

Birgit Heller

Das gute Sterben ist nicht für alle dasselbe

Interreligiöse und interkulturelle Perspektiven

♦ Wenn es um die Frage eines guten Todes geht, dann kann ein Blick in die Traditionen anderer Religionen sehr hilfreich sein, um zu sehen, wie vielfältig die Ansichten sind. Dadurch wird nicht nur das Verständnis für verschiedene Positionen im eigenen Umfeld erweitert, sondern auch das Nachdenken über persönliche Fragen gefördert. Das trifft für diesen Beitrag nicht zuletzt deshalb zu, weil die Autorin, Professorin für Religionswissenschaft an der Theologischen Fakultät in Wien, den Schwerpunkt ihrer Darlegungen auf Therapieverzicht, aktive Sterbehilfe, Todesfeststellung und Organentnahme legt. (Redaktion)

Der Umgang mit Sterbenden und Toten – in der Art und Weise der Begleitung, der Behandlung, der Sterbehilfe, der Feststellung des eingetretenen Todes bis hin zu Fragen der Organentnahme – ist unter anderem davon abhängig, wie die Fragen: „Was ist gutes Sterben?“, „Was bedeutet der Tod?“, „Was passiert eigentlich beim Tod?“ und „Welche Vorstellungen bestehen über das Weiterleben nach dem Tod?“ beantwortet werden. Will man Bedingungen für ein menschliches und menschenwürdiges Sterben schaffen, so ist auf kulturelle und religiös-weltanschauliche Differenzen zu achten. Diese Unterschiede drücken sich am Lebensende in verschiedenen menschlichen Sterbekulturen aus.

Berufsgruppen, die Schwerkranke und Sterbende betreuen, orientieren sich an einer generellen Leitidee guten Sterbens. Sie prägt als Zielvorstellung den Hintergrund ihrer Arbeit. Gutes Sterben ist jedoch nicht für alle dasselbe. Diese Einsicht gilt bereits

für Menschen, die in einem gemeinsamen Kulturraum leben. Sie bietet zunächst ein Korrektiv für die Belastungen, die aus normativen Vorstellungen von einem idealen Tod für Betroffene, aber auch für 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.¹

Das Sterben von Menschen also findet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vorstellungen und Werte statt. Religiöse bzw. weltanschauliche Orientierung und kulturelle Herkunft eines Menschen sind integraler Bestandteil des gesamten Sterbeprozesses. Mit der Entwicklung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und Medizintechnik haben sich die traditionellen Rahmenbedingungen des Sterbens jedoch weltweit – wenn auch mit

¹ Vgl. Birgit Heller, Kulturen des Sterbens. Interreligiosität als Herausforderung für Palliative Care, in: Andreas Heller (Hg.), Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, Freiburg i. Br., 2. erw. Aufl. 2000, 177–192.

großen länderspezifischen Unterschieden – verändert. Diese Veränderungen geben Anlass zu vielfältigen medizinethischen Diskussionen. Die religiösen Traditionen setzen zusätzlich entsprechende Akzente und bieten Impulse, aber auch Herausforderungen für den gegenwärtigen Umgang mit Sterben und Tod. Die folgenden Ausführungen zeigen dies exemplarisch für die Problemfelder Therapieverzicht und Therapieabbruch, aktive Sterbehilfe sowie Todesfeststellung und Organentnahme.

1 Therapieverzicht und Therapieabbruch

Obwohl sich die aktuelle Diskussion hauptsächlich auf die sogenannte aktive Sterbehilfe konzentriert, stellt die Frage des Therapieverzichts bzw. Therapieabbruchs, also der passiven Sterbehilfe, in der Praxis sowohl in ihrer Quantität als auch in ihrer Qualität ein viel größeres Problem dar.² 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. Das Verfassen von Willenser-

klärungen ist in den meisten Kulturen unüblich. Für viele Patient/inn/en 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 muss,³ dem autonomen Verfügungsrecht. Da auch der Wert der Individualität vielfach dem Zusammenleben nachgeordnet wird, kommt den nächsten Angehörigen in vielen Kulturen eine große Bedeutung in allen Entscheidungsprozessen zu. Der folgende Überblick vermittelt 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 ist. Der Abbruch bereits getroffener Maßnahmen kann jedoch als problematisch erachtet werden.⁴ Dem Sterben zuhause wird der Vorzug gegenüber dem künstlich aufrecht erhaltenen Leben gegeben. In den klassischen Texten

² Vgl. Stein Husebø / Eberhard Klaschik, Palliativmedizin, Berlin ³2006, 60.

³ Vgl. Yves Nordmann, Das Ende des menschlichen Lebens. Aspekte der jüdischen Medizinethik, in: Ulrich H. J. Körtner u. a. (Hg.), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchen-Vluyn 2006, 19–33, hier 19, und İlhan İkilic, Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen, in: ebd., 165–182, hier 169.

⁴ Vgl. dazu die Stellungnahmen moderner hinduistischer in den USA lebender Swamis in: <http://www.hinduismtoday.com/archives/1988/08/1988-08-08.shtml> (Abruf: 14.11.2007); <http://www.himalayanacademy.com/resources/pamphlets/karmaReincarnation.html> (Abruf: 16.11.2007).

der Ayurveda-Medizin, die in die religiös-philosophischen Vorstellungen der Hindu-Traditionen eingebettet sind, 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, gegebenenfalls die Behandlung auch abubrechen. Das Ideal des friedvollen Sterbens steht im Widerspruch zu einem künstlich aufrecht erhaltenen 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.⁵ Eine besondere Rolle im Umgang mit Krankheit und Tod nimmt die Praxis des Sterbefastens ein, die als radikale Form des Verzichts verstanden werden kann, jedoch nicht mehr zum Bereich der passiven Sterbehilfe gehört. 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.⁶ Beispielsweise werden

in Thailand, das sich am Theravāda-Buddhismus orientiert, sowohl der Verzicht als auch der Abbruch lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen weitgehend abgelehnt,⁷ hingegen zeigt sich der im Westen lebende tibetisch-buddhistische Lehrer Sogyal Rinpoche diesbezüglich sehr offen.⁸ Er weist darauf hin, dass lebensverlängernde Maßnahmen 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. Jedoch 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 stets darauf bedacht sein muss, ein Sterben zu

⁵ Vgl. S. Cromwell Crawford, *Hindu Bioethics for the Twenty-first Century*, Albany, New York 2003, 198.

⁶ Vgl. dazu auch Jens Schlieter, *Zwischen Karma, Tod und Wiedergeburt (II). Buddhistische Medizinethik zu Fragen des Lebensendes*, in: Ulrich H. J. Körtner, *Lebensanfang und Lebensende* (s. Anm. 3), 209–229, hier 222 ff.

⁷ Vgl. Pinit Ratanakul, *To Save or Let Go. Thai Buddhist Perspectives on Euthanasia*, in: Damien Keown (Hg.), *Contemporary Buddhist Ethics*, Richmond 2000, 169–182.

⁸ Vgl. Sogyal Rinpoche, *Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben*, überarb. u. aktualisierte Neuauflage, Bern 2003, 439 ff.

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 schwer kranken, sterbenden Person bezieht, 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 Grenzsituationen 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 (etwa 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 Reformrabbinern herrscht ein breiter Konsens für Behandlungsabbruch in der letzten Sterbephase, wenn also der Tod nur künstlich hinausgezögert wird. Fraglich geworden ist freilich der traditionelle Ausgangspunkt, der unmittelbar bevorstehende Tod einer Person auf dem Totenbett (*goses*), da die Vorstellung eines natürlich Sterbenden von der modernen Medizintechnik überholt ist. So wird eine Reinterpretation der Kategorie *goses* gefordert, nämlich 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 – etwa 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

⁹ Vgl. dazu Yves Nordmann, Zwischen Leben und Tod. Aspekte der jüdischen Medizinethik, Bern 2. überarb. Aufl. 2000; ders., Das Ende des menschlichen Lebens (s. Anm. 3).

¹⁰ Vgl. İlhan İkilic, Wann endet das menschliche Leben? (s. Anm. 3), 167.

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 Kuweit 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 so eine ärztliche Grenzüberschreitung dar. Allerdings ist es aus islamischer Sicht schwierig, 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 Aktive Sterbehilfe

Die Debatte um die aktive Sterbehilfe ist längst nicht mehr auf die modernen westlichen Gesellschaften beschränkt. Seit den 1980er-Jahren tragen Vertreter aus verschiedenen Kulturen und religiösen Traditionen zunehmend zur weltweiten Euthanasie-Diskussion bei. Auf internationaler Ebene werden die Begriffe (aktive) Euthanasie/„(active) euthanasia“ und „mercy killing“ als Synonyme für aktive Sterbehilfe verwendet. Der kleinste gemeinsame Nenner, der sich in der Euthanasiethematik zwischen den großen religiösen Traditio-

nen der Gegenwart ausmachen lässt, kann in zwei Thesen zusammengefasst werden.¹³

Die erste These lautet: *Das menschliche Leben ist wertvoll*. Der daraus abgeleitete Lebensschutz wird zwar unterschiedlich begründet, stellt aber einen Wert dar, der sich zumeist als Tötungsverbot bzw. Gewaltlosigkeit konkretisiert. Aktive Sterbehilfe wird folglich vom orthodoxen und konservativen Judentum, vom katholischen Christentum, vom Buddhismus und Islam scharf zurückgewiesen. Geringe Spielräume für freiwillige aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen gibt es vereinzelt in der katholischen Theologie, in Zweigen des protestantischen Christentums, im Reformjudentum und in der modernen Interpretation der klassischen Tradition des Hinduismus.

Die zweite These lautet: *Das menschliche Leben ist relativ*. Menschliches Leben ist prinzipiell abhängig und wird in größere Zusammenhänge eingebettet. So hat die Selbstbestimmung des Menschen (in den einzelnen religiösen Traditionen allerdings engere und weitere) Grenzen: Es gibt nur ein abgeleitetes Recht auf Leben und auf Sterben, sei es bezogen auf eine personale göttliche Macht oder auf einen größeren kosmischen Existenzkreislauf, der offen ist für Transzendenz. Genauso hat aber die Machbarkeit des Lebens Grenzen. Die kritischen Perspektiven der Religionen zum modernen Umgang mit Leben und Tod setzen eigentlich an einem Punkt an, welcher der Euthanasiediskussion vorausliegt. Es handelt sich dabei um jene Einstellung zum Leben, die

¹¹ Vgl. ebd., 169f.

¹² Vgl. Islamic Code of Medical Ethics. Kuweit Document of the First International Conference on Islamic Medicine, Kuweit 1401/1981.

¹³ Eine ausführlichere Auseinandersetzung bietet Birgit Heller, *Wie Religionen mit dem Tod umgehen*. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung, Freiburg i. Br. 2012, 196–240.

in letzter Konsequenz den Ruf nach aktiver Sterbehilfe erst laut ertönen lässt. Es ist der Wunsch nach immer mehr Leben, ein irdischer Unsterblichkeitswahn, der eine medizinisch-technische Spirale in Gang gesetzt hat, die das Leben für einen elitären Ausschnitt der Menschheit (häufig in einen unerträglichen Zustand hinein) verlängert und nun im Umkehr Effekt zur Akzeptanz der (Selbst)Entsorgung drängt. Keine religiöse Tradition unterstützt den medizinisch-technischen Fortschritt und die Lebensverlängerung um jeden Preis. Das Leben ist und bleibt endlich, unvollkommen, leidhaft und zerbrechlich und ist dennoch über die kleine irdische Zeitspanne hinaus bedeutsamer Teil eines größeren Ganzen.

3 Todesfeststellung und Organentnahme

Wer den Tod definiert, gibt damit immer auch Antworten auf die Fragen: „Was ist das Leben?“, „Was ist die Essenz des menschlichen Lebens?“ und „Was geht beim Eintritt des Todes verloren?“ Die Betrachtungsweise der modernen, naturwissenschaftlich geprägten Medizin, die sich an wiederholbaren Messergebnissen orientiert, ist nur ein Mosaiksteinchen in der Interpretation von Leben und Tod.

Der Übergang zwischen Sterben und Tod ist – anders als in den modernen medizinischen Todesdefinitionen – in den meisten religiösen Traditionen fließend und nicht punktuell. Niemand wird leugnen können, dass prinzipiell alle Bestimmungen eines Todeszeitpunkts – medizinische eingeschlossen – weithin willkürliche Festlegungen sind, die im Rahmen eines länger dauernden Sterbeprozesses stehen. Das umstrittene Hirntod-Konzept zeigt besonders anschaulich, welche Schwierigkeiten mit der Bestimmung von Leben, Sterben und Tod verbunden sind.

Aus der Sicht der religiösen Traditionen hängt die Einstellung zu Hirntod-Definition und Organentnahme von unterschiedlichen, übergeordneten Standpunkten ab.¹⁴ Entscheidungskriterium einer Ablehnung kann der Respekt vor der Integrität eines sterbenden/toten Menschen sein (eine traditionell jüdische, aber auch im Christentum und im Islam verankerte Perspektive)¹⁵ oder die Auffassung, dass eine derartige Intervention im Sterbeprozess großen spirituellen Schaden verursachen könnte, solange sich Bewusstsein/Seele/Geist nicht vom Körper getrennt haben (eine buddhistische Perspektive)¹⁶. Im Wesentlichen basiert die Kritik an der Hirntod-Definition auf zwei Pfeilern. Zum einen findet sich quer durch die religiösen Traditionen (ausgenommen die Hindu-

¹⁴ Einen Überblick über die verschiedenen Positionen vgl. ebd., 169–195.

¹⁵ Vgl. dazu *Harwig von Wiedebach*, Hirntod als Wertverhalt. Medizinethische Bausteine aus Joas Cohns Wertwissenschaft und Maimonides, Münster 2003, 77; *Ulrich H. J. Körtner*, Hirntod und Organtransplantation aus christlicher, jüdischer und islamischer Sicht, in: *Fuat Oduncu* u.a. (Hg.), Transplantation. Organgewinnung und -allokation, Göttingen 2003, 102–117, hier 104; *Abdulaziz Sachedina*, Hirntod und Organgewinnung, in: *Thomas Eich* (Übers.), Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition, Freiburg i. Br. 2008, 159–169, hier 163.

¹⁶ Vgl. etwa *M. Daishin Morgan*, Gedanken zum Thema Organtransplantation und Sterben, in: *Alfred Weil* (Hg.), Im Spiegel des Todes. Beiträge zu Tod und Sterben aus buddhistischer Sicht, München 1995, 187–190.

Religionen) eine ganzheitliche Sicht des Menschen, die sich gegen eine Reduktion auf das Gehirn wendet. Zum anderen gilt die Trennung der seelisch-geistigen Dimension des Menschen vom Körper in den großen Religionen der Gegenwart und darüber hinaus in den meisten ethnischen Religionen und genauso in den verschiedenen Ausprägungen moderner Spiritualität als eigentlicher Tod des Menschen.

Der kleinste gemeinsame Nenner unterschiedlicher Seelenkonzeptionen quer durch die Kulturen kann darin gefunden werden, die Seele als das zu beschreiben,

was den Menschen beim Ableben verlässt.¹⁷ Dieser Dualismus der Erfahrung und der Sprache muss allerdings nicht zwangsläufig als ontischer Dualismus gedeutet werden. Materie und Geist, Körper und Seele können auch als zwei aufeinander bezogene Seiten derselben Medaille, als Ausdrucksformen derselben Wirklichkeit gedeutet werden.¹⁸ So betrachtet erscheinen auch die Bemühungen der jüdisch-christlich-islamischen Traditionen an einer leib-seelischen Einheit des Menschen festzuhalten in einem neuen Licht. Das Modell der unsterblichen Seele, die in einem unveröhnlichen Gegensatz zur Materie steht, erhält mit der Metapher der leiblichen Auferstehung des Menschen nach dem Tod ein komplementäres Pendant.

Ausschlaggebend für eine befürwortende Haltung zur Organentnahme kann die Absicht sein, das Leben anderer Menschen zu retten. Ein starker Impuls in diese Richtung geht von modernen jüdischen Rabbinern aus. Die Triebfeder dafür ist der große Stellenwert, den das irdische Leben seit jeher im Judentum besitzt. Hauptmotiv der christlichen Befürwortung der Organspende ist ebenfalls die Praxis der Nächstenliebe. Als lobenswerte wohltätige Hilfeleistung wird die Organspende von vielen islamischen Autoritäten bewertet, aus hinduistischer Sicht kann sie sich positiv auf die künftige Existenz des Spenders/der Spenderin auswirken. Aus buddhistischer Perspektive ist es die Bereitschaft, sich selbst zu opfern, die zu einer affirmativen Haltung gegenüber der Organspende führen kann. Die Lebensweitergabe gilt als eine ethisch hoch stehende Handlung. Be-

Weiterführende Literatur:

Ulrich H. J. Körtner u.a. (Hg.), *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen*, Neukirchen-Vluyn 2006. Einzelne Fachwissenschaftler stellen jüdische, christliche, islamische und buddhistische Perspektiven im Kontext medizinethischer Fragen am Lebensanfang und am Lebensende dar.

Birgit Heller, *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*, Freiburg i. Br. 2012. Das Buch befasst sich mit religiösen Todesdeutungen, medizinethischen Fragen am Lebensende und den religiös-kulturellen und spirituellen Dimensionen von Palliative Care. Indem die religiösen und spirituellen Fragen und Vorstellungen im Umgang mit Sterben und Tod in ihrer fundamentalen Bedeutung erscheinen, wird das Sterben von Menschen aus dem medizinisch verengten Kontext herausgelöst.

¹⁷ Vgl. Godula Kosack, Seelenkonzepte in anderen Kulturen, in: Ulrike Krasberg / Godula Kosack (Hg.), „... und was ist mit der Seele?“ Seelenvorstellungen im Kulturvergleich, Frankfurt a. M. 2009, 17–32, hier 28.

¹⁸ Vgl. Harald Walach, *Spiritualität. Warum wir die Aufklärung weiterführen müssen*, Klein Jasedow 2011, 79–81.

tont wird aber, dass dieses Opfer freiwillig und bewusst erbracht werden müsse, um ethisch relevant zu sein. Das schließt auch ein, dass sich Spender/in und Empfänger/in kennen.

Die kontroversiellen Positionen der großen religiösen Traditionen zu Hirntod-Definition und Organentnahme sind Ausdruck des Ringens um den Menschen, um die Solidarität mit den Kranken einerseits und die schützende Unterstützung der Sterbenden andererseits. Alle religiös-spirituellen Traditionen gehen davon aus, dass der Mensch mehr ist als sein Körper (und sein Gehirn). Die Unsicherheit darüber, was beim Sterben mit dem immateriellen Kern (Bewusstsein/Seele/Geist) des Menschen geschieht und in welchem Verhältnis dieser zum Körper steht, gebietet Vorsicht bei allen Eingriffen in den unmittelbaren Sterbeprozess. Das muss nicht zwangsläufig zur prinzipiellen Ablehnung der Organspende führen, wohl aber zu einer kritischen Nachdenklichkeit. Daraus kann sowohl die freiwillige und bewusste Bereitschaft zu Opfer und Hingabe erwachsen als auch die radikale Zurückweisung der Praxis der Organtransplantation, weil sich dieses Geschehen an der Grenze des Lebens der Messbarkeit entzieht.

4 Probleme, Grenzen und Chancen des interkulturell-interreligiösen Zugangs

Wir leben heute in multikulturellen und multireligiösen 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. Der multikulturelle Zugang beinhaltet aber auch Probleme und Grenzen.¹⁹ So hebt die Konzentration auf kulturelle Eigenheiten das persönliche mitmenschliche Engagement, die Verbundenheit im gemeinsamen menschlichen Geschick von Krankheit, Leiden und Tod nicht auf. 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. Faktenwissen, das zur Ausbildung von Stereotypen führt, wird zu einer Verständnisbarriere. Es gilt: Kein Individuum ist nur Spiegel einer Kultur oder Religion, daher ist es nicht mit kulturell-religiösen Normen erfassbar. Durch Verallgemeinerung wird die Vielfalt übersehen sowie der dynamische Prozess, in dem sich ein Individuum innerhalb einer bestimmten Kultur entwickelt. Auch die spirituelle Orientierungssuche verläuft in keiner religiösen Tradition notwendigerweise in den vorgeformten Bahnen der institutionalisierten Religion. Die Vorgaben der Tradition bilden nur *eine* Möglichkeit für die individuelle Ausprägung von Spiritualität. In modernen Gesellschaften ist darüber hinaus ein Wechsel zwischen religiösen Angeboten denkbar. Zudem nehmen auch nichtorganisierte Formen von Spiritualität zu. Und ein beträchtlicher Teil der Menschen definiert sich als weder religiös noch spirituell.

¹⁹ Vgl. dazu den wichtigen Beitrag von *Yasmin Gunaratnam*, Kultur ist nicht alles. Multikulturalität und Palliative Care, in: *Birgit Heller*, Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung, Freiburg i. Br. 2012, 256–282.

Generell wenig beachtet wurde bisher die Geschlechterdifferenz im Umgang mit Sterben und Tod.²⁰ Ein Unterschied in den Lebens- und Todeserfahrungen der Geschlechter ist unbestreitbar. So findet sich etwa die (immer noch) einseitig auf Frauen ausgerichtete soziale Verpflichtung zur Fürsorge und Pflege. Pflegende bleiben in der Folge häufig als (meist pflegebedürftige) Witwen zurück. Frauen aber waren (und sind) in den meisten Kulturen für Totenfürsorge und Trauer zuständig und setzen sich – selbst in modernen Gesellschaften, wie Umfragen zeigen – in größerer Zahl als Männer mit Sterben und Tod auseinander. Diese traditionell enge Verbindung mit dem Tod wirkt sich nicht zuletzt in der Tatsache aus, dass Frauen in den verschiedenen Initiativen der modernen Sterbebegleitung genauso wie in der Palliative Care dominieren.

Der Blick auf verschiedene Kulturen und religiöse Traditionen trägt dazu bei, das Sterben von Menschen aus dem engen medizinischen Kontext herauszulösen. Sterben ist genauso wenig eine Krankheit wie Gebären, daher kann der Medizin – wenn überhaupt nötig – nur eine marginale Rolle zukommen; der tragende Boden ist von anderer Art. Ein großer Teil der Menschen, der mit dem Tod konfrontiert ist, stellt Fragen nach dem Sinn, dem Woher und dem Wohin menschlichen Lebens. Die teils ähnlichen, teils stark voneinander abweichenden religiös-kulturellen Deutungen des Todes müssen nicht nur aus der

Distanz und als fremde Anschauungen betrachtet werden. Als menschliche Grundhaltungen können sie sowohl in dem, was sie verbindet, als auch in dem, was sie unterscheidet, zur Auseinandersetzung mit dem Tod anregen, zur Ausdifferenzierung der eigenen Einstellungen beitragen und sie bereichern.

Die Autorin: Geb. 1959 in Salzburg, verheiratet und Mutter von zwei Töchtern; Studien in Philosophie, Theologie, Altorientalistik und „Indologie. Diplomabschluss (1983) und Promotion (1988) in Katholischer Theologie an der Universität Wien; mehrere Studien- und Forschungsaufenthalte in Indien; Habilitation für Religionswissenschaft (1998) an der Fakultät für Sozial- und Geisteswissenschaften der Universität Hannover; seit 1999 Professorin am Institut für Religionswissenschaft der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien; Konsulentin am Institut Palliative Care und OrganisationsEthik der IFF-Fakultät der Universität Klagenfurt und Lehrbeauftragte im Internationalen Masterstudium Palliative Care (Interreligiöse und spirituelle Dimensionen von Palliative Care). Wichtigste Publikationen: *Heilige Mutter und Gottesbraut. Frauenemanzipation im modernen Hinduismus*, Wien 1999; *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*, Freiburg i. Br. 2012; gem. mit Andreas Heller: *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*, Bern 2014.

²⁰ Vgl. dazu beispielsweise Joan M. Merdinger, Women, Death, and Dying, in: Joan K. Parry / Angela Shen Ryan (Hg.), *A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion*, Chicago 1996, 1–8 (Reprint); Sally Cline, Frauen sterben anders. Wie wir im Leben den Tod bewältigen, Bergisch Gladbach 1997; David Field u. a. (Hg.), *Death, Gender, and Ethnicity*, London–New York 1997, und Elisabeth Reitingner / Sigrid Beyer (Hg.), *Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe*, Frankfurt a. M. 2010.