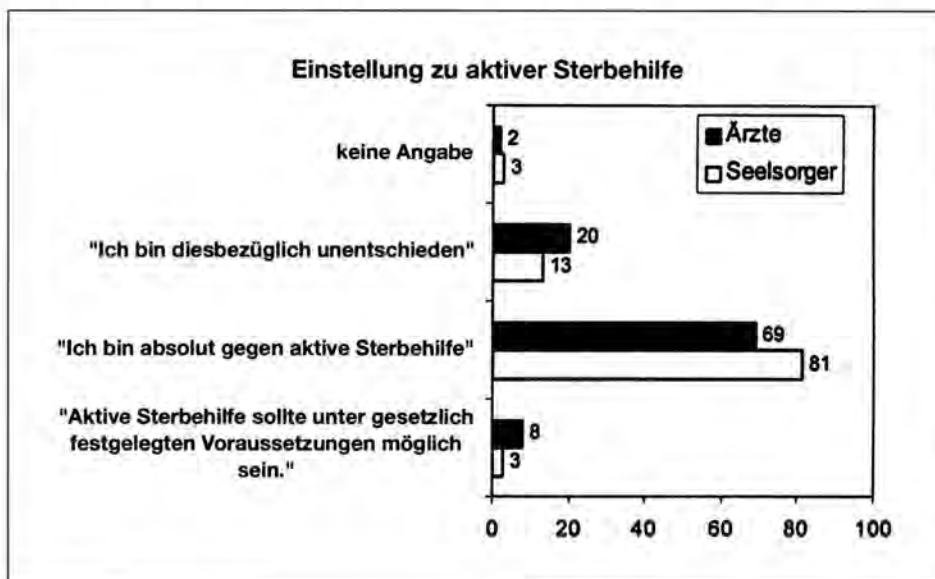
Sterben als gesellschaftliches Thema

Die Diskussion über den Umgang mit Tod und Sterben in der modernen Gesellschaft ist von Ambivalenz geprägt. Sehen die einen die Verdrängung des Todes aus dem persönlichen und gesellschaftlichen Leben als Signum unserer Zeit, so diagnostizieren andere mit Blick auf Kunst und Medien, dass die Thematik des Sterbens aktuell wieder verstärkt in der Öffentlichkeit diskutiert wird, ja eine gewisse Faszination auslöst.

Diese Ambivalenz spiegelt sich auch in der vorliegenden Untersuchung wider. Zwei Drittel der Ärzte und vier von fünf Seelsorgern sind der Ansicht, der Gedanke an das eigene Sterben sei von den Menschen immer mehr verdrängt worden. Eine ähnliche Mehrheit sieht andererseits eine aktuelle Tendenz, das Thema Sterben wieder verstärkt in der Öffentlichkeit zu diskutieren, und sie fordert dies auch ein:

„Sterben ist ein Teil des Lebens. Man sollte sich mit dem Thema öffentlich auseinander setzen“, sagen 97 % der Seelsorger und 93 % der Ärzte.

Dabei riskiert man natürlich, dass diese öffentliche Auseinandersetzung von den gesellschaftlich vorherrschenden Mentalitäten geprägt ist. „Für den Idealtypus des modernen säkularisierten Menschen sind das Leben und sein Körper Instrumente für seine Zwecke und nicht mehr Eigentum Gottes oder einer weltlichen Herrschaftsinstanz, sondern persönliches Eigentum“, stellt Klaus Feldmann im Blick auf Tod und Sterben fest.⁷ Wer sich als Herr über sein eigenes Leben versteht, will auch Herr über sein Sterben sein. Wenn im Leben Selbstverwirklichung und Autonomie hohe Priorität haben, dann liegt es nahe, auch Form und Zeitpunkt des Sterbens selbst zu gestalten und zu steuern. Diese Einstellung bildet den Humusboden für die aktuelle Diskussion um aktive Sterbehilfe.



⁷ Klaus Feldmann, *Sterben und Tod*, Opladen 1997, 97.

Wie stehen die befragten Berufsgruppen zu dieser Diskussion? Dass Seelsorger eine überwiegend ablehnende Haltung zur aktiven Sterbehilfe einnehmen würden, war angesichts der klaren kirchlichen Position in dieser Frage zu erwarten. Überraschend war hier eher, dass 13% der Seelsorger einräumten, diesbezüglich keine klare Position zu haben, und einige sogar aktive Sterbehilfe befürworteten. Dass jedoch auch sieben von zehn Allgemeinmediziner absolut gegen aktive Sterbehilfe sind (im Vergleich dazu acht von zehn Seelsorgern), zeigt doch eine überraschende Übereinstimmung in dieser Frage zwischen beiden Professionen. Nur 8% der Ärzte befürworten aktive Sterbehilfe unter gesetzlich festgelegten Voraussetzungen. Auch wenn sich daraus nicht unmittelbar der Schluss ziehen lässt, dass alle prinzipiellen Gegner einer aktiven Sterbehilfe unter den Ärzten ihre Mitwirkung bei Vorliegen einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage verweigern würden, so sind auf Basis dieser Daten doch Zweifel berechtigt, wie weit ein entsprechendes Angebot von Seiten der Ärzteschaft flächendeckend gewährleistet werden könnte, ohne viele Mediziner in große persönliche Gewissenskonflikte zu stürzen.

Der Faktor Religion

Spielt es im Prozess der Sterbebegleitung eine Rolle, welchen Sinn jemand Leben und Tod beimisst? Jedenfalls stellen Sterbensranke und ihre Angehörigen in dieser Situation derartige Fragen. 58% der Seelsorger erleben immer bzw. häufig (36% selten), dass sie von Sterbenden oder ihren Angehörigen mit Fragen nach dem Sinn des Lebens konfrontiert werden. Dies entspricht durchaus der traditionellen Rollenzuschreibung. Doch eine klare Rol-

lenaufteilung zwischen ärztlich-medizinischer Versorgung und seelsorglicher Begleitung erweist sich als Klischee. Immerhin 34% der Ärzte erleben ebenfalls immer beziehungsweise häufig, dass derartige Fragen an sie gerichtet werden.

Dass Fragen der Sinndeutung keineswegs einseitig als Kompetenz der Seelsorger gesehen werden, entspricht auch durchaus dem ärztlichen Selbstverständnis. Fast Dreiviertel der Ärzte (72%) erachten es als eine ihrer vorrangigen Aufgaben, für ihre Patienten Gesprächspartner zu Fragen über Leiden, Sterben und Tod zu sein. Auch andere Betreuungsmaßnahmen, die über den engen Rahmen medizinischer Versorgung hinausreichen, sehen Ärzte als vorrangige Aufgaben: die Angehörigen betreuen und begleiten (87%), Trost und Ermunterung spenden (79%), emotionale Zuwendung geben (73%). Offensichtlich schlägt sich in diesen Umfrageergebnissen ein ganzheitliches Verständnis der Betreuung Sterbender in der Ärzteschaft nieder.

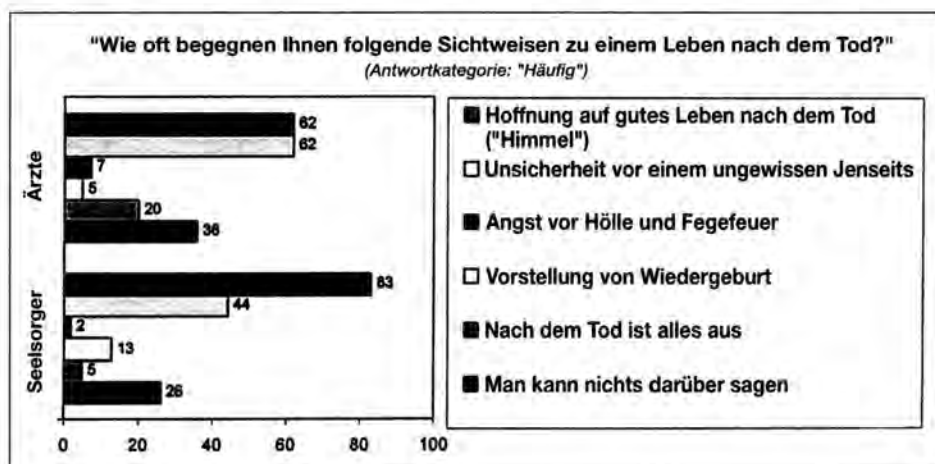
Die Seelsorger selbst sehen erwartungsgemäß zu 94% das seelsorgliche Gespräch als ihre Kernkompetenz. Knapp dahinter reihen sich mit 93% die Begleitung der Angehörigen, mit 91% das Spenden von Trost und Ermunterung, mit 74% die psychische Betreuung der Sterbenden und mit 69% die emotionale Zuwendung ein.

Die Fremdeinschätzung der Aufgaben der anderen Profession differiert erheblich von diesen Selbsteinschätzungen. Nur 23% der Seelsorger können sich vorstellen, dass es eine wichtige Aufgabe der Ärzte sein könnte, Gesprächspartner für Fragen über Leiden, Sterben und Tod zu sein. Auch andere Werte liegen weit unter jenen der Selbsteinschätzung der Ärzte, etwa emotionale Zuwendung (34%), Trost und Er-

munterung (52%), Angehörige betreuen und begleiten (41%). Seelsorger neigen offenbar stark dazu, die Ärzte auf medizinische Kompetenzen festzulegen, und alles, was in Richtung seelsorglicher Vollzüge geht, als eigene Kompetenz zu reservieren.

Einig sind sich beide Berufsgruppen darin, dass religiöse Überzeugungen auch heute noch ein Tröstungspotenzial haben. Immerhin 93% der Seelsorger und 86% der Ärzte erleben immer beziehungsweise häufig, dass ein fester Glaube Sterbenden hilft, ihre Situation zu bewältigen.

figer dagegen ist eine diffuse Jenseitsvorstellung, die zwar ein Weiterexistieren nach dem Tod annimmt, diesem aber mit Unsicherheit begegnet. 44% der Seelsorger treffen eine solche Ansicht häufig an. Eine gewisse, wenn auch keine ausschlaggebende Rolle spielen Vorstellungen von Wiedergeburt (13%). Einer dezidiert atheistischen Position, für die nach dem Tod alles aus ist, begegnen sie selten (5%). Die eher agnostisch zu nennende Antwort, „Man kann nichts darüber sagen“ trifft immerhin ein Viertel der befragten Seelsorger häufig an.



Doch wie sieht dieser Glaube näher aus, welchen Vorstellungen begegnen sie? Seelsorger begegnen am häufigsten Ansichten, die der traditionell-christlichen Aussage vom „Himmel“ entsprechen oder verwandten Vorstellungen eines guten Lebens nach dem Tod (83%). Deren ebenfalls in der traditionellen christlichen Eschatologie verankertes negatives Gegenbild, die Angst vor Hölle und Fegefeuer, scheint kaum mehr eine Rolle in den Glaubensvorstellungen der Menschen zu spielen. 54% der Seelsorger treffen diese Vorstellung selten, 31% sogar nie an. Häu-

Die Ergebnisse bei den Ärzten zeigen grundsätzlich eine ähnliche Tendenz an, relativieren einige Häufigkeitsverteilungen aber doch deutlich. Vor allem die positive Eschatologie ist nach Erfahrung der Ärzte nicht so deutlich vertreten, wie dies bei den Seelsorgern der Fall ist. Der „Hoffnung auf ein gutes Leben nach dem Tod (Himmel)“ und der „Unsicherheit vor einem ungewissen Jenseits“ begegnen Ärzte gleich häufig. Deutlich stärker ist die atheistische Position vertreten, die von 20% der Ärzte häufig angetroffen wird. Häufiger ist hier auch die agnostische Position:

Immerhin mehr als einem Drittel der Ärzte (36%) begegnet häufig die Aussage, man könne nichts über ein Leben nach dem Tod sagen.

Diese Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hängen vermutlich mit den unterschiedlichen Kontaktstrukturen zu Sterbenden und ihren Angehörigen zusammen. Während die Ärzte prinzipiell unabhängig von Glaubensentscheidungen die Betreuung Sterbender übernehmen, ist die Kontaktaufnahme Schwerkranker und ihrer Angehörigen mit Seelsorgern durch den Glaubenshintergrund geprägt.

Wer sich als Gesprächspartner über letzte Dinge versteht, muss auch selbst Position beziehen. Mit offener Antwortmöglichkeit wurden die Befragten eingeladen, ihre persönlichen Hoffnungen auf ein Leben nach dem Tod zu beschreiben. Bei den Seelsorgern stehen eschatologische Topoi im Vordergrund, die weitgehend repräsentativ für den theologischen und spirituellen Diskurs sind. Dabei werden sozusagen „entmythologisierte“ und existenziell formulierte Beschreibungen christlicher Jenseitshoffnung („Vollendung“, „Heil“, „Ziel“, „Treffen mit Gott“) der traditionellen theologischen, auch biblischen oder liturgischen, Semantik („Auferstehung“, „ewiges Leben“) vorgezogen. Nicht genannt werden die negativen Gehalte christlicher Eschatologie („Endgericht“, „Hölle“, „Fegefeuer“).

Dieser Befund deckt sich mit aktuellen Untersuchungen der Religionssoziologie. So hat Michael N. Ebertz in einer Studie über homiletische Literatur festgestellt, dass mit dem Wechsel vom 19. ins 20. Jahrhundert ein Wandel der Eschatolo-

gie als christlicher „Lehre von den letzten Dingen“ stattfand. Entgegen dem alten eschatologischen Code, wo Himmel (Fegefeuer) oder Hölle als zweifacher Ausgang des Endgerichts noch mehr oder weniger gleich wahrscheinliche Alternativen bildeten, werden die Inhalte einer negativen Eschatologie nun mehr und mehr zurückgedrängt. Der „Himmel“ tritt als entscheidende, fast einzige eschatologische Aussicht in den Vordergrund.⁸ Dem entspricht eine Neuakzentuierung des Gottesbildes. An die Stelle der Gerechtigkeit Gottes tritt die einseitige Betonung seiner Barmherzigkeit. Der gerechte, auch strafende Gott wird zum „lieben Gott“: „Der ‚liebe Gott‘ ist zur Leitformel, zur Basisorientierung in der eschatologischen Verkündigung geworden und regiert dementsprechend das neue homiletische Auslegungs- und Anweisungsschema.“⁹

Bei den Ärzten sticht zunächst ins Auge, wie vielfältig die Antworten auf die offene Frage nach den Hoffnungen auf ein „Leben nach dem Tod“ ausfallen. Neben Antworten, die eher den Vorstellungen christlicher Eschatologie entsprechen (Auferstehung, Erlösung, Kontakt zu Gott) finden sich Nennungen, die einer wenig konkreten, aber doch vorhandenen Jenseitshoffnung zuzuordnen sind (Weiterleben der Seele, Übergang in einen anderen Zustand), Vorstellungen, die eine Nähe zu fernöstlichen oder buddhistischen Glaubensinhalten aufweisen (Wiedergeburt, Unendlichkeit, Nirvana) und eine recht diesseitsbezogene Hoffnung, die auf ein Weiterleben in der Erinnerung vertraut. Ebenso werden typisch agnostische Formulierungen wie: „alles ist möglich“ oder „nicht beschreibbar“ gewählt.

⁸ Vgl. Michael N. Ebertz, *Die Zivilisierung Gottes. Der Wandel von Jenseitsvorstellungen in Theologie und Verkündigung*, Ostfildern 2004.

⁹ Ebd., 343.

Betreuung im Netzwerk

Stärker noch als der Bevölkerungsdurchschnitt befürworten es Ärzte (mit 95%) und Seelsorger (mit 94%), dass Menschen ein Sterben zu Hause ermöglicht werden soll. Dazu braucht es jedoch ein dichtes Netzwerk, das neben den Allgemeinmedizinerinnen und Seelsorgern auch die Angehörigen, ehrenamtliche Besuchsdienste sowie professionelle mobile Pflege- und Betreuungsdienste umfasst, bei dem zumindest phasenweise auch Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Hospizdienste ins Spiel kommen.

Die meisten Allgemeinmediziner und Seelsorger sind mit einiger Regelmäßigkeit in ihrem Berufsalltag mit der Betreuung und Begleitung von Sterbenden konfrontiert. Vier Fünftel der Ärzte und zwei Fünftel der Seelsorger geben an, mehr als zehn Sterbende pro Jahr zu betreuen. Die Mehrzahl erlebt diese Tätigkeit dennoch nicht als Teil der Arbeitsroutine. Menschen vor dem Sterben zu sehen, löst emotionale Betroffenheit aus. Insbesondere die Ärzte fühlen sich durch die Betreuung Sterbender psychisch belastet. Es fällt ihnen schwer, ehrlich zu sagen, wenn medizinisch nichts mehr zu machen ist. Trotz dieser Belastungen erleben 81% der Ärzte und 89% der Seelsorger gerade diese Tätigkeit als eine Bereicherung.

Dabei erfahren die beiden Berufsgruppen einander als Ergänzung, und sie betonen mehrheitlich die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit. In der Realität stellen allerdings 71% der Seelsorger und 49% der Ärzte diesbezüglich Defizite fest. In diesen unterschiedlichen Zahlen kommt eine prinzipielle Differenz der jeweiligen Rollen zum Ausdruck. Während die Ärzte mehr oder weniger selbstverständlich aufgrund ihrer medizinischen

Kompetenz eine Rolle im Prozess haben, sind die Seelsorger darauf angewiesen, dass ihnen diese von Sterbenden und Angehörigen zugewiesen wird. Auch 84% der Ärzte würden im konkreten Fall die Zusammenarbeit mit einem Seelsorger vom ausdrücklichen Wunsch des Sterbenden abhängig machen. Relativ selbstverständlich sind die Seelsorger erst beim Begräbnis gefragt. Seelsorgliche Rituale mit Sterbenden, vor allem die Beichte, sind dagegen auch in katholischen Gebieten zum Minderheitenprogramm geworden. So geben nur 28% der Seelsorger an, bei mehr als der Hälfte der Begräbnisse mit den Sterbenden zuvor das Sakrament der Krankensalbung gefeiert zu haben, bei der Beichte sinkt dieser Wert auf 4%.

Was beide Berufsgruppen eint, ist die Erkenntnis, unzureichend für die Begleitung und Betreuung Sterbender ausgebildet zu sein. Nur 12% der Ärzte und 14% der Seelsorger sind mit ihrer diesbezüglichen Ausbildung zufrieden. Die Fortbildungsbereitschaft ist vor allem bei den Ärzten groß, sie stehen aber auch kritischer als die Seelsorger dem bestehenden Fortbildungsangebot gegenüber.

Das Betreuungsnetzwerk rund um schwerkranke Menschen nehmen Seelsorger durchaus anders wahr als Ärzte. Dass die Hauskrankenpflege häufig in die Betreuung Sterbender eingebunden ist, sehen 81% der Ärzte, aber nur 54% der Seelsorger, bei den mobilen Altenpflegediensten liegen die Werte bei 70% für die Ärzte und nur bei 44% für die Seelsorger. Dies lässt darauf schließen, dass Seelsorger den Alltag der Betreuungs- und Pflegearbeit nicht in demselben Maß mitbekommen wie die Ärzte. Dagegen weisen Seelsorger den ehrenamtlichen Besuchsdiensten eine doppelt so bedeutende Rolle zu wie die Ärzte. Ein Viertel der Seelsorger

sieht sie häufig am Bett Sterbender, von den Ärzten ist dies nur jeder Achte. Diese unterschiedliche Wahrnehmung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in vielen Pfarren ehrenamtliche Krankenbesuchsdienste bestehen. Auch die Rolle von Hospizstationen und mobilen Hospizdiensten wird von Seelsorgern im Vergleich zu den Ärzten überdimensional stark wahrgenommen. Nur etwa einer von zehn Ärzten sieht sie häufig eingebunden, dagegen drei von zehn Seelsorgern.

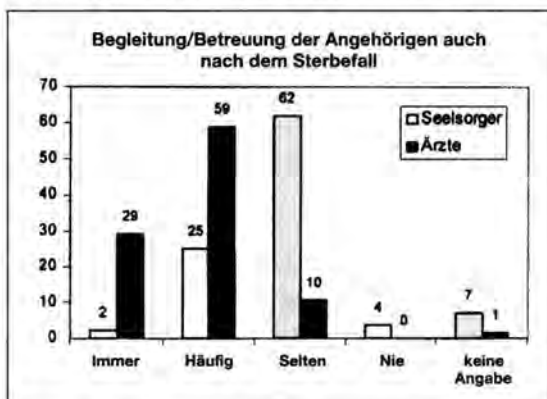
Erhebliche Unterschiede gibt es auch in der Beurteilung der Rolle der Angehörigen. Die Ärzte betonen um vieles stärker deren Bedeutung und trauen ihnen auch wichtige Aufgaben zu. Die Seelsorger sind in dieser Beziehung äußerst skeptisch, was bei den Möglichkeiten pflegerischer Betreuung wohl auf mangelnden Einblick zurückzuführen ist. Dass aber nur 14% der Seelsorger den Angehörigen zutrauen, Gesprächspartner für Fragen über Leiden, Sterben und Tod zu sein, ist doch erstaunlich. Vor dem theologischen Anspruch des Zweiten Vatikanischen Konzils ist dieses Misstrauen gegenüber der Kompetenz getaufter und gefirmter Gläubiger kaum zu rechtfertigen, und wenn dieser Eindruck

den praktischen seelsorglichen Erfahrungen entspringt, so stellt dies der eigenen pastoralen Tätigkeit ein schlechtes Zeugnis aus.

Es ist offenbar zudem der Ausnahmefall, dass Seelsorger die Begleitung der Angehörigen auch nach dem Sterbefall weiterführen. Nur 2% der Seelsorger geben an, dies immer zu tun, exakt ein Viertel häufig und 62% selten. Demgegenüber erklären 29% der Hausärzte, immer nach dem Tod des betreuten Patienten diesbezüglich noch Gespräche mit den Angehörigen zu führen, 59% tun dies häufig, nur 10% selten. Der Schluss liegt nahe, dass für die Angehörigen als Gesprächspartner eher die Hausärzte als die Seelsorger für die Bewältigung ihrer Trauer über den Todesfall in Anspruch genommen werden.

Beide Berufsgruppen fühlen sich relativ gut über die Hospizbewegung und ihre Arbeit informiert und sind überzeugt davon, dass diese im Umgang mit dem Thema Sterben eine immer wichtigere Rolle spielen wird. In Bezug auf ihre gesellschaftliche Breitenwirkung sind allerdings die Seelsorger skeptischer als die Ärzte und vermuten zu 43%, dass sie auch in Zu-

kunft nur wenige Sterbende erreichen wird. Dies spiegelt sich auch in einem äußerst zurückhaltenden Engagement der Seelsorger bei den aktuellen öffentlichen Bemühungen um den flächendeckenden Aufbau einer Hospiz- und Palliativversorgung wider, in Oberösterreich etwa im Rahmen eines Mobilen OÖ Hospizplanes.¹⁰ So ist es nicht verwunderlich, dass sie in diesen Planungen keine Rolle spielen.



¹⁰ Vgl. Amt der OÖ Landesregierung (Hg.), Präsentation der Studie 'Integrierte mobile Palliativversorgung' beziehungsweise 'Mobiler OÖ. Hospizplan', Landeskorrespondenz, Medien-Info vom 12. Nov. 2003.

Sterben in Stadt und Land

Generell geht man heute davon aus, dass sich ländliche und städtische Lebensweise zunehmend einander annähern. Massenmedien und Bildungseinrichtungen sorgen dafür, dass beinahe flächendeckend ein weitgehend ähnliches kulturelles Angebot zur Verfügung steht. „Die urbane Modernisierung hat das Land überrollt und mit ihm jede Alternative zum Entwicklungsmodell der Stadt“¹¹, meint etwa Klaus Seitz und spricht von einer Kolonisierung des Landes. Gilt dies auch für den Umgang mit dem Sterben, oder gibt es hier doch noch charakteristische Unterschiede zwischen Stadt und Land? Die Studie ergab tatsächlich signifikante Zusammenhänge wichtiger Ergebnisse mit dem Lebensumfeld, die sich im Wesentlichen auf zwei Faktorenbündel reduzieren lassen:

Der ländliche Raum ist zum einen immer noch durch einen stärkeren Einfluss traditioneller christlicher Wertvorstellungen geprägt. Die von den Seelsorgern in der Sterbephase begleiteten Personen waren in den Landpfarren erheblich häufiger regelmäßige Kirchgänger als in den städtischen Pfarren. Geben von den Seelsorgern aus dem ländlichen Raum beinahe drei Viertel an, am häufigsten regelmäßige Kirchgänger zu begleiten, so ist dies bei den städtischen Seelsorgern nicht einmal die Hälfte. Auch christliche Deutungsmuster sind offenbar im ländlichen Raum noch immer stärker verankert als in den Städten. Dies zeigt sich bei der Frage nach den ‚Jenseitsvorstellungen‘, denen Seelsorger begegnen. Vorstellungen von Wieder-

geburt sind in der Stadt eindeutig häufiger anzutreffen als im ländlichen Bereich.

Zum anderen ist im ländlichen Raum ein dichteres Kommunikationsgefüge beziehungsweise ein stärkerer sozialer Zusammenhalt spürbar. In viel höherem Ausmaß als in den Städten können die Menschen auf dem Land zu Hause sterben. Dies lässt sich daraus schließen, dass die Ärzte auf dem Land erheblich häufiger Sterbende zu Hause betreuen. Halten sich im städtischen Bereich die Betreuung in Pflegeeinrichtungen und zu Hause beinahe die Waage, so geben 86% der Ärzte aus dem ländlichen Raum an, dass die Begleitung Sterbender vorwiegend zu Hause erfolgt. Offenbar kann hier noch in hohem Ausmaß auf familiäre Betreuungsressourcen zurückgegriffen werden. Auch Seelsorger spielen auf dem Land im Netz der Beziehungen und Kontakte zu Sterbenden eine größere Rolle als in der Stadt. Während im städtischen Bereich beinahe die Hälfte der Ärzte (45%) nur selten die Einbeziehung von Seelsorgern in die Begleitung Sterbender wahrnimmt, ist dies auf dem Land nur ein Fünftel (19%). 10% der Landärzte sehen dagegen die Seelsorger immer, 69% sehen sie häufig einbezogen. Landärzte gestehen auch in erheblich höherem Maß Seelsorgern eine wichtige Funktion bei der Sterbebegleitung zu und halten demnach eine aktive Zusammenarbeit mit ihnen für wichtig. 84% der Ärzte aus dem ländlichen Bereich vertreten diese Meinung im Unterschied zu 59% der Ärzte im städtischen Bereich. Dieses Vertrauen sollte von kirchlicher Seite nicht durch eine Ausdünnung der seelsorglichen Struktur verspielt werden.

¹¹ Klaus Seitz, Die Kolonisierung des Landes. Kritik der Urbanität, in: Ulrich Klemm/Klaus Seitz (Hg.), Das Provinzbuch. Kultur und Bildung auf dem Lande, Bremen 1989, 48.

Zukunftsperspektiven

Die Betreuung und Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase stellt für Allgemeinmediziner wie auch für Seelsorger eine wichtige, zur beruflichen Identität gehörende Aufgabe dar. Trotz aller Institutionalisierung des Sterbens spielen sie auch rein quantitativ nach wie vor eine bedeutende Rolle. Rechnet man die Eigenangaben über die Zahl der pro Jahr betreuten beziehungsweise begleiteten Personen hoch, so ergibt sich, dass zwei Drittel der Sterbenden in Oberösterreich von Allgemeinmedizinerinnen betreut werden, ca. 40% von katholischen Seelsorgern begleitet werden. Die folgenden Zukunftsperspektiven können deshalb den Anspruch auf hohe gesellschaftliche Relevanz erheben:

1. Qualifizierung von Allgemeinmedizinerinnen für die Begleitung Sterbender: Wie sich gezeigt hat, beschränken sich Ärzte keineswegs auf medizinische Maßnahmen, sondern spenden Trost, verstehen sich als Gesprächspartner über letzte Dinge und spielen eine wichtige Rolle in der Begleitung der Angehörigen. Durch ihr Medizinstudium fühlen sie sich diesbezüglich unzureichend ausgebildet. Ihre einschlägige Fortbildungsbereitschaft ist groß, ebenso kritisch stehen sie allerdings dem bestehenden Angebot gegenüber. Es wäre sinnvoll, in Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Standesvertretungen, der Hospizbewegung, aber auch kirchlichen Bildungseinrichtungen einschlägige Angebote für Allgemeinmediziner zu entwickeln.

2. Qualifizierung von Seelsorgern für die Begleitung Sterbender: Es hat sich gezeigt, dass sich auch Seelsorger unzureichend für diese Tätigkeit ausgebildet fühlen. Einschlägige Fortbildungsangebote,

vor allem auch ein Erfahrungsaustausch zwischen Krankenhaus- beziehungsweise Altenheimseelsorge und Pfarrseelsorge wären wichtige Schritte, wobei die Förderung einer realistischen Problemsicht unabdingbar ist. Seelsorger sehen sich noch immer tendenziell in einer Monopolstellung bezüglich der seelsorglichen Begleitung im engeren Sinn, obwohl sie in der Realität diese Rolle längst mit anderen teilen müssen. Gefragt ist ein stärkeres Netzwerk-Denken, das andere Beteiligte einbezieht, deren Ressourcen wertschätzt und zu entwickeln sucht. Gerade angesichts des zunehmenden Priestermangels ist es entscheidend, nicht auf althergebrachten Rollenmustern zu beharren, sondern durch offensive Angebote möglichst viele Akteure zur seelsorglichen Begleitung Sterbender zu befähigen, seien dies Angehörige, Allgemeinmediziner oder mobile Pflegedienste. Dies wäre die logische Konsequenz einer Theologie, welche die Sendung aller Getauften ernst nimmt.

3. Vernetzung zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Pfarrseelsorgern: Die Idylle früherer Zeiten, wo sich Pfarrer, Doktor und Lehrer als die dörflichen Honoratioren regelmäßig zur Tarockrunde trafen und dabei Erfahrungen und Informationen austauschten, wird nicht wiederzubeleben sein. Es gilt neue Formen zu finden, die den Erfahrungsaustausch und das Gespräch über wichtige Schnittstellen der jeweiligen beruflichen Tätigkeit ermöglichen – und eine zentrale Schnittstelle, so hat sich gezeigt, ist die Betreuung und Begleitung Sterbender. Auf Seiten der Seelsorger setzt dies eine Sicht der Allgemeinmediziner voraus, die diese nicht nur als Pfarrmitglieder und potenzielle Messbesucher wahrnimmt, sondern als Partner bei zentralen seelsorglichen Vollzügen. Auf Seiten der Ärzte setzt dies voraus, Seelsor-

ger als kompetente Partner für eine ganzheitliche Begleitung und Betreuung Sterbender anzuerkennen und einzubeziehen.

4. Die Hospizbewegung als Katalysator: Die Hospizbewegung hatte großen Anteil daran, Sterben als Teil des Lebens in unserer Gesellschaft wieder ins Gespräch zu bringen und auf eine Humanisierung zu drängen. Zur Zeit ist sie unter Begriffen wie integrierte Palliativversorgung in eine Phase der Institutionalisierung eingetreten, die öffentliche Hand greift mit Hospizplänen steuernd ein. Die aktive Einbeziehung von Allgemeinmedizinerinnen und Seelsorgern in diese Konzepte wäre eine Chance, ein gemeindenahes Netz zu knüpfen und eine größere gesellschaftliche Breitenwirkung zu erzielen.

5. Aktive Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe: Während Umfragen in der Gesamtbevölkerung zeigen, dass keineswegs

nur kleine Minderheiten mit Überlegungen zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe sympathisieren, sieht die Lage bei den befragten Berufsgruppen anders aus. Nur 8% der Allgemeinmediziner und 3% der Seelsorger sind der Auffassung, dass aktive Sterbehilfe unter gesetzlich festgelegten Voraussetzungen möglich sein soll. Damit stellt sich ganz praktisch die Frage, wer die tödliche Spritze verabreichen sollte. Wenn 73% der Ärzte dagegen der Meinung sind, eine bessere medizinisch-pflegerische Betreuung Sterbender könnte den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zurückdrängen, so lässt sich daraus für politische Kräfte, die der aktiven Sterbehilfe ablehnend gegenüberstehen, eine klare Botschaft ablesen: Es gilt alles zu tun, damit Menschen in ihrer letzten Lebensphase eine möglichst optimale ganzheitliche Betreuung und Begleitung erfahren.