



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Bedeutung der Religionen in der Palliativpflege“

Verfasser

Norbert Gratzl

angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften UniStG

Betreuerin / Betreuer:

Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer

Non scholae, sed vitae discimus

(SENECA)

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe und

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ich versichere, dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

20.Mai 2010

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Norbert Gratzl', with a stylized, flowing script.

(Norbert Gratzl)

Vorwort

Für Religionen – insbesondere für die großen Weltreligionen – interessiere ich mich aufgrund ihrer spirituellen, rituellen und metaphysischen Vielfalt schon seit vielen Jahren. Das Interesse an den Religionen hängt mit dem Interesse an den Kulturen zusammen. Kulturen und Religionen beeinflussen einander. Da die Beschäftigung mit dem Katholizismus, mit dem ich aufgewachsen bin, auch eine Beschäftigung mit der Kultur meiner Kindheit und Jugend ist, stellte das Studium der Religionspädagogik vor Jahrzehnten für mich auch eine Reflexion meines kulturellen und geistigen Woher dar.

Das Interesse an der Palliativpflege entstand während meines Pflegepraktikums, das ich im Rahmen meiner Ausbildung zum Radiologie-Technologen¹ an einer onkologischen Station am Krankenhaus der Stadt Wien-Hietzing 1993 absolvierte. Es ist eigenartig berührend, Menschen im Ringen um ihr Dasein zu sehen und gleichzeitig zu wissen, dass sie ihren Kampf – zumindest was ihre physische Existenz betrifft – verlieren werden.

Stellt die Beschäftigung mit den Religionen also nur den mehr oder weniger geglückten Versuch einer Reflexion der eigenen transzendentalen Fragen dar? Mitnichten, denn neben meinen persönlichen Erfahrungen trug zur Themenwahl für die vorliegende Diplomarbeit auch die Tatsache bei, dass die Palliativpflege für Pflegende eine ganz besondere Herausforderung bedeutet. Ich möchte für diese Behauptung drei Begründungen anführen:

- 1 Es ist eine höchst anspruchsvolle pflegerische Aufgabe, Menschen in einer extremen Situation wie am Ende eines Lebens und dem Sterben, beistehen zu können.
- 2 Pflegende haben, wenn sie ihren Pflegeanspruch ganzheitlich verstehen, auch Verantwortung für die Betreuung der Angehörigen.

¹ Dieser Beruf wurde bis zum Jahr 2000 als „Diplomiert(e) Radiologisch-technische(r) AssistentIn“ bezeichnet und zwecks EU-Vereinheitlichung auf „Radiologie-TechnologIn“ geändert.

3 Wir werden heute in einer Zeit der Globalisierung bei der Pflege chronisch kranker Menschen bzw. in der Palliativpflege zunehmend mit multikulturellen und damit auch mit sehr unterschiedlichen spirituellen, religiösen und rituellen Bedürfnissen von PatientInnen und Angehörigen konfrontiert.

Danksagungen

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer. Sie ist der Themenwahl von Anfang an mit viel Verständnis und Interesse begegnet. Für das Coaching und die Betreuung meiner Diplomarbeit kann ich nur herzlichst danken.

Danken möchte ich Frau Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer für das Schaffen jener guten Studienbedingungen, die das Lernen bei sehr erfahrenen und engagierten LehrveranstaltungsleiterInnen ermöglichten.

So gilt der Dank u.a. den Lehrveranstaltungsleiterinnen Frau Mag. Andrea Alder, für die Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen der Teilnahme an mehreren Seminaren; Frau Mag. Helga Zellhofer, für den ersten Kontakt mit den wichtigen englischsprachigen Studien zu chronischen bzw. infaust² verlaufenden Krankheiten. Danken möchte ich auch Frau Mag. Verena Hauser für die Vermittlung wissenschaftlicher Schreibkompetenz. Und Frau Mag. Bernadette Harrant bin ich für Anregungen bezüglich des Schreibprozesses zu Dank verpflichtet.

Was die empirischen und praktischen Aspekte meiner Arbeit betrifft, gilt mein Dank besonders meinem Kollegen Franz Engelhart, der mich dienstlich sehr unterstützte und auch den Kontakt zum Pflegeheim in Melk herstellte. Dadurch konnten die zwei Interviews mit den sehr erfahrenen und kompetenten Praktikerinnen der Palliativpflege, der Leiterin des Pflegedienstes, Klaudia Atzmüller, und der geprüften Lebens- und Sterbebegleiterin, Frau Maria Fischer, entstehen. Durch ein Gespräch mit Frau Atzmüller kam es auch zum Kontakt mit Frau Karin E. Leiter, Altkatholische Priesterin, Kuratin, freie Künstlerin (Malerin), diplomierte Krankenschwester und Autorin von derzeit vierzehn Büchern. Sie ist selbst seit rund 20 Jahren Palliativpatientin³. Einige ihrer Bilder sind unter anderem in Melk, im ‚Raum der Stille‘, zu sehen. Das große, stark theologisch

² Infaust: unheilbar.

³ Obwohl ihr damals eine Prognose von etwa vier Wochen gegeben wurde (siehe Interview mit Karin E. Leiter).

fokussierte Interview über ihren spannenden Lebensweg und ihre Erfahrungen mit dem Palliativwesen ist sehr beeindruckend. Ich bin sehr froh, sie kennen gelernt zu haben. Es ist meine Überzeugung, dass sowohl die Biographie Leiters als auch ihre teilweise recht revolutionären theologischen Thesen die Grundlage für eine umfassendere wissenschaftliche Arbeit böten. Die Tatsache, dass Karin E. Leiter auch Mitbegründerin des Palliativwesens in Österreich ist und wichtige Schriften zum Thema der Euthanasie⁴ verfasste, bestärkt die oben angeführte Sichtweise.

Danken darf ich ferner Frau Mag. Semlik-Lang, Pflegedirektorin, Diplomkrankenschwester und Frau Mag. Magdalena Hoffmann, Pflegewissenschaftlerin und diplomierte Krankenschwester, beide vom ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien, für die freundliche Unterstützung bei der Suche nach InterviewpartnerInnen unter den PatientInnen.

Im Zusammenhang mit dem Haus der Barmherzigkeit ist es mir auch ein besonderes Bedürfnis, Frau Maria Glawogger, Stationsleitung der Station St. Lazarus, für ihre Kompetenz in spirituellen und religiösen Belangen und ihre Hilfestellung bei den Interviews Dank zu sagen.

Norbert Gratzl

St. Pölten/Wien, 2010/11

⁴ Insbesondere das Thema der Euthanasie betreffend.

Inhaltsverzeichnis

Erklärung	IV
Vorwort	V
Danksagungen	VII
Inhaltsverzeichnis	IX
Abstrakt	1

I EINLEITUNG 4

1 Die Situation	4
2 Die Forschungsfrage(n)	7
3 Thematischer Leitfaden und methodische Vorgangsweise	7
4 Definitionen	10
4.1 Das Palliativwesen	10
4.2 Aspekte der Religiosität bzw. Interreligiosität	11

II RELIGIONSWISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN 13

1 Das Christentum	14
1.1 Urchristentum und frühe Häresien	15
1.2 Reformation und Gegenreformation	21
1.3 Orthodoxe Kirchen	23
2 Das Judentum	24
3 Der Islam	35
4 Der Buddhismus	46
5 Der Hinduismus	55
6 Der Shintoismus	61
7 Glaubensgemeinschaften, Freikirchen und Sekten	64
8 Zusammenfassende Aspekte	74

III PALLIATIV CARE 81

1 Die Bedeutung von Spiritualität, Religiosität und Ritualität in der Palliativ-Pflege aus wissenschaftlicher Sicht 81

2 Die Sichtweise der großen monotheistischen Religionen zur End-of-Life – Problematik (mit Fall-Beispielen) 87

3 Palliative Care – Hospize Care 94

4 Die Gemeinschaft der Lebenden und der Toten 103

5 Der Prozess des Sterbens 106

5.1 Erste Phase: Nichtwahrhaben-Wollen und Isolierung 110

5.2 Zweite Phase: Zorn 111

5.3 Dritte Phase: Verhandeln 112

5.4 Vierte Phase: Depression 113

5.5 Fünfte Phase: Zustimmung 114

6 Die Kommunikation mit Sterbenden 117

7 Kritik an der Multikulturalität in der Palliativpflege 119

IV ERFAHRUNGEN UND ERKENNTNISSE AUS DEM FELD DER PALLIATIVPFLEGE 122

1 Erfahrungen im ‚Feld‘: Interviews und Befragungen 122

2 Alltagserfahrungen zu Sterben und Tod am Beispiel ‚Spielfilm‘, ‚Interviews‘ (‚Inhaltsanalysen‘) und ‚Befragungen‘ 124

2.1 ‚Marias letzte Reise‘ 125

2.2 Die Interviews bzw. Inhaltsanalysen 126

2.3 Befragungen zum Thema spiritueller, religiöser, ritueller und sozialer Bedürfnisse 159

3 Bilder und Eindrücke aus der empirischen Feldarbeit 164

3.1 Die Palliativstation des Pflegeheimes in Melk 164

3.2 Das ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien-Ottakring 170

V RESÜMEE UND AUSBLICK 172

VI ANHANG 176

1 Nachwort 176

2 Literaturverzeichnis 180

3 Abbildungsverzeichnis 184

4 Curriculum vitae 187

5 Eckdaten der Diplomarbeit und Kontaktadresse 189

ABSTRACT

Was lehren die großen monotheistischen Weltreligionen Judentum, Christentum und Islam zum Sterben und Tod? Welche Haltung nehmen die fernöstlichen Weisheitslehren des Buddhismus, Hinduismus und Shintoismus zum Sterben und zum Tod ein? Was ist ‚Palliativpflege‘? Worin liegen die Bedürfnisse der PatientInnen?

Da die Menschen immer älter werden, nimmt auch die Zahl von Palliativerkrankungen zu.

Vor rund 100 Jahren noch starben die Menschen aufgrund von Seuchen, schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen, nicht zuletzt auch durch Kriege und deren Auswirkungen. Dadurch war oft nicht die Zeit vorhanden, mögliche spirituelle, religiöse oder rituelle Bedürfnisse zu reflektieren.

In dieser Diplomarbeit werden erstens die wichtigsten Religionen bzw. Weltanschauungen und deren Perspektiven zu Sterben und Tod erläutert, zweitens soll eine Literaturrecherche einen Überblick über den Stand des Wissens über die Bedürfnisse geben, die PatientInnen in der Situation einer nicht heilbaren Erkrankung haben, und drittens soll durch die Arbeit im Feld der Palliativpflege bzw. durch die Interviews, ein Feedback zu den Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen am Ende ihres Lebens gewonnen werden.

Um die Situation der PatientInnen in der Palliativpflege zu verstehen, bedarf es neben Empathie auch kognitiver Kenntnisse. Als Beispiel dafür sei das Wissen um die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross angeführt. Aber auch kritische Aspekte zur Multikulturalität, wie sie vor allem von Yasmin Gunaratnam artikuliert worden waren, fließen in die Arbeit ein.

Als Ergebnis zeigt sich ein sehr interessanter Befund: Sowohl die Kernaussagen themenrelevanter pflegewissenschaftlicher Studien als auch die Befragung der PatientInnen und Pflegenden ergaben, dass die Bedürfnisse von PalliativpatientInnen vorrangig sozial orientiert sind. D.h. der Kontakt mit Familie

und Freunden ist den betroffenen PatientInnen sehr wichtig. Außerdem möchten sie auch noch offene wirtschaftliche Angelegenheiten, zum Beispiel die Frage ihres Nachlasses, rechtzeitig geregelt wissen. Spirituelle, religiöse und/oder rituelle Aspekte sind den PatientInnen oft nicht so wichtig wie ihren Angehörigen. Dabei können allerdings Faktoren wie das Alter, die Erziehung und Kindheit der Betroffenen als bedürfnisbeeinflussend in Erscheinung treten.

What do the great monotheistic religions of Judaism, Christianity and Islam tell us about death and the grieving process? How does the approach to death and dying vary with the different religious affiliations, such as Buddhism, Hinduism and Shintoism. What does 'Palliative Care' mean? What are the patients' needs? This paper tries to offer an approach to these problems.

Because the population is growing older, the need for palliative care is increasing. A hundred years ago, people died of epidemic diseases, bad living conditions and hard work. In addition to that many people died because of wars. So they did not reach retirement. There was no time for reflecting on spiritual, religious or ritual aspects. Furthermore there was not enough time to sort out social affairs.

This paper discusses the most important religious movements and their opinion about death and dying. Moreover the paper deals with the literature about the needs of palliative patients. Interviews resume the needs of patients at the end of life.

In order to understand the patient's needs we need empathy and certain knowledge. For example caregivers have to know the theory of Kübler-Ross and the five phases of dying.

Moreover the paper contains some critical aspects about interculturality. Yasmin Gunaratnam has defined and published her critical statements.

As a result of the paper we can summarize the following interesting and maybe surprising facts:

The palliative patients' needs are primarily socially caused. Contact with the patients' family and friends is very important to them. Moreover they are interested in sorting out their monetary affairs, such as writing down their last will in time.

Spiritual, religious and ritual aspects are not as important for the patients, as the contact with their relatives.

Additionally we have to consider the aspects of age, education and childhood.

I EINLEITUNG

1 Die Situation

Sterben und Gebären haben einen engeren Bezug zueinander als man auf den ersten Blick glauben könnte. Schon Martin Luther verglich die Erfahrung der Gebärenden mit den Erfahrungen Sterbender. Beides wäre mit Angstgefühlen verbunden: den sicheren Schoß der Mutter auf dem engen Kanal der Gebärmutter zu verlassen, könne nachvollziehbar mit Ängsten verbunden sein. So wie der Säugling von der kleinen Wohnung des Mutterleibes in die große Welt eintritt, so verlässt der sterbende Mensch seine in vielerlei Hinsicht beschränkte Welt durch das dunkle Tor des Todes, um so in einen weiten Raum zu gelangen. In Hinblick auf die Freude darüber, was einen im Jenseits erwartet, müsse man diese Angst auf sich nehmen (vgl. Laager, 1996, S. 414). „Aus der Welt gehen“ und „auf die Welt kommen“ sind die Synonyme, die im alltäglichen Sprachgebrauch für das Sterben bzw. Geborenwerden verwendet werden.

Demographisch wird die Situation der Menschen am Ende des Lebens in unseren Regionen durch die Aussage: „...in den alternden Gesellschaften Europas wird mehr gestorben als geboren...“ von Reimer Gronemeyer auf den Punkt gebracht (Gronemeyer, 2008, S. 300). Es ist evident, dass vor allem die mittel- und nordeuropäischen Gesellschaften altern und letztendlich zu vergreisen drohen, wenn sich die Menschen in den erwähnten Regionen nicht wieder zu mehr Kindern und/oder mehr Zuwanderung entscheiden.

Es sagt auch viel über eine Gesellschaft aus, wie in ihr gestorben wird. Es geht um die Qualität des Sterbens. Und die ist, wie Gronemeyer ausführt, wenn die Sterbenden an Institutionen abgegeben und an Geräte⁵ angeschlossen werden, nachdenkenswert. ‚In Würde‘ zu sterben, das ist der Wunsch vieler Menschen. Es ist ein Charakteristikum von ‚Würde‘, dass sie dem Menschen zu eigen ist oder nicht. In Würde sterben hieße dann, ‚qualitätskontrolliertes Sterben‘ (vgl. ebenda). Gronemeyer führt weiter aus, dass in Europa heute aus den oben genannten Gründen mehr über Hospize als über Kreißsäle geredet wird und dass im Jahre 2050 jeder zehnte Europäer über 80 Jahre alt sein wird. Als Folge davon lässt sich

⁵ Wir sprechen von der Medikalisierung und Hospitalisierung der Menschen am Ende des Lebens.

beobachten, dass ethische Entscheidungen zunehmend schwieriger werden, da sie aus den ursprünglich religiösen Verankerungen gelöst werden⁶ bzw. weil ökonomische Überlegungen zu einer Deckelung von Kosten im Zusammenhang mit dem Sterben in sozialen Gesundheitssystemen, führen.

Wenn davon ausgegangen wird, dass im letzten Lebensjahr im Durchschnitt 80 Prozent der Gesamtgesundheitskosten aus dem Leben eines Menschen anfallen, liegen Bestrebungen einer Verbilligung des Sterbens nahe (vgl. ebenda).

Das Palliativwesen in Österreich ist noch recht jung. Die Statistik des Hospizverbandes Österreich von 2008 weist 213 Akutbetten österreichweit auf. Der PatientInnen-Schlüssel würde 480 Betten vorsehen. Das ist ein Minus von 267 Betten. Langzeitbetten werden von der oben angeführten Statistik nur 42 ausgewiesen (verteilt auf die Bundesländer Niederösterreich, Salzburg und Steiermark – Wien als Großstadt stellt eine Ausnahmesituation dar und hat eigene Wege beschritten). Seither hat sich Einiges geändert, und die Bettenanzahl ist ständig im Steigen begriffen. Die Stadt Steyr in Oberösterreich zum Beispiel geht heuer⁷ mit einer Palliativabteilung in Betrieb.

Hospiz- und Palliativbetreuung				
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Traditionelle Dienstleister		Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärzterschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...			Tageshospize
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle		

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

⁶ Das Lösen aus den religiösen Verankerungen ist m. E. mit der progredienten Säkularisierung in Zusammenhang zu sehen.

⁷ 2010.

Abb. 1 (S.5): Die Hospiz-Struktur in Österreich⁸

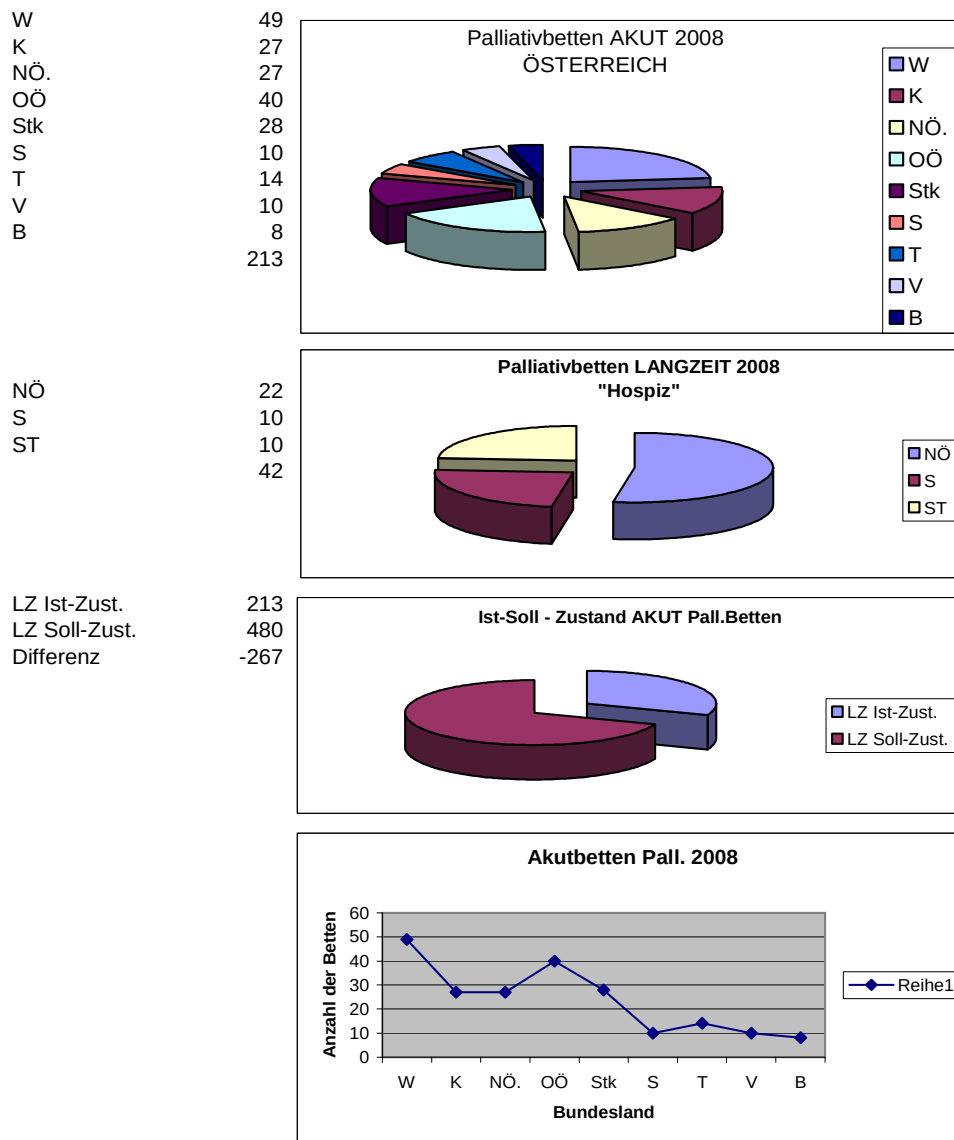


Abb. 2: Die Zahlen stammen aus H. Teuschl/L. Stachl, Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich. Statistik des Dachverbandes HOSPIZ-ÖSTERREICH; Stand 31.01.2008⁹.

In der Palliativpflege tätig zu sein kann daher auch bedeuten, für den Schutz von PatientInnen einzutreten, die dieses Schutzes in ihrer extremen Situation des Ausgeliefertseins am Ende des Lebens bedürfen. Das schließt ein Eintreten für ein würdevolles Sterben auch gegen die ökonomische Maxime

⁸ Die Graphik stammt vom 'Dachverband Hospiz Österreich'. Online zur Verfügung gestellt unter: <http://www.hospiz.at/> (08.08.2010).

⁹ Es wurde die 'EXCEL'-Tabellensoftware von Microsoft zur Darstellung der o.a. statistischen Daten verwendet.

des Handelns mit einem möglichst geringen Aufwand und dem bestmöglichen Effekt mit ein.

2 Die Forschungsfrage(n)

Bei den Fragestellungen zu dieser Arbeit geht es vor allem um die Feststellung, ob ein Zusammenhang zwischen der Palliativpflege und religiösen, spirituellen, rituellen und sozialen Bedürfnissen seitens der PatientInnen und Angehörigen festzustellen ist. Spielen am Ende des Lebens, nach einem mehr oder weniger langen Weg des Leidens, spirituelle und/oder religiöse Aspekte in der Palliativpflege eine Rolle? Gibt es auch rituelle Bedürfnisse bei den PatientInnen bzw. deren Angehörigen? Wie sieht es mit den sozialen Bedürfnissen aus? Wenn Bedürfnisse bestehen, um welche handelt es sich? Welche Anforderungen sind mit spirituellen, religiösen und/oder rituellen Bedürfnissen für die Pflegenden verbunden? Sollten positive Zusammenhänge vorhanden sein, wäre es sehr interessant zu wissen wie ausgeprägt diese Zusammenhänge sind.

3 Thematischer Leitfaden und methodische Vorgangsweise

o-> Religiöse/religionswissenschaftliche Grundlagen (Vorstellung der wichtigsten Aspekte der Weltreligionen und wichtiger Glaubensgemeinschaften/Sekten)

o-> Palliativ Care (Studien; Begriffsklärung von ‚Palliativ Care‘ bzw. ‚Hospize Care‘; was verbindet die Lebenden mit den Toten und umgekehrt?, der Prozess des Sterbens und die Sterbephasen nach E. Kübler-Ross; die Kommunikation mit Sterbenden; Kritik an der Multikulturalität in der Palliativpflege)

o-> Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Feld der Palliativpflege (Entstehung und Erkenntnisse aus den Interviews, das Palliativwesen im Alltag, Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Religiosität und Pflege,...)

o-> Resümee und Ausblick (Ergebnisse aus den Erkenntnissen der Arbeit, [didaktische] Maßnahmen für die Zukunft)

Der religiöse bzw. religionswissenschaftliche Traktat spielt eine wichtige Rolle für das Verstehen potenziell religiöser Bedürfnisse. Es werden unter anderem die großen monotheistischen Weltreligionen Christentum, Judentum und Islam vorgestellt. Ferner kommen die großen Weisheitslehren Buddhismus, Hinduismus und Shintoismus zur Sprache. Die zuletzt genannten religiösen Strömungen imponieren durch große spirituelle und auch rituelle Vielfalt.

Auch auf das weite Feld der Sekten, Religionsgemeinschaften, Freikirchen und Gesinnungsgemeinschaften wird in einem dieser Arbeit angemessenen Ausmaß eingegangen. Einerseits verzeichnen diese Gruppen in den letzten Jahren einen Zuwachs an Interessierten und Mitgliedern, während andererseits die großen Religionen, insbesondere das Christentum, Mitglieder verlieren. Das heißt für die Palliativpflege, dass die Wahrscheinlichkeit mit Mitgliedern dieser Gruppen in Kontakt zu kommen, steigend ist. Eine genaue Abgrenzung zwischen Sekte und Ursprungsgruppe nicht immer leicht. Streng historisch betrachtet, könnte auch das Christentum als Sekte des Judentums betrachtet werden.¹⁰ Die Zeugen Jehovas beispielsweise sind seit einigen Jahren in Österreich eine staatlich anerkannte Glaubensgemeinschaft. Sie haben somit den Status einer ‚Kirche‘. Gleichzeitig weist diese Glaubensgemeinschaft aber auch einige sektentypische Merkmale auf.¹¹

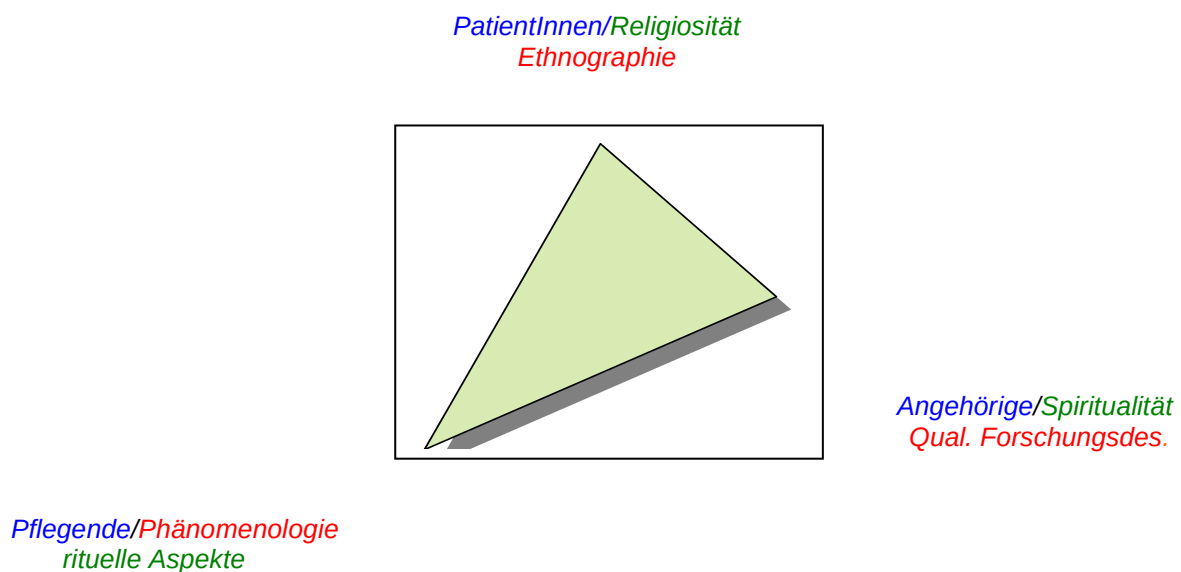
Weitere wichtige Gesichtspunkte in der theoretischen Darstellung des Themas der Diplomarbeit ist die Erwähnung der Prozessphasen des Sterbens nach Elisabeth Kübler-Ross und ein kurzer Umriss dessen, was unter ‚Palliativ‘- bzw. ‚Hospiz-Care‘ zu verstehen ist. Wie ist der Stand des Wissens hinsichtlich der Situation der spirituellen und religiösen Bedürfnisse von PalliativpatientInnen? Wie wird die Thematik in pflegewissenschaftlichen Arbeiten bzw. Studien dargestellt? Weiters soll ein Blick auf die Verbindung zwischen den Lebenden und den Toten geworfen werden. Dieses Unterfangen ist im Alltag meistens schwierig, weil Sterben und Tod in einer Zeit der Jugend-, Erfolgs- und Wirtschaftsgläubigkeit in der Öffentlichkeit weitgehend tabuisiert sind. Trotzdem stellt der Versuch des Spannens eines Bogens unserer postmodernen Gesellschaft von „forever young“ bis zur Not der letzten Tage und Stunden einen enorm spannenden und auch

¹⁰ Mit dem Judentum als Ursprungsreligion.

¹¹ Siehe Abschnitt 1.7.

wichtigen Aspekt dieser Arbeit dar; insbesondere im Licht der Bedürfnisse der PalliativpatientInnen. Ihr Anteil in der Pflege wird in dem Maß steigen, als die Menschen älter werden. Die westliche, vor allem mittel- und nordeuropäische, aber teilweise auch die nordamerikanische Gesellschaft altert und der Anteil an Hochaltrigen¹² wird unter anderem durch bessere Lebensumstände und den Fortschritt der Medizin ständig größer.

Weiters geht es um die Erfahrungen ‚im Feld‘, das heißt um Befragungen bzw. Interviews mit Pflegenden und PatientInnen und um die Erfahrungen in der Praxis. Das Forschungsdesign dieser Arbeit ist qualitativer Natur. Den persönlichen Erfahrungen von PatientInnen und Pflegenden soll durch das empathische und verantwortungsvolle Zusammenarbeiten mit den Betroffenen die gebührende Bedeutung und Anerkennung zugemessen werden. Es gilt, den Betroffenen und ihrem Schicksal Respekt zu zollen. Durch das Hineingehen in das Feld der Palliativpflege und das gemeinsame Erstellen der Interviews wird eine gegenseitige Beziehung zwischen den befragten PatientInnen, den Pflegepersonen und dem Verfasser aufgebaut. Das macht einerseits ein empathisches Vorgehen im Hinblick auf die gesundheitliche Situation der PatientInnen, andererseits aber auch Überlegungen notwendig, dass der Forscher das Feld nach Beendigung der Erhebungen wieder verlässt und die Betroffenen zurücklassen muss.



¹² ‚Hochaltrig‘ wird hier ab dem 75. Lebensjahr verstanden.

4 Definitionen

4.1 Das Palliativwesen

Der palliative Aspekt in Pflege und Medizin steht im Gegensatz zum kurativen.

Das Wort ‚kurativ‘ kommt vom lateinischen *Curatio*¹³. Die kurative Medizin erhebt den Anspruch, Krankheitszustände zu beenden oder wenigstens das Fortschreiten zu verhindern oder zu verzögern. Vollständige Heilung ist auch in der kurativen Medizin nicht immer möglich.¹⁴ Die Grenze zwischen der Pflege von kurativen und palliativen PatientInnen verläuft nicht immer eindeutig und mit scharfer Abgrenzungslinie, sondern hat ein mehr oder weniger breites Spektrum. Grundsätzlich ist mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung einer Krankheit mit infauster, d.h. hoffnungsloser, Prognose der Beginn des palliativen Verlaufes einer Krankheit gegeben.

Beim Begriff ‚palliativ‘¹⁵ geht es im Gegensatz zu ‚kurativ‘ um die Linderung eines Leidens. Der Begriff der ‚Palliation‘ weist auf die Umhüllung mit einem Mantel hin. Mit ‚Umhüllung‘, bzw. ‚Palliation‘ wird in Pflege und Medizin sinngemäß die Umhüllung, Ummantelung eines Leidens gemeint. Wird jemand ‚bemäntelt‘, kann damit ein Schutz zum Ausdruck gebracht werden. Für die Palliativpflege bedeutet das, dass die Auswirkungen der fortschreitenden Erkrankung und die definitiv begrenzte Lebenserwartung gemildert werden und so eine bestmögliche Lebensqualität – einem sehr wesentlichen Faktor im Palliativwesen – und letztendlich ein menschenwürdiges Sterben gewährleistet wird.¹⁶ Von der Perspektive der Pflege gesehen, kann unter der ‚Ummantelung‘, Be-Schützung

¹³ Siehe lateinisches Wörterbuch ‘Stowasser’, 1994, S. 134f. *curatio*, onis, f. (*curo*) 1. Besorgung, Wartung, Pflege; 2. Behandlung, Heilung. Von diesem Wort leitet sich sowohl ‚KuratorIn‘ (RechtspflegerIn, SachwalterIn, RechtsvertreterIn,...) als auch das Englische ‚Care‘ (Pflege, im Sinne von Krankenpflege) her.

¹⁴ Online verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Kuration> (Zugriff: 1.7.2010).

¹⁵ Siehe Stowasser, 1994, S. 360: *pallio* 1. (*pallum*) umhüllen, verdecken, verstecken. Eine Interpretation im Sinne von ‚palliativ‘ in der Pflege ist m. E. zumindest in zweifacher Weise möglich: einerseits die unheilbare Krankheit vor den PatientInnen zu verstecken, die Situation zu ummanteln zu entlasten, andererseits die PatientInnen zu schützen, schonen und mit einem Mantel des Verständnisses zu schützen.

¹⁶ Online verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Palliation> (Zugriff: 1.7.2010).

aber auch der Schutz der palliativ erkrankten PatientInnen von der sozialen Außenwelt, vor anderen, zum Beispiel neugierigen, belastenden, Menschen gemeint sein.¹⁷

Das Palliativwesen ist interdisziplinär zu sehen. Sowohl Pflege als auch Medizin sind davon betroffen. Was die fachliche Qualifikation bei der Betreuung von Palliativ-PatientInnen betrifft, spielen neben den ÄrztInnen und Pflegenden auch Klinische PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und KrankenhausseelsorgerInnen eine Rolle bei der Betreuung. Zu den Aufgaben des Palliativwesens gehören schmerzstillende, die Lebensqualität möglichst erhaltende, Maßnahmen genau so wie die mentale Unterstützung der PatientInnen im Sinne einer psychosozialen Hilfestellung. Das kann das Ermöglichen kleiner Wünsche wie das Hinausbringen eines/einer mobilitätseingeschränkten Patienten/in mit Gehhilfe oder Bett in den Garten um ein letztes Genießen der Natur zu ermöglichen, bedeuten. Vielleicht wäre ein Kontaktmanagement zu den Verwandten bzw. Angehörigen wichtig, oder das Hinsetzen zum Bett, um einfach bereit sein auf die Wünsche einzugehen.

Wie die Situation hinsichtlich des Unterstützens der PalliativpatientInnen bei spirituellen, religiösen und rituellen Bedürfnissen aussieht, wie weit ein Unterstützungsbedarf besteht und wenn dies der Fall sein sollte, wie diese Unterstützung aussehen könnte, soll im Fokus dieser Arbeit stehen.

4.2 Aspekte der Religiosität bzw. der Interreligiosität

Religiosität hat einen stark holistischen, das heißt ganzheitlichen Effekt. Religiosität betrifft den ganzen Menschen und beeinflusst alle Lebensbereiche: Familie, Freizeit, Beruf. Religiosität des Lebens ist wie auch Religiosität des Sterbens letztendlich Ausdruck der Verschiedenheit der Menschen. Ausdruck finden diese Verschiedenheiten in den Sterbekulturen, die ihrerseits wiederum auf den verschiedenen Weltanschauungen bzw. Religionen basieren. Die Herausforderung für die Pflegenden besteht im Wesentlichen darin, dass sie es den Sterbenden ermöglichen, Gewohntes in Frage zu stellen und Individuelles zu

¹⁷ Meinung des Verf.

denken und zu machen. Thomas Morton, ein Trappistenmönch¹⁸, hat in den 1960er und 1970er Jahren wichtige Arbeiten bezüglich westlicher und östlicher Kulturen geschrieben. Da der deutschsprachige Raum vor allem christlich kultiviert ist, hat auch die deutschsprachige Hospiz-Bewegung christliche Wurzeln. Das ist im angloamerikanischen Raum anders. Durch das kolonial bedingte Zusammentreffen verschiedener Religionen und Kulturen ist im angloamerikanischen Raum auch die interreligiöse bzw. interkulturelle Komponente stärker ausgeprägt. Das hat insofern Auswirkungen auf die Pflege, als hier Interreligiosität und Interkulturalität eine viel größere Tradition haben als in Europa. Die Hospizbewegung, vor allem in den deutschsprachigen Ländern Europas, muss daher in den nächsten Jahren lernen, verstärkt multikulturell Rücksicht zu nehmen (vgl. Heller, 2003, S. 11ff.).

¹⁸ Reformzweig der Zisterzienser aus dem 17. Jahrhundert. Die Trappisten haben bezüglich der Ordensregeln einen strengen Tagesablauf, der Gebete, (religiöse) Lektüre und Handarbeit enthält. (Trappisten betätigen sich handwerklich, indem sie beispielsweise Käse, Bier, Marmelade, u.a.m. herstellen).
Online zur Verfügung gestellt: <http://heiligenlexikon.de/Orden/Trappisten.htm> (14.8.2010).

II RELIGIÖSE BZW. RELIGIONSWISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

Die Begriffe ‚religiös‘ und ‚spirituell‘ werden meist in einem ähnlichen Zusammenhang, aber nicht synonym, verwendet. Wikipedia führt beispielsweise an, dass im Englischen die beiden Begriffe oft synonym verwendet werden. Von der ursprünglichen Bedeutung des Wortes her lässt sich der Begriff ‚Spiritualität‘ sowohl von ‚spiritus‘, lateinisch ‚Geist‘; als auch vom Englischen ‚spirit‘ – ebenfalls ‚Geist‘, ableiten.¹⁹

Der entscheidende Unterschied zwischen Religiosität und Spiritualität liegt vor allem darin, dass ‚Religiosität‘ einen stärker konfessionellen und religionstheoretischen Hintergrund hat als der allgemein für einen Glauben an höhere Kräfte und Mächte verwendete Begriff der ‚Spiritualität‘. Dazu können im weiteren Sinne auch esoterische Elemente gezählt werden. ‚Spiritualität‘ ist nicht notwendigerweise mit dem Glauben an einen bestimmten Gott oder mit bestimmten Gottheiten verbunden.²⁰

Um das religiöse Denken eher konfessionell orientierter PatientInnen mit ihren verschiedenen Ausprägungen und Bedürfnissen besser verstehen zu können, werden sowohl die Grundzüge der großen monotheistischen Weltreligionen als auch die wichtigen Lebensweisheiten in groben Umrissen vorgestellt. Nur wenn wir genau über die Religionen der PatientInnen Bescheid wissen, können wir ihnen eine effiziente und fundierte Unterstützung geben. Die Pflegenden sollten auch über die Theorie der Religion, dem die PatientInnen angehören, Kenntnisse haben. Was sagt die jeweilige Religion bzw. was lehren deren autorisierte Vertreter zu Leben, Sterben, Tod und einem Leben nach dem Tode? Dazu werden in dieser Arbeit neben den monotheistischen²¹ Weltreligionen die großen Lebensweisheiten des Buddhismus, Hinduismus und Shintoismus vorgestellt. Letzterer stellt die Verbindung einer Naturreligion mit dem Konfuzianismus dar, die

¹⁹ Online verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Spiritualit%C3A4t/> (15.5.2010).

²⁰ Definition des Unterschiedes zwischen ‚Religiosität‘ und ‚Spiritualität‘ durch den Verf.

²¹ ‚Monotheismus‘ lässt sich aus dem (Alt-)Griechischen ‚mono‘ (eins) und ‚Theos‘ (Gott) herleiten. Das Attribut des Ein-Gott-Glaubens ist auf Buddhismus und Hinduismus nicht anwendbar, da hier viele Götter Verehrung bzw. Anbetung finden.

vor allem in Japan sehr verbreitet ist²². Die zuletzt genannten fernöstlichen Glaubenseinstellungen verstehen sich mehr als große Weisheitslehren denn als Religionen. Im Folgenden soll auf diese Religionen und Weisheitslehren näher eingegangen werden.

1 Das Christentum

Das Christentum gilt als die größte religiöse Bewegung in der Geschichte der Menschheit. Etwa zwei Milliarden Menschen gehören – zumindest der offiziellen Zugehörigkeit nach – dem Christentum an (vgl. Schwikart, 2007, S. 39).²³

Geschichtliche bzw. politische Ereignisse²⁴, aber auch verschiedene Ausprägungen der Frömmigkeit und unterschiedliche Auslegungen der Lehre haben ein breites christliches Spektrum gebildet. Diese Umstände haben zu einem katholischen Zweig unter der Oberhoheit des Bischofs von Rom, der zugleich auch als Nachfolger des Apostels Petrus und damit als Oberhaupt der gesamten Katholischen Kirche gilt, geführt. Die Katholische Kirche weist etwa eine Milliarde Mitglieder auf. Weiters entwickelten sich verschiedene orthodoxe Kirchen im östlichen Europa und evangelische Kirchen, die als Folge einer Reformationsbewegung im 16. Jahrhundert entstanden sind, sowie Freikirchen (vgl. Antes, 2003, S.98).

Das Christentum ist früh zu einer Buchreligion geworden. Das heißt: Die Glaubenssätze und wichtigen Aspekte der Lehre wurden bereits wenige Jahrzehnte nach dem Tod Jesus am Kreuz auf Basis der mündlichen Überlieferung bzw. Interpretation der ersten evangelischen Redaktoren, die sich als Apostel und Nachfolger des Religionsgründers Jesus verstanden, verschriftlicht.

Am Anfang stand die Geburt des Kindes Jesus. Die Vita des Religionsgründers Jesus wurde aufgeschrieben und an die nächsten Generationen überliefert: die Kindheit, erste Anzeichen eines besonderen religiösen Charismas, sein religiöses und soziales Wirken als junger Erwachsener, die Tätigkeit eines Mannes mit besonderen sozialen und auch missionarischen Ambitionen, und letztendlich sein

²² Nähere Ausführungen siehe dazu S. 59-61.

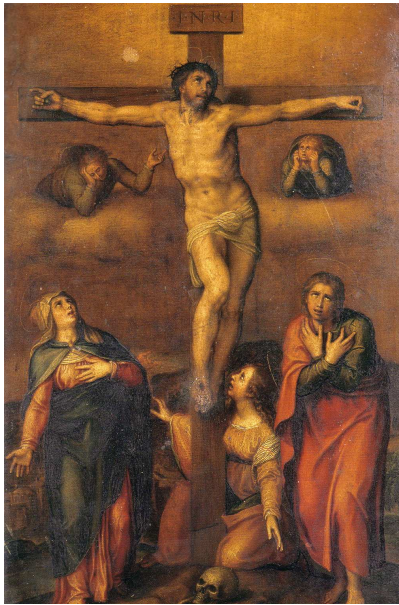
²³ Stand 2007.

²⁴ Vgl. Kap. 1.2.

– nach dem Verständnis in der damaligen Zeit – schmachvoller Tod durch Kreuzigung mit weniger als vierzig Jahren (vgl. Smart, 2000, S 136f.).

Abb. 4, links: Die Kreuzigung Christi, dargestellt von Michelangelo um etwa 1410. Es handelt sich um eine Hochzeit des Christentums und auch eine Hochzeit der Kunst. Das Thema der Kreuzigung ist im Sinne der Erlösung von aller Schuld ein absolut zentrales heilsgeschichtliches Thema des Christentums.²⁵

Abb. 5, rechts: Der Stephansdom in Wien; Dom- und Metropolitankirche zu St. Stephan; Sitz des Erzbischofs bzw. Kardinals von Wien, ist eine im gotischen Baustil erbaute Kirche.²⁶



1.1 Urchristentum und frühe Häresien

Jesus von Nazareth, nach den Schriften der Offenbarung, Gott und Mensch in einer Person, stand im Fokus sehr unterschiedlicher ethnischer, sozialer und religiöser Aspekte. Von seiner ethnischen Abstammung her war er teils Jude, teils nicht jüdischer, vermutlich römischer, Abstammung. Hinsichtlich seiner sozialen Einstellung vertrat er Ansichten, die ebenso wenig für die religiösen Juden wie für die religiös indifferenten Römer akzeptabel waren. Für die Römer mit ihren machtpolitischen Interessen war sein Gottessohn-Anspruch nicht tragbar. In den Anfängen des Christentums hatten die ersten Christen Verfolgungen von Seiten der römischen Kaiser, vor allem durch Kaiser Nero, zu erdulden. Unter Kaiser

²⁵ Online zur Verfügung gestellt unter: http://commons.org/wiki/Fiule:Miguel_Angel_Crucifixion_La_Redonda_Logrono_spain.jpg (20.7.2010).

²⁶ Online zur Verfügung gestellt unter: <http://austria-lexikon.at/af/AEIOU/Stephansdom> (29.7.2010).

Konstantin I. wurde das Christentum im Jahre 313 Staatsreligion. Mit der Teilung des Römischen Reiches 395 in ein weströmisches und oströmisches Reich erfuhr auch das Christentum eine Teilung. Die Trennung war weniger grundsätzlicher bzw. dogmatischer als sprachlicher und liturgischer Natur (vgl. Smart, 2000, S. 137).

Die soziale Provokation des Jesus von Nazareth war seine Hinwendung zu den Armen, Kranken und Schwachen. Indem er den Randgruppen der Gesellschaft gegenüber Verständnis zeigt und ihnen Gehör schenkt, löst er Befremden bei den Realpolitikern seiner Zeit aus. Die religiöse Provokation des Gottessohns des Jesus von Nazareth, seine Spiritualität und seine Effizienz bei der Überwindung menschlicher Begrenztheit zeigt sich, wenn er beispielsweise Tote zum Leben wiedererweckt, unheilbar bzw. chronisch Kranke heilt und die spärlich vorhandenen Lebensmittel, Brot und Fische, teilt und dadurch im wahrsten Sinne des Wortes auf wunderbare Weise vermehrt. Wer den Menschen nach Belieben Brot gibt demonstriert, dass er etwas kann, was die Politik bzw. weltliche Gesellschaft nicht kann. Außerdem imponiert die Lehre des Jesus Christus durch eine nie vorher da gewesene Friedens- und Versöhnungspolitik. Die so genannte ‚Bergpredigt‘²⁷ und der darin verbundene Aufruf zu Frieden und Versöhnung mit den Feinden stellt eine beeindruckende Friedenssymbolik mit hohem Wiedererkennungspotenzial dar. Das Christentum unterscheidet sich von den meisten anderen monotheistischen Religionen vor allem dadurch, dass es seinen Religionsgründer, Jesus Christus, den Messias und Weltheiland, stärker in den Mittelpunkt der gesamten Lehre stellt. Er ist für die Christen nicht nur Urheber und Wiederentdecker metaphysischer und/oder ethischer Lehren wie dies beispielsweise im Zusammenhang mit Buddha und Konfuzius der Fall ist. Jesus Christus nimmt nicht nur die Rolle eines Gesandten des einen Gottes ein, wie dies im Islam bei Mohammed als dem Gesandten Allahs der Fall ist, sondern er steht als Gott selbst im Fokus der christlichen Religion (vgl. Glasenapp, 2005, S. 237).

Der gewaltsame Tod des Jesus am Kreuz, wie er damals nur für Gewaltverbrecher vorgesehen war, beendet sein weltliches Leben abrupt und schmachvoll. Die Geschichte des Religionsgründers Jesus Christus ist damit aber

²⁷ Siehe Matthäus, Kap. 5, Vers 1 bis Kap. 7, Vers 29: „...selig die Armen im Geiste, denn ihrer ist das Himmelreich,..., selig die Friedensstifter, denn sie werden Söhne Gottes heißen...’.

nicht zu Ende. Es wird in den Schriften des Neuen Testaments überliefert, dass Jesus als der Christus²⁸ am dritten Tag nach der Grablegung vom Tod auferstanden und in den Himmel aufgenommen worden ist. Damit soll deutlich gemacht werden, dass für die Christen der Tod überwunden wird und nicht die letzte Station des Seins ist. Auf sie warten die Vergebung von den Sünden, die Rehabilitation vom Tod, das Ende allen Leidens und jeder Krankheit sowie die Transformation in eine bessere Welt. Die Barmherzigkeit Gottes, wozu auch die Hingabe Jesus Christus am Kreuz für die Schuld der Menschen gehört, macht letztendlich das Heilsgeschehen für die Menschheit aus (vgl. Glasenapp, 2005, S. 251).

Von der Niederlage des Religionsgründers der Christen durch den Kreuzestod und dem damit verbundenen Debakel, das dieser Tod für die ersten und engsten Anhänger von Jesus ausgelöst haben muss, bis hin zum Triumph über Sünde, Tod und Finsternis, den seine Auferstehung auch bewirkt hat, reichen die religiösen Auswirkungen der christlichen Lehre auf die Menschen. Diese Diversität ist möglicherweise auch ein Grund, dass trotz dieses großen heilsgeschichtlichen Potenzials von Vertretern der katholischen Geistlichkeit manchmal ein sehr einseitiges, d.h. ein sehr strenges und strafendes Gottesbild vermittelt worden ist. Das kann für manche, insbesondere sehr alte Menschen, in deren Bewusstsein sich dieses strafende Gottesbild manifestiert hat, zur Folge haben, dass es für sie dann am Ende ihres Lebens auch aus diesen Gründen zu massiven Ängsten beim Sterben kommt.

Eine Polarität in der Theologie der christlichen Religion hat sich schon früh – bereits in den ersten Jahrzehnten nach der Religionsgründung – abgezeichnet: es waren vor allem aus der griechischen Philosophie kommende Anhänger der neuen Lehre, welche eine Theorie des Dualismus, des Hell und Dunkel, des Lichts und Schattens, des Gut und Böse, vertraten (vgl. Hirschberger, 1980, S. 346). Dieser Manichäismus²⁹ wurde von den orthodoxen³⁰ Lehrern stets abgelehnt. Die Anhänger des Manichäismus mussten ihren Thesen abschwören oder wurden aus

²⁸ Siehe lateinisches Wörterbuch ‚Stowasser‘, 1994, S. 86: Christus i, m., [‚der Gesalbte‘; Beiname Jesu].

²⁹ Online zur Verfügung gestellt: <http://de.wikipedia.org/wiki/Manich%C3%A4ismus> (Zugriff: 20.05.2010). Danach ist der Manichäismus eine Religion aus der Antike. Die Lehre des Persers Mani (3. Jhdt. n. Chr.) ist im Wesentlichen auf den zwei Substanzen bzw. Prinzipien, nämlich des Lichts und der Finsternis, aufgebaut.

³⁰ Orthodox (griech.) – rechtgläubig.

dem Kreis der Gläubigen ausgeschlossen, zumal sich Mani, der aus dem Persischen stammende Namensgeber und Begründer der Bewegung, auch noch anmaßte, neben Buddha und Jesus der letzte Prophet zu sein.

Der Gnostizismus weist Zusammenhänge mit dem Manichäismus auf und wurde ebenfalls als von der christlichen Lehre abweichend im Sinne einer Irrlehre betrachtet. „Gnosis“ stammt vom Wort ‚Erkenntnis‘. Gemäß gnostischer Lehre fielen einst göttliche Samen aus der guten, göttlich transzendenten Sphäre auf die böse materielle Welt. Durch die damit verbundene Wiedererweckung des Göttlichen in der Welt ist es nach Ansicht der Gnostiker dem Menschen möglich, in den Bereich des Spirituellen und Reinen zurückzukehren. Bei manchen besonders religiösen und pietätvollen Menschen ist auch heute noch zu beobachten, dass sie Körperlichem bzw. Materiellem ablehnend gegenüber stehen und nur in einer Ideenwelt des Reinen und Nichtkörperlichen das wahre Glück sehen. Menschen mit einem solchen Gedankengut sind vom realen Leben mit der ganzen Körperlichkeit manchmal irritiert und hadern dann darüber am Ende ihres Lebens, weil sie zwangsläufig mit ihren Ideen in der Wirklichkeit des Lebens scheitern mussten (vgl. Hirschberger, 1980, S. 334).

Am Ende eines Lebens sollte nicht der Aspekt des strafenden, sondern der verzeihende Gott stehen. Im Sakrament der Krankensalbung wird dem Sterbenden die Gelegenheit gegeben, sich auszusprechen, seine Sünden und Verfehlungen zu offenbaren und so durch den Priester als dem Vermittler Gottes in der Beichte die Absolution³¹ zu erlangen. Während die Beichte eine sehr persönliche Angelegenheit zwischen Sterbender/Sterbendem und Priester ist, bietet sich die Feier des Abendmahles mit Brot und Wein im Sinne des Evangeliums nach Johannes (Kap. 6, Vers 54): *„Wer mein Fleisch isst und mein Blut trinkt, hat das ewige Leben und ich werde ihn auferwecken am Letzten Tag“* als gemeinschaftliche Wegzehrung für die letzte Reise an. Zum Zeichen der Stärkung für diesen letzten Gang von der Welt ins Jenseits wird die/der Sterbende mit dem Heiligen Öl, dem Chrysam, gesalbt. Die Krankensalbung darf aber nur lebenden Menschen gespendet werden, die dem Procedere noch folgen können (vgl. Schwikart, 2007, S.49f.).

³¹ ‚Absolution‘ – Vergebung der Sünden. Nach dem alten Ritus lauteten die lateinischen Worte für die Sündenvergebung: „Ego te absolvo a peccatis tuis in nomine patris et filii et spiritus sancti...“ – lat.: ‚Ich spreche dich los von deinen Sünden im Namen des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes‘.

1.2 Reformation und Gegenreformation

Mit zunehmender Etablierung der neuen Lehre des Christentums kam es im Laufe der Zeit großartigen bildungspolitischen Leistungen. Als Beispiel sei die unvorstellbar wichtige Maßnahme der Alphabetisierung durch die Initiative Kaiser Karls des Großen im Frankenreich genannt. Er hat im Jahre 784/85 Mönche als den Trägern von Wissen und Bildung mit dieser zukunftsweisenden Aufgabe beauftragt. Nach etwas weniger als einem Jahrhundert kam es dann zunehmend zu Auswüchsen und Fehlentwicklungen im Christentum. Verweltlichung, teilweise auch Vernachlässigung der Theologie und Machtmissbrauch bei vielen Bischöfen und Klerikern, waren die Folge. Als die Geistlichkeit dann auch noch mit dem Ablass³² Handel trieb, kam es zu Reformbestrebungen, die im Anschlag der 95 Thesen des Augustinermönches Martin Luther an der Schlosskirche zu Wittenberg ihren Höhepunkt fanden (vgl. Smart, 2000, S. 156f.). Diese Aktion sollte in der Folge eine große religiöse Reformbewegung in Gang setzen, deren Auswirkungen bis zum heutigen Tag andauern. Die neue Bewegung gewann viele Anhänger. Diese werden als Protestanten oder evangelische Christen bezeichnet. Die reformatorische Bewegung unterscheidet sich in vielen Dingen von der katholischen Ursprungslehre: sie lehnt das Papstamt als weltweit oberste kirchliche Instanz ab, die evangelischen Pfarren sind regional strukturiert, die Pfarrer bzw. Pfarrerinnen werden von den Gemeinden demokratisch in ihr Amt gewählt und sind, da sie nicht dem Pflichtzölibat unterliegen, familiär meist mehr in das Alltagsgeschehen der Gemeinde eingebunden als ihre katholischen Amtskollegen³³. Die evangelischen PfarrerInnen sind oft selbst Eltern. Die Protestanten kennen keinen Pflichtzölibat³⁴. Außerdem gibt es in der evangelischen Kirche im Gegensatz zur katholischen die so genannte „Frauenordination“³⁵. Es ist aus der Genderperspektive erfreulich, dass heute

³² ‚Ablass‘ = Vergebung der Sünden, ablassen von den Sünden.

³³ Die zuletzt genannte Feststellung beruht auf langjähriger Beobachtung des Verfassers, ist aber nachvollziehbar, weil die evangelischen PfarrerInnen meist Familie haben und daher mehr soziale Kontakte in einer Gemeinde wahrnehmen.

³⁴ Zölibat: Das von der katholischen Amtskirche seit dem Konzil von ...im Jahre... festgesetzte Versprechen der Ehelosigkeit aller Priesteramtskandidaten. Anm. d. Verf.

³⁵ Frauenordination: Das Recht der Frauen auf Ausübung des Priesteramtes.

verhältnismäßig viele Frauen von evangelischen Gemeinden in das Amt einer Pfarrerin gewählt werden.



Abb. 6 (links): Martin Luther, nach einem Gemälde von Lucas Cranach, d. Ä.³⁶

Abb. 7 (rechts): die Tafeln mit den 95 Thesen des Martin Luther am Portal der Schlosskirche von Wittenberg³⁷. Sie sind auf den insgesamt sechs Tafeln beim Portal der Kirche von Wittenberg festgeschrieben.

Luther hatte etliche Mitstreiter bei der Reformation. Teilweise arbeiteten sie zusammen, weitgehend ging aber jeder von diesen Idealisten seinen eigenen Weg. Von Luther ist aus Überlieferungen bekannt, dass er keine einfache Persönlichkeit war und mit seinen reformatorischen Mitstreitern meist wenig kooperierte. So erging es auch dem in Frankreich geborenen *Johannes Calvin*, der später auf der Flucht vor dem französischen König war, welcher sich als Schutzherr der Katholiken betrachtete (vgl. Hale, R., 1999, S. 62). Ein weiterer Reformator war *Ulrich Zwingli* aus der Schweiz. Auch *Jan Hus* war Schweizer. Das Leben des Jan Hus verlief sehr dramatisch. Nachdem er die letzte Möglichkeit des Widerrufs der neuen Lehre verweigert hatte, wurde er unter der Leitung des Pfalzgrafen am 6. Juli 1415 mit seinen Schriften zusammen auf dem Scheiterhaufen verbrannt.

Der katholische Glauben unterscheidet sich aber auch dogmatisch deutlich von dem von Luther initiierten neuen evangelisch-protestantischen Glaubensgut. Die

³⁶ Online verfügbar unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Luther (23.5.2010).

³⁷ Online verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:95Thesen2390.jpg> (26.5.2010).

Grundfesten lutherischen Glaubensgutes sind die vier ‚Sola‘: ‚Sola gratia‘³⁸, ‚Sola fide‘³⁹, ‚Sola scriptura‘⁴⁰ und ‚Solus Christus‘⁴¹. Die reformierte Glaubensgemeinde kennt auch die im Katholischen meist einen wichtigen Stellenwert einnehmende Mariologie⁴² nicht. Aber auch die Sichtweise zu anderen wichtigen Glaubenssätzen, wie dem Letzten Abendmahl und der damit verbundenen Umwandlung des Brotes und Weines – welche bei den Protestanten in erster Linie symbolischen Charakter hat – ist im Vergleich zur katholischen Kirche, die auch eine konkrete stoffliche Umwandlung des Brotes als den Leib Jesu und des Weines als das Blut Jesu lehrt, ganz anders. Deutliche Unterschiede gibt es weiters bei den Sakramenten⁴³. Bei den Sakramenten besteht ein großer Unterschied zwischen katholischen und reformierten Christen. Während Luther ursprünglich drei Sakramente, nämlich Taufe, Abendmahl und Buße, anerkannte, lassen die Anhänger Luthers und die Reformierten heute nur noch zwei Sakramente, nämlich Taufe und Abendmahl gelten. Die katholische Kirche hingegen lehrt sieben Sakramente (vgl. Glasenapp, 2005, S.303):

1. die Taufe (mit der Symbolfarbe weiß für die Reinheit)
2. die Firmung (mit gelb als Symbol für das heilige Öl als Stärkung im Glauben)
3. das Abendmahl (mit der liturgischen Farbe grün als Zeichen der Hoffnung bzw. der Verjüngung)
4. die Buße (Beichte) wird liturgisch mit der Farbe rot als Zeichen des Blutes der Vergebung in Zusammenhang gebracht
5. die Krankensalbung (früher als ‚letzte Ölung‘ bezeichnet) wird bei den katholischen Sakramenten mit schwarz, der Farbe der Trauer, verbunden
6. die Priesterweihe mit der Priesterfarbe violett und
7. das Sakrament der Ehe im Zusammenhang mit der kirchlichen Farbe blau als Zeichen der Treue.

³⁸ Anm. d. Verf.: ‚Sola gratia‘: lat. ‚nur die Gnade‘, d.h. wichtig für den Glauben an Gott ist nur die Gnade, Berufung.

³⁹ Anm. d. Verf.: ‚Sola fide‘: lat. ‚nur der Glaube‘, d.h. nur der Glaube, das Vertrauen an Gott, ist wichtig in der Religion.

⁴⁰ Anm. D. Verf.: ‚Sola scriptura‘: lat. ‚nur die Schrift‘.

⁴¹ Anm. d. Verf.: ‚Solus Christus‘: lat. ‚nur Christus‘ – allein Christus gilt die Hoffnung auf Errettung.

⁴² Anm. d. Verf.: ‚Mariologie‘ ist die Lehre von der Mutter von Jesus. Die reformierte Kirche lutherischen Bekenntnisses lehnt z. B. das Dogma von der unbefleckten Jungfrauen-Geburt Mariens sowie auch die leibliche Aufnahme Mariens in den Himmel u.a. ab.

⁴³ Anm. d. Verf.: ‚Sakramente‘ – ‚sakra mentes‘ im Sinne von ‚heilige Zeichen‘, ‚heilige Absichten‘.

Die evangelisch-reformierten Menschen lehnen eine zu große Pracht sowohl bei der bildhaften wie auch bei der kirchenmusikalischen Gestaltung in den Kirchen und bei den Gottesdiensten⁴⁴ ab. Auch in England bildete sich eine eigene Bewegung. Hier war eine machtpolitische Frage im Spiel. Sie hing mit der Scheidung König Heinrichs VIII. zusammen, die der Papst nicht akzeptieren wollte. Später wurde die englische Variante des Christentums als ‚Anglikanische Kirche‘ bezeichnet (vgl. Smart, 2000, S. 157).

Im Alltagsleben spielen die Unterschiede zwischen katholischen und evangelischen Christen bei konfessionell nicht streng orientierten Menschen keine große Rolle. Beide Glaubensrichtungen gehören heute der ökumenischen Bewegung an. Das heißt, dass die beiden Glaubensgemeinschaften einen genau definierten Bereich ihrer Theologie gemeinsam akzeptieren und auch praktizieren. Was die Bestattung betrifft, so haben katholische wie evangelische Christen einen recht ähnlichen Ritus. Beiden gemeinsam ist, dass die/der Verstorbene mit den Worten „Erde zu Erde, Asche zu Asche, Staub zu Staube...“ in einem Sarg in das Grab hinab gelassen wird. Dann wird von den TeilnehmerInnen des Begräbnisses mit einer kleinen Schaufel etwas Erde in das noch offene Grab geworfen. Damit ist ein Symbol für das Zuschaufeln des Grabes und die Be-Erdigung verbunden, während die Lebenden noch auf der Erde bleiben. Am offenen Grab werden dann von den BegräbnisteilnehmerInnen meist noch einige Augenblicke der Besinnung verbracht. Vielfach ist es auch üblich, dass die Anwesenden eine Blume zum Abschied ins Grab werfen (vgl. Schwikart, 2007, S. 54f). Ursprünglich war die Erdbestattung für Christen obligat von der Amtskirche vorgeschrieben und das Verbrennen des Leichnams untersagt. Das hängt damit zusammen, dass die Christen an die Auferstehung, und zwar an die Auferstehung in der Vollform von Leib und Seele, glauben. Mit der Kremierung des Leichnams wäre aber bei einem wortgetreuen Verständnis die Auferstehung des Leibes nicht vorstellbar. Heute steht man der Verbrennung etwas großzügiger gegenüber, weil man die entsprechenden Glaubenssätze symbolistischer interpretiert.

⁴⁴ Anm. d. Verf. die evangelischen Christen sprechen von ‚Andachten‘ und ‚Abendmahlfeiern‘ im Gegensatz zur ‚Heiligen Messe‘ der Katholiken.

1.3 Orthodoxe Kirchen

Die orthodoxen Kirchen sind regional gegliedert. Wir sprechen von griechisch-orthodoxer, serbisch-orthodoxer und russisch-orthodoxer Kirche. Die orthodoxen⁴⁵ Kirchen sind dogmatisch kaum von der katholischen Theologie zu unterscheiden und gehören kirchenrechtlich auch zur Gruppe der so genannten ‚unierten‘, d.h. mit der römisch-katholischen Weltkirche vereinigten Kirchen. Die Unterschiede bestehen vor allem in einem sehr viel größeren liturgischen Gepränge. Auch die sakralen Räume sind hinsichtlich der künstlerischen Gestaltung oft äußerst aufwändig gestaltet. Außerdem gibt es bei den weltlichen orthodoxen Priestern⁴⁶ keinen Zwangszölibat. Die monastär⁴⁷ lebenden Mönche, welche sich neben dem Gebet vielfach auch intensiv mit der Kunst, vor allem der Ikonenmalerei, auseinandersetzen, leben hingegen ehelos.

Die Missionierung des Ostens ging von Byzanz aus und erfolgte durch die zwei Uraposteln Osteuropas, Zyrill und Method (vgl. Glasenapp, 2005, S. 265).

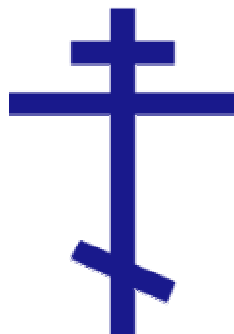


Abb. 8: Das orthodoxe Kreuz.⁴⁸ Der untere schräge Balken bedeutet den Übergang des Menschen bzw. der menschlichen Seele von der Hölle in den Himmel.

Die orthodoxe Kirche kennt zwar den verheirateten Priester (Popen), aber auch das Mönchstum spielt eine wichtige Rolle bei den Orthodoxen. Als Beispiel sei das Kloster des heiligen Berges Athos erwähnt. Auch theologisch bestehen viele Ähnlichkeiten zwischen dem westlichen und östlichen Christentum. Dogmatisch

⁴⁵ ‚Orthodox‘ – griech.: rechtgläubig.

⁴⁶ die griechischen Priester werden als ‚Popen‘ bezeichnet.

⁴⁷ Siehe lateinisches Wörterbuch ‚Stowasser‘, 1994, S. 322: ‚monasterium, i, n. Kloster‘ bzw. ‚monasticus 3 (monasterium) mönchisch‘.

⁴⁸ Online zur Verfügung gestellt unter:

<http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:OrthodoxCross.svg&filetimestamp=20060310013837>
(2.8.2010)

besteht jedoch eine unterschiedliche Auffassung auf dem Gebiet der Trinität⁴⁹. Die orthodoxe Kirche lehrt nämlich das Ausgehen des Heiligen Geistes nur vom Vatergott, nicht aber vom Gottessohn. Ferner lehnt sie auch die Lehren vom Fegfeuer, von der unbefleckten Empfängnis Mariens, die Besprengungstaufe⁵⁰, die Verwendung ungesäuerten Brotes⁵¹ bei der Feier des Heiligen Abendmahles und die Unfehlbarkeitsansprüche des römisch-katholischen Papstes ab. Die sieben Sakramente⁵² werden trotz kleinerer Unterschiede von beiden Kirchen anerkannt (vgl. Glasenapp, 2005, S. 335ff.).

2 Das Judentum

Das Judentum stellt von den monotheistischen Weltreligionen mit rund 15 Millionen Menschen die kleinste Gruppe dar. In Österreich leben unter Bezugnahme auf die Volkszählung von 2001 rund 8.100 JüdInnen (vgl. Heller, 2003, S. 73).

„Judentum“ ist ein mehrschichtiger Begriff: einerseits impliziert er eine Zugehörigkeit zu einem Volk, zum Volk der Juden, andererseits kann damit die Zugehörigkeit zu einer Religion, der jüdischen Religion, dem mosaischen Glaubensbekenntnis, gemeint sein. Der Grund für diese Diversität ist die Vertreibung des jüdischen Volkes in die Diaspora⁵³. Juden leben nahezu auf der ganzen Welt. Ein Jude muss nicht unbedingt religiös im Sinne des Glaubens sein. Er/sie kann auch einfach Jude von der ethnischen Herkunft sein (vgl. Schwikart, 2007, S. 20).

Ähnlich wie bei anderen Religionen und spirituellen Weltanschauungen – vor allem im Islam und Hinduismus – ist das Leben der Juden von religiösen Elementen auch in den profanen Lebensbereichen wie Recht, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft stark durchsetzt. Privatleben, Alltag und Religion sind im

⁴⁹ Siehe lateinisch-deutsches Wörterbuch „Stohwasser“, 1994, S. 524: „trinitas, atis, f. Dreifaltigkeit, Trinität Chr.“.

⁵⁰ In der orthodoxen Kirche werden die Täuflinge (meist handelt es sich um eine Erwachsenentaufe) mit dem ganzen Körper im Taufwasser untergetaucht (nach dem Vorbild Johannes des Täufers im Neuen Testament der Bibel), während im westlichen Christentum häufig eine Kindestaufe in der Form von Besprengung (es wird nur eine kleine Menge Taufwasser eher im symbolischen Sinne) über den Täufling gegossen wird.

⁵¹ Beim ungesäuerten Brot haben wir es mit einem Oblatenbrot zu tun. In der „Heiligen Hostie“ sehen die gläubigen Katholiken den Leib Christi.

⁵² Siehe Kap. 1.2, S. 27.

⁵³ „Diaspora“ – griech. Verbannung, Vertreibung.

Judentum nicht voneinander zu trennen. Andererseits gibt es für die Religion des Judentums kein Lehrgebäude im Sinne eines definierbaren Glaubenssystems. Das jüdische Leben ist so vielschichtig, dass sich eine einheitliche Linie auch in religiöser Hinsicht nicht bilden lässt (vgl. Heller, 2003, S. 73f.).

Abb. 9, (unten links): Theodor Herzl, 1860 – 1904, österreichisch-jüdischer Schriftsteller, Journalist und Begründer des modernen politischen Zionismus, ‚Vater‘ der Staatsgründung Israels.⁵⁴

Abb. 10, (unten, rechts): Die neue Synagoge in Berlin. Die Synagoge ist das Gebetshaus der Juden. Zweimal ist der Tempel in Jerusalem zerstört worden; danach ist er nie wieder aufgebaut worden.⁵⁵



Religiös gesehen gibt es orthodoxe, das heißt strenggläubige Juden, die die Tora, die heilige Schrift der Juden, wortwörtlich auslegen, weiters konservative Juden, die es mit der Ausübung der jüdischen Religion auch rituell sehr genau nehmen, und reformfreudige bzw. assimilierten Juden, für die die Religion keine große Alltagsrelevanz hat, bzw. die sich völlig in die Kultur jenes Landes eingebunden fühlen, in dem sie leben.

Peter Antes beschreibt das Judentum als einzige Religion des Alten Orient, die bis in die Gegenwart überlebt hat. Dies sei nicht ohne gravierende Veränderungen vorstatten gegangen und betreffe vor allem die folgenden fünf Aspekte (vgl. Antes, 2006, S.80ff.):

⁵⁴ Online zur Verfügung gestellt unter: http://de.Wikipedia.org/wiki/Theodor_Herzl .

⁵⁵ Online zur Verfügung gestellt unter:
http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Berlin_Neue_Synagoge_2005.jpg, (Zugriff: 20.7.2010).

- I. *Das Gottes- und Menschenbild*: Das Charakteristische des Judentums ist der Monotheismus und sein Glaube an den einen Gott bzw. die Geschichte dieses Gottes und seines Volkes Israel.
- II. *Apokalyptik und Messianismus*: Die Vorstellung von Himmel und Hölle, gut und böse, lässt einen Dualismus erahnen, der seine Wurzeln im Persischen (dem Manichäismus⁵⁶) hat. Später, d.h. etwa ab dem fünften Jahrhundert, kam dann die Erwartung des Gesalbten, des Erlösers⁵⁷, dazu.
- III. *Exodus, Tempel, Exil und Hellenismus*: Die weitgehend leidvolle Geschichte des Volkes Israel und der Juden hat mit Verfolgung, Vertreibung und Leben außerhalb des sogen. ‚gelobten‘⁵⁸ Heimatlandes zu tun. Tempelkult und Tempelopfer waren zentrale Elemente der jüdischen Religion. Beides war verloren gegangen, nachdem die Babylonier unter ihrem König Nebukadnezar II. den Tempel 597 bzw. 587 v. Chr. Geb.⁵⁹ zerstört hatten. Nach dem babylonischen Exil wurde der Tempel rasch wieder aufgebaut. Später kamen starke philosophische Einflüsse aus der griechisch-hellenistischen Hochkultur, später auch aus der römischen, dazu.
- IV. *Judentum versus Christentum*: Im Jahre 70 n. Chr.⁶⁰ kam es erneut zu einer Zerstörung des Tempels, der dann keine weitere Wiedererrichtung folgen sollte. Während der erste Tempel archäologisch keine Spuren hinterließ, existieren vom zweiten Tempel Reste der Grundmauern. So hat beispielsweise die Westmauer noch immer eine starke religiöse Bedeutung bzw. Symbolik für die Juden und ist als ‚Klagemauer‘ bekannt geworden.⁶¹ Seit der zweiten Tempelzerstörung ist die Synagoge als Gebetshaus der klassische Raum für die Religionsausübung der Juden. Der zunehmende Einfluss des aufstrebenden Christentums, welches sich weitgehend sowohl der griechischen wie auch der lateinischen Sprache bedient, setzt dem Judentum ebenfalls zu.

⁵⁶ Siehe Seite 16, Fußnote 20.

⁵⁷ Welcher mit dem hebräischen Wort ‚Messias‘ bezeichnet wird.

⁵⁸ ‚gelobt‘ – im Sinnes des von Jahwe, des Gottes Israel, versprochen Landes.

⁵⁹ Quelle für die Jahreszahlen: http://de.wikipedia.org/wiki/Jerusalem_Tempel.

⁶⁰ Siehe Fußnote 50.

⁶¹ Siehe als Quelle für diese Information ebenfalls Fußnote 50.

- V. *Das moderne Judentum*: Hier spielte die Französische Revolution (1789) mit ihrem aufklärerischen Gedankengut eine wichtige Rolle. Das führte zu Reformen innerhalb des Judentums und in der Folge wiederum zur Ausprägung eines liberalen Flügels innerhalb des Judentums.

Die Juden entstammen dem Volk Israel. Juden, insbesondere religiöse Juden, versuchen ihr Leben auf der Grundlage der ‚Tora‘, das bedeutet ‚Weisung‘, zu organisieren. Genauso wie der Begriff ‚Judentum‘ mehrdeutig ist, ist es auch die Bedeutung von ‚Tora‘. Letztgenannte kann als religiöses Buch, welche die fünf Bücher Mose enthält, als auch als Gesetzesbuch, verstanden werden (vgl. Schwikart, 2007, S. 20).

Die Tora ist reich an Vorschriften und Gesetzen, egal ob man sie aus religiöser oder profaner Sicht betrachtet. Die in der Tora enthaltenen Ge- und Verbote werden einfach als ‚das Gesetz‘ bezeichnet. Wenn Juden ‚das Gesetz‘ beachten, geht es ihnen dabei nicht nur um die Ausübung religiöser Pflichten, die Einhaltung ‚des Gesetzes‘ hilft den Juden auch in der Diaspora, die Einheit als Volk aufrecht zu erhalten. Im ‚Talmud‘ finden sich viele Kommentare und mündliche Überlieferungen zur Tora. Die hebräische Bibel stellt zugleich das so genannte ‚Alte Testament‘ der christlichen Bibel dar. Sie findet im Neuen Testament mit der Verheißung, der Geburt, dem Leben, Sterben und der Erhöhung von Jesus Christus eine Erweiterung und Aktualisierung (vgl. Schwikart, 2007, S. 21). Ein zentraler Punkt dieses Alten Testaments ist eine Erzählung im Ersten Buch Mose (Kapitel 32, Abschnitt 25), bei der ein Ringkampf Jakobs mit einem Engel stattfindet. Daraufhin wird Jakob als ‚der Israel‘ – das ist das hebräische Wort für ‚Gott wird streiten‘ – gerufen. Jakob, also Israel, hatte zwölf Söhne, die alle als Ursprung für einen Stamm gelten. Der jüngste dieser Söhne, Juda, gilt als Namensgeber des Volkes der Juden. Die Nachkommen Jakobs bzw. Israels wurden nach ihrem Stammhalter ‚das Volk Israel‘ genannt (vgl. Smart, 2000, S. 118). Im Gegensatz zum religiösen Gesetz der Juden hat die ‚Halacha‘ eher rechtspolitische Bedeutung. Die Rabbiner legen durch den rechtlichen Kanon der Halacha die Satzungen der Tora aus.⁶²

⁶² Diese Information stammt aus <http://de.wikipedia.org/wiki/Halacha>.

Das Volk Israel wies schon von seinen Anfängen an eine sehr wechselvolle, kriegerische und weitgehend problematische Geschichte auf.

Das Judentum, religiös betrachtet, ist eine streng monotheistische Religion mit dem Kernsatz des Glaubens an den ‚einen Gott‘. Aus Ehrfurcht und Respekt sprechen die Juden den Namen Gottes nicht aus. In der Bibel gibt es Textstellen, wo der Name Gottes durch vier Buchstaben, JHWH, das so genannte Tetragramm⁶³ markiert ist. Statt des Namens Gottes sagen die Juden ‚Herr‘, ‚Ewiger‘ oder auch einfach nur ‚Name‘. Eine Übersetzung des Namens Gottes ist nicht unschwierig. Meist wird er mit ‚Ich bin da‘ oder ‚Ich bin, der ich bin‘ übersetzt. Auch die hebräische Aussprache ist nicht eindeutig. Meist lautet sie ‚Jahwe‘ (sprich: ‚Jachwe‘). ‚Jehova‘ wird von der theologischen Fachwelt aber als falsch abgelehnt (vgl. Schwikart, 2007, S. 20ff.).

Gott hat sich dem jüdischen Volk als sein Gott geoffenbart. Jahwe hat mit seinem Volk mehrmals ein Bündnis gemacht, einen Bundesschluss auf Gegenseitigkeit vollzogen. Ein besonders deutliches Zeichen für die Deklaration Jahwes seinem Volk gegenüber war der Auszug aus der Gefangenschaft Ägyptens⁶³. Immer wieder wurde der Auszug behindert und genau so oft griff Gott rettend ein. Noch heute feiern die Juden im Pessach- bzw. Passa- Fest den Auszug aus der Knechtschaft Ägyptens. Beim Laubhüttenfest essen die Juden stehend⁶⁴ ungesäuertes Brot⁶⁵. Am Berg Sinai schloss Gott einen Bund und gab Mose unter dramatischen Zeichen die ‚Zehn Gebote‘⁶⁶. Auf zwei steinernen Tafeln sind die Gebote des ‚Ich bin da‘ gemeißelt und werden dem Volk Gottes durch Mose, seinem Führer, übergeben (vgl. Smart, 2000, S. 118f.).

Der ‚Schabbat‘, die Zeit zwischen Freitagabend Sonnenuntergang und Samstagabend, ist der Tag des Herrn. Jegliche Arbeit hat während dieser Zeit zu ruhen. In der Synagoge, dem Versammlungs- bzw. Bethaus der Juden, wird aus der Tora vorgelesen. Das religiöse Leben der Juden ist stark von Riten und Symbolen gekennzeichnet. Alles dient der Zugehörigkeit zu dem einen Gott und

⁶³ Anm.: Der Auszug des Volkes Israel aus der Sklaverei Ägyptens war ein besonders eindrucksvoller Beweis für die Berufung des Volkes Israel als Volk Gottes und wird historisch als ‚Exodus‘ in der Religionsgeschichte bezeichnet.

⁶⁴ Zum Zeichen der unmittelbaren Aufbruchbereitschaft.

⁶⁵ Es handelt sich um ein ganz einfach zubereitetes Brot mit einem Teig nur aus Mehl und Wasser, ohne Säuerungsmittel.

⁶⁶ Die ‚Zehn Gebote‘ werden von der Fachwelt als ‚Dekalog‘ bezeichnet und ist ein zentrales Ereignis in der Berufungsgeschichte des Volkes Israel.

der Bestärkung der Juden in ihrem Bund mit Gott. Männliche Neugeborene werden beispielsweise beschnitten⁶⁷. Weiters werden männliche Jugendliche mit dreizehn zum ‚Bar Mizwa‘, weibliche Jugendliche mit zwölf Jahren zur ‚Bat Mizwa‘. Das entspricht etwa der christlichen Firmung bzw. Konfirmation, beinhaltet aber ungleich mehr Verantwortung für das religiöse und soziale Leben dieser jungen Menschen. Sie werden durch diese Initiationsrituale zu vollwertigen Mitgliedern ihrer Gemeinschaft. Alle größeren Ereignisse im Leben eines Juden bzw. einer Jüdin, von der Wiege bis zum Grab, werden von religiösen Gebräuchen nicht nur begleitet, sondern determiniert. Von Albert Einstein ist beispielsweise bekannt, dass er jüdischer Abstammung war und als Kind auch jüdische Gebräuche pflegte, dies aber ab seiner Bar Mizwa einstellte und weiterhin religiös eher indifferent lebte. Hier zeigen sich die Unterschiede zwischen traditionellen und modernen Juden. Der strenggläubige und traditionelle Jude wird jedenfalls täglich das ‚Schma Israel‘ beten: (vgl. Schwikart, 2007 S. 22f.):

*„Höre Israel, JHWH (der Herr), unser Gott,
JHWH (der Herr) ist einzig!“*

Das jüdische Volk war und ist Anfeindungen und existenziellen Bedrohungen von der Antike über das Mittelalter bis in die Neuzeit und Gegenwart ausgesetzt. In der Frühzeit waren es unter anderem die Perser, die das Land der Israeliten eroberten und den Tempel in Jerusalem zerstörten⁶⁸. Die Römer fungierten dann als Besatzungsmacht. In diese Zeit fielen auch Geburt, Leben und Wirken Jesu Christi, sein Tod am Kreuz und seine Auferstehung vom Totenreich. Das Nebeneinander von Juden und Christen war schon damals nicht friktionsfrei. Im Mittelalter waren es dann die Kreuzzüge, welche für Auseinandersetzung und Kampf sorgten. Die Rückeroberung des so genannten ‚Heiligen Landes‘ war erklärte Absicht mancher christlichen Herrscher – insbesondere für die ‚Römischen Kaiser Deutscher Nation‘. Das Judentum hat in dieser Zeit einen Gelehrten von einzigartiger philosophischer Größe hervorgebracht: Mose Ben Maimon⁶⁹. Neben dem großen rationalistisch-philosophischen Gedankengut des

⁶⁷ Die Beschneidung der Vorhaut von männlichen Neugeborenen bzw. Kindern hat hygienische, vor allem aber rituelle Gründe, die im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zum Volk Gottes stehen.

⁶⁸ Siehe S. 30.

⁶⁹ So wird Mose Ben Maimon, 1135 – 1204, meist kurz genannt.

Maimonides⁷⁰ konnte sich gleichzeitig eine mystische Denkrichtung des Judentums, die Kabbala, eine Art Seelenwanderung, verbreiten (vgl. Ehrlich, 1999, S. 37).

Die Bedrohung der Existenz des jüdischen Volkes in der Neuzeit erreichte im Nationalsozialismus durch den so genannten ‚Holocaust‘⁷¹ eine nahezu unvorstellbare Dimension der Vernichtung bzw. des Völkermords jüdischer Menschen.

Aber auch noch aktuellere Bedrohungsszenarien für den Staat Israel gab und gibt es. Einige arabische Staaten stellen für das flächenmäßig sehr kleine Israel immer wieder ein Gefahrenpotenzial für das Land der Juden dar. Auch zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit⁷² stellt der aktuell politisch recht instabile Iran beispielsweise immer wieder eine Bedrohung für Israel dar. Dass Israel dabei der Status eines Staates und in der Konsequenz daraus das Recht auf staatliche Existenz in Abrede gestellt wird, ist eine nicht tragbare Situation. Dabei ist die aggressive Siedlungspolitik Israels gegenüber dem Nachbarn Palästina und die radikale Einstellung streng orthodoxer jüdischer Kreise an der Grenze zu Palästina bzw. dem so genannten ‚Gaza-Streifen‘ völkerrechtlich sehr kritisch zu sehen. Der Staat Israel in der heutigen Form wurde 1948 auf Anregung unter anderem des Journalisten und Wiener Juden Theodor Herzl gegründet. Innerhalb des Judentums lässt sich eine Unterscheidung in zwei Gruppen vornehmen: die ‚Sephardim‘ und die ‚Aschkenasim‘. Der Zweig ‚Sephardim‘ bezieht sich auf die (süd-) spanische Abstammung aus der Zeit des Mittelalters, während es sich beim aschkenasimischen Zweig um eine deutsche Abstammungslinie, ebenfalls aus dem Mittelalter, handelt (vgl. Ehrlich, 1999, S. 24f.).

Von Seiten der Offenbarung gemäß der Tora bezüglich des Endes der Zeiten erwarten die jüdischen Gläubigen das Erscheinen des Messias, des Erretters, und damit des Gottes- und Friedensreiches. Mit dem Frieden ist für die Juden mehr als nur die Abwesenheit von Krieg gemeint. Es meint auch Wohlergehen, Glück und Zufriedenheit. Jüdische Menschen denken da ganzheitlich. Sie begrüßen einander

⁷⁰ Das Maimonides-Institut, eine Heimstätte für alte und kranke Juden im 19. Wiener Gemeindebezirk, erinnert noch heute an das Wirken des Maimonides.

⁷¹ ‚Holocaust‘ – griech. ‚vollständige Verbrennung‘. Die Juden selbst verwenden den Begriff ‚Shoah‘: ‚Vernichtung‘.

⁷² Im Jahre 2010.

mit ‚Schalom‘ und wünschen einander ‚Schalom‘, was wiederum ‚Frieden‘ bedeutet.

Die Perspektive der Juden zum Tod spiegelt sich in den Sprüchen der Väter (Kapitel 4, Absatz 29) wider, wo geschrieben steht:

‚Unbefragt wirst du gebildet, unbefragt wirst du geboren, unbefragt lebst du, unbefragt stirbst du und unbefragt wirst du einst Recht und Rechenschaft ablegen vor dem König aller Könige, dem Heiligen, gelobt sei Er‘.

(Sprüche der Väter 4,29, in: Schwikart, 2007, S.23).

Vom weisen Rabbi Elieser wird berichtet, dass er den Menschen geraten habe, in der letzten Stunde vor dem Tod umzukehren. Von Schülern befragt, wie man denn wissen solle wann ein Mensch stirbe, habe er geantwortet, dass der Mensch noch heute umkehren solle, weil der Tod vielleicht schon morgen komme. Das heißt aber auch, dass ein Mensch jeden Tag an seine Umkehr denken müsse (vgl. Schwikert, 2007, S. 24ff.).

Die Vorbereitung auf den Tod nimmt daher bei den Juden eine wichtige Rolle ein. Es geht dabei sowohl um mentale wie auch um ganz praktische Vorbereitungen, wie zum Beispiel das Anfertigen eines Testaments, das Kaufen eines Grabes, ein Bewusstsein über die Sünden. Es ist ein typischer Brauch für jüdische Menschen, dass der Bräutigam bei der Hochzeit von der Braut ein weißes, einfaches und taschenloses⁷³ Totenhemd bekommt.

Was unmittelbar nach dem Eintreten des Todes geschieht, darüber gibt es verschiedene Vorstellungen. Nach volkstümlichen Überlieferungen erscheint dann Sammel. Wörtlich übersetzt heißt das ‚Blinder Engel‘. Nach christlichen Vorstellungen würde das so viel wie ‚Teufel‘ bedeuten. Er ist der Anführer der negativen, bösen Engel. Und er ist eine gute, leicht nachvollziehbare Erklärung dafür, wie jemand schon in jungen Jahren aus dem Leben gerissen wird. Andererseits lässt die Erklärung mit den bösen Engeln auch einen Zusammenhang mit Gott zu. Der Tod und die Macht der Finsternis ist nichts von Gott völlig

⁷³ Es wird im Volksmund auch davon gesprochen: ‚Das letzte Hemd hat keine Taschen‘. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass der Mensch nichts Materielles mit auf dem Weg nach dem Sterben nehmen kann. Anm. d. Verf.

Losgelöstes, Selbständiges. Auch sie haben ihren Ursprung in Gott, auch wenn sie sich einst aus seinem Licht entfernt haben.

Wer aber im Segen Gottes lebt, wird nach jüdischer Vorstellung alt und zufrieden. Abraham wurde nach den Ausführungen der hebräischen (und auch christlichen) Bibel 175 Jahre alt und *...starb nach einem erfüllten Leben und wurde im Tod mit seinen Vätern vereint* (Erstes Buch Mose, Kapitel 25, Absatz 8).

Ursprünglich gab es einen Glauben nach dem Tod oder gar an eine Auferstehung der Toten bei den Juden nicht. Im Laufe der Geschichte und mit zunehmender Erfahrung der Ungerechtigkeit im Leben entwickelte sich langsam ein Glaube an ein Leben nach dem Tode bzw. an eine Auferstehung. Bis jetzt zeigte sich eine Wiedergutmachung für die Juden in diesem Leben und auf dieser Erde als wenig wahrscheinlich. Es ist aber auch denkbar, dass die Idee des Weiterlebens nach dem Tode aus der Gefangenschaft durch die kulturell sehr hoch entwickelten Perser stammt. Insbesondere in der Religion des persischen Zarathusthra ist ein solches Denken bekannt (vgl. Schwikart, 2007, S. 26f.).

Sehr anschaulich wird im Buch Ezechiel, Kapitel 37, Abschnitt 3 bis 10, ein Dialog zwischen Gott und Ezechiel geschildert, wo es darum geht, was mit den Verstorbenen geschehen wird:

„Dann fragte er [Gott] mich: „Du Mensch, können diese Knochen wieder zu lebenden Menschen werden?“ Ich antwortete: „Herr, das weißt nur du.“ Und er fuhr fort: „Sprich in meinem Auftrag zu diesen Gebeinen! Ruf ihnen zu: Ihr vertrockneten Knochen, hört, was Gott, der Herr, euch sagen lässt: Ich bringe Leben in euch. Ich lasse Sehnen und Fleisch auf euch wachsen und überziehe euch mit Haut. Ich hauche euch meinen Atem ein, damit ihr wieder lebendig werdet. Ihr sollt erfahren, dass ich der Herr bin.“ Ich tat, was der Herr mir befohlen hatte. Während ich noch redete, hörte ich es rauschen. Die Knochen rückten zueinander, so wie sie zusammengehörten. Ich sah, wie Sehnen und Fleisch darauf wuchsen und sich eine Haut bildete. Aber es war noch kein Atem in ihnen. Da sagte Gott, der Herr, zu mir: „Du, Mensch, rufe den Lebensgeist herbei. Befiehl ihm in meinem Namen, aus allen vier Windrichtungen diese Toten anzublasen, damit sie wieder lebendig werden. Ich tat, was der Herr mir befohlen hatte. Da fingen sie an zu atmen, wurden wieder lebendig und standen auf, eine riesige Menschenmenge.“ (Ezechiel 37, 3-10, in: Schwikart, 2007, S. 27f.)

Wie das Leben nach dem Tod gesehen wird, hängt nicht zuletzt auch von der religiös-philosophischen Ausrichtung der Anhänger des mosaischen Bekenntnisses ab. So waren die *Sadduzäer* immer schon mehr politisch als spirituell interessiert. Sie standen dem Auferstehungsglauben auch eher ablehnend gegenüber. Sie vertraten den alten Glauben Israels, der naturgemäß noch nicht eschatologisch⁷⁴ reflektiert war. Anders verhält sich das mit den *Pharisäern*, die der Idee der Auferstehung schon viel näher standen. Sie bekannten sich bereits zu einem Gericht über die Verstorbenen und einem Urteil des ewigen Lebens und Heils für die Gerechten. Daneben gab es noch eine Gruppe von sehr gläubigen und eher kontemplativ ausgerichteten Juden, die *Essener*, welche als Mönche lebten. Sie vertraten eine leibfeindliche Ansicht und verdamnten den menschlichen Körper, weil er in ihren Augen ein Gefängnis für die Seele darstellt (vgl. Schwikart, 2007, S. 29). Wie bei nahezu allen anderen Religionen auch, kennen die Gläubigen mosaischen Bekenntnisses Orte wie den Himmel als Ort größter Zufriedenheit und Seligkeit und eine Hölle, die ‚Gehenna‘, in der die Verurteilten und Sünder landen und grausame Qualen erdulden müssen.

Die Juden helfen einander und lassen einander nicht im Stich. Vor allem beim Sterben lässt man einander im Judentum nicht alleine. Insbesondere im Leiden ist Beistand wichtig. Wenn Juden sterben, beten sie das Schuldbekenntnis oder sollten es zumindest nachsprechen. Im Augenblick des Todes sprechen die Anwesenden das ‚Schma Israel‘⁷⁵ und sollten dem/der Sterbenden dabei ins Gesicht sehen. Nach dem Tod werden dem/der Verstorbenen die Augen und der Mund geschlossen. Der Leichnam wird dann von einer ‚Heiligen Bruderschaft‘, ‚Chewra Kaddisha‘, gewaschen, angekleidet und versorgt. Der Umgang mit Toten bzw. Sterbenden bedeutet für rechtgläubige Juden Verunreinigung. Die Angehörigen der Bruderschaft nehmen diese höchste Verunreinigung auf sich. Dann wird dem Toten das Totenhemd angezogen, welches er schon von seiner Braut zur Hochzeit bekommen hat. Dieses wurde auch schon zum Jom-Kippur-Fest, dem größten jüdischen Fest des Friedens, und am Pessachfest getragen. An der Kopfseite des Toten wird eine Kerze entzündet und am Totenbett Wache gehalten. Die Beerdigung sollte ehebaldigst, am besten am gleichen Tag, sonst

⁷⁴ Eschatologie = griech. Die Lehre von der Auferstehung, einem Leben nach dem Tod.

⁷⁵ Siehe S. 33.

am nächsten Tag, erfolgen. Für den Juden ist die Erdbestattung die natürlichste Form der Totenbestattung. Wenn möglich sollte zumindest ein wenig Erde aus der Heimat Israel mit ins Grab gegeben werden. Nachdem der Sarg ins Grab gelassen wurde, wird das ‚Kaddisch‘, das große Gotteslob, gebetet. Dann reißen die Trauergäste Gras aus und werfen es hinter sich. Vor dem Verlassen des Friedhofs waschen sich die Gäste die Hände. Beim Tod eines Elternteiles oder von Geschwistern oder Kindern, ist der Jude von allen religiösen Pflichten befreit. Es folgt ein Fasten – sowohl die Nahrung wie auch Worte betreffend. Auch die Ausübung von Sexualität ist in der Zeit unmittelbar nach dem Tod von Angehörigen untersagt. Es ist ein Brauch für jüdische Angehörige, dass sie sich die Kleider einreißen. Es bestehen Traditionen – je nach Verwandtschaftsgrad – wie das geschieht. Die Trauernden setzen sich auf den Boden oder auf niedrige Stühle. Das nennt man „Schiwesitzen“. In der Trauerzeit wird nicht begrüßt. Es ist nicht üblich, selbst zu kochen. Verwandte reichen wortlos Speisen und Getränke. Auch die Reinigung des Körpers und das Wechseln von Kleidung werden auf ein notwendiges Maß beschränkt.

Der jüdische Friedhof heißt ‚Bet Olam‘, ‚ewiges Haus‘, und sollte auf unbegrenzte Dauer angelegt sein. Jüdische Friedhöfe sind etwas anders gestaltet als christliche. Besucher legen am Grab nicht Blumen nieder, sondern legen einen persönlichen Stein hin.

Für Juden ist Geschichte und Erinnerung sehr wichtig. Die Grabsteine enthalten nur den Namen des Verstorbenen und einen hebräischen Segensspruch, weiters ein oder mehrere israelische Symbole wie den Davidsstern oder die Gesetzestafeln des Mose. Die Gegenwart ist für die Juden zentral (vgl. Smart, 2000, S. 128f.).

Es gibt Studien, die zeigen, dass bei der Pflege von Juden bestimmte Besonderheiten zu beachten sind. Jüdischstämmige Menschen sind aufgrund ihres leidvollen Geschichtsbewusstseins ziemlich scheu und skeptisch gegenüber ihnen unbekannten Personen. Sie brauchen daher eine gewisse Zeit bis sie Vertrauen gewinnen. Jüdische Personen, die Pflege brauchen, schätzen Kontinuität bei den Pflegepersonen. Ist das Vertrauen erst einmal aufgebaut, äußern sie ganz detailliert ihre Wünsche und schätzen eine familiäre Atmosphäre. Von jüdischen EmigrantInnen weiß man, dass sie größten Wert auf Anonymität legen, nur extrem ungern neue Kontakte knüpfen und sehr zurückgezogen leben.

Die leidvolle Geschichte ihres Volkes ist ihnen sehr bewusst. Das trifft auch für die Pflege zu. Pflegebedürftige Personen mit mosaischem Bekenntnis brauchen Zeit, um Vertrauen zu gewinnen. Das Gleiche gilt auch für deren Angehörige. Wenn dieses Vertrauen einmal vorhanden ist, schätzen jüdische Personen die Kontinuität der vertrauten Pflegepersonen. Die große Vorsicht und Skepsis gegenüber jedweden Pflegemaßnahmen und Einblicken in die Privatsphäre wandelt sich im Laufe der Zeit in ein Vertrauensverhältnis um. Das Verhältnis zur Pflegeperson wird besser bzw. herzlicher und die jüdischen Menschen, die Pflege benötigen, kommunizieren ganz genau, was sie brauchen und wollen (vgl. Schwarzenpoller, 2004, S. 329ff.).

Für jüdische Menschen ist das Leben heilig. Das hat nicht nur mit den Erlebnissen der Zeitgeschichte bzw. dem Holocaust zu tun, sondern ist bereits biblisch⁷⁶ fundiert: „...Wähle also das Leben, damit du lebst, du und deine Nachkommen. Liebe den Herrn, deinen Gott, hör auf seine Stimme, und halte dich an ihm fest; denn er ist das Leben. Er ist die Länge deines Lebens, das du in dem Land verbringen darfst, von dem du weißt: Der Herr hat deinen Vätern Abraham, Isaak und Jakob geschworen, es ihnen zu geben“ (Dtn, 30, 19f⁷⁷). Der große Wert des Lebens im Judentum ist neben der biblischen Offenbarung auch in der speziellen jüdischen Sichtweise begründet und dass jeder Bruchteil des Lebens genauso wertvoll ist wie das gesamte Leben (vgl. Heller, 2003, S. 75).

Heller stellt die Vermutung an, dass die Tatsache des Praktizierens von Bräuchen und die Einhaltung von religiösen Vorschriften durch jüdische Menschen in der Zeit des nahenden Todes, die sich bisher wenig um diese Aspekte gekümmert haben, mehr aus dem Gefühl des Dazugehörens zu dieser großen jüdischen Familie resultiert, als aus religiöser Überzeugung (vgl. Heller, 2003, S. 78).

3 Der Islam

„Gott ist groß“, „Allahu akbar“, ruft der Muezzin vom Minarett. Damit wird eine wichtige Aussage getroffen. Es handelt sich dabei um in zentrales Gotteslob der großen Gruppe der Muslime im Reigen der monotheistischen Weltreligionen.

⁷⁶ Siehe Dtn. 30, 19f. (Bibel, Altes Testament: Buch Deuteronomium).

⁷⁷ Dt = Das Buch Deuteronomium (siehe Bibel, Altes Testament).

Der Islam ist aktuell mit rund einer Milliarde Menschen die am stärksten expandierende religiöse Bewegung.⁷⁸ In Österreich ist der Islam bereits die zweitgrößte Religionsgruppe. ‚Den‘ Islam gibt es nicht. Der Islam hat viele Ausprägungen; diese sind im Wesentlichen kulturell bedingt (vgl. Eisingreich, 2003, S. 118).

Das arabische Wort für ‚Gott‘ ist ‚Allah‘; somit ist Allah eigentlich kein Name, sondern ein Begriff. Der Islam ist mit fast eineinhalb Milliarden Mitgliedern auch insgesamt die zweitgrößte Religionsgemeinschaft nach dem Christentum, das etwa eine halbe Milliarde Mitglieder mehr aufweist.⁷⁹ ‚Islam‘ bedeutet ‚Unterwerfung‘ – gemeint ist damit jemand, der sich mit Körper und Geist dem Willen Gottes unterwirft und diesem in seiner ganzen Hinwendung treu bleibt (vgl. Gordon, 1999, S. 90).

Der Islam ist im Vergleich zum Christentum etwas jünger, denn die Entstehung des Islams beginnt im siebenten nachchristlichen Jahrhundert. Als Religionsgründer gilt ein Kaufmann namens Mohammed. Mit 40 Jahren hatte er ein großes Berufungserlebnis zum Propheten. In Mekka, der Heimatstadt Mohammeds, predigte er den Glauben an den einen Gott. Mekka galt nämlich als Pilgerstadt für mehrere Götter.

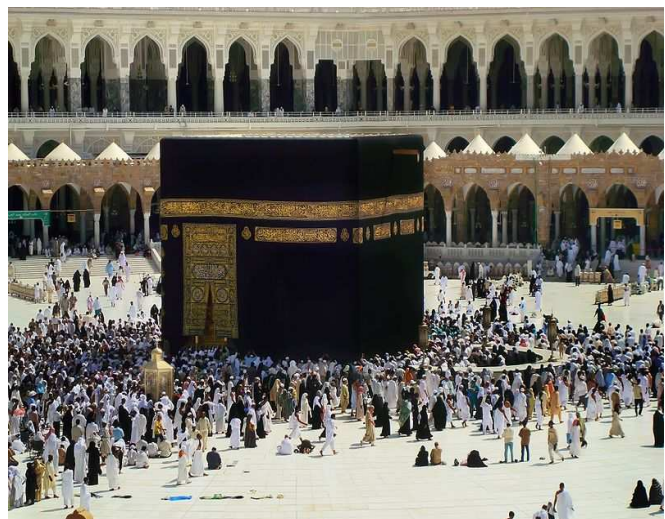
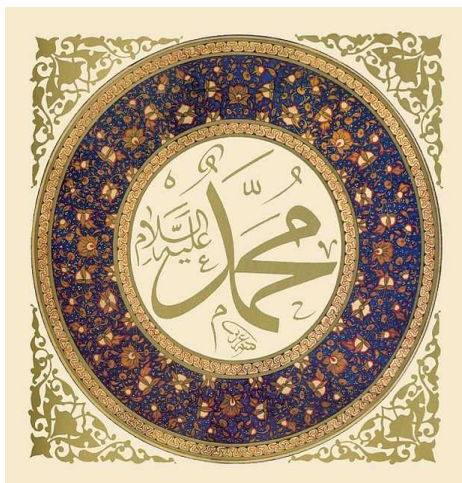


Abb. 11, (links): Eine Kalligraphie des Namens ‚Mohammed‘. Da es für den Islam nicht üblich ist, Personen fotografisch abzubilden – insbesondere, wenn es sich um Heilige oder andere sehr

⁷⁸ Stand etwa 2003 (Erscheinen des Buches: Heller, ‚Aller Einkehr ist der Tod‘) bis zum Verfassen der vorliegenden. Arbeit, 2010. Die Progression ist ungebrochen.

⁷⁹ Stand: 2007.

wichtige Personen des Islam handelt – und authentische Bilder des Propheten Mohammeds ohnedies nicht existieren, soll auch hier mit der kunstvollen Kalligraphie das Auslangen gefunden werden.⁸⁰

Abb. 12, S. 36 (rechts): Die Kaaba von Mekka ist rein materiell gesehen ein Meteorit; religiös hat die Kaaba größte Bedeutung, da jeder gläubige Muslime nach Möglichkeit zumindest einmal im Leben eine ‚Hadsch‘ (Wallfahrt) nach Mekka unternehmen sollte.⁸¹

Mohammeds Lehre fand schnell ihre Anhänger, hatte jedoch auch Gegner. Diese waren vor allem in den Reihen derer, für die das Pilgerwesen in Mekka ein gutes Geschäft war.

Mohammed verließ im Jahre 622 Mekka und emigrierte nach Jathrib. Diese Stadt wurde in der Folge in Medina, der ‚Stadt des Propheten‘, umbenannt. Mit der Übersiedelung (Hidschra) des Mohammed nach Medina im Jahr 622 beginnt die Zeitrechnung der Muslime (vgl. Smart, 2000, 171f.). Mohammed gilt bei den Muslimen als Prophet und Gesandter Gottes, aber nicht wie Jesus bei den Christen, als Gott. Mehr als 20 Jahre dauerten die Offenbarungen Gottes an den Propheten Mohammed. Diese Offenbarungen fanden im Buch des Islam, dem Koran, ihren Niederschlag. 114 Kapitel, Suren genannt, enthält der Koran. Alle wichtigen Strukturen des islamischen Glaubens sind im Koran enthalten: Glaubenssätze, Anweisungen für den Gottesdienst, das Fasten und Beten, gesetzliche Aspekte; auch poetische Texte und Hymnen kommen vor (vgl. Gordon, 1999, S.90). Es ist problematisch und im Prinzip falsch, bei Muslimen von ‚Mohammedanern‘ zu sprechen. Mohammed ist für sie nämlich ein Prophet, der wichtigste und höchste Prophet, aber die wichtigste Instanz ist Allah und der Koran enthält das Wort Allahs.

Der Islam ist ein ganzheitliches System, welches in Ländern mit überwiegend muslimischen Bewohnern die gesamte Kultur beeinflusst: die Kunst, Wissenschaft, den Alltag und auch die Rechtsstaatlichkeit. Der Islam hat viele Gesichter und Ausformungen. Muslime gibt es in nahezu allen Ländern der Welt. Die Gemeinschaft der Muslime wird als ‚Umma‘ bezeichnet.

Der Islam steht auf fünf Glaubenssäulen, den ‚fünf Stützen des Islams‘:

⁸⁰ Online unter: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Aziz_efendi-muhammed_alayhi_s-salam.jpg (29.7.2010).

⁸¹ Online: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Kaaba_Mecca_Saudi_Arabia-1Aug2008.jpg (29.7.2010).

- I. *Das Bekenntnis („schahada“)*: (vgl. Zager, 2002, S 71). Es ist im Vergleich zu christlichen Glaubensbekenntnissen vom Text her ein sehr kurzes Bekenntnis und besteht im Prinzip nur aus dem einem Satz: *„Es gibt keinen Gott außer Allah und Mohammed ist der Gesandte Gottes!“* Es ist ein sehr plakativer und einprägsamer Satz. Interessant ist, dass der Satz mit einer negativen bzw. ausschließenden Diktion (‘...keinen Gott außer...’) beginnt, während der zweite Teil des Satzes eine (im grammatikalischen Sinne) diskriminatorische bzw. definitorische Komponente enthält (‘...und Mohammed ist...’).
- II. *Das fünfmalige tägliche Ritualgebet („salat“)*: (vgl. ebenda). Der Ablauf ist genau vorgeschrieben und enthält Koranrezitationen und Niederwerfungen. Die Gebetsrichtung muss immer nach Mekka ausgerichtet sein. Der strenggläubige erwachsene Muslim sollte fünfmal am Tag beten. Das Freitaggebet ist unabdingbar.
- III. *Das Beachten der Vorschriften für den Fastenmonat („Ramadan“)*: (vgl. ebenda). Während des Fastenmonats gibt es strikte Ge- und vor allem Verbote. So ist beispielsweise von Tagesanbruch bis Sonnenuntergang das Essen und Trinken für gesunde erwachsene Männer und Frauen verboten. Auch das Parfümieren und die Ausübung von Sexualität sind während dieser Zeit nicht gestattet. Hinsichtlich der Konsequenzen und Hintergründe des Fastens geht es aber nicht um vordergründigen Verzicht, sondern um Reinigung, Läuterung und Umkehr. Ist der Fastenmonat zu Ende, kommt das große Fest des Fastenbrechens. Der Fastenmonat Ramadan ist zeitlich kein feststehender Monat, sondern ‚beweglich‘. Da sich das muslimische Jahr nach dem Mondmonat richtet, fällt der Ramadan jedes Jahr auf ein einen anderen Monat. Damit ist auch die Zeit des Fastens unterschiedlich: Da die Tage im Sommer länger dauern als im Winter, sind auch die Fastenzeiten unterschiedlich lang.
- IV. *Die Selbstbesteuerung für die Armenhilfe („zakat“)*: (vgl. ebenda). Der Islam macht die Hilfe armer und unterstützenswerter Glaubensbrüder und -Schwestern praktisch zur Pflicht. Die Art der Unterstützung kann durch

Naturalien, als feste und flüssige Nahrung, und/oder finanzielle Spenden geschehen.

- V. *Die Wallfahrt („hadsch“)*: (vgl. ebenda). Ziel aller Wallfahrtsinteressen ist Mekka. Jeder gläubige Muslime sollte zumindest einmal im Leben zur ‚Hadsch‘ nach Mekka aufbrechen. Der Mittelpunkt der heiligen Stadt Mekka ist die Kaaba, ein riesiger Meteorit, der vor sehr langer Zeit dort eingeschlagen hat. Für die Muslime ist das der Ort, wo Abraham seinen Sohn Isaak opfern wollte, aber von Gott im letzten Augenblick zurückgehalten wurde. Eine Minderheit von Muslimen vertritt die Theorie, dass eigentlich Ismael, der Sohn von Abrahams Magd Hagar, hier hätte geopfert werden sollen.

Nachdem der Tod eingetreten ist, kommt für die gläubigen Muslime der Tag der Abrechnung und ein erstes ‚Zwischengericht‘. Deshalb ist es auch wichtig, dass der/die Verstorbene schnell, d.h. nach Möglichkeit innerhalb von 24 Stunden, beerdigt wird. Der Grund dafür ist nicht nur in hygienischen Überlegungen gelegen. Wenn der Mensch verstorben ist, kommt unverzüglich der Todesengel Izrail und trennt die leibliche Hülle von der Seele. Diese wird zu einem ersten Zwischengericht in den Himmel geführt. Es erfolgt eine gerichtliche Voruntersuchung, bei der eine grundsätzliche Abschätzung des Lebenswandels des/der Verstorbenen erfolgt. Lebte der/die Verstorbene recht im Glauben, darf er/sie auf das ewige Paradies hoffen. Wird eine lasterhafte und schlechte Lebensweise vermutet, droht ewige Verdammnis in der Hölle (vgl. Schwikart, 2007, S.80).

Egal welche Beurteilung von diesem ersten Gericht gegeben wird, kehrt die Seele wieder in den Leichnam zurück. Das alles ist sehr schnell gegangen. Jetzt wird der Verstorbene bestattet. Bald nach der Beerdigung kommt es zu einem weiteren Zwischengericht. Zwei Engel, *Munkar*, ‚der Verwerfliche‘ und *Nakir*, ‚der Negative‘ kommen zum Toten ins Grab. Deshalb ist es wichtig, dass der Verstorbene bald beerdigt wird. Die beiden Engel stellen fundamentale Glaubensfragen: „*Wer ist dein Gott?*“ „*Wer ist dein Prophet?*“ „*Was ist deine Religion?*“ „*Wohin geht deine Gebetsrichtung?*“. Werden die Fragen alle richtig beantwortet, treten zwei weitere Engel auf den Plan, *Mubashar*, ‚die Frohe Botschaft‘ und *Bashir*, ‚der Verkünder

der Frohen Botschaft', und trösten die Seele und versprechen das Paradies (vgl. ebenda). Ist eine Antwort falsch oder weiß der/die vor Gericht Stehende keine Antwort, beginnt an Ort und Stelle, also bereits im Grab, eine sehr schmerzhaft Peinigung. ‚Der Verwerfliche‘ und ‚der Negative‘ schlagen mit Keulen aus Eisen auf das Gesicht und den Rücken des unglücklichen Glaubensprüflings ein, auf den/die die Hölle wartet, ein. Die Hölle muss aber kein endgültiges Urteil sein. Wenn der Verstorbene zu den Gläubigen gehört, aber gesündigt hat, erfolgt durch das Höllenfeuer eine Reinigung. Dem Toten wird eine Schriftrolle um den Hals gelegt, wo seine guten und schlechten Taten verzeichnet sind. Diese Rolle wird am Tag des endgültigen Gerichtes zur moralischen Bilanzierung herangezogen und spielt für die Urteilsbildung eine entscheidende Rolle (vgl. ebenda, S. 81). Anschließend erfolgt die Wartezeit auf das endgültige Gericht, auch ‚jüngstes Gericht‘ genannt. Über den Zeitpunkt des jüngsten Gerichts ist nichts bekannt. Der Prophet Mohammed schien sich anfangs eher im Sinne einer Naherwartung geäußert haben; dies hat sich in der Folgezeit wieder etwas abgeschwächt (vgl. Antes, 2006, S. 110f.).

Wenn es zum jüngsten Gericht kommen wird, glauben die Moslems - und übrigens auch die Christen⁸² - dass dies unter gewaltigen bzw. katastrophalen Naturerscheinungen geschehen wird. Nichts wird mehr auf demselben Stein bleiben, alles wird im Chaos versinken – die Sonne wird im Westen auf- und im Osten untergehen und Länder und Kontinente werden im Feuer verbrennen. Wenn dann also die Zeichen auf Sturm stehen und die Zeit des endgültigen Gerichtes angebrochen ist, werden zuerst von Gott die Engel, dann der Prophet Mohammed und schließlich alle Geschöpfe wieder zum Leben erweckt.

Was den Richterspruch betrifft, gibt es vier Arten von Urteilen (vgl. Schwikart, 2007, S. 83):

- a) Die guten und die schlechten Taten halten sich die Waage. Diese Personen kommen in einen Zwischenzustand zwischen Himmel und Hölle, genannt ‚Araf‘, weder leidend noch sich freuend, aber hoffend, irgendwann doch einen paradiesischen Zustand erreichen zu können.

⁸² Siehe die ‚Apokalypse‘ des Johannes. Anm. Verf.

- b) Die ungläubigen, d.h. nichtmoslemischen Sünder erwarten die Hölle. Sie müssen, wie alle übrigen Toten auch, über eine haarschmale und messerscharfe Brücke gehen – und fallen in den glühenden Höllenbrand. Dieses Schicksal wird als ein sehr grausames geschildert: Die zur Hölle Verurteilten essen und trinken glühendes Erz. Man kann sich die Zustände wie eine nie endenwollende furchtbare Folterkammer vorstellen.
- c) Für Angehörige des moslemischen Glaubens, die gesündigt haben, besteht die Chance und Hoffnung, irgendwann von den Strafen erlöst zu werden.
- d) Die Gläubigen mit einem tadellosen Lebenswandel, oft wird von den ‚Gerechten‘ gesprochen, haben direkten Zutritt zum Paradies. Von Märtyrern des Islam wird angenommen, dass sie sogar ohne Zwischenstationen direkt nach dem Tod in das Paradies einzugehen vermögen. Das Paradies wird im Koran wie das Schlaraffenland beschrieben. Es ist eine sehr bilderreiche blumige Beschreibung angenehmster Zustände. Da werden Bäche mit reinem Wasser, aber auch Milch, Honig und Wein beschrieben. Muslime dürfen nur während der irdischen Zeit keinen Alkohol bzw. Wein trinken; im Paradies macht Wein keine Kopfschmerzen.

Muslime glauben, dass alle ihre Handlungen, ihr ganzes Leben, alle Ereignisse in ihrem Leben, vor allem auch Art und Stunde ihres Todes vorherbestimmt sind (vgl. Barloewen, 1996, S. 30f). Das ist ein wesentlicher Unterschied zu den Christen – vor allem katholischer Provenienz - denn Letztere glauben an die Freiheit ihrer Entscheidungen.

Wenn es an die Todesstunde geht, stehen einander die moslemischen Glaubensbrüder und –schwestern bei. Der/die Sterbende soll durch die Gemeinschaft beim letzten irdischen Gang gestärkt werden. Der Weg zu den Gerichten soll möglichst leicht und mit wenig Schmerzen verbunden sein. Dazu wird der/die Sterbende auf die rechte Körperseite gedreht; das Gesicht sollte nach Möglichkeit nach Mekka gerichtet sein. Leise wird Sure 36 rezitiert, welche von Mohammed selbst als der ‚Herz des Koran‘ bezeichnet wurde. Sie handelt von der Auferstehung. Kurz vor dem Eintreten des Todes wird dem/der Sterbenden noch einmal die Schahada, das muslimische Glaubensbekenntnis, vorgesprochen.

Wenn es der Zustand des/der Sterbenden erlaubt, soll diese(r) die ‚Schahada‘ nachsprechen (vgl. Schwikart, 2007, S. 75ff.). Sie lautet:

‚Es gibt keinen Gott außer Allah und Mohammed ist der Gesandte Gottes‘.

Das ganze Leben der Muslime steht von der Wiege bis zum Grab ganz unter der Herrschaft des Islams. Im Koran ist ein genauer Ritus für die Bestattung nicht explizit beschrieben. Üblich ist, dass der Verstorbene unmittelbar nach Eintritt des Todes entkleidet wird. Der Mund wird zugebunden und Arme und Beine werden in eine gerade Position gewickelt. Schließlich wird der Leichnam mit einem Tuch zugedeckt. Meist enthält der rituelle Prozess drei Schritte:

- (1) *Die rituelle Waschung:* – sie darf nur von Mitgliedern der islamischen Glaubensgemeinschaft und von gleichgeschlechtlichen Personen vorgenommen werden. Eine einmalige Waschung gilt als Pflicht, mehrmalige Waschung ist empfehlenswert.
- (2) *Das Totengebet:* Das Gesicht des Toten sollte während des Gebetes unbedingt nach Mekka zeigen. Das Totengebet unterscheidet sich kaum von den Pflichtgebeten. Im Gegensatz dazu wird es allerdings im Stehen verrichtet und allenfalls stattfindende Niederwerfungen finden beim Totengebet nicht statt. Der Imam steht an der Spitze der Betenden. Zeitlich gibt es mit Ausnahme des Sonnenauf- und Unterganges sowie der Mittagszeit keine weiteren Einschränkungen. Außerdem soll der Tote von allenfalls bestehenden Schulden, aber auch Streitzuständen und Wirrnissen aus seiner Lebenszeit, entlastet werden.
- (3) *Die Beisetzung:* In manchen traditionellen Schulen sind die Frauen von der Beisetzung ausgeschlossen. Nachdem ein etwa brusttiefes Grab ausgegraben ist, steigen die nächsten Verwandten hinein und nehmen den Leichnam, der mit Blickrichtung Mekka liegt, entgegen. Ist der Verstorbene ein Mann, stehen die Angehörigen am Kopfende, ist der Leichnam eine Frau, stehen die Angehörigen am Fußende. Für Ungläubige und Selbstmörder darf nicht gebetet werden; Märtyrer und Totgeburten benötigen das Gebet nicht.

Die nächsten drei bis sieben Tage gelten als intensive Trauertage. Die nahen Angehörigen waschen und kämmen sich oft nicht in dieser Trauerphase und wechseln auch die Kleider nicht. Weiters wird meist gefastet – oder zumindest nicht selbst gekocht. Angehörige reichen Speisen und Getränke. Die Gesamttrauerzeit ist je nach Region verschieden. Die Spiegel werden zu Hause mit Tüchern verhängt. Nach außen wird die Trauer aber eher dezent geäußert (vgl. ebenda, S. 88). Bei den Muslimen ist es nicht üblich, dass Tote in Särge gelegt werden. Sie liegen meist auf einer Bahre und werden mit einem einfachen Tuch bedeckt. Da in der westlichen Welt Särge in den Bestattungsvorschriften meist obligat sind, werden viele verstorbene Anhänger des Islams in die ursprünglichen Heimatländer überführt. Die Kremation⁸³ ist nicht gestattet, weil damit den auf das Gericht wartenden Seelen der Platz genommen würde. Die Totenruhe auf einem muslimischen Friedhof sollte auf Dauer gewährleistet sein. Männer und Frauen dürfen nebeneinander liegen, aus rein ökonomisch-rationalen Gründen werden Kinder in eigenen, kürzeren Reihen bestattet. Andersgläubige bzw. Ungläubige in den Reihen muslimischer Gräber bzw. Friedhöfe werden nicht geduldet. Grabschmuck ist nicht üblich; ein einfacher Stein, am Kopf- und/oder Fußende wird akzeptiert (vgl. ebenda, S. 85f.).

Auch der Fokus der Muslime ist auf das Jenseits, auf Himmel und Hölle, gerichtet. Die gravierenden Unterschiede zwischen Christentum und Islam liegen in der strengen Betrachtungsweise von ‚Gläubigen‘ und ‚Ungläubigen‘ und unzähligen theologischen und praktischen diskriminatorischen Konsequenzen, aber auch in der sehr klaren Definition von Allah als dem einzigen Gott, und mit Mohammed als seinem Gesandten. Weiters ist der Islam von der das Christentum betreffenden Säkularisierung ziemlich weit entfernt. Der Islam ist eine Religion, die alle Bereiche des Lebens durchdringt und beeinflusst: das betrifft das Rechts-, Kultur-, Geistes-, aber auch das politische Leben der Muslimen.

Der Islam lehrt eine Vorselektion von ‚Guten‘ und ‚Bösen‘ schon bald nach dem Ableben. Bald nach dem Tod werden ein paar essenzielle Fragen nach dem richtigen Gott, seinem Propheten bzw. Gesandten und der Richtung des Gebetes abgefragt. Macht die Beantwortung dieser für einen Muslimen ziemlich leichten

⁸³ Siehe lateinisches Wörterbuch ‚Stowasser‘, 1994, S. 130: cremo 1. verbrennen. Mit ‚Kremation‘ ist die Verbrennung von Leichen gemeint.

Fragen Probleme, zeigt das eine sehr nachlässige Ausübung der islamischen Religion zu Lebzeiten. Und der oder die zum Gericht anstehende Person – man könnte fast schon von DelinquentIn sprechen – wird einer ersten Bestrafung unterzogen.⁸⁴

Auf jeden Fall wird den verstorbenen Muslimen dann eine Papierrolle mitgegeben, wo die guten wie schlechten Werke aufgelistet sind. Die muss dann beim großen ‚Prozess‘ abgeben werden bzw. wird abgenommen, und das definitive Urteil kann gesprochen werden. Prinzipiell ist der Tod im Islam nichts Negatives, Bestrafendes oder Schlimmes. Der Tod stellt vielmehr gemäß Sure 6, Vers 164 eine Rückkehr zum Urgrund allen Seins, zu Gott, dar. Gott bestimmt den Anfang und auch das Ende jeglichen Lebens. Der von Allah bestimmte Zeitpunkt des Todes, der Zeitpunkt des Ablaufes der Lebensfrist wird von den Muslimen als ‚adjal‘ bezeichnet. Im Vergleich zum Christentum kennt der Islam keinen ‚Sündenfall‘. Das Verhältnis des Menschen zu Gott ist ungebrochen und ungetrübt. Ein Erkennen der eigenen Persönlichkeit und des Wesens Gottes ist für Muslime aus eigener Kraft bzw. mit Hilfe der dem Menschen zur Verfügung stehenden Vernunft problemlos möglich (vgl. Eisingerich, 2003, S. 121).

Für die Palliativpflege muslimischer PatientInnen müssen wir um diese Exklusivität und Rigidität der moslemischen Glaubenshaltung wissen. Die Waschungen kurz nach dem Tod eines Moslems sind grundsätzlich von Moslems und wenn irgendwie möglich von gleichgeschlechtlichen Personen durchzuführen. Das Bett des Sterbenden sollte nach Mekka gerichtet sein. Wann und wo ein Mensch stirbt, ist nach islamischem Glauben von Anfang an bestimmt. Mit dem Aufhören der Atmung ist für die Muslime der natürliche Tod verbunden. Das ist nicht unbedingt mit den Erkenntnissen der modernen Medizin und unseren gewohnten Reanimationsmöglichkeiten konform. Problematischer ist der Tod für Muslime, wenn er auf unnatürliche Weise, vor allem durch Blutvergießen erfolgt. Jedes Eingreifen in den Plan Allahs muss vergolten werden. Es gibt große regionale Unterschiede im Verständnis zu diesen unerlaubten Eingriffen von Menschen in den Plan Gottes. In manchen Ländern wird die so genannte Blutrache ausgeübt. Die Anhänger dieser Richtung glauben, dass die Seelen der Verstorbenen

⁸⁴ Siehe S. 42.

solange rastlos durch die Wüste wandern müssen, bis durch Blutrache Vergeltung erfolgt (vgl. Schwikart, 2007, S. 83ff.).

Dem Christentum nicht unähnlich hat aber auch der Islam verschiedene Richtungen und Schulen entwickelt bzw. Abspaltungen erfahren. Vom Ur-Islam zur Zeit Mohammeds und seiner Anhänger ausgehend, entwickelten sich schon ab dem 7. Jahrhundert große Spannungen. Es kam zu Abspaltungen von der ‚Umma‘ - der Glaubensgemeinde. Generell unterscheiden wir beim Islam drei größere Schulen bzw. Glaubensrichtungen:

- (1) *Die SUNNITEN*: Das ist die weitaus größte Glaubensgruppe im Islam. Die Namensbezeichnung leitet sich von ‚Sunna‘, ‚Herkunft‘, ‚Brauch‘, ‚Sitte‘ ab. Unter ‚Sunna‘ werden Überlieferung, Leben und Wirken sowie Worte des Propheten verstanden. Als Richtschnur des Handelns der Gläubigen trat neben den Koran die Rechtmäßigkeit der Kalifen (vgl. Gordon, 1999, S. 98).
- (2) *Die SCHIITEN*: Die schiitische Richtung ist im Unterschied zu den Sunniten auf Ali ibn Abi Talib als Führer⁸⁵ zurück zu führen. Er war ein Vetter Mohammeds. Die Aufspaltung in mehr als 70 Gruppen, die die Nachfolge der Kalifen nicht anerkannte, begann schon sehr früh. Ein weiterer nicht unwesentlicher Unterschied zu den Sunniten besteht darin, dass die Schiiten nicht das Erscheinen eines bereits verstorbenen Imams, sondern zuerst einen im ‚Zustand der Verborgenheit‘ Befindlichen erwarten (vgl. ebenda, S.97).
- (3) *Die SUFIS*: Sie sind die Kontemplativen, die Mystiker, des Islams. Benannt wurden sie nach ihrem Büssergewand. Der Sufismus wendet sich sowohl gegen die Autorität der Imame als auch gegen die absolute Gehorsamsforderung gegenüber Gott, wie sie bei den Sunniten gefordert wird. Die Mystiker predigen die Liebe zu Gott und den Menschen und streben ein Leben in Armut und Askese an. Diese Glaubensrichtung ist heute hauptsächlich im Iran vertreten. Bei den Sufis gibt es die

⁸⁵ Ein religiöser Führer und Lehrer im Islam wird als ‚Imam‘ bezeichnet.

Ordensprediger; sie werden auch als ‚Derwische‘ bezeichnet. Die Richtung der Sufis spielt heute vor allem noch in der Volksfrömmigkeit eine wichtige Rolle. Die Sufis sind quasi die Ordensleute des Islam. Ihre Frömmigkeit besteht vor allem im Kontemplativen. Sie rezitieren Gebete und Litaneien (vgl. Smart, 2000, S 2008f.).

4 Der Buddhismus

Der Buddhismus hat mit dem vor mehr als 2500 Jahren lebenden indischen Prinzen Siddharta (Gautama) seinen Ausgangspunkt. Sein Lebensweg ist insofern der dem eines Franz von Assisi im Christentum ähnlich, als beide aus reichem Hause stammen. Beide kennen keine Not und sind sich ihres abgehobenen und sorgenfreien Lebenswandels nicht von Anfang an bewusst, weil sie nichts anderes kennen. Und beide erkennen irgendwann die durch die Fülle ihres Besitzes verursachte Leere ihres Daseins und werden dann ihrer Sätturiertheit überdrüssig. Dann setzt ein starkes soziales Engagement ein. Sie ändern ihren Lebensstil radikal und werden dann zu Propheten, Heiligen und/oder Religionsgründern.

Siddharta Gautama musste erst durch Ausflüge in die Welt des Alltags erfahren, dass es Alter, Krankheit, Armut und Tod gibt. Die Begegnung mit einem Mönch brachte ihn zum totalen Umdenken und von der Sicherheit eines Hauses in die Hauslosigkeit (vgl. Baatz, 2002, S. 20f.).

Abb. 13, S. 47: Der Ausritt des Prinzen Siddharta Gautama, des späteren Buddha. Bei einem Ausritt wird der Prinz das erste Mal mit den Widrigkeiten des Lebens konfrontiert. Er sieht einen alten, gebrechlichen Mann - einen Greis – (gebeugt, Profilansicht; siehe Bildmitte); er sieht einen Kranken, der in der Geschichte des Prinzen als Fieberkranker beschrieben wird (halbknieend, Halbprofil; siehe Bildmitte rechts); der Prinz sieht einen bereits in Verwesung übergehenden Leichnam (liegend; linke Bildseite, unteres Drittel) und er sieht einen Mönch. Mit dem Ansichtigwerden des Alters, der Krankheit, des Todes und der Askese in der Person des Mönchs wird der verwöhnte Prinz der Unbilden des Lebens gewahr und beginnt sein Denken und sein Leben neu zu orientieren.⁸⁶

⁸⁶ Online zur Verfügung gestellt unter: <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Buddha-Ausritt.jpg>.



Eine Bestandsaufnahme über das Leiden der Welt brachte Siddharta schließlich zur Erstellung des ‚edlen achtfachen Pfades‘. Siddharta wurde Asket und durch strengstes Fasten suchte er Erleuchtung. Er fastete sich zwar fast zu Tode, aber die Erleuchtung blieb aus. Schließlich erreichte er dieses Ziel nach jahrelangem Üben ohne Druck und Zwang, meditierend unter einem Baum. Er bekam dadurch den Ehrentitel ‚Buddha‘, ‚der Erleuchtete‘ bzw. ‚der aus dem Wahn Erwachte‘. Es mögen autobiographische Hintergründe dafür vorhanden sein, wenn Siddharta eine Lehre ‚des mittleren Weges‘, eines Weges zwischen großen Ausschweifungen und extremer Askese, proklamiert. Diese Lehre wird als ‚Dharma‘ bezeichnet und hat die Kernaussage, dass alles nach dem Kausalitätsprinzip funktioniert. Als ‚Karma‘ wird das Phänomen bezeichnet, dass alles menschliche Tun Folgen bzw. gemäß hinduistischem Denken Vergeltung nach sich zieht. Der Mensch sammelt je nach Lebenslauf gutes und/oder schlechtes Karma. Das Karma bedingt aber auch, dass die Bilanz der Taten aus dem Leben mit dem Tod eines Menschen nicht ausgeglichen ist. Er muss also noch ein- bzw. mehrmals leben. Dieser Prozess des Wiedergeborenwerdens wird ‚Samsara‘ genannt. Das Samsara wiederholt sich so oft, bis durch das Karma ein Zustand der Erleuchtung erreicht wird. Dann kann das Beste für die Lebewesen

erreicht werden und ins ‚Nirwana‘ – das ist ein Zustand des ewigen Nichts – eingegangen werden. Es gibt einen Weg zur Erleuchtung. Der führt über das Erlernen und die Verwirklichung des ‚Dharma‘.

Dieser achtfache Pfad hat folgende Kernaussagen zum Inhalt (vgl. Baatz, 2002, S. 47):

- (1) Rechte Erkenntnis, rechte Anschauung (Verstehen der vier Wahrheiten)*
- (2) Rechte Gesinnung: eine Haltung der Güte und Friedfertigkeit und Vermeidung von Sinneslust und Hass*
- (3) Rechte Rede: Keine Lügen, kein unnötiges Geschwätz, keine Angeberei*
- (4) Rechte Taten: sittliches Handeln – vor allem nicht töten, stehlen, ehebrechen*
- (5) Rechter Lebenserwerb: anderen Menschen im beruflichen Tun keinen Schaden zufügen. Aktuelle Ausdrucksweise wäre: nicht mobben, nicht intrigieren*
- (6) Rechte Anstrengungen: Das Bemühen, böse Willensregungen nicht aufkommen zu lassen und positive Gedanken und auch Handlungen zu stärken*
- (7) Rechte Achtsamkeit: Diese Empfehlung legt Besonnenheit und Überlegungen sowohl beim Denken und auch Tun nahe*
- (8) Rechte Sammlung: Impliziert Meditation und Konzentration sowohl auf unsere Absichten wie auch auf unsere Handlungen*

Siddharta Gautama, genannt ‚der Buddha‘, begann bei der Verbreitung seines Gedankengutes mit einer kleinen Schar Anhänger. Im Laufe der Jahrzehnte und Jahrhunderte ist dann daraus eine weltumspannende Religion bzw. Weisheitslehre geworden. 2007 beträgt die Anzahl der Buddhisten rund 330 Millionen Anhänger weltweit (vgl. Schwikart, 2007, S.61).

Man sollte sich die Bewegung des Buddhismus aber nicht als einheitliche Bewegung vorstellen. Das ist sie nicht. In jedem Land zeigt sich der Buddhismus mit einem anderen Gesicht. Allein die ‚acht edlen Pfade‘ stellen eine gemeinsame Linie aller buddhistischen Anhänger dar. Es gibt in manchen Traditionen auch nicht nur den einen Siddhartha-Buddha, sondern so viele verschiedene Buddhas

wie es Menschen gibt, die das Charisma und die Ambitionen haben, andere Menschen ebenfalls auf den Pfad der Erleuchtung zu bringen und ihnen das Eingehen in das Nirwana zu ermöglichen. Solche durchaus menschliche Wesen werden ‚Bodhisattwa‘ genannt (vgl. Baatz, 2002, S. 48f.).

Das Rad der Wiedergeburten wird durch Unwissenheit, Begierde, Hass und andere Widerwärtigkeiten in Schwung gehalten. Es ist das Ziel der buddhistischen Weisheitslehre, durch die Erleuchtung dieses Rad anzuhalten, aus dem Kreislauf auszusteigen und ins Nirwana eintreten zu können.

Es gibt einige bedeutende Bewegungen im Buddhismus, die auch ‚Weg‘ bzw. ‚Fahrzeug‘ genannt werden. Da ist einmal der ‚*Hinayana-Buddhismus*‘, das so genannte ‚Kleine Fahrzeug‘, zu nennen. Die Lehre Buddhas wird hier sehr streng ausgelegt und außer einigen wenigen Personen, die sich intensiv und professionell mit dem Buddhismus beschäftigen, Mönchen und Nonnen, wird allen anderen Menschen die Fähigkeit zur Erleuchtung abgesprochen (vgl. Brunner-Traut, 1991, S. 48f.).

Das ‚Große Fahrzeug‘, der ‚*Mahayana-Buddhismus*‘ ist großzügiger und lässt, um in der Analogie der Bezeichnung zu bleiben, viel mehr Menschen auf dem Weg zur Erleuchtung mitfahren. Alle, die die grundlegenden Anforderungen des Buddhismus – wie: nicht töten, nicht stehlen, nicht lügen, kein ausschweifendes Leben führen, keine Rauschmittel zu sich nehmen – erfüllen, sind im ‚Großen Fahrzeug‘ grundsätzlich erleuchtungsfähig (vgl. Schwikart, 2007, S. 62).

Eine von den Mitgliederzahlen her eher nicht so bedeutende Richtung, die in den vergangenen Jahren bzw. Jahrzehnten in der westlichen Welt aber eine große Ausbreitung und Anerkennung gefunden hat, ist der ‚*Vajrayana-Buddismus*‘. Er wird auch als ‚Diamantenes Fahrzeug‘ bezeichnet. Es ist dies eine Richtung des Buddhismus, welche ihren Ursprung in Tibet hat und durch den spirituellen Führer, den Dalai Lama⁸⁷, populär geworden ist (vgl. Schwikart, 2007, S. 62). Alle buddhistischen Ausprägungen zusammen bilden den ‚*Sangha*‘. Es ist das die große Gemeinschaft der praktizierenden Buddhisten. Sie betreiben nicht Gottesanbetung im engeren Sinne, sondern sehen sich vor allem in Verantwortung zu den Anderen. Sie nehmen täglich Zuflucht zu den ‚Drei Juwelen‘:

⁸⁷ Dalai Lama = geistiger Führer der tibetischen Richtung des Buddhismus. Der 14. Dalai Lama übt auf sein tibetisches Volk vom Exil seinen Einfluss aus, nachdem Tibet von den Chinesen okkupiert worden war.

*Ich nehme meine Zuflucht zu Buddha, ich nehme meine Zuflucht zum Dharma⁸⁸,
ich nehme meine Zuflucht zum Sangha⁸⁹.*

Für die Anhänger des ‚Diamantenen Weges‘ gibt es zusätzlich noch die Zuflucht zum geistlichen Führer, dem Dalai Lama, der seinen Anhängern noch die drei ‚Wurzeln‘, Segen, Inspiration und Schutz gewähren kann (vgl. Baatz, 2002, S. 16f.).

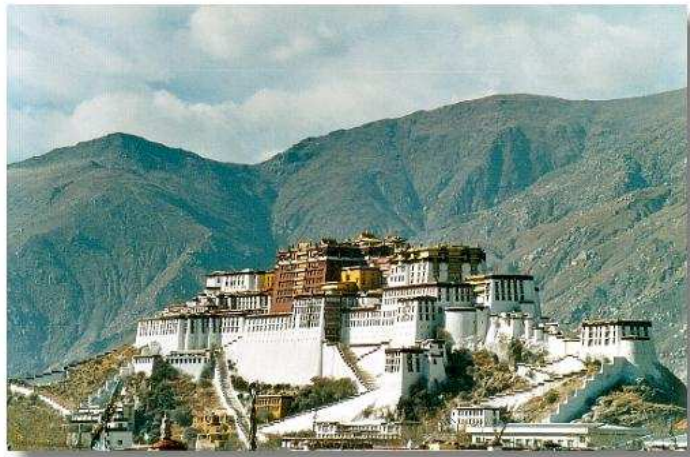


Abb.14 (links): Der 14. Dalai Lama, Tenzin Gyatsho, befindet sich seit 1959 im Exil, nachdem China die Herrschaft über Tibet übernommen hatte. Ein Dalai Lama versteht sich als weltliches und geistliches Oberhaupt Tibets.⁹⁰

Abb. 15 (rechts): Tibetisches Kloster in Lhasa, der Hauptstadt Tibets. Sowohl Abbildung 13 wie auch 14 zeigt ein Beispiel des ‚diamantenen Fahrzeugs‘, des Buddhismus tibetischer Ausprägung.⁹¹

Für Buddhisten ist der Tod weder ein Tabu- noch ein Schreckensthema, weil sie um ihn wissen und sich nicht explizit ein Bewusstsein darüber schaffen müssen. Ihr Wissen um die extreme Aufnahmefähigkeit, die klare Sicht der Dinge – auch von Dingen, die vorher nicht verstanden worden sind – hilft, das Sterben anzunehmen. Auch wenn diese Erkenntnisse im irdischen Sinne nicht mehr umgesetzt werden können. Nach buddhistischem Verständnis zerfällt der Körper

⁸⁸ Dharma = die Lehre.

⁸⁹ Sangha = die Gemeinschaft.

⁹⁰ Online: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Dalai_Lama_1430_Luca_Galuzzi_2007crap.jpg (29.7.2010).

⁹¹ Online: <http://www.tibet-spaniel-dtv.de/ursprung/Tibet-kloster.jpg> (29.7.2010).

nach dem Tod wieder in seine fünf Urelemente Erde, Wasser, Feuer, Luft und Raum (vgl. Schwikart, 2007, S. 63ff.).

Auch die rücksichtsvolle und lebensschonende Haltung der Buddhisten gegenüber der Tierwelt findet durch das ‚Samsara‘ eine logische und nachvollziehbare Erklärung: Der Mensch kann durch ein schlechtes Karma auch in einem Tierkörper wiedergeboren werden. Würde ein Mensch – so wie das im Westen bzw. unter Nichtbuddhisten üblich ist – ein Tier töten, könnte man dadurch indirekt auch einem Menschen schaden.

Das Samsara hat vier Zustände (vgl. ebenda, S. 66f.):

Der erste Zustand umfasst das ganze stoffliche, materiell feststellbare Leben eines Menschen, von der Empfängnis bis zum Tod, unabhängig wie alt der Mensch wird.

Der zweite Zustand betrifft jene kurze Phase, in dem einem Menschen bewusst wird, dass sein Bewusstsein den Körper verlässt.

Der dritte Zustand ist ein Zustand erhöhten bzw. überhöhten Bewusstseins. Es ist ein Zustand höchsten Erkennens. Je nachdem, wo sich das Wesen gerade im Samsara befindet, dauert dieser Glücks- bzw. Erkenntniszustand von einem Augenblick bis zur Dauer des Trinkens einer Tasse Tee und höchstens bis zur Dauer des Einnehmens einer Mahlzeit. Ist jemand im Zustand eines Buddhas, eines Erwachten und vom Samsara Befreiten, dauert dieser Zustand für immer an. Wir sprechen dann vom Zustand der Erleuchtung. Ein solches Wesen ist für immer vom Samsara befreit.

Beim *vierten Zustand* handelt es sich eigentlich nicht um einen Einzelzustand, sondern um einen ‚Sammelzustand‘. Alle Lebewesen, für die ein Zustand von eins bis drei nicht zutrifft, kommen in den vierten Zustand. Hier beginnt das Bewusstsein mit einer neuen Existenz. Und damit nimmt der Kreislauf des Samsara weiter seinen Lauf (vgl. ebenda, S. 66f.). Ein Mensch kann letztlich auch als Gott wiedergeboren werden. Zuvor muss er aber auf jeden Fall ein Mensch

gewesen sein. Wir haben es beim Buddhismus um eine sehr menschenzentrierte Weltanschauung zu tun.

Innerhalb der buddhistischen Richtungen und Schulen ist es strittig, ob jeder Mensch von Geburt an das Buddha-Sein schon in sich hat, oder er es sich erst durch intensives Befolgen des Dharma erwerben kann. Für Menschen, die durch geist- und sinnlose Handlungen bzw. schlechte Taten ein negatives Karma angesammelt haben, gibt es auch nach buddhistischer Anschauung Zustände größter Leiden bzw. eine Wiedergeburt in der Hölle. Es gibt verschiedene Höllen; diese sind je nach Leidensintensität abgestuft. Es sind die acht heißen und die acht kalten Höllen zu unterscheiden, die Neben- und Haupthöllen, die temporären Höllen, dazu kommen noch die Höllen der Hungergeister.

Es geht auch darum, ob das große Leiden in den Höllen eher lokal oder mental zu verstehen ist. Innerhalb des breiten buddhistischen Spektrums gibt es zahlreiche und verschiedene Lehrmeinungen. Wenn man die anschaulichen Bilder vor Augen hat, die Buddhisten über diese Höllen bzw. Höllenqualen in ihrer Vorstellung malen, ist es auch sehr verständlich, dass sich Buddhisten durch Übungen, Yoga, Ausdauer und Durchhaltevermögen auch auf potenziell extrem widrige Bedingungen vorbereiten. Im Gegensatz dazu steht das Nirwana, das Buddha mit dem Verlöschen einer Flamme verglichen hat. Da gibt es keine Gefühle, kein Bewusstsein, keine menschlichen Regungen. Das ist der Zustand, den Buddhisten anstreben. Im Buddhismus wie auch im Hinduismus gibt es zahlreiche Abstufungen von Himmeln bzw. Paradiesen und Höllen (siehe oben). Der Unterschied zu den Himmel- und Höllenvorstellungen des Christentums ist, dass diese Orte im Buddhismus und Hinduismus keinen statischen oder endgültigen Zustand, sondern einen dynamischen Durchgangszustand im Zyklus: Tod, Geburt, Wiedergeburt,..., darstellen (vgl. Barloewen, 1996, S. 16). Das Leiden ist eine zentrale Perspektive des Lebens. Nach buddhistischem Verständnis bringt der Tod nicht die Befreiung vom Leiden. Das hängt mit dem buddhistischen Glauben an Reinkarnation und Karma zusammen. Die Wiedergeburt kann in vielerlei Formen – auch in tierischen und sogar pflanzlichen – erfolgen. Die menschliche Gestalt der Reinkarnation ist aber naturgemäß die günstigste, weil sie relativ fortgeschritten ist und eine endgültige Befreiung von Reinkarnation und Karma –

und damit auch vom Leiden – nur aus einer menschlichen Existenzform erreicht werden kann (vgl. Heller, 2003, S. 48).

Für die Palliativpflege interessant ist vor allem die buddhistische Einstellung zu Alter, Krankheit, Leiden und Tod: das Wissen um Vergänglichkeit, Sterben und Leiden. Für BuddhistInnen ist es wichtig, früh über ihren Zustand aufgeklärt zu werden, damit sie sich intensiv vorbereiten können. Die dafür notwendige Zeit und Ruhe für Meditation und Besinnung ist auf unseren routinisierten Pflegestationen schon aus organisatorischen Gründen nicht immer leicht möglich (vgl. ebenda, S. 51f.).

Buddhisten in der Phase des Sterbens – Begleitmöglichkeiten:

Nach Meinung buddhistisch eingestellter Menschen ist das Sterben ein Vorgang, bei dem die Energien in Schüben den Körper verlassen. Viele Menschen, Mönche und Nonnen, aber auch Angehörige und Laien, können die Sterbenden auch rituell begleiten und dabei unterstützen, die Angst zu verringern. Sie rezitieren traditionelle Texte, geben praktische meditative Anweisungen oder versuchen, Hilfe von transzendenten Wesen herbei zu holen. Die Art der Hilfestellung hängt im Detail sehr von der buddhistischen Richtung ab, der der/die Sterbende angehört (vgl. ebenda, S. 53f.). Wenn die Möglichkeit dazu besteht, sollte ein Mönch oder Yogi gerufen werden. Aber auch ein ‚einfacher‘ Buddhist kann Sterbenden gut zureden bzw. ihnen schlechte bzw. angstvolle Gedanken auszureden versuchen. Vor allem das Erinnern an die drei ‚Juwelen‘: Buddha, Dharma und Sangha, ist wichtig. Diese ‚Juwelen‘ können Schrittmacher und Wegweiser auf dem Weg ins Jenseits werden.

Andererseits sollten sehr trauernde, weinende und wehklagende Personen jetzt in der Phase des Abschiednehmens nicht um den Sterbenden sein. Das würde ihn/sie viel zu sehr in seiner/ihrer Konzentration vom bevorstehenden Weg ablenken. Wenn es möglich ist, sollte dem/der Sterbenden geholfen werden, eine Rechtslage, die so genannte ‚Löwenstellung‘ einzunehmen. Es wird berichtet, dass auch Buddha einst in dieser Position aus dem Leben geschieden ist. Hängt jemand dem tibetischen Buddhismus an, ist es wichtig, wo der Geist den Körper verlässt. Generell kommen dafür sieben Körperöffnungen in Frage: die beiden

unteren Körperöffnungen der Entleerung, oder die oberen Körperöffnungen der beiden Ohren, Augen, Nasenlöcher und die Mundöffnung. Eine bevorzugte Öffnung für eine gute Wiedergeburt stellt dabei das linke Nasenloch dar, weil damit Weisheit und Erfahrung zusammenhängt. Es sollte also dem Sterbenden geholfen werden, die Energiekanäle der rechten Seite zu inaktivieren. Eine nicht ganz unkomplizierte Methode besteht darin, mit dem kleinen Finger der rechten Hand das rechte Nasenloch und mit dem Ringfinger das Auge zuzudrücken, während der Mittelfinger auf die Schläfe und der Zeigefinger das Ohr abdeckt. Der Daumen wird auf die Halsschlagader gedrückt; – alles betrifft die rechte Körperseite. Eine noch bessere Methode ist es, das Bewusstsein mittels acht Finger am ursprünglichen vorderen Haaransatz an der Fontanelle aus dem Schädel herauszuschleudern. Buddhisten üben diese Griffe im Laufe des Lebens, damit sie dann in der Stunde des Sterbens darauf vorbereitet sind (vgl. Schwikart, 2007, S. 63).

Der Tod tritt nach Ansicht der Buddhisten ein, wenn der Sterbende drei Mal ausatmet, aber nach dem dritten Mal nicht mehr einatmet. Die erste halbe Stunde nach dem Tod sollte der Tote nicht berührt werden, weil in dieser Zeit noch Bewusstsein vorhanden ist, welches durch die Berührung irritiert werden könnte. Nach etwa einer halben Stunde wird das Bewusstsein dann ohnmächtig. War der Verstorbene Anhänger des ‚Diamantenen Fahrzeugs‘, wird aus dem Tibetischen Totenbuch rezitiert. Innerhalb von drei Tagen sollte der Leichnam jetzt begraben werden. Ist dies nicht möglich, muss bis zum 49. Tag ab Eintritt des Todes mit der Bestattung zugewartet werden (vgl. Heller, 2003, S. 58ff.). So viele buddhistische Richtungen es gibt, so unterschiedlich sind auch die Bestattungs-Riten. Für die Buddhisten ist der Körper des Verstorbenen nur mehr eine Hülle. Nichtsdestoweniger wird die Leiche mit Respekt behandelt. Von der Art der Bestattung her ist sowohl die Erd- wie auch die Feuerbestattung möglich; letztere ist die am häufigsten durchgeführte. Friedhöfe im westlichen Sinne sind bei den Buddhisten nicht üblich. Bei den so genannten ‚Stupas‘ sprechen wir von festen, gemauerten Begräbnisstätten für mumifizierte Teile wie Herz oder Finger von Verstorbenen. In gewisser Weise handelt es sich dabei um Mausoleen für herausragende Persönlichkeiten. Es gibt einen bestimmten Ritus, mit dem die Verstorbenen in diesen ‚Stupas‘ verehrt werden (vgl. ebenda, S. 62f.).

Nach der Kremation wird die Asche meist in einen Fluss – idealerweise in den Ganges – gestreut. Aber auch ein Verwehen der Asche im Wind ist nicht unüblich. In Tibet wiederum ist es üblich, dass der zerstückelte Leichnam den Geiern quasi als himmlisches Futter gegeben wird. Da die Geier als heilige Tiere verstanden werden, handelt es sich um ein Opfer an die Götter.

Auch die Buddhisten kennen so eine Art Wallfahrt. Es sind Orte, wo sich Schreine mit Reliquien Buddhas befinden. Wünschen nahe Angehörige von Verstorbenen nicht dringend Nachwuchs, sollten sie sich sieben Wochen nach dem Tod des Angehörigen des ehelichen Verkehrs enthalten. In dieser Zeit ist der Geist des Verstorbenen ohne Körper und sucht eine Hülle. Bis zum 49.Tag nach dem Tod hätten gemäß tibetischer Auffassung Samen- und Eizelle eine besondere Bereitschaft zu Vereinigung, Befruchtung und Wiederverkörperung.

Wenn nach den vorangegangenen und teilweise etwas martialisch anmutenden Schilderungen buddhistischer Jenseitsvorstellungen im Zusammenhang mit dem negativen Karma der Eindruck von Diesseitsfeindlichkeit entstanden sein sollte, trügt dieser Eindruck. Im Gegenteil, es sollen die Leiden überwunden und das Rad der Wiedergeburt durch ein gutes Karma angehalten werden. Andererseits ist es tröstlich zu wissen, dass, gelingt etwas im Leben nicht, es erneut und mit potenziell besserem Erfolg in einem neuen Leben wieder versucht werden kann (vgl. Schwikart, 2007, S. 73f.).

5 Der Hinduismus

Der Hinduismus ist die Religion der Inder. Etwa 80 Prozent aller rund 900 Millionen gläubigen Inder sind Hinduisten.⁹² Das Wort ‚Hindu‘ ist persischen Ursprungs und bedeutet ‚Inder‘. Gemeint ist damit eine Person, die am – oder zumindest in der Nähe - des Hindusflusses lebt. Eine einheitliche Religion ist auch der Hinduismus nicht (vgl. Narayanan, 2005, S.6). Einen Religionsgründer im eigentlichen Sinne gibt es im Hinduismus nicht. Die Lehrer des Hinduismus berufen sich aber alle auf die Heiligen Schriften der ‚Veden‘, welche als Offenbarung betrachtet werden. Die ‚Veden‘ sind Schriften mit Anweisungen für

⁹² Stand 2007.

Rituale und enthalten Weisheitslehren. Diese werden auch als ‚Upanishaden‘ bezeichnet. Weiters ist im Hinduismus auch das Lehrgedicht ‚Der Gesang der Erhabenen‘, die ‚Bhagawadgita‘, sehr bekannt und beliebt als religiöse Literatur. Diese populäre Schrift ist weit bekannter als es die Veden sind (vgl. Smart, 2000, S. 34f).

Der Hinduismus gehört – wie auch der Buddhismus – nicht zu den monotheistischen Religionen. Es gibt viele Götter, die angebetet werden können. Wir haben es mit einer polytheistischen Religion bzw. einer breit gestreuten Weltanschauung zu tun, welche thematisch vom rechten Handeln, über Kulturempfinden, bis hin zu religiösen Aspekten reicht. Viele Inder schaffen es problemlos, die vielen Götter unter einen Hut zu bringen. Die ewige und universale Ordnung des ‚Sanathana Dharma‘ ist die gemeinsame Klammer allen Göttlichen. Ein Hindu hat zwei Lebenswege: er darf ohne weiteres Reichtum anhäufen und sich vergnügen, aber er sollte andererseits auch das ‚Dharma‘ beachten. Die meisten Hindus wählen sich einen Gott aus, der ihnen irgendwie besonders sympathisch ist und beten diesen an bzw. opfern diesem Gott Obst, Blumen, Lichter, Girlanden u.a.m. Gott Brahma – der Schöpfergott – gilt als so groß und übermächtig, dass er nicht angebetet wird. Vischnu – er steht für die Kraft zur Erhaltung von Bestehendem – und Schiwa – der das Gegengewicht zu Vischnu darstellt – ist der Gott der Zerstörung, sind beliebt und werden von Vielen verehrt. Krischna wiederum ist eine Verkörperung des Gottes Vischnu. Da er bereit ist, Göttliches zu offenbaren, ist er naturgemäß bei den Menschen sehr beliebt. Es handelt sich um einen sehr populären Gott, was sich auch in einer großen Anhängerschaft artikuliert. Krischna gilt auch als der Autor der Bhagawadgita. Nicht verwechselt sollte ‚Brahma‘ (der Gott des Erschaffens) mit ‚Brahman‘, das All-Eine, das Absolute, dem alles Seiende unterliegt, werden. Mit ‚Brahman‘ ist etwas fundamental Religionsphilosophisches verbunden (vgl. ebenda, S. 40f.). Der Hinduismus zeigt sich als buntes Gemisch von Lehren, Göttern, Mythen, Riten und Kulturen.

Das Heil ist für den Hindu im Wesentlichen auf drei Wegen zu erreichen (vgl. Schwikart, 2007, S. 93f.):

- a) Die religiöse Tat mit all den Ritualen, die damit zusammenhängen.
- b) Die liebende Hingabe, mit der einem Gott mystisch nachgegangen wird.
- c) Die Erleuchtung bzw. Erkenntnis. Gemeint sind damit Meditation und Yoga als Wege zur Weisheit. Ziel ist immer das Brahman-Atman.

Auch das Kastenwesen Indiens spielt eine große Rolle. In der höchsten Stufe befinden sich die Priester (Brahmanen). Auch Krieger, Händler und Bauern bilden eine zahlenmäßig bedeutende Kaste. Die Mehrheit der Inder ist kastenlos und am unteren sozialen Ende der Gesellschaft angeordnet. Sie bezeichnen sich selbst als ‚Dalits‘ (das bedeutet: ‚Die Unterdrückten‘). Im Westen sind sie unter dem Begriff ‚Parias‘, die Unreinen, bekannt. Wer sich mit ihnen einlässt gilt als unrein. Der Hinduismus empfiehlt für den alten Menschen den Rückzug aus dem Alltagsgeschehen und die Konzentration auf Besinnung und Spiritualität, Entsagung vom Weltlichen, Bindungslosigkeit zu Menschen und Dingen und Abstand vom alltäglichen Handeln. Nach hinduistischem Verständnis ist ein guter Tod verbunden mit dem Loslösen aller weltlichen Verbindlichkeiten, mit Gleichmut und dem Erreichen eines hohen Alters nach einer Lebensspanne von etwa 100 bis 125 Jahren, und dem Sterben im Kreise der vertrauten Familie verbunden mit den entsprechenden Riten. Ein plötzlicher Tod, zum Beispiel durch Unfall oder gar aus Verschulden Anderer, wird als unnatürlich betrachtet und ist jedenfalls unerwünscht (vgl. Heller, 2003, S. 24ff.). Der Tod ist für Hindus fester Bestandteil ihrer Überlegungen, aber ein Geheimnis. Ziel der hinduistischen Einstellung ist es, sich bereits früh im Leben auf den Tod vorzubereiten. Nur durch den Tod ist ‚Mokscha‘, die Erlösung aus dem Kreislauf des Wiedergeborenwerdens, möglich (vgl. Narayanan, 2005, S. 89). Bis zum Erreichen der Erleuchtung ist der Mensch voll im Kreislauf der Wiedergeburt, des ‚Samsara‘. Da auch der Glaube im Hinduismus mit dem Gesetz des Karma verbunden ist, richtet sich die Situation der persönlichen Inkarnation nach der Bilanz von Verdiensten bzw. Schuld. Daraus resultiert aber auch, dass das Sterben von großer Bedeutung ist, bildet es doch das Tor in eine neue Inkarnationsqualität (Barloewen, 1996, S. 10). Im Tod löst sich der Körper in seine ursprünglichen Elemente, Feuer, Wasser, Wind, Erde

und Raum, auf. Durch das Sterben trennt sich das Feinstoffliche vom Weltlich-Körperlichen eines Menschen. Wir sprechen von einem Körper der Gedanken und Gefühle, der das ‚Atman‘ umgibt. Dieser Feinkörper vergeht erst einige Tage nach der Verbrennung und nimmt dann eine neue Existenz an. Die ‚Upanishaden‘ beschreiben, wie sich durch die Vereinigung des Atman mit dem Brahman die verschiedenen Sinne langsam auflösen. Der Tod wird als rituelle Verunreinigung gesehen, die durch rituelle Reinigung wieder aufgehoben werden muss (vgl. Schwikart, 2007, S. 97f.).



Abb.16: hinduistische Verbrennung eines Leichnams am Ganges. Es war interessant zu beobachten, dass die Internet-Recherche viele Treffer zu diesem Thema nach sich zieht, aber kaum Bildmaterial anbietet. Hingegen gibt es viele Einschaltungen von Reiseveranstaltern, die die Teilnahme bzw. Beobachtung an einer Kremation in Indien angeblich ermöglichen. In diesem Zusammenhang liegt die Vermutung von Sensationslust und ökonomischen Interessen nahe. Auch ökologisch ist die Thematik um die Leichenverbrennungen nicht unproblematisch: Rund 300 kg trockenes Holz werden für die Verbrennung eines Leichnams benötigt. Holz, das in der benötigten Menge in Indien nicht vorhanden ist. Bis zu 40.000 Kremationen pro Jahr erfolgen allein in der Stadt Mainkarnika Ghot. Die Asche wird in den Indus-Fluss und seine Zuflüsse gestreut. Ökologisch sind die Gewässer sehr stark belastet, nachdem die Abfälle weitgehend in die Flüsse entsorgt werden.⁹³

Der Hindu glaubt, dass das Atman gleich der Scheide eines Schwertes von fünf Hüllen umgeben bzw. geschützt ist. Diese Scheiden sind nach der Vorstellung der Hindus von außen nach innen qualitativ zunehmend. Bezüglich der Vorstellungen

⁹³ Online zur Verfügung gestellt unter: <http://en.wikipedia.org/wiki/Cremation> (Zugriff: 09.11.2010).

nach dem Tod gibt es zwischen Hinduismus und Buddhismus große Ähnlichkeiten und es gilt auch die Lehre vom Karma. Gemäß dem Atman wird man im Leben nach dem Tod das, was man im Leben verehrt hat, oder woran man im Leben geglaubt hat. Es gibt sehr viele verschiedene Vorstellungen vom Jenseits im Hinduismus. Das wird damit begründet, dass auch der Hinduismus selbst sehr vielgestaltig ist. Trotz aller Abwandlungen ist allen Varianten doch die Gewissheit gemeinsam, dass der Kreislauf der Wiedergeburten am Ende mit der ‚Mokscha‘, der Erlösung und Erleuchtung beendet wird. Wenn jemand sich wirklich um die Wahrheit bemüht, kann er einmal von dieser Welt gehen, ohne Spuren zu hinterlassen. Die Upanishaden drücken das symbolisch und poetisch so aus:

„So wie die Spuren der Vögel sich nicht im Himmel finden und die Spuren der Fische nicht im Wasser, so ist auch die Abreise der Erleuchteten.“ (vgl. ebenda, 2007, S. 99).

Wie wünscht sich der/die Hindu sein/ihr Sterben? Traditionsgemäß wäre es, dass der Sterbende von seinen Angehörigen vor sein Dorf hinausgetragen wird. Der vorgesehene Platz wird gereinigt, mit Kuhmist bestrichen oder Blumen bestreut. Der Kopf des Sterbenden sollte in Richtung Süden, wo sich nach hinduistischer Vorstellung das Totenreich des Yama befindet, ausgerichtet sein. Weiters sollen die Götter zum Schutz des Sterbenden angerufen werden. Es wird ein Brahmane gerufen, der dem sterbenden Menschen aus den Veden rezitiert:

„Aus der Finsternis herkommend, sind wir gekommen, das höhere Licht der Götter zu schauen.“

Es ist jetzt für das Weitere nach dem Sterben sehr wichtig, dass der Name Gottes (z.B. Krischnas) genannt wird. Hat der Sterbende im Laufe seines mehr oder weniger langen Lebens auf Gott vergessen, wird er ihm auch in der Stunde des Todes nicht einfallen. Die Angehörigen können den Namen Gottes immer wieder rufen, sodass der Sterbende sich darauf besinnt (vgl. ebenda, S. 99f.).

Es ist ein besonderer Wunsch von hinduistischen Gläubigen, an den Ufern des Ganges zu sterben. Das ist in einer Welt der Globalisierung und hohen Mobilität oft nicht möglich.

Wenn in der letzten Phase ihres Lebens befindliche PatientInnen nicht die Möglichkeit haben, die heilige Stadt Benares und die Nähe des Flusses Ganges

aufzusuchen, kann das für hinduistische PatientInnen in der Emigration am Ende ihres Lebens zu Belastungen führen. Wer es schafft, die urheimatlichen Örtlichkeiten aufzusuchen, hat gute Chancen auf eine bessere Wiedergeburt. Ein wenig hilft es aber auch schon, wenn aus einer Flasche mit Wasser, das aus dem Ganges stammt, ein paar Schluck getrunken werden (vgl. ebenda, S. 100). Wenn der Tod eingetreten ist, singen die Anwesenden Mantras. Wenn sich auch die Hülle des Körpers nach dem Tod dem Verständnis der Hindus gemäß auflöst, wird mit dem Leichnam doch sehr sorgfältig umgegangen. Der Leichnam wird gewaschen, geschmückt und bekränzt. Auch ein besonderes Kleid von meist roter oder goldener Farbe wird ihm angezogen. Die Bestattung sollte nach Möglichkeit innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Der Familienpriester bestimmt Zeitpunkt und Ort der Kremation. Durch Selbstmord, Schlangenbiss, Lepra oder Pocken Verstorbene, sowie Asketen und Kinder, dürfen nicht verbrannt werden, sondern werden in den Fluss geworfen oder in der Erde begraben (vgl. Heller, 2003, S. 32). Für den Hindu ist im Normalfall die Feuerbestattung das Mittel der Wahl. Das ist deshalb wichtig, weil sich das Feinstoffliche samt Atman von der Hülle lösen muss (vgl. Narayanan, 2005, S. 17). Die Gemeinschaft der Hindus empfindet daher die Feuerbestattung auch überhaupt nicht als schlimm, sondern wird festlich begangen. Es gibt eigene dafür vorgesehene Verbrennungsplätze. Der Leichnam wird in einer Art Prozession zur Verbrennungsstelle gebracht. Niemand dreht sich auf dem Weg dahin um. Nachdem auf dem Weg zur Verbrennungsstätte der Leichnam einige Male gedreht worden war – um böse Geister zu verwirren – wird der Korpus auf den Verbrennungshölzern abgelegt. Dem/der Toten werden Opfergaben beigelegt, es werden Gebete gesprochen und der Leichnam wird mit Duftwasser besprengt. Dem ältesten Sohn kommt dann die Aufgabe zu, die Feuerstelle in Brand zu setzen. Wenn das Feuer fast abgebrannt ist, muss der Sohn dem Verstorbenen den Schädel spalten. Nach hinduistischem Glauben ist das notwendig, damit die Seele aus dem toten Körper austreten kann (vgl. ebenda, S.85). Der Leichnam wird mit dem Kopf voraus aus seinem Hause getragen; Träger sind männliche Nachkommen des Verstorbenen bzw. nahe Verwandte, die sich beim Tragen – was als Zeichen der Pietät gilt - abwechseln. Der Kopf des Leichnams wird auf dem Scheiterhaufen wegen der Assoziation mit der Wiedergeburt nach Norden ausgerichtet. Frauen sind beim Leichenzug in der Regel nicht dabei (vgl. Heller, 2003, S. 32f.).

Ein großes ethisches Problem finden wir im Zusammenhang mit der Witwe des Verstorbenen vor. Bis vor wenigen Jahren war es nämlich üblich, dass die Witwe des Verstorbenen ebenfalls zu sterben hatte. Im Hinterland Indiens soll in kleinen Dörfern dieser grausame Brauch auch heute noch gelegentlich zur Anwendung kommen. Die Witwe sollte auf keinen Fall die Frau eines Anderen werden können. In alter Zeit wurde die Verbrennung der Witwe symbolisch vollzogen. Die Witwe hatte sich neben die Leiche ihres Mannes zu legen bis der Brahmane die Worte: *„O du, des Mannes Begleiterin, gehe mit ihm zu den Vätern ein, gib uns auf Erden Kinder,... und nun geh zurück in die Welt der Lebenden!“* spricht (vgl. Schwikart, 2007, S. 101f.).

Nach der Verbrennung kommt es zu einigen rituellen Handlungen - wie Ausspritzen des Hauses mit geweihtem Wasser, Räuchern, Blumenstreuen. Auch die Fastengebote – sowohl hinsichtlich Nahrung als auch Sexualität – stehen alle im Kausalzusammenhang von Reinigung nach der Verunreinigung durch den Tod. Auch das Mantra OM (,a-u-m' gesprochen) immer wieder zu murmeln, singen, sprechen, ist für den Hindu enorm wichtig: es bringt die ganze hinduistische Welt zum Klingen und reflektiert die Grundessenzen des Lebens, nämlich geboren werden, leben und sterben (vgl. ebenda, S. 103).

Die Bestattung:

Seit Menschengedenken ist es üblich, dass die Leichen von Hindus verbrannt und – wenn möglich – ihre Asche in den Ganges bzw. in einen dem Ganges nahe gelegenen bzw. zuführenden Fluss zu streuen. Hat der Verstorbene im Ausland gelebt, wird meist versucht, die Asche in einer Urne nach Indien zu bringen und in einem der oben genannten Flüsse auszubringen. Im nichtchristlichen Indien gibt es keine Friedhöfe, wie wir es gewohnt sind (vgl. ebenda, 2007, S. 103).

6 Der Shintoismus

Der Shintoismus ist eine sehr interessante japanische Variante fernöstlicher Weltanschauung. Die Wurzeln liegen in China. ‚Shin‘ bedeutet im Chinesischen ‚Gott‘, ‚to‘ ist der Weg, die Lehre. Ursprünglich wurde die Lehre vor allem von

Ackerbauern, Jägern und Fischern geprägt. Es sind daher viele Naturphänomene im Shintoismus enthalten. In der Folge wurde der Shintoismus insofern durch Elemente der konfuzianischen Philosophie vertieft, als sie zu Überlegungen bzw. Spekulationen zum Urgrund des Seins beitrug. Der Konfuzianismus ist eine sehr prägende Kraft, die als Philosophie schon seit mehr als 2000 Jahren existiert. Diese philosophische Richtung geht auf Meister Kong, Kongzi oder auch Kong fuzi genannt, zurück. Die jesuitischen Missionare des 17. Jahrhunderts latinisierten den Namen und es entstand ‚Konfuzius‘ daraus. Der Konfuzianismus dient zur Heranbildung edler Menschen und stellt eine Art Reifeprüfung bzw. Staatsexamen dar. Es geht dabei allerdings nicht um vordergründig kognitive Aspekte, sondern eher um soziale und zwischenmenschliche Verhaltensweisen und Richtlinien. Zum Beispiel: Wie hat das Verhältnis Herrscher – Untertan, Vater – Sohn, Mann – Frau auszusehen? Im Wesentlichen ist mit dem Konfuzianismus eine sehr weit reichende Tugendlehre verbunden (vgl. Antes, 2006, S. 72 ff.).

Heute weist der Shintoismus vier wesentliche Richtungen auf (vgl. ebenda, S. 76):

- (1) Eine Art ‚Volksshintoismus‘, welcher im Volk weit verbreitet ist und vor allem auf der Dorf- und Familienebene große Bedeutung hat.
- (2) Ein Schrein-Shintoismus, der sich vor allem durch Mythen und Feste artikuliert. Hier findet auch die Lebensfreude der Menschen ihren Ausdruck.
- (3) Der Staats-Shintoismus. De jure dürfte es durch die staatsrechtliche Trennung von Staat und Kirche den Shintoismus in dieser Form nicht mehr geben, sondern nur noch als ‚Privat-Shintoismus‘. De facto wird aber doch auch die Form des öffentlichen Shintoismus immer noch aktiv gelebt.
- (4) Der Sekten-Shintoismus. Diese Form des Shintoismus ist durch zahlreiche neue Formen gekennzeichnet. Diese vierte Form findet insbesondere in Japan große Beachtung.

Prinzipiell gilt, dass Buddhismus und Shintoismus Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede aufweisen. Die Unterschiede beziehen sich aber nicht nur auf geographische Aspekte, sondern auch auf inhaltliche. So ist festzustellen, dass der Shintoismus – wie auch der Hinduismus – eher für das Leben, der Buddhismus inhaltlich eher für Tod und Sterben steht (vgl. ebenda, S. 76).

Eine besonders wichtige Rolle im Schintoismus spielt Amaterasu, die Sonnengöttin. Aus der materiellen Sonne ist durch Vergeistigung der Sonnenmaterie die Übermutter der Könige entstanden. Amaterasu steht im Mittelpunkt des japanischen Nationalkultes. Das Symbol der Sonne findet sich auch auf der Nationalflagge Japans.

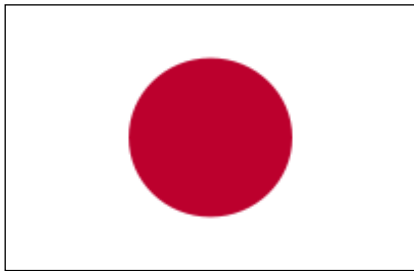


Abb. 17 (links): In der Flagge Japans steht das Symbol der aufgehenden Sonne im Mittelpunkt. Die Symbolik der Sonne geht auf die in Japan verehrte Sonnengöttin Amaterasu zurück. Die Flagge Japans ist seit 1999 offizielle Nationalflagge und folgt einem strengen Aufbau: Das Rechteck weist ein Verhältnis von 2:3 auf, die Sonne befindet sich genau im Mittelpunkt in liegt in den Teilen 3:5.⁹⁴

Abb. 18 (rechts): Einer der herrlich gestalteten shintoistischen Schreine Japans, welche meistens von einem extrem gepflegten Garten umgeben sind.⁹⁵

Jeder neu gewählte japanische Kaiser hat sich beim Hauptheiligtum der Amaterasu einzufinden, um sich ihr persönlich vorzustellen. Auch heute spielen im Shintoismus noch viele Naturheiligtümer wie zum Beispiel Berggipfel⁹⁶, Brunnen und Quellen eine wichtige Rolle. Shintoistische Priester üben meist einen bürgerlichen Beruf aus. Das Priestertum wird weitervererbt und ist hierarchisch stark gegliedert. Shintoschreine zeichnen sich durch ihre kunstvolle Gestaltung aus und sind von schönen, meist umzäumten Hainen umgeben. Im Shintoismus wird auch heute noch Obst, Gemüse und Reiswein geopfert. Das sakrale Königtum des Shintoismus wurde nach dem Zweiten Weltkrieg von der

⁹⁴ Online zur Verfügung gestellt unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Flagge_Japans.jpg (29.7.2010).

⁹⁵ Online zur Verfügung gestellt unter: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Yasukuni_Jinja_7_032.jpg (29.7.2010).

⁹⁶ Beispielsweise der heilige Berg Japans, der Fujijama.

Siegermacht USA 1945 zwar offiziell abgeschafft, ist aber tief im Herzen der Japaner noch immer verwurzelt.

Das ‚Buschido‘ gilt bis heute als Ideal eines Ritters. Mit ‚Buschido‘ ist der ‚Weg des Kriegers‘ zu verstehen und enthält die wichtigsten Regeln und Gebote für einen japanischen Ritter, welcher im Japanischen als ‚Samurai‘ bezeichnet wird. Die geforderten Eigenschaften sind: Treue, Mut, Ehrfurcht, Höflichkeit, Achtung vor dem Feind, Selbstzucht und sogar sein eigenes Leben für den Herrn zu opfern.⁹⁷

Dass shintoistische PatientInnen in unseren Breiten in absehbarer Zeit zahlenmäßig in der Palliativpflege eine große Rolle spielen werden, ist aus heutiger Sicht eher unwahrscheinlich. In unserer kulturell pluralen Gesellschaft sind aber auch Kontakte mit shintoistischen PatientInnen bzw. deren Angehörigen möglich. Dann spricht es für eine hohe Pflegekunst, wenn nicht nur die Pflege per se auf einem hohen Standard angeboten werden kann, sondern Pflegepersonen darüber hinaus über zumindest Grundzüge des Wesens des Shintoismus Bescheid wissen.

7 Glaubensgemeinschaften, Freikirchen und Sekten

Ulrich Rausch (vgl. Rausch, 1999, S.13f.) nennt eine Zahl von ungefähr 600 Sekten⁹⁸ im deutschsprachigen Raum. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl eher nicht kleiner geworden ist, nachdem Glaubensgemeinschaften und Sekten in den letzten Jahren einen Aufschwung genommen haben, während gleichzeitig die großen etablierten Kirchen – wie zum Beispiel das Christentum – tendenziell Mitglieder verlieren. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich genau diese Anzahl von Menschen den Sekten zuwendet. Die Ausführungen Rauschs beziehen sich allerdings auf Deutschland. Erfahrungsgemäß sind aber derartige gesellschaftliche Phänomene unter Berücksichtigung der ungleich höheren Bevölkerungszahl Deutschlands oft auch auf Österreich anwendbar.

⁹⁷ Online bereitgestellt unter: <http://members.chello.at/nikoloaus.werle/Shintoismus.htm> (Zugriff: 28.08.2010).

⁹⁸ Zum Zeitpunkt des Erscheinens seines Buches, 1999.

Die Frage, was Sekten sind und ob es eine einheitliche Definition davon gibt, wird nicht eindeutig beantwortet von den Fachleuten. Die Definition, wonach eine Sekte eine Gruppe ist, die „...abseitige und/oder kulturell fremde Ideen, die nicht vermittelbare Glaubenswelten und Lebensorientierung [...] fanatisch vertritt...“ (Anonymus, Schrift des BM für Umwelt, Jugend und Familie, ohne Angabe des Autors und des Erscheinungsjahres), wird von Rausch als unzureichend bezeichnet, weil damit Glaubensansichten bewertet würden, die sich einer objektiven Bewertung entzögen. Außerdem würden bei der Bewertung die eigenen Maßstäbe mit einfließen. Rausch (vgl. Rausch, 1999, S. 13f.) schlägt stattdessen handlungsorientierte Definitionen im Sinne von Manipulation als System und in der Lehre vor. Im Sinne der Manipulationsdefinition werden von Rausch (vgl. ebenda, S. 15ff.) dabei folgende Kriterien angeführt:

- Die Anmaßung, eindeutig zwischen Gut und Böse unterscheiden zu können⁹⁹
- Das Verbot, die Gemeinschaft von interner Seite zu kritisieren
- Die Definition über die geistige bzw. mentale Existenzberechtigung (wer ist berechtigt, über die Gruppe zu sprechen, wer ist Autorität...)
- Der Versuch der Abschottung nach außen bzw. die Innengerichtetheit
- Die Gemeinschaft wird von externen Kritikern isoliert (‘geschützt’)
- Die Tarnung von Aktivitäten der Gemeinschaft, insbesondere wenn befürchtet wird, dass damit Kritik von außen verbunden ist

Ulrich Rausch unterscheidet in seinem Buch „Sekten“ zwischen Endzeitsekten, Jugendsekten/Jugendreligionen, Neuoffenbarungsbewegungen und Psychokulten (vgl. ebenda, 1999).

Sekten sind kein großes Thema für die Palliativpflege, weil die größeren Gruppen von Glaubensgemeinschaften und Sekten – vor allem wenn sie extreme Inhalte vertreten – meist auch eigene Pflegestrukturen haben und Nichtmitgliedern nicht gerne Einblick in ihr Leben geben. „Die“ Sekte gibt es nicht. Die einzelnen Sekten sind in ihren Methoden, Vorgehensweisen und auch Inhalten oft sehr

⁹⁹ Bei diesem Kriterium ist allerdings zu bedenken, dass sich durchaus auch die großen Weltreligionen durch ihre Gebots- bzw. Verbotsoffenbarungen in zumindest impliziter Form im Besitz von Unterscheidungskriterien wähen. Darüber hinaus ist die Unterscheidung zwischen ‚Gut‘ und ‚Böse‘ ganz allgemein ein ethisch fundierter erkenntnistheoretischer Prozess. Anm. d. Verf.

unterschiedlich. Das Denken von Endzeitsekten-Mitgliedern kann dann gesellschaftspolitisch problematisch werden, wenn beispielsweise in wirtschaftlich krisenhaften Zeiten die Vorzeichen dessen gesehen werden, woran ihr zentrales Denken und Glauben vorrangig orientiert ist: das Ende der Zeiten. Dadurch kam es in der Vergangenheit bereits zu kollektiven Selbsttötungen.

Die Gruppe der „*Sonnentempler*“ und die Mitglieder von „*Heaven's Gate*“ sind Beispiele für Massenselbstmorde, die in den letzten Jahrzehnten durch Berichte in den Medien bekannt wurden (vgl. ebenda, S. 30f.). 1997 verübten 38 verblendete und fanatisierte Mitglieder und ein Führer kollektiven Selbstmord in San Diego, Kalifornien. Der Suizid stand in ursächlichem Zusammenhang mit dem Kometen Hale-Bopp, der sich zum damaligen Zeitpunkt am erdnächsten Punkt befunden hatte. Es war die Vorstellung der Gruppe, dass ihre feinstofflichen Überreste von einem intergalaktischen Raumschiff, welches sich im Schwanz des Kometen befände, zur Reise ins All abgeholt würden. Dass jeder der potenziell in die Ewigkeit Reisenden je eine Fünf-Dollar-Note und ein paar NikeTM-Schuhe in der Sporttasche mitzunehmen gedachte, zeigt aber auch deutlich die spirituelle Ambivalenz und Naivität in den Vorstellungen der Sektenmitglieder (vgl. Stamm, 1998, S. 59).

Etwas anders könnte es sich mit den Jugendsekten verhalten: naturgemäß ist hier eine Relevanz zur (Palliativ)Pfleger schon durch das meist jugendliche Alter der Mitglieder unwahrscheinlicher. Mitglieder einer Neuoffenbarungs-Bewegung sind meist durch den/die TrägerIn der neuen Offenbarung autoritär gebunden. Die Offenbarungen reichen von Lehrmeinungen bis hin zu genauen Anweisungen bezüglich essen und trinken bzw. Kleidung (vgl. Rausch, 1999, S. 33). Angehörige von Psychokulten sind oft nicht ohne weiteres als Sekte detektierbar. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie durch Schulungen, Fortbildungen und Meditationen in der Lage zu sein scheinen, nahezu jede Situation zu beherrschen und in eine für sie zufrieden stellende bzw. glückliche Lösung umwandeln könnten (ebenda, S. 34f.). Für die Palliativpflege ist daher die Vorstellung nahe liegend, dass Menschen mit einer solchen Überzeugung eine ausgeprägte Verleugnungs- bzw. Verhandlungsphase und eine vergleichsweise kurze und schwere Phase des Annehmens des unabänderlichen Endes ihres Lebens haben könnten. Es ist

vorstellbar, dass Varianten der oben angeführten phasischen Veränderungen des Sterbeprozesses teilweise auch für Mitglieder anderer Sekten zutreffen können. Vor allem ist festzustellen, dass der Ablauf des Sterbeprozesses – das betrifft insbesondere den Verlauf der Sterbephasen nach Kübler-Ross – prinzipiell etwas sehr Individuelles ist und nicht nur von der Religion bzw. Weltanschauung eines Menschen abhängig ist.

Haben wir es mit Mitgliedern des ‚Engelswerkes‘ (*Opus Angelorum*) zu tun, sind durch diesen Umstand keine schwerwiegenden Maßnahmen oder Probleme hinsichtlich der Pflege zu erwarten. Pflegende können Mitgliedern dieser religiösen Gruppe, es handelt sich um eine Abspaltung bzw. Sekte aus dem Katholischen, ganz unproblematisch spirituelle Unterstützung geben, indem sie der Idee der Engel-Verehrung Verständnis oder zumindest Toleranz entgegenbringen. Die Mitglieder kämpfen mit dem Problem in ihrer katholischen Ursprungskirche, dass die Bedeutung der Engel dort immer kleiner zu werden scheint. Die Engelswerk-Anhänger sehen im Wirken der Engel aber einen ganz essenziellen Aspekt der Schöpfung (vgl. ebenda, S. 82f.). Damit stehen die Mitglieder dieser Gruppe nicht in gravierendem Gegensatz zu einem Großteil der Anhänger des Christentums und fallen religiös und rituell in diesem Spektrum auch nicht besonders auf.

Als ursprünglich islamische Sekte soll hier die ‚Bahà’i‘ (sprich: ‚Bachai‘) -Sekte erwähnt werden. Sie zeichnet sich wegen des Vollendungsgedankens der Weltreligionen und eines Universalismus aus. Es gibt weder Priester, noch Dogmen und Rituale (vgl. ebenda, S. 86f.). In ihrem sozialen Verhalten sind die Mitglieder der Bahà’iis in der Gesellschaft eher unauffällig. Für den Pflegedienst wäre ein zumutbares Maß an Großzügigkeit im Denken und die Bereitschaft zum aktiven Zuhören wahrscheinlich bereits hilfreich im Umgang mit diesen Menschen. Ein Bericht über diese Sekte im Rahmen der Fernsehsendung „Kreuz & Quer“ des Österreichischen Rundfunks (2. Programm) im Juni 2010 hat deutlich gemacht, dass es bei dieser Gruppe um die jüngste Religionsgründung handelt. Diese ist erst vor rund 150 Jahren erfolgt. Und auch viele der Mitglieder dieser Gruppe sind jung. Die Community verlangt den Mitgliedern einiges an Mobilität ab. Wir haben es im Wesentlichen mit einer Jugendsekte zu tun. Die Bahà’iis haben ihr Glaubenszentrum in Jerusalem, wo sie auch eine der schönsten Gartenanlagen

der Welt besitzen und mit hohem Aufwand pflegen. Die Mitglieder imponieren in der Art ihrer Aussagen und ihres Auftretens durch jugendlichen Elan. Da sie jedoch ihre Ursprünge im Islam haben¹⁰⁰, leben sie in Israel schon deshalb in einem großen Spannungsfeld. Das Phänomen des „Love Bombing“, bei dem potenzielle Mitglieder mit Liebe und Zuneigung geradezu überschüttet werden (vgl. ebenda, S. 56), gilt für die Rekrutierung von Mitgliedern bei nahezu allen Sekten und sicher auch für diese religiöse Gruppierung. Trotz aller Großzügigkeit nach außen, die die Bahà'is für sich reklamieren, darf das in Israel befindliche Heiligtum selbst - der Sektengründer stammt, wie auch die Sekte, ursprünglich aus dem Iran – nicht fotografiert werden. Die Mitglieder pilgern nach Möglichkeit alljährlich nach Israel. Es wird hierarchisch entschieden, wer sich offiziell zu Angelegenheiten der Glaubensgemeinschaft äußern darf. Die Sekte hat ein Führungsgremium, welches aus neun Personen besteht. Frauen sind darin nicht vertreten.

Die ‚Mormonen‘ können sowohl im Sinne der Abspaltungstheorie als auch handlungstheoretisch als Sekte verstanden werden. Die Mormonen – sie werden auch als ‚Kirche Jesu Christi der Heiligen der letzten Tage‘ bezeichnet – verstehen sich, wie schon das Attribut ‚...der letzten Tage...‘ aussagt, als Endzeitchristen. Sie pflegen eine sehr abgeschiedene exklusive Gemeinschaft mit strengen Regeln. Ein Einblick von außen und von Nichtmitgliedern in das Leben der Gemeinschaft ist nicht erwünscht und wird, wenn es der streng patriarchalisch strukturierten Sektengemeinde notwendig erscheint, auch sehr rigide abgewehrt.

Vor allem durch den Anschlag auf die Tokioer U-Bahn im Jahr 1995 hat die *Aum-Sekte* eine fragwürdige Bekanntheit erreicht. Dabei starb ein Dutzend Menschen, mehrere tausend wurden durch den Giftgasanschlag zumindest vorübergehend gesundheitlich beeinträchtigt. Bei dieser Sekte handelt es sich um eine Sekte mit buddhistischen Wurzeln. Die Mitglieder der Aum-Sekte leben in einer Endzeitvorstellung. Und in diesem Zusammenhang ist der Anschlag in Tokio zu verstehen. Das Ereignis zeigt, wie Menschen von einem Anführer fanatisiert werden können (vgl. ebenda, S 92f.).

¹⁰⁰ Die Glaubensinhalte der Gemeinschaft enthalten aber so gut wie keine islamischen Elemente. Anm. d. Verf.

Die ‚Zeugen Jehovas‘ sehen sich als Auserwählte. Sie nehmen die Worte der Bibel wortgetreu und gehen davon aus, dass das Ende der Welt unmittelbar bevorsteht. Sie haben allerdings schon mehrfach Termine festgelegt (1914, 1915, 1916, 1925 und 1975), die allesamt ohne Wirkung bzw. Erfüllung verstrichen sind. Die zentrale Vorstellung dabei ist die Schlacht bei Harmageddon. Nach der Meinung der Zeugen Jehovas werden nur 144.000 - das ist eine Zahl aus dem Alten Testament - in das Himmelreich gelangen. Um zu diesen 144.000 zu gehören, legen die Mitglieder einen großen Glaubens- bzw. Missionierungseifer an den Tag und treffen einander regelmäßig um einander im Glauben zu bestärken. Dabei ist ihnen eine hohe Einsatzbereitschaft und großer Mut, bis hin zum Einsatz ihres Lebens, wie das im NS-Regime oftmals gefordert war, für ihren Glauben zu attestieren (vgl. ebenda, S.114ff.). Was ist aber abgesehen von den 144.000 Auserwählten mit den restlichen Zeugen Jehovas und/oder Gesinnungsfreunden? Dafür haben die Zeugen Jehovas eine schlüssige Antwort parat: Es werden viele Millionen Rechtschaffene und Gerechte auf der Erde in paradiesischen Zuständen leben. Die größte Gottesnähe ist aber den auserwählten 144.000 vorbehalten. Was sind mögliche Kritikpunkte an der Lehre der Zeugen Jehovas bzw. was macht sie zu einer Sekte?

- Der Umgang der Zeugen Jehovas mit Bibelstellen ist insofern selektiv, als sie Bibeltexte, die ihnen von ihrer Lehre her unangenehm sind entweder konsequent ignorieren oder in einer für sie passenden und angenehmen Art übersetzen bzw. anpassen.
- Der Umgang mit Andersgläubigen zeigt eine gewisse Intoleranz.
- Der Umgang mit dem Staat gestaltet sich schwierig bzw. war das vor allem in der Vergangenheit. Bis 1996 waren Angehörige der Zeugen Jehovas aufgrund ihrer Lehre nicht einmal bereit, Zivildienst zu leisten. Das Argument war, dass sie sich durch solche Dienste viel zu sehr säkularisieren¹⁰¹ würden. Da der Staat per Gesetz die Durchführung staatsbürgerlicher Pflichten sogar mit Gewalt durchsetzen kann¹⁰², nahmen die betroffenen Mitglieder der Zeugen Jehovas sogar Gefängnisstrafen in Kauf.

¹⁰¹ Säkularisation = Verweltlichung.

¹⁰² Siehe die exekutive Komponente des Staates.

- Die Isolation insbesondere von Kindern und Jugendlichen von der übrigen Bevölkerung ist ein typisches Anzeichen einer Sekte. Damit versucht man den Einfluss der breiten Masse und ihrer Vergnügungen einzudämmen. Man möchte ein gottgefälliges, ernsthaftes Leben führen. Im Falle eines Unfalles oder einer Operation kann es für Mitglieder der Zeugen Jehovas unter Umständen gefährlich werden, weil ihnen der ‚Genuss‘ von Blut, wozu sie auch die Blutzufuhr über den venösen Weg und aufgrund medizinischer Indikation verstehen, verboten ist. Das betrifft sowohl die Infundierung von Fremd- wie auch Eigenblut (vgl. ebenda, S. 115f.).

Die Bezeichnung ‚Sekte‘ hören die Mitglieder der Zeugen Jehovas nicht gerne. Tatsächlich wurde der Gemeinschaft schon vor einigen Jahren in Österreich von Seiten des Staates der Status einer ‚Glaubensgemeinschaft‘ bzw. ‚Kirche‘ zugestanden.

Im Zusammenhang mit Sekten und verschiedenen weltanschaulichen Gruppierungen soll auch ‚*Scientology*‘ erwähnt werden. 1954 gründete L. Ron Hubbard, ein Schriftsteller, die ‚*Church of Scientology California*‘. 1954 ist die offizielle Geburtsstunde der Erfolgsgeschichte dieser Vereinigung. Die Vorläufer und Wegbereiter reichen bis in die 1950er Jahre zurück. Da die Scientologen vor allem auch gesundheitliche und wirtschaftliche Themen in ihrem Programm haben, kann die Bewegung nicht als rein religiöse und/oder spirituelle Vereinigung bezeichnet werden. Es sind weltanschauliche Ansätze, aber auch sektenähnliche Aspekte vorhanden. Interessant ist vor allem das anthropologische Weltbild der Lehre von Scientology. Demnach besteht der Mensch aus drei Komponenten: einem stofflichen Körper, dem Verstand und dem Thetan. Der Thetan ist ein völlig eigenständig existierendes Element, welches weder auf den Körper, noch auf den Verstand angewiesen ist. Es handelt sich dabei um ein unsterbliches, geistiges Element, welches die Ursache allen Lebens darstellt. Das Thetan lässt sich als das Göttliche verstehen, das in jedem Menschen vorhanden ist. Dieses Göttliche ist im Alltag und durch die tägliche Routine manchmal verschüttet. Dieses Beste im Menschen wieder frei zu legen, sei sehr wichtig. Nur wenn das Göttliche in das Bewusstsein der Menschen gelangt, kann der Mensch sein Leben beherrschen. Andernfalls steht das Individuum unter der Herrschaft seiner Umwelt, von Zeit,

Raum und Materie. Um das Thetan zu befreien, müssen belastende Elemente¹⁰³ im Bewusstsein des Menschen gelöscht werden. Der Auditor löscht im so genannten ‚Auditing‘ diese Engramme bzw. Vorbelastungen, welche für alle körperlichen und geistigen Defekte verantwortlich gemacht werden. Ist dies geschehen, wird der Mensch von den Scientologen quasi als ‚clean‘ angesehen und die Arbeit an einem stufenweisen Aufbau des Thetans kann begonnen werden (vgl. ebenda, S. 118f.).

Auch die ‚Freimaurer‘ sind mehr Gesinnungs- als Glaubensgemeinschaft. Nach ihren eigenen Angaben sind sie weder Religionsgemeinschaft noch Sekte, denn sie würden nicht über religiöse Fragen diskutieren. Wenn eine Loge¹⁰⁴ geöffnet ist, sind religiöse Themen sogar tabu. Der Fokus ihres Wirkens ist rein diesseitig und humanistisch orientiert. Das Zeichen für den Geheimbund der Freimaurer ist der Zirkel. Nicht Gott ist ihre oberste Instanz, sondern der Große Baumeister¹⁰⁵. Bei Betrachtung von außen vermitteln die Rituale der Freimaurer aber einen sehr sakralen, ja liturgischen Eindruck (vgl. ebenda, S. 89f.). Die höhergestellten Mitglieder dieser reinen Männergesellschaft sind bei der feierlichen Ausübung ihres Amtes in priesterähnliche Gewänder gehüllt. Bezüglich Sektensymptomatik haftet den Freimaurern durch ihre Geheimnistuerei als Geheimbund doch etwas Sektenähnliches an.

‚Fiat Lux‘¹⁰⁶ ist eine Sekte. Es gab spektakuläre Fernsehauftritte der Schweizerin Erika Bertschinger, der Hauptprotagonistin der Vereinigung. Sie behauptet, in direktem Kontakt mit Jesus zu stehen, und Fiat Lux wäre direkt von Jesus gegründet worden. Durch angebliche Geist- und/oder Fernheilungen kam es zu zahlreichen Problemen mit dem in Deutschland in diesen Fragen relevanten Heilpraktikergesetz. Ähnliches gilt es für Österreich festzustellen. Ihre Heilmethoden sind teilweise sehr kurios. Zum Beispiel entstünde durch 21-minütiges Rühren von normalem Leitungswasser in der Badewanne ‚kosmisches Arthrumwasser‘, welches Schutz gegen kosmische und alle möglichen negativen

¹⁰³ Diese negativen Energien und Vorbelastungen werden als ‚Engramme‘ bezeichnet.

¹⁰⁴ Der Männerbund ist nach lokalen und Interessenaspekten gegliedert. Die Versammlung der Mitglieder in regelmäßigen Zeitabständen wird als ‚Loge‘ bezeichnet.

¹⁰⁵ Das erklärt das Symbol des Zirkels.

¹⁰⁶ lat. ‚fiat lux‘ – es werde Licht.

Einflüsse gewähre. 'Uriella', so nennt sich Erika Bratschinger selbst, zog außerdem auch mehrere Strafverfahren wegen Steuerhinterziehung auf sich (vgl. ebenda, S. 110f.). Es ist vorstellbar, dass es aus den bereits oben genannten Gründen schwer für Pflegende sein könnte, auf potenzielle spirituelle Wünsche und Vorstellungen von *Fiat Lux* ernsthaft einzugehen. In solchen und ähnlichen Fällen empfiehlt es sich wahrscheinlich, interdisziplinäre Hilfe, beispielsweise durch entsprechend ausgebildete PsychologInnen oder vermittelnde Helfer aus den Reihen der Sektengemeinschaft selbst, heran zu ziehen.

Schließlich soll auch die ‚Mun-Sekte‘ Erwähnung finden. Sie geht auf den nordkoreanischen Gründer San Myung Mun, 1920 geboren, zurück (vgl. ebenda, S. 107f.). Eine Assoziation mit der aktuellen politischen Situation Nordkoreas und seinem Diktator Kim Jong Il ist nicht angebracht, denn das extremkommunistische Regime konnte sich erst nach dem Koreakrieg, der auch zu einer Teilung des Landes in Nord- und Südkorea führte, etablieren. Die Sekte, welche 1954 gegründet worden war und die offizielle bedeutungsschwere Bezeichnung ‚Gemeinschaft vom Heiligen Geist zur Vereinigung der Weltchristenheit‘ trägt, konnte dieser hehren und großen Bezeichnung bisher in der Realität nicht gerecht werden. Der Sektengründer führt seine Offenbarung auf eine Jesus-Erscheinung anlässlich eines Gebetes auf einem Berg zurück. Er war damals 16 Jahre alt. Auch wenn der Name der Sekte Anklänge an das Christentum vermuten lässt, hat die Sekte fernöstliche, vor allem taoistische, Wurzeln. Die göttliche Offenbarung gilt den Mun-Anhängern als letzte Instanz und religiöse Grundlage. Im irdischen Zentrum des Interesses der Mun-Jünger steht die Familie. Jesus gilt ihnen als Prophet, sie kritisieren lediglich an ihm, dass er selbst keine Familie gegründet hat. Diese Familienorientierung geht so weit, dass sich die Gemeinschaft durch die Familie die Erlösung von allem Übel erwartet. Die Sekte ist in Europa, vor allem in Deutschland, verbreitet und hat durch die in den Medien gezeigten Massenhochzeiten eine bestimmte Bekanntheit erlangt. Tausende Paare, samt und sonders vom Sektengründer ausgewählt und ganz in weiß gekleidet, werden bzw. wurden von Mun und seiner Frau Hak-Ja Han, gesegnet. Erst nach einer von Mun festgelegten Zeit der Bewährung dürfen die Ehepartner sexuell miteinander verkehren. Die aus den Verbindungen entstehenden Kinder werden als physische

Kinder der ‚wahren Eltern‘ betrachtet. Auch Mun hatte in Deutschland mit steuerrechtlichen Problemen zu kämpfen (vgl. ebenda, S. 107f.).

Um eine ganz besondere Art von ‚Religion‘ geht es bei Hasenfratz. Hasenfratz spricht in seiner ‚Kultur- und Religionsgeschichte der besonderen Art‘ von der ‚*Religion der Toten*‘ als einer Sonderreligion (vgl. Hasenfratz, 1998, S. 54). Er bezieht sich dabei auf ein Wort aus dem Alten Testament bei Jesaja, wonach die Toten sich hinsichtlich der Religion nicht auf dieselben Maßstäbe beziehen wie die Lebenden. Die Ursprünge der Vorstellungen einer Religion der Toten kommen aus dem alten Ägypten, aus den ‚Unterweltbüchern‘. Diese Totenwelt ist nach der Erfahrung der Lebenden eine ganz verkehrte Welt. Wenn die einen schlafen, sind die anderen wach. Es ist eine richtige Gegenwelt. Der Autor beschreibt die Welt der Toten als grauslich und skurril. Die Toten verehren eigene Götter und feiern auch eigene Gottesdienste. Nach dem Glauben der Lebenden muss man sich hüten, an religiösen Ritualen der Toten – meist als ‚Geistermesse‘ bezeichnet – teilzunehmen. Es würden dadurch die Lebenden von den Toten in ihr Reich hinuntergezogen werden (vgl. ebenda, S. 55f.).

Kulturgeschichtlich ist bemerkenswert, dass der Tod in der westlichen Welt¹⁰⁷ zunehmend technisiert und hospitalisiert ist. Durch die Entfernung des Todes bzw. der Sterbenden aus dem Kreis der Familie komme es zu einer Reduktion von Rituellem und Zeremoniellem. Damit sei wiederum eine Reduktion der Dramatik des Sterbens und des Todes verbunden. Je weiter entfernt sich das Sterben von der Familie abspielt, desto mehr schwäche sich die Dramatik des Sterbens in der Familie und für die Familie ab. Die Verlagerung des Sterbens aus der Familie und die damit verbundene Hospitalisierung begann etwa gegen Ende des 18. Jahrhunderts und erreichte im 20. Jahrhundert einen Höhepunkt (vgl. Barloewen, 1996, S. 84f.). Aktuell gibt es durch die stärker werdenden mobilen Palliativ- bzw. Hospizdienste wieder eine Tendenz, Menschen in der Palliativsituation möglichst zu Hause und in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen und zu betreuen. Dort soll ihnen das Sterben in der vertrauten Umgebung ermöglicht werden. Wie nachhaltig dieser Trend letztlich ist, lässt sich derzeit noch nicht absehen, scheint aber eine erstrebenswerte Entwicklung zu sein. Festzustellen ist, dass die

¹⁰⁷ Mit ‚westliche Welt‘ wird im o.a. Zusammenhang Europa und Nordamerika verstanden.

gesellschaftliche Tabuisierung des Todes mittlerweile das Tabu der Sexualität eindeutig abgelöst hat (vgl. ebenda, S. 85).

8 Zusammenfassende Aspekte

Für fast alle Religionen, Konfessionen, Kirchen, Sekten und Weltanschauungen sind Sterben und Tod eine Zessur im Leben. Nicht alle spirituellen Bewegungen – damit seien die oben genannten Begriffe zusammengefasst – reflektieren und interpretieren den Tod in gleicher Weise. Generell gilt aber: *„Wenn der Tod nicht wäre, gäbe es keine Religion“*, schreibt Schwikart (2007, S.11).

Die monotheistischen Religionen beschreiben im Wesentlichen das Bild eines zwar gerechten, aber streng richtenden Gottes. Das heißt: nach einer bestimmten postmortalen Phase kommt es bei den meisten Religionen zu einer groß angelegten Gerichtsverhandlung an deren Höhepunkt und Ende der Urteilsspruch steht. Dabei hat sich die/der vor diesem alles entscheidendem Gericht Stehende für ihre/seine im Leben gesetzten guten wie schlechten Handlungen zu rechtfertigen. Die vor dem Richter stehende Persönlichkeit hat dabei meist eine Möglichkeit der Verteidigung. Dies geschieht teilweise durch Erklärung der Vorgeladenen selbst, teilweise durch eine Auflistung von guten und schlechten Handlungen, teilweise erscheinen auch allegorische Gestalten wie ‚die guten Werke‘, ‚die Barmherzigkeit‘ – siehe das Mysteriumsspiel ‚Jedermann‘ von Hugo von Hofmannsthal – und äußern sich zu Gunsten der vor dem Großen Gericht stehenden Person. Das trifft vor allem für die christlich basierten Religionen und Kirchen zu.

Fast alle der großen monotheistischen Religionen haben so etwas wie einen Regelkatalog als Handlungsanleitung für ein gottgefälliges Leben und eine Richtlinie für das richtige moralische Verhalten zu Lebzeiten. Das ist im Christentum der ‚Dekalog‘, bekannt unter dem Begriff ‚Zehn Gebote‘, für den Islam gibt es einen ‚koranischen Dodekalog‘, einen Pflichtenkodex in der Form von zwölf Artikeln, die in der 17. Sure des Koran verschriftlicht sind (vgl. Zager, 2002, S. 75). So sehr sich die christliche Religion von den anderen Religionen durch die Lehre vom Tod Jesus am Kreuz unterscheidet, so klar sind auch Gemeinsamkeiten zu

erkennen. Hans Küng stellt in Abb. 19 den gemeinsamen Grundethos zwischen jüdischer, christlicher und islamischer Religion dar. Besonders der Zusammenhang zwischen jüdischer und christlicher religiöser Gesetzgebung ist ein enger. Es wird sogar mit Bezugnahme auf das Buch Exodus, Kapitel 20, Verse 1 – 21, von ‚jüdisch-christlichem Dekalog‘ gesprochen (vgl. Küng, 2007, S. 56). Auch der Koran hat mit Sure 17, 22 – 38, wie oben erwähnt, einen ähnlichen Pflichtenkodex.

Das gemeinsame Grundethos		
		
Der jüdisch-christliche Dekalog (Ex 20,1-21)		Der islamische Pflichtenkodex: (Sure 17,22-38)
Ich bin der Herr, dein Gott.		Im Namen des barmherzigen und gnädigen Gottes.
Du sollst keine andern Götter neben mir haben.		Setz nicht (dem einen) Gott einen anderen Gott zur Seite.
Du sollst Dir kein Gottesbild machen. Du sollst den Namen des Herrn, deines Gottes, nicht mißbrauchen.		Und dein Herr hat bestimmt, daß ihr ihm allein dienen sollt.
Gedenke des Sabbattages, daß du ihn heilig haltest.		
Ehre deinen Vater und deine Mutter.		Und zu den Eltern (sollst du) gut sein. Und gib dem Verwandten, was ihm zusteht, ebenso dem Armen und dem, der unterwegs ist.
Du sollst nicht töten.		Und tötet nicht eure Kinder aus Furcht vor Verarmung! ... Und tötet niemand, den (zu töten) Gott verboten hat.
Du sollst nicht ehebrechen.		Und laßt euch nicht auf Unzucht ein!
Du sollst nicht stehlen.		Und tastet das Vermögen der Waise nicht an.
Du sollst nicht falsches Zeugnis reden wider deinen Nächsten.		Und erfüllt die Verpflichtung (die ihr eingeht).
Du sollst nicht begehren nach dem Hause deines Nächsten.		Und gebt, wenn ihr zumeßt, volles Maß und wägt mit der richtigen Waage! Und geh nicht einer Sache nach, von der du kein Wissen hast!
Du sollst nicht begehren nach dem Weibe deines Nächsten, nach seinem Sklaven oder Sklavin, nach seinem Rinde oder seinem Esel, nach irgendetwas, was dein Nächster hat.		Und schreite nicht ausgelassen auf der Erde einher!
(Übersetzung Zürcher Bibel)		(Übersetzung von Rudi Paret)

Abb. 19 aus Küng, 2007, S. 56

Interessant in diesem Zusammenhang sind auch die Darstellungen Küngs (vgl. ebenda) mit Jesus nicht nur im Koordinatenkreuz innerjüdischer Optionen (mit den einzelnen religiös-politischen Richtungen des Judentums der Sadduzäer, Pharisäer, Zeloten und Qumran-Anhängern), sondern mit Jesus auch im Koordinatenkreuz der Weltreligionen. So war Jesus beispielsweise kein Mystiker und Mönch, wie dies von Buddha bekannt ist. Jesus war kein Kaufmann,

Heerführer und Staatsmann, wie das von Muhammed und der daraus resultierenden religiösen Welteroberung, sprich: Theokratie, bekannt ist. Jesus war auch nicht der Prototyp eines Propheten, der sich um die sittliche Weltbemächtigung bemühte, wie dies in der Tora artikuliert wird. Und Jesus war kein Gelehrter und Tugendlehrer, der sich gemäß dem Konfuzianismus um eine moralische Weltordnung im Sinn einer alles umfassenden Harmonie, bemüht (vgl. ebenda). Und dennoch war Jesus, der Religionsgründer des Christentums, auch das alles in einem gewissen Sinn und Umfang. Denn er war auch einer, der Tugenden lehrte, er war einer, der sich für die religiöse wie politische Weltordnung interessiert hat und er war einer, der zeitweise mönchsähnlich und mystisch, in der Wüste fastend, gelebt hat.

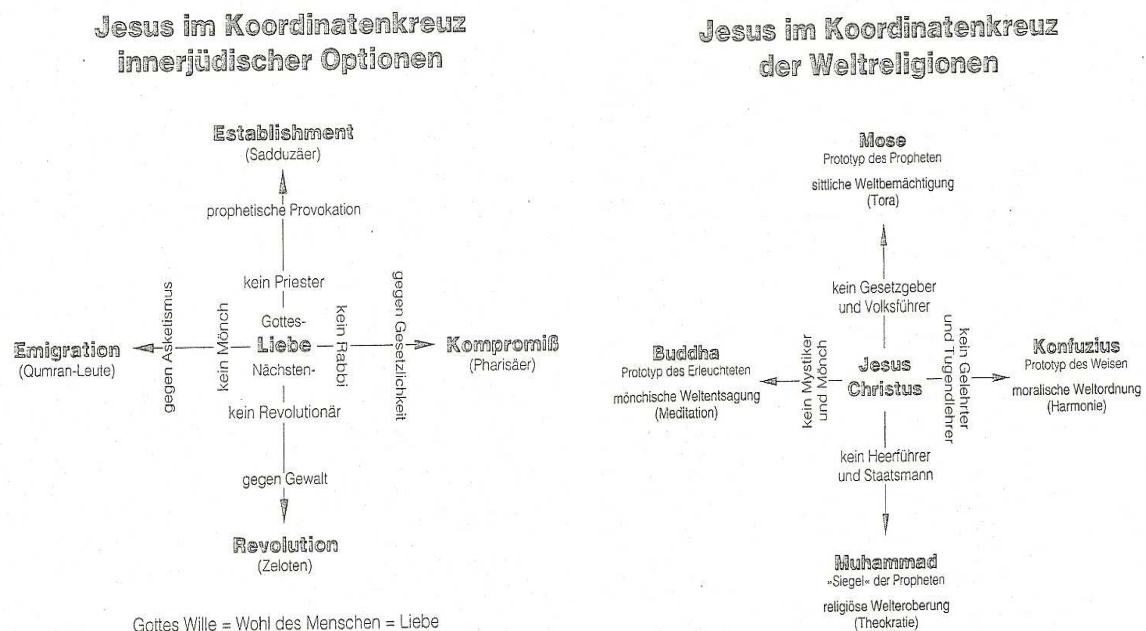


Abb. 20 (li.): Jesus im Koordinatenkreuz innerjüdischer Optionen

Abb. 21 (re.): Jesus im Koordinatenkreuz der Weltreligionen (beide Abb. aus: Küng, 2007, S. 60f.)

Insbesondere wurde jahrelang durch den katholischen Klerus dem einfachen Kirchenvolk eine sündenzentrierte Religion gelehrt und gepredigt, bei der am Ende des Lebens ein gerechter, aber streng strafender Gott stand. Das hat bei vielen Menschen – vor allem wenn sie diesen Religionsunterricht zu ernst genommen und ihre Religiosität nicht weiterentwickelt haben – große Ängste vor dem Sterben

entwickelt. Diese Generation von Menschen hat jetzt ein Alter von 70 und mehr Jahre erreicht und stellt den Hauptanteil in der Palliativpflege dar. Diese sieht sich somit heute oft mit der Angst der Betroffenen konfrontiert und muss in der spirituellen und religiösen Unterstützung der PatientInnen bemüht sein, diese Ängste u.a. mit einfühlsamen Gesprächen und/oder professioneller Unterstützung zu mildern.

Die Vorstellung des Vorhandenseins von ‚Höllen‘ ist aber keinesfalls exklusive dem Christentum vorbehalten. Alle – zumindest in dieser Arbeit erwähnten Religionen und Weltanschauungen – kennen den Begriff der Höllen. Auch die fernöstlichen Weisheitslehren des Buddhismus und Hinduismus kommen offensichtlich nicht ohne derartige Vorstellungen der Strafe und Vergeltung für ein aus ihrer Sicht nicht schuldlos verlaufenen Lebens auf der Erde aus. Sie beschreiben geradezu eine Systematik solcher Orte der Bestrafung in den unterschiedlichen Verfehlungsgewichtungen.

Genauso ist dem Christentum aber auch das Phänomen der Freiheit – trotz aller historischen Verstrickungen und Fehlentwicklungen – zu eigen. Karl Rahner bezeichnet diese Freiheit einerseits als die Freiheit, über sich selbst zu verfügen. Freiheit ist aber auch als Möglichkeit der Entscheidung gegen Gott zu verstehen. Freiheit hat etwas Absolutes und Endgültiges an sich. Das hat mit dem unendlichen Horizont zu tun, der in einem „Wovonher“ und „Woraufhin“ als mögliche transzendente Richtung des Denkens begründet ist (vgl. Rahner, 1984, S. 104f.).

Der jüdische Philosoph Moses Mendelsohn (genannt ‚Maimonides‘), 1729-1786, begann mit der Differenzierung des Judentums – wenn man dieses religiös betrachtet – als Orthopraxie im Vergleich zum Christentum als Orthodogmatik (vgl. Faber, in: Zager, 2002, S. 36f.). Das ist insofern im Vergleich der beiden Religionen interessant, als es aussagt, dass Angehörige des Judentums, und nicht nur des religiösen Judentums, sich durch eine Frömmigkeit des Handelns auszeichnen und die Christen durch eine Frömmigkeit des Bekenntnisses. Als Konsequenz daraus ließen sich also die Juden als die Praktiker und die Christen als die Theoretiker des Glaubens definieren. Daraus lässt sich weiters der Schluss für den Umgang mit den PalliativpatientInnen ziehen, dass jüdische PatientInnen eher eine praktisch-rituelle Erwartungshaltung an die Pflege stellen könnten als die vermutlich diskussionsorientierteren christlichen PatientInnen.

Für die Ethik des Islam ist interessant, dass der Islam sich in seinen Aussagen – soweit diese sich auf den Koran beziehen – relativ großzügig in der Beurteilung der monotheistischen Religionen des Judentums und Christentums zeigt. Mose und Jesus gelten im Islam als anerkannte und zu respektierende Propheten. Die Gründe dafür liegen darin, dass die Offenbarungen Allahs an seinen Propheten und Gesandten Mohammed einfach eine Sicherung der alten Offenbarung von Moses und Jesus ist, die durch die Tradition der Väter beispielsweise zu oft verändert wurde (vgl. Zager, 2002, S.89f.).

Eine völlig andere theologische Vorstellungswelt haben Menschen, die einer buddhistischen oder hinduistischen Weltanschauung angehören. Hier ist das immerwährende Rad der Wiedergeburt die zentrale Vorstellung. Durch jede Wiedergeburt erfolgt ein Entwicklungsschritt. Theoretisch gibt es auch eine Rückwärtsentwicklung. Das heißt: ein Mensch könnte sich auch zum Tier zurückentwickeln. Das ist u.a. einer der Gründe, warum Buddhisten Vegetarier sind und Tiere nicht töten. Im Normalfall wird es aber durch entsprechende Bemühungen zur Weiterentwicklung kommen. Am Ende dieser Entwicklung steht ein so großer Reifegrad im Sinne von Erkenntnis, dass es zur Erleuchtung und damit zum Stillstand des Rades der Wiedergeburt und als Konsequenz zum Eintritt in das absolute Nichts, in das ‚Nirwana‘ kommt. Das entspricht einer totalen Erlösung von allen irdischen und unvollkommenen Zuständen. Buddhisten und Hinduisten werden daher nach den Berichten mancher Pfleger auch relativ entspannt in ihrer Situation beim Sterben beschrieben. Das Bewusstsein des Weiter- bzw. Wiederlebens sowie meditative Übungen und Gewohnheiten erleichtern ihnen den Prozess des Sterbens.

Neben den oben bereits erwähnten Glaubenseinstellungen und Anschauungen spielt in der terminalen Palliativphase manchmal ein bestimmtes apokalyptisches Gedankengut eine Rolle. Gurus und nicht selten selbsternannte Propheten können dieses apokalyptische Gedankengut in den Gemütern der Menschen anheizen. Stamm beschreibt das so: „...sie [die betroffenen Menschen; Anm. d. Verf.] leben in einem ruinösen Spannungsfeld: An einem Pol winkt das Paradies oder ein neues sanftes Zeitalter, am anderen drohen der Weltuntergang und die ewige Verdammung. Eine schwerverdauliche Kost, die fatale Auswirkungen auf die Psyche der Gläubigen hat...“(vgl. Stamm, 1998, S. 9).

In der schweren Zeit am Ende des Lebens ist es enorm wichtig, dass die Pflegenden für die PatientInnen einen Hort des Vertrauens und der Sicherheit bieten können und sie möglichst von Belastungen von außen abschirmen.

Die Auswahl der Glaubensgemeinschaften und Sekten erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Kriterien der Auswahl sind Gemeinschaften, die durch bemerkenswerte Theorien im Blickfeld der interessierten Menschen sind, die auch zahlenmäßig eine gewisse Bedeutung erlangt haben bzw. im Alltagsbild des deutschen Sprachraumes und so einen gewissen Wiedererkennungswert beanspruchen. Selbst von den größeren Religionen – insbesondere fernöstlicher Provinienz – konnten nicht alle Eingang in diese Diplomarbeit finden. Das würde den Rahmen sprengen.

Erwähnt soll in diesem Zusammenhang aber auch der nichtreligiöse Mensch werden. Die Gruppe der Nichtreligiösen sei hier als eigene Gruppe im Kanon der Religionen genannt. Auch die religiös indifferenten¹⁰⁸ und areligiösen PatientInnen sind eine wichtige und zu berücksichtigende Gruppe in der Palliativpflege. Dabei kann zwischen einer Form des Nichtwissens bzw. Nichterkennenkönnens eines Lebens nach dem Tod, welche als Agnostik bezeichnet wird, und den streng religions- bzw. gottesverneinenden Menschen, den Atheisten, unterschieden werden. Die Aspekte der atheistischen und antiklerikalen Menschen¹⁰⁹ sind genauso ernst zu nehmen, wie die der religiösen und spirituellen Menschen in der Palliativpflege. So wie es in der Physik eine Welt der Materie und der Antimaterie gibt – und beide Welten einander bedingen – sei der hier angeführte Vergleich für die zahlenmäßig ebenfalls bedeutende Gruppe der Nicht- bzw. A-Religiösen als Gegenfolie zu den religiösen PatientInnen angeführt.

In der vorliegenden Arbeit soll weiters der Frage nachgegangen werden, ob vor allem hochaltrige Menschen¹¹⁰, wie sie in der Palliativpflege vielfach anzutreffen sind, in Anbetracht ihrer Leidensgeschichte und des bevorstehenden Todes eher

¹⁰⁸ Die religiös indifferenten Menschen werden meist als Agnostiker bezeichnet.

¹⁰⁹ Das sind Menschen, die vor allem das Priestertum, den Klerus, ablehnen.

¹¹⁰ Darunter werden hier Menschen ab dem 75. Lebensjahr verstanden.

dazu neigen, sich in dieser Lebenssituation Hilfe und Trost durch Religion und/oder Spiritualität zu holen oder ob die Religionen in diesem Zusammenhang wenig Bedeutung haben.

III Palliative Care

1 Die Bedeutung von Spiritualität, Religiosität und Ritualität in der Palliativpflege aus wissenschaftlicher Sicht

Bjarnason stellt in einer Studie über die Zusammenhänge von Pflege, Religiosität und Palliativpflege fest, dass der Einfluss von religiösen Einstellungen und Praktiken (Ritualen) in der Palliativpflege ganz wenig erforscht ist. Ausgehend von der Beschützerrolle seitens der Pflegepersonen einerseits und der Intimität und Privatheit von Religiosität am Ende des Lebens andererseits, stellt die Beforschung des mehrdimensionalen Zusammenspiels von Religiosität und Palliativpflege einen ganz wichtigen Aspekt in der Pflegenden-PatientInnen - Beziehung dar und sollte besser erkannt bzw. verstanden werden. Es ist auch der Frage nachzugehen, ob und inwieweit die religiösen bzw. weltanschaulichen Gedankengebäude der Pflegenden selbst die Pflege beeinflussen. Das gilt insbesondere für die Palliativpflege bei PatientInnen am Ende des Lebens. Fest steht, dass, wenn die Pflegenden ihre eigenen Glaubenshaltungen erkennen und verstehen und die religiösen Praktiken und Bedürfnisse ihrer PatientInnen und deren Familien respektieren, die humanistischen Dimensionen der Pflegenden – PatientInnen – Beziehungen dadurch deutlich verbessert bzw. vertieft werden (vgl. Bjarnason, 2009, S. 517f.).

Kritisch anzumerken ist dazu, dass Pflegende nicht unbedingt eine bestimmte persönliche religiöse Überzeugung im Sinne der Zugehörigkeit zu einer Konfession haben müssen, um die PatientInnen spirituell bzw. religiös gut unterstützen zu können. Es sei hier die These vertreten, dass die weltanschauliche Neutralität bzw. Konfessionslosigkeit einer Pflegeperson kein Hindernis bei der religiösen und/oder weltanschaulichen Unterstützung der PatientInnen ist. Voraussetzung dafür sind einerseits gute Kenntnisse über das Wesen der Religionen bzw. Weltanschauungen und andererseits eine entsprechende Unterstützungsmotivation. Zusätzlich sei erwähnt, dass die ‚humanistischen Dimensionen‘, von denen Bjarnason spricht, nicht unbedingt konfessionell verursacht sein müssen. Es ist vorstellbar, dass Humanität im Sinne

der Wortbedeutung viel umfassender als religiös oder konfessionell verstanden werden kann – nämlich auch als grundlegend sozial.

Idler, McLaughlin und Kasl konnten in einer Studie (vgl. Idler, McLaughlin und Kasl, 2009, S. 528) mit 499 älteren PatientInnen, die alle innerhalb der nächsten zwölf Monate nach den Interviews verstarben, zeigen, dass ein religiöses Engagement in fortgeschrittenem Alter auch unter den besonderen Bedingungen des Lebensendes bzw. herannahenden Todes eine nennenswerte Stabilität verleihen kann, wenn die religiösen Verhaltensmuster in jüngeren Jahren gefestigt worden waren. Die Forschungsfrage galt der Lebensqualität (QOL)¹¹¹ jener Personen, die im letzten Lebensjahr religiös engagiert waren, im Vergleich zu jenen, die kein nennenswertes religiöses Engagement hatten. Methodisch war die Vorgehensweise so, dass man bei den ProbandInnen sowohl öffentlich beobachtbares religiöses Engagement wie auch ein nur subjektiv angegebenes Engagement als Indikatoren für gesundheitsbezogene und psychosoziale QOL's, einschließlich dem gesundheitlichen Zustand und den funktionellen Möglichkeiten (Beweglichkeit, Mobilität, Selbstpflege...), sozialen Netzwerken im Bereich Familie und Freundeskreis, Depression sowie Wohlbefinden, heranzog. Als Ergebnis stellte sich insofern ein signifikanter Zusammenhang heraus, als stärkere religiöse Verhaltensweisen einen Zusammenhang mit dem Wunsch nach sozialem Kontakt, dem Wunsch Freunde zu treffen, einer positiveren gesundheitlichen Selbsteinschätzung, weniger ausgeprägten Niedergeschlagenheits-Gefühlen zu Tage brachten. Die Forscher beobachteten weiters, dass die religiöseren PatientInnen das Leben aufregender und spannender fanden als die weniger religiös orientierten PatientInnen. Die Befragten gaben an, dass sie durch die Religion Kraft und Ruhe erhielten. Die PatientInnen, welche sich oft an kirchlichen Veranstaltungen beteiligten, waren auch deutlich mehr dazu bereit, an Sonn- und Feiertags-Festen teilzunehmen. Weiters zeigte das Ergebnis der oben genannten Studie auch, dass PatientInnen, die von der Krankheit stärker betroffen waren, mehr von ihren öffentlichen und ganz persönlichen religiösen Einstellungen und Handlungen profitierten als die nicht religiösen ProbandInnen.

¹¹¹ Quality of life

Die Schwachstelle in der Argumentation von Idler et al. scheint zu sein, dass das Ausmaß der Religiosität bei den an der Studie teilnehmenden PatientInnen/KlientInnen einerseits mit der Teilnahme an Sonn- und Feiertagsfesten verknüpft wird und andererseits der zweite Parameter für das Maß der Religiosität aus den Angaben der teilnehmenden bzw. befragten PatientInnen geschöpft wird. Daraus ergibt sich zum einen die Überlegung, dass Menschen, die an religiösen Veranstaltungen und Festen teilnehmen, auch an Sonn- und Feiertagsfesten teilnehmen. Diese Überlegung ist zwar nahe liegend, weil religiöse Feste in der Regel auch an Sonn- und Feiertagen stattfinden; daraus auch schon Indikatoren für das Maß an Religiosität ablesen zu wollen, scheint aber nicht ganz schlüssig zu sein. Auch die zweite Argumentationslinie der Studie von Idler et al., das Maß an Religiosität auf persönliche Angaben zu stützen, birgt gewisse Unsicherheiten in sich, denn: wie schätzen sich die befragten PatientInnen selbst ein? Sehen sie sich in Anbetracht ihrer Situation vielleicht religiöser als sie es bei objektiver Betrachtung wirklich sind? Warum sollte für religiöse Menschen das Leben aufregender und spannender sein als für nichtreligiöse Menschen? Warum wären religiöse Menschen weniger niedergeschlagen und depressiv als nichtreligiöse? Die Argumentation von Idler et al. mag interessant sein, aber sie ist nicht überzeugend schlüssig.

In einer theoriegeleiteten Studie. (vgl. Bonin-Scaon et al., 2009, S. 1) zur Thematik der am Ende des Lebens bevorzugten Umstände, welche unter 965 Teilnehmern und einem angemessenem Sample von 81 Personen, die terminal erkrankt waren, durchgeführt wurde, stellte sich heraus, dass die unheilbar erkrankten Menschen am Ende ihres Lebens folgende für sie bedeutende Wünsche hatten:

- (1) einen verständnisvollen Arzt bzw. eine verständnisvolle Ärztin zu haben*
- (2) mit sich selbst in Frieden zu sein*
- (3) die Unabhängigkeit zu behalten*
- (4) einen Sinn für Humor zu bewahren*
- (5) sich irgendwelchen Entscheidungen widersetzen zu können, die ohne ihren Willen gefällt worden sind*
- (6) ihre wirtschaftliche bzw. geschäftliche Situation geordnet zu hinterlassen*
- (7) ihren Frieden mit Gott zu finden.*

Insbesondere der zuletzt genannte Wunsch nach dem persönlichen Frieden mit Gott lässt darauf schließen, dass das Phänomen ‚Gott‘ – welches sich schlüssig mit dem Begriff ‚Religion‘ verumständen lässt, da ‚Gott‘ in der Regel die zentrale Kraft einer Religion darstellt – am Ende des Lebens meist eine relativ geringe Rolle zu spielen scheint. Eine gewisse Bedeutung Gottes für die PatientInnen ist offensichtlich vorhanden – man will mit ihm in Frieden sein – aber sie steht im Ranking der sieben genannten Aspekte an siebenter und letzter Stelle. Da in der Studie nicht zwischen religiösen und nichtreligiösen PatientInnen differenziert wird, dürfen wir von einer Normalverteilung der teilnehmenden Personen ausgehen.

Dass transkulturelle¹¹² Pflege heute einen wichtigen Anteil in der Pflege darstellt, zeigt eine Studie von Maier-Lorentz vom Jahr 2008 (vgl. Maier-Lorentz, 2008, S. 37). Begründet wird diese Behauptung durch demographische Untersuchungen. Multikulturelle Populationen sind im Ansteigen begriffen und machen verstärkt eine individualisierte und holistische¹¹³ Pflege notwendig. Diese Tatsachen machen es auch notwendig, dass die Pflegenden die kulturellen Unterschiede im Gesundheitswesen, in den Glaubensrichtungen und auch in den kulturellen Bräuchen kennen, respektieren und schätzen lernen. Das heißt weiters, dass sich die Pflegepersonen die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten für kulturelle Kompetenzen aneignen sollten. Kulturell bzw. religiös kompetente Pflege trägt dazu bei, die Patientenzufriedenheit und ein entsprechend positives pflegerisches Outcome zu sichern. Um kulturelle Pflege zu fördern, muss zusätzlich Pflegeforschung betrieben werden. Wie sich der Einfluss religiöser Haltungen und Praktiken am Lebensende auswirkt, ist zu wenig erforscht (vgl. Bjarnason, 2009, S. 517). Da die Pflegenden einerseits eine Rolle der Beschützenden gegenüber ihren zur Pflege anvertrauten Personen innehaben und auch wegen der Intimität von Religiosität andererseits, muss das mehrdimensionale Zusammenspiel vom Ende des Lebens und der Religiosität hinsichtlich der Beziehung Pflegende – PatientInnen besser erforscht und erkannt werden. Es gilt vor allem die Frage zu klären, ob die Glaubenshaltungen der Pflegenden die PatientInnen bei der Pflege

¹¹² Auf die Verbindung von ‚Kultur‘ und ‚Religion‘ wurde schon im Vorwort hingewiesen. Deshalb wird auch im Zusammenhang mit der Studie von Maier-Lorentz, 2008, der Begriff ‚Transkulturalität‘ in einen kausalen Zusammenhang mit ‚Religiosität‘ gebracht. Anm. d. Verf.

¹¹³ D.h.: ‚holistisch‘ – ganzheitlich im Gegensatz zu reduktiv. Siehe Aristoteles: Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile.

beeinflussen. Das gilt insbesondere für PatientInnen am Ende ihres Lebens. Es kann davon ausgegangen werden, dass – wenn die Pflegenden ihre eigenen Glaubenshaltungen verstehen und die religiösen Bedürfnisse der ihnen anvertrauten PatientInnen und deren Familien respektieren – das die humanistischen Dimensionen in der Pflegenden – PatientInnen- Beziehung vertieft. Eine Beeinflussung – sie mag aus der Erfahrung im Feld gewonnen und einen durchaus legitimen und intentionell positiven Vektor aufweisen – kann durchaus gegeben sein (siehe Interviews mit den Pflegenden; Anm. d. Verf.).

Es konnten dreizehn Studien mit Fragen zur Spiritualität/Religion oder Rasse/Ethnologie mit ihren Auswirkungen auf Entscheidungen am Ende des Lebens bei hospitalisierten PalliativpatientInnen gefunden werden. Als ein Ergebnis dieser Studien ergab sich beispielsweise, dass afrikanischstämmige Amerikaner in der stationären Pflege zu lebensverlängernden Maßnahmen tendieren. Rasse bzw. Ethnologie scheint sich aber nicht auf das Einsetzen oder Ausscheiden bestimmter lebenserhaltender Technologien am Ende des Lebens auszuwirken. Es wurden spezielle rituelle Bedürfnisse sowohl innerhalb wie auch außerhalb offizieller Religionsgemeinschaften detektiert, wenn die Mitglieder dieser Religionsgemeinschaften am Ende des Lebens hospitalisiert werden. Als Ergebnis lassen sich in der Palliativpflege einzigartige Veränderungen und Möglichkeiten bei den kulturell verschiedenen Beziehungen der stationär aufgenommen PatientInnen feststellen. Kulturelle Kompetenz in einer sich zunehmend unterschiedlich entwickelnden Bevölkerung verlangt ein Gespür, was die Bedeutung des Faktors ‚Kultur‘, besonders von Spiritualität, Religion sowie von Abstammung bzw. Ethnologie, bei der Pflege von PalliativpatientInnen betrifft (vgl. Mitchell Bl. & Mitchell Lc., 2009, S. 920f.).

Holloway versucht mit einer Studie (vgl. Holloway, 2006, S. 833ff.) in die Praxis der Pflege – insbesondere im Bereich der Altenpflege, der chronischen Erkrankungen und vor allem der Palliativpflege – mit dem Thema der transkulturellen Spiritualität den Aspekt des kritischen Engagements in den Zusammenhang von Tod und Verlust zu implementieren. Das Interesse an der Thematik hat sich in den letzten zehn Jahren beträchtlich entwickelt. Die Motivation zur Studie wird von der Autorin damit begründet, dass sich das

Verständnis der ganzen Bandbreite von Spiritualität und transkultureller Praxis noch in einem sehr frühen Stadium befindet. Methodisch erfolgte die Forschung im Bereich transkultureller Spiritualität durch einen kritischen Überblick über die vorhandene Literatur, einschließlich der Publikationen der Autorin zum Thema spiritueller und philosophischer Ergebnisse zu Tod, Sterben und Verlust. Zusammenfassend stellt die Autorin fest, dass einige allgemeine Themenbereiche und Herangehensweisen gefunden werden könnten, welche das Arbeiten der Pflegepersonen in der Praxis mit betroffenen Einzelpersonen und deren Familien erlaubt. Fehlen entsprechende Richtlinien, haben die Pflegepersonen mit der Übertragung spiritueller Pflegeelemente in die sich verändernden und komplexen Gegebenheiten von Spiritualität und breit gefächerten Fachbereiche zu kämpfen. Daher soll diese wissenschaftliche Schrift den Weg zur einzigartigen spirituellen Einstellung eines jeden Patienten/jeder Patientin ermöglichen.

Dominick L. Flarey führt aus, dass in den Zeiten der geburtenstarken Jahrgänge¹¹⁴ sehr viel über Aspekte nach dem Ende des Lebens vorgetragen und geschrieben wurde. In der Pflege blieb dieser Aspekt aber unterrepräsentiert und die Pflegenden überließen den PatientInnen einfach ihre eigenen Ansichten, Bedürfnisse und Praktiken hinsichtlich des geheimnisvollen Zustandes nach dem Tod. Flarey sieht mit dem steigenden Bedürfnis nach Spirituellem bei den PatientInnen daher einen wachsenden Bedarf an spirituellem Verständnis in der Pflege. Die Fragestellung, ob diesem Bedürfnis Genüge getan wird, beantwortet der Autor mit einem klaren Nein (vgl. Flarey, 1999, S. 5). Die Begründung wird mit der unzureichenden Vorbereitung auf die spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen gegeben. Pflegepersonen sehen den Tod oft entweder einfach als Fehler oder als endgültig schlechten Dienst an den PatientInnen. Damit kann sehr gut eine Verleugnung des Sterbens und Todes in der Pflege vorgenommen werden. Einerseits gibt es durchwegs eine sehr gute palliative Versorgung, andererseits ist das Gesundheitswesen offensichtlich nicht der Ort, wo man Aspekte des Lebensendes erörtert. Flarey sieht die spirituelle Pflege als sehr wichtigen Teil

¹¹⁴ Mit den ‚Babyboomer‘- (=geburtsstarken) Jahrgängen sind vor allem die Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg gemeint (etwa von 1955 bis 1965), als der Aufbau nach den Zerstörungen des Krieges ein wichtiger Aspekt war. Später kam es einerseits durch wirtschaftliche Sättigung, Anti-Baby – Pille und verstärktes Karrierebewusstsein zum so genannten ‚Pillen-Knick‘. Heute hat jedes österreichische (Ehe-)Paar im Durchschnitt 1,3 Kinder.

holistischer, das heißt: ganzheitlicher, Pflegebestrebungen. Es ist aber nicht so, dass durch die Bereitstellung spiritueller Pflege durch die Pflegenden an die KlientInnen die Pflegenden selbst die Einstellungen ändern müssten bzw. sollten. Die Pflegenden bestätigen und anerkennen die spirituellen Einstellungen ihrer KlientInnen und PatientInnen und erfüllen entsprechende Bedürfnisse. Die Pflegepersonen selbst müssen diese religiösen Haltungen aber nicht annehmen (vgl. ebenda, S. 5).

2 Die Sichtweise der großen monotheistischen Religionen zur End-of-Life - Problematik (mit Fallbeispielen)

Es darf als evident betrachtet werden, dass gerade das Feld der Geriatrie bzw. Palliativpflege von ethischen Problemen durchwachsen ist. Was als gut oder schlecht angesehen wird, hängt auch von der Sicht der Religionen, der die PatientInnen angehören ab. Es sind vor allem die abrahamitisch-monotheistischen Religionen, das Christentum und Judentum, sowie der Islam, welche sich intensiv um ethische Perspektiven auch in Medizin und Pflege bemühen. Neben einigen Gemeinsamkeiten, gibt es auch Unterschiede in der ethischen Sichtweise der drei monotheistischen Religionen. Die Autoren der Studie von Clarfield et al. (siehe Clarfield et al., 2003) präsentieren drei Einzelfälle mit typischen ethischen Problemen gegen Ende des Lebens. Dabei werden die Sichtweisen der drei oben genannten Religionen sowohl verglichen als auch mit den darin enthaltenen Gegensätzen analysiert. Von Seiten der Autorenschaft der Studie besteht die Hoffnung, dass durch diese Einzelfallanalysen ein brauchbares Mittel zur Behandlung von PatientInnen in einer zunehmend multikulturell strukturierten Gesellschaft bereitgestellt würde. Bei der Beurteilung der ethischen Fragen würden viele Faktoren eine Rolle spielen: die Gesetzgebung eines Landes, die Kultur und Religion der PatientInnen, die Familie, die Klinik, und vieles andere spielen eine Rolle dafür, was ein Mensch als richtig oder falsch beurteile, was er/sie akzeptiere, ablehne, sich wünsche oder ihn/sie beunruhige und abschrecke. Diese und andere Faktoren beeinflussten oft direkt oder indirekt medizinische Entscheidungen (vgl. Clarfield et al., 2003, S. 1449ff.).

Im Folgenden werden drei ethisch relevante medizinisch-pflegerische Situationen beschrieben. Es werden ethische Fragen dazu gestellt und es wird versucht, aus der Sicht der drei maßgeblichen monotheistischen Religionen Antworten zu den drei Fällen zu finden (vgl. ebenda S. 1149 ff.).¹¹⁵

Klinische Situation (Fall) 1:

Die Patientin ist 86 Jahre alt, intellektuell voll intakt, es liegen Erkrankungen der Herzkrankgefäße und des arteriellen Gefäßsystems vor. Die Patientin hat aktuell einen massiven Schlaganfall erlitten. Die Folge waren Bewusstlosigkeit und halbseitige Lähmung. Die Chance auf signifikante neurologische Verbesserung des Gesundheitszustandes ist gleich null. Richtungsweisende Fortschritte sind nicht zu verzeichnen. Die Familie ist streng religiös und fordert eine Ernährungssonde. Während dieser Diskussion bekommt die Patientin Fieber und eine Lungenentzündung kommt dazu. Die Kinder bestehen darauf, dass der Ehemann der Frau unter keinen Umständen über die schlechte Prognose informiert wird.

Die Fragestellungen:

- (1) Ist es naheliegend bzw. ethisch vertretbar, unter den genannten Umständen eine Ernährungssonde zu setzen?*
- (2) Soll die Lungenentzündung behandelt werden?*
- (3) In welcher Weise soll auf die Fragen des Ehemannes geantwortet werden?*

Fall 1 aus dem Blickwinkel des Judentums:

Das Verlangen der Familie nach einer Ernährungssonde ist aus deren Sicht verständlich, da es die Heiligkeit des Lebens und dadurch die Verpflichtung zur Ernährung gibt. Ausgenommen wäre der Fall, wenn diese ‚künstliche‘ Ernährung per se das Leiden verursachte. Die Lungenentzündung verlangt eine aktive Behandlung, solange sich der Mensch nicht im eigentlichen Sterbeprozess befindet. In Hinblick darauf, dass die Kinder die Vorenthaltung der vollen Wahrheit wegen der Gesundheit des Vaters verlangen, sagt die HALACHA, die jüdische Gesetzesgebung, dass die Informationen über die schlimmen Nachrichten zurückgehalten bzw. aufgeschoben werden sollen.

¹¹⁵ Es wird festgestellt, dass es bei den Fallbeispielen keinesfalls um Aspekte des Erleichterns des Sterbens oder um Euthanasie-Aspekte geht. Das steht nicht im Fokus der Arbeit. Es geht hier primär und ausschließlich um eine religiöse Perspektive bzw. um eine religionsethische Sichtweise.

Der Fall 1 aus dem Blickwinkel des Katholizismus:

Es ist erlaubt, aber nicht verpflichtend, dass eine Ernährungssonde eingesetzt wird. Es kann dies als ein Akt des Respekts vor der Heiligkeit des Lebens und der Autonomie des Individuums betrachtet werden.

Grundlage für diese Haltung ist die ‚Heilige Schrift des Neuen Testaments‘ bzw. deren neueste und umfassende Auslegung im Rahmen des Zweiten Vatikanischen Konzils¹¹⁶. Der Wert menschlichen Lebens wird von allen drei monotheistischen Religionen in ähnlicher Weise geschätzt und beachtet.

Was diesen Fall anbelangt, ist unter Beachtung der ethischen Richtlinien aus katholischer Sicht keine Verlängerung des Sterbeprozesses in Kauf zu nehmen. Die Pneumonie der Patientin ist aus der Sichtweise des Katholizismus zu behandeln.

Was die Informationspflicht betrifft, geht die katholische Bioethik davon aus, dass diese zu erfüllen ist, es sei denn, es liegen besondere Umstände vor. Der Ehemann muss informiert werden – außer er möchte dezidiert diese Information nicht bekommen. Daran kann der Wunsch der Kinder nach Schonung des Angehörigen an der Informationspflicht bzw. am Informationsrecht im Wesentlichen nichts ändern.

Der Fall 1 aus dem Blickwinkel des Islam:

Aus der Sicht muslimischer Ethik wird das Setzen der Nahrungssonde unter der Prämisse befürwortet, dass diese Maßnahme eine Lebensverlängerung – basierend auf der Grundthese der Heiligkeit des Lebens - ist. Des Weiteren stellt das Setzen der Nahrungssonde eine religiöse Verpflichtung dar, wenn damit nicht eine Verkürzung des Lebens verbunden ist. Die parenterale Ernährung ist sowohl als Teil der grundlegenden Pflege als auch als Teil medizinischer Versorgung zu betrachten. Die Behandlung der Pneumonie wird als gerechtfertigte Behandlung einer eigenständigen Erkrankung gesehen und gilt hier nicht als Geschehen am Ende des Lebens.

Die Zurückhaltung von medizinisch-pflegerischer Information kann aus muslimischer Sicht nicht gerechtfertigt werden; es wird Information um fast jeden Preis gefordert. Eine Ausnahme von der Informationspflicht wäre nur bei Gefahr des Lebens des/der zu Informierenden gegeben. Allerdings ist eine Hierarchie der Entscheidungsträger muslimischer Angehöriger gegeben. Im vorliegenden Fall ist das der Ehemann¹¹⁷ der

¹¹⁶ Meist kurz als ‚Vatikanum II‘ bezeichnet; Anm. d. Verf.

¹¹⁷ Nächste Entscheidungsinstanzen wären dann die männlichen Nachkommen, die Söhne, beginnend mit dem Ältesten, Zweitältesten, usw.

Patientin - vor dem ältesten Sohn, usw. zu informieren. Der/die Angehörige benötigt die Information, um eine Entscheidung im Sinne seiner Ehefrau treffen zu können. Im Zweifelsfalle wird die Heranziehung eines Imam empfohlen.

Klinische Situation (Fall) 2:

Eine 84-Jährige mit leichter Demenz und einem in Behandlung befindlichen Herzfehler wird in einem Pflegeheim aufgenommen. Der Ehemann, eindeutig Entscheidungsträger in dieser Partnerschaft und Situation, präsentiert dem aufnehmenden Arzt eine unterschriebene und bezeugte Zustimmungserklärung, dass die Patientin unter keinen Umständen Wiederbelebensmaßnahmen, Antibiotikatherapie bei lebensbedrohender Infektion oder eine Einweisung in ein Akutkrankenhaus wünscht.

Die sich für das pflegerische bzw. medizinische Team daraus resultierenden Fragen sind:

- 1. Wie soll das zuständige Personal auf diese Fakten reagieren und handeln - vor allem wenn es gegen ihre eigene religionsbedingte Handlungsmoral geht?*
- 2. Die Patientin wird schwer krank und befindet sich im Anschluss an eine Blutvergiftung in einem Zustand der Handlungsunfähigkeit. Wie soll das Team reagieren?*

Der Fall 2 (Judentum):

Die Meinung des Teams ist weit weniger wichtig als die Meinung des Sachwalters bzw. Ehemannes. Die Einverständniserklärung steht im Zusammenhang mit dem Ehemann und dieser hat die Situation im Sinne der Einverständniserklärung zu klären. Wenn er die Wünsche seiner Ehefrau nicht in Widerspruch zu seinen Überzeugungen stehen sieht, gibt es keinen Grund, nicht seinen Wünschen gemäß zu handeln. Wäre der Ehemann ein strenggläubiger Jude, würde er wegen des weiteren Vorgehens bei der Behandlung seiner Frau den Rat eines Rabbis einholen. Es wäre zu klären, ob die vorgesehenen Behandlungsschritte mit der HALACHA konform gingen. Ist der Patient/die Patientin strenggläubig jüdisch, wäre auch die Patientenverfügung mit einem Rabbi hinsichtlich der Halacha abzustimmen. Diese würde eine Behandlung im Falle auch nur einer geringen Weiterlebenschance bevorzugen. PatientIn bzw. SachwalterIn können das aber auch ablehnen. Letzteres ist denkbar, wenn die Prognose sehr schlecht und der

Behandlungserfolg sehr fraglich ist, obwohl bei so einer Entscheidung einige Gegenargumente in Hinblick auf die HALACHA zu bedenken wären.

Fall 2 (katholisch):

Das Team muss die Priorität des Wunsches der Patientin bzw. des Ehemannes respektieren. Im Interesse der Patientin handeln hieße hier, ihren Wunsch zu respektieren. Trotz des Respektierens der Wünsche der PatientInnen ist die bewusste und objektive Beobachtung der ethischen Situation für Katholiken wichtig. Es sollte jeder Versuch unternommen werden, das Team bei Schwierigkeiten in der Pflege der Patienten zu unterstützen. Dass die Patientin im Anschluss an die Blutvergiftung das Bewusstsein verliert ändert nichts an der Tatsache, dass der Ehemann als Sachwalter im Lichte der Patientenverfügung der Entscheidungsträger für seine Ehefrau ist.

Fall 2 (Islam):

Obwohl wenig zu einem solchen Fall veröffentlicht wurde, würde wahrscheinlich von muslimischer Seite die Patientenverfügung respektiert werden. Trotzdem das Team nicht dazu gezwungen werden kann, Maßnahmen gegen seine Überzeugung durchzuführen, hat der Wunsch der Patientin respektiert zu werden. Strenggläubige Muslime würden zum Formulieren der Patientenverfügung den Rat islamischer Autoritäten, zum Beispiel eines Imams, heranziehen. Wenn sich der Bewusstseinszustand der Patientin deutlich verschlechtert, müssen die Anweisungen der Patientenverfügung eingehalten werden. Obwohl strenggläubige Muslime dazu verpflichtet sind die Behandlung zu akzeptieren, kann niemand zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gezwungen werden, wenn diese von Seiten der Patientin verweigert werden.

Klinische Situation (Fall 3):

Der Patient, 87 Jahre alt, leidet an einem metastasierten, fortgeschrittenen Lungenkrebs. Damit wird er im Akut-Krankenhaus aufgenommen und wird mittels Ernährungssonde ernährt. Während der Nacht aspiriert er¹¹⁸. Er muss intubiert werden und wird künstlich beatmet. Am nächsten Morgen bei der Chefvisite gibt es durch die Kinder des Patienten die Information, dass er sich ihnen gegenüber dahingehend geäußert habe, dass er nicht an das Beatmungsgerät angeschlossen werden möchte. Schon seine letzte Ehefrau erlitt

¹¹⁸ „Aspirieren“ ist der in Medizin und Pflege gebräuchliche Ausdruck für das Einatmen von Speisen und/oder Getränken durch die Luftröhre

das Schicksal, dass sie im Zuge einer schweren Herzkrankheit an lebensverlängernde Geräte angeschlossen worden war. Sie starb dann nach einiger Zeit. Im aktuellen Fall gibt es keine Patientenverfügung.

Fall 3 im Judentum:

Die Intubation ist als notwendig und vernünftig anzusehen. Zum Zeitpunkt der Intervention erschien die Rettung des Lebens als vorrangig. Doch eines der Kinder des Patienten informierte den Arzt darüber, dass ihr Vater geäußert hatte, niemals unter solchen Bedingungen an eine Beatmungsmaschine angeschlossen werden zu wollen. Und wegen der terminalen Diagnose könnte mit Berufung auf die Halacha die Behandlung in so einem Fall abgebrochen werden.

Unter zwei Bedingungen würde ein Rückzug von einer Behandlung möglich sein:

Der erste Punkt betrifft die Möglichkeit außerhalb des Einflusses des Patienten und der zweite Aspekt ist, dass der Patient an einer unheilbar metastasierenden und unweigerlich zum Tode führenden Krankheit leidet. Unter diesen Bedingungen erschiene ein Rückzug aus der Behandlung unter Umständen gerechtfertigt. In dieser Situation könnten die medizinischen Eingriffe den Prozess des Sterbens stören und sind deshalb üblicherweise zu unterbleiben.

Fall 3 im Katholizismus:

Wenn es zu medizinischen Akuthandlungen kommt und über die speziellen Patienten-Wünsche nichts bekannt ist, hat der Arzt in naheliegender medizinischer Weise zu handeln. Nach der Information der Kinder über die Wünsche des Vaters, hat sich die Situation aber grundlegend geändert. In Hinblick auf einen Rückzug der Versorgung zum Weiterleben in diesem Stadium ist es so, dass sich, obwohl sich der Patient jetzt im Augenblick nicht direkt im Sterben befindet, doch rasch auf den Tod zubewegt. Aus katholischer Sicht lässt sich argumentieren, dass der Patient durch die Fortsetzung der Beatmung mehr Leiden erfährt. Gesehen aus dem vorrangigen Wunsch des Patienten und aus medizinischer Sicht, unterstützt die katholische bioethische Perspektive den Rückzug der Behandlung, während ein für den Patienten möglichst angenehmer Zustand erhalten werden soll. Das Anfangen einer Therapie zwingt nicht automatisch dazu, dass diese auch beendet wird. Daher darf die künstliche Beatmung beendet werden.

Fall 3 im Islam:

Eine islamische Sichtweise des Falls begünstigt die Intubation, wenn die Aspiration nicht als solche als Endstadium der terminalen Erkrankung gesehen wird, sondern eine möglicherweise lebenserhaltende Maßnahme darstellt. Wird dann bekannt, dass der Patient unter solchen Bedingungen auf keinen Fall künstlich beatmet werden will, kann das einen Rückzug der Beatmung rechtfertigen, auch wenn damit das Wissen verbunden ist, dass das zum schnellen Untergang des Patienten führt. Allerdings gibt es eine Minderheit von Muslimen, welche mehrheitlich den schiitischen Schulen angehören, die glauben dass ein Zurückhalten bzw. ein Rückzug moralisch nicht angebracht ist. Darin ist die Meinung mit der jüdischen Perspektive ähnlich. Zusammenfassend ist es also denkbar, dass in erster Linie nicht intubiert wird. Ist der Patient bereits intubiert, kann die Behandlung nicht aufgegeben werden, wenn das den Tod beschleunigt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die drei monotheistischen Religionen den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen am Ende des Lebens aus einem recht ähnlichen Blickwinkel sehen. Bei der jüdischen Ethik ist das Wohlergehen der Menschen besonders im Mittelpunkt. Jüdische Menschen geben besonders auf die Vorgänge in Pflege und Medizin Obacht. Das erklärt sich u.a. aus den leidvollen historischen Erfahrungen mit dem Holocaust. Ein wichtiger Aspekt im Katholizismus ist die Autonomie des Menschen – auch und ganz besonders in kritischen gesundheitlichen Situationen. Dahingegen ist im Islam und Judentum die Patientenautonomie ein nicht so herausragender Aspekt. Bei den beiden letztgenannten Religionen spielen dafür wieder die Fachkompetenz der medizinisch-pflegerischen und die religiösen Experten wie Rabbi und Imam eine wichtige zumindest beratende Rolle für die Bewertung von gesundheitlichen Maßnahmen.

3 Palliative Care – Hospiz Care

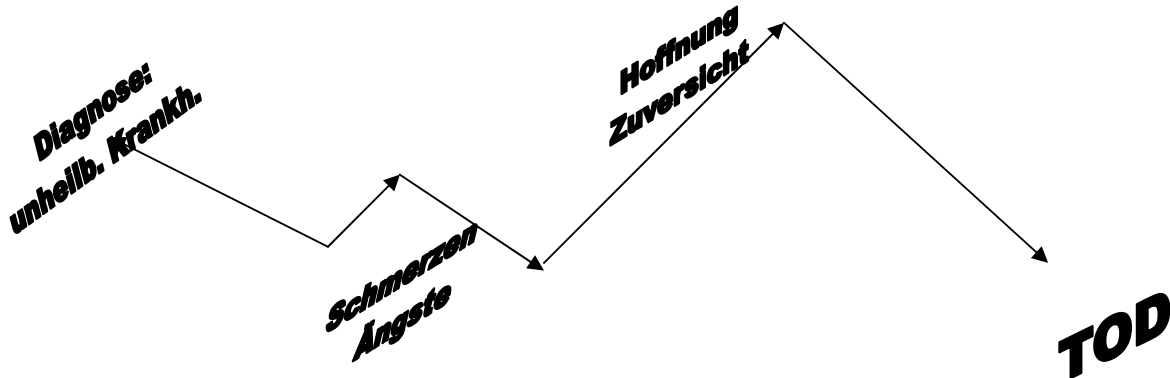


Abb. 22: Krankheitsverlaufskurve¹¹⁹. Skizze d. Verf.

In der Palliativpflege geht es um PatientInnen mit einer unheilbaren, letztendlich tödlich verlaufenden Krankheit. Das Gegenteil dazu ist die Pflege von kurativ zu behandelnden PatientInnen. Bei der kurativen Behandlung steht Heilung als Ziel des medizinischen bzw. pflegerischen Handelns¹²⁰ an oberster Stelle. Die Feststellung über die Phase, in der sich der/die Kranke auf dem Weg zu Sterben und Tod befindet, ist bei PalliativpatientInnen nicht immer leicht und eindeutig feststellbar. Andere zusätzlich vorhandene Krankheiten¹²¹ können das Stadium der Hauptkrankung¹²² verschleiern bzw. auch beschleunigen (vgl. Lugton, 1995, S. 6f.).

Der Status einer Palliativkrankung beginnt mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung. Im Sinne einer ganzheitlichen Pflegeperspektive müssen auch die Angehörigen – soweit dies erforderlich, gewünscht bzw. möglich ist – in die pflegerische Betreuung einbezogen werden. Palliativpflege bedeutet, an der Linderung von physischen, psychischen und sozialen Leiden beteiligt zu sein. Die Kompetenzen zwischen Medizin und Pflege sind eindeutig festgelegt. Der Medizin lobliegt die Anordnung und Festlegung medikamentöser, operativer,

¹¹⁹ Die Krankheitsverlaufskurve stark vereinfacht dargestellt v. Verf: die Phasen von Schmerzen und Ängsten, Zweifel, Hoffnung, neue Zuversicht,..., können je nach Intensität und Dauer der Krankheit öfter auftreten, aber teilweise auch ausbleiben. Neben den Konstanten eines Krankheitsverlaufes gibt es die Variablen, die individuell bei den PatientInnen sehr verschieden sein können.

¹²⁰ Siehe Definitionen.

¹²¹ Bei weiteren vorhandenen Krankheiten sprechen die Fachleute von ‚Komorbiditäten‘.

¹²² In der Fachsprache wird die Hauptkrankheit als ‚Primum‘ bezeichnet.

therapeutischer oder auch anderer entlastender, zum Beispiel physiotherapeutischer, Maßnahmen. Neben den rein pflegerischen Maßnahmen führt die Pflege auch medizinische Anordnungen kompetent durch und nimmt psychosoziale Betreuungsaufgaben wahr. Die letztgenannte Aufgabe bezieht sich bei Bedarf auch auf die Angehörigen der PatientInnen bzw. KlientInnen. Es steht nicht immer die bloße Verlängerung des Lebens im Mittelpunkt der Überlegungen, es kann sich vielmehr die Erhaltung einer möglichst guten Lebensqualität als erstrebenswerter erweisen (vgl. ebenda, S. 1).

Hospizbewegung und Palliative Care haben sich ein möglichst gutes Lebensende und ein schonendes Sterben zum obersten Ziel gesetzt (vgl. Steffen-Bürgi, 2009, S. 371). Barbara Steffen-Bürgi geht in der Fachzeitschrift ‚Pflege‘ dem aktuellen wissenschaftlichen Verständnis eines Sterbeideals nach und versucht eine Klärung. Ausgehend von Cicely Saunders, die als Begründerin der modernen Hospizbewegung gilt, wird beschrieben wie alte und unheilbar kranke Menschen oft abgeschoben werden. Als Antwort auf diesen Missstand kam es zur Entstehung der Hospizphilosophie und praktisch auch zur Hospizbewegung. Begonnen haben diese Forschungsarbeiten im angloamerikanischen Raum. Die Begriffe ‚good death‘ und ‚dying with dignity‘ werden dabei oft synonym verwendet. Eine Diskussion über die Problematik der Euthanasie ist im Rahmen des Themas ausgeschlossen; sie würde den Rahmen des Themas dieser Arbeit sprengen. Methodisch werden dabei Merkmale guten Sterbens in das Konzept des Palliativwesens aufgenommen. ‚Palliative Care‘ und ‚Hospiz Care‘ sind Versorgungskonzepte, die entsprechend den kulturellen, sozialen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen zur Anwendung kommen (vgl. Pleschberger, 2007, in: Pflege, 2009, S. 372). Auch ethische und religiöse Hintergründe spielen aufgrund der konfessionell verschiedenen Bedürfnisse eine Rolle im Kontext palliativer Versorgungskonzepte. Anfangs¹²³ entstanden Hospize neben anderen Gesundheitseinrichtungen wie Altenpflegeheime und Einrichtungen für chronisch Kranke. Zuerst war das Palliativwesen noch relativ medizin- und wissenschaftsfrei. In der Folge gewann die Medizin als Disziplin – und damit auch das Phänomen der Medikalisierung, Technisierung und

¹²³ Anfangs heißt für die angloamerikanischen Länder: vor etwa 25 und mehr Jahren (im Anschluss an die Gründertätigkeiten von Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross); in Europa – vor allem in Österreich – ist das Palliativwesen mit kaum mehr als 15 Jahren Bestandszeit noch relativ jung.

Hospitalisierung - immer mehr an Bedeutung im Palliativwesen. Damit sind aber auch Medikalisierung, Technisierung und Hospitalisierung des Sterbens verbunden. Und das sollte es nicht sein, denn auch in den Meinungsbildern in der Öffentlichkeit sollte das Sterben bleiben, was es ist: ein natürlicher Vorgang (vgl. Heller, 2003, S. 8f.). Eine Ausgewogenheit zwischen Erleichterung durch ärztliche Hilfe (Schmerzmedikation) und natürlichem Sterben - wenn möglich im vertrauten häuslichen Rahmen - erscheint erstrebenswert. Es gibt aktuell Tendenzen, die auf einen Ausbau mobiler Hospizdienste hinweisen.

Karin Leiter, Malerin, Altkatholische Priesterin und Diplomkrankenschwester, ist eine der Mitbegründerinnen des österreichischen Hospiz-Wesens. Sie sieht drei Frauen weltweit als die ganz großen Pionierinnen des Palliativ- bzw. Hospizwesens an: Elisabeth Kübler-Ross, Cicely Saunders und Naomi Feil. „Diese drei Frauen sahen die Not, stellten sich mitten hinein und suchten nach Lösungen. Keine einfachen Rezepte, kein Schnell-vom-Tisch-Wischen mit irgendwelchen neuen Masken...“ (Leiter, 2002, S. 21). Karin E. Leiter lernte noch alle drei Frauen persönlich kennen. Mit Cicely Saunders verbindet sie den Beginn der Palliativmedizin und auch der Schmerzforschung bzw. Schmerztherapie. Zu einer Zeit, als viele Ärztinnen und Ärzte selbst bei Menschen in der präterminalen und terminalen Phase ihres Lebens noch sehr restriktiv bei der Verschreibung starker Schmerzmedikationen eingestellt waren, betrieb Saunders bereits Schmerzforschung und praktizierte eine die Lebensqualität nach Möglichkeit erhaltende Schmerztherapie. Das damals oft erhobene Argument des Verhinderns von Gewöhnung und Sucht durch die Gabe effizienter Schmerzmittel¹²⁴, kann in Anbetracht der begrenzten Lebensspanne und hohen Schmerzbelastung der PatientInnen heute nicht mehr nachvollzogen werden.

Naomi Feil ist auf Grund ihrer Validations-Theorie in der Alten-Pflege sehr bekannt geworden. Die Validation hat mit Gültigkeitserklärung zu tun. Gültigkeit in dem Sinne, dass der alte Mensch trotz und gerade wegen seiner Defizite und Desorientiertheit anerkannt und in seiner Autonomie und Würde unterstützt wird.

Elisabeth Kübler-Ross, Psychiaterin, Psychologin und diplomierte Krankenschwester, ist als Sterbeforscherin weltweit sehr bekannt geworden. Ihre

¹²⁴ Es handelt sich dabei vor allem um Alkaloide, d.h. Opiate und Morphine.

Werke gelten auch heute noch als Standardwerke und Pflichtlektüre. Insbesondere die von ihr aufgestellten fünf Phasen des Sterbens sind unverzichtbarer Wissensstandard bei der Arbeit im Palliativwesen. Die Kenntnisse der Bücher von Kübler-Ross sind nach wie vor dazu geeignet, einerseits die eigene Angst vor dem Sterben zumindest zu reduzieren, andererseits zu lernen, Respekt für die Menschen im letzten Lebensabschnitt zu haben (vgl. ebenda, S. 21f.).

Diese Merkmale wurden aber von Steffen-Bürgi nicht einzeln und für sich betrachtet, sondern in eine fortlaufende Liste aufgenommen und mit den Quellenangaben verlinkt, sodass eine Rückverfolgung zu den aufgenommenen Textstellen möglich war. Eine solche methodische Vorgehensweise entspricht im Wesentlichen der Grounded Theory und basiert auf induktiven philosophischen Methoden.

Die ursprünglichen Orientierungspunkte für die Merkmale idealer Vorstellungen vom Sterben liegen bei den Religionen. Die modernen bzw. postmodernen Ursprünge idealer Sterbevorstellungen liegen bei pflegerischen, psychologischen, soziologischen und ethischen Disziplinen (vgl. Steffen-Bürgi, 2009, S. 372f.). Es geht dabei nicht nur um eine methodische Vorgehensweise nach der Grounded Theory, sondern auch um frühe und fundamentale Studien der Begründer der Grounded Theory, den Soziologen Strauss und Glaser (vgl. Strauss und Glaser, 1965 und 1968).

Sehr wichtig bei der Pflege von PalliativpatientInnen und ihren Angehörigen ist die Kommunikation. Pflegende haben auch ihrerseits Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Pflege von PalliativpatientInnen. Dazu gehören beispielsweise die Möglichkeiten, einerseits die notwendigen fachlichen Kompetenzen zu erlangen, andererseits Selbstvertrauen aufzubauen. Die Pflegenden benötigen die erforderliche Zeit und die nötigen Räumlichkeiten in privatähnlicher Atmosphäre für die Kommunikation. Sie müssen weiters Fähigkeiten zum Aufbau von Beziehungen zu den in der terminalen Phase befindlichen PatientInnen und deren Angehörigen entwickeln können. Sie sollten Teamarbeit lernen und in der Lage sein, Unterstützung von KollegInnen anzufordern, aber diese auch anzunehmen, wenn sie ihnen angeboten wird.

Abb. 23, li.: Cicely Saunders, 1918 – 2005, neben Elisabeth Kübler-Ross Begründerin des Hospizwesens

Abb. 24, re.: Das von Cicely Saunders gegründete und eröffnete ‚Saint Christophers Hospice‘, in welchem sie selbst zuletzt lebte und 87-jährig verstarb



Pflegende sollten sich viel stärker des Umstandes bewusst sein, dass Sterben zugleich auch Leben bedeutet. Dieser Gedanke ist vor allem durch das sehr bekannte und oft kritisierte Werk Kübler-Ross', ‚On Death and Dying‘, 1969, publik geworden. Elisabeth Kübler-Ross' Gedanken für das oben genannte Werk wurden vor allem durch die Ideen des französischen Historikers Ariès, 1976, ausgelöst. Er war einer der Ersten, der den Tod in unserer modernen Gesellschaft als ‚unsichtbar‘, ‚medikalisiert‘, ‚verboten‘ und insgesamt als tabuisiert erkannt und das auch artikuliert hat.

Callahan, 1993 und Shneidman, 2007, haben zum Thema ‚Pflege und Sterben‘ geforscht und folgende Aspekte für ein gutes Sterben erhoben (vgl. Callahan, 1993; Shneidman, 2007):

- Ein fortgeschrittenes Alter – wobei ‚fortgeschritten‘ nicht weiter erklärt bzw. verifiziert wird. Es geht darum, dass der/die Sterbende sich Lebenserfahrungen aneignen konnte und mental in einer guten Verfassung ist.

- Eines ‚natürlichen Todes‘ im Gegensatz zu einer belastenden Krankheit oder einem plötzlich hereinbrechenden Todesereignis (z.B. Unfall) sterben kann.
- Dass der Tod erwartet wird, das heißt: nach annehmbarer Vorwarnung erfolgt
- Vorbereitungen auf den Tod erlaubt, d.h. dass ‚Offenes‘ und/oder Unerledigtes noch einen Abschluss finden kann.

Es entspricht alten philosophischen und christlichen Traditionen¹²⁵, sich bewusst mit dem Tod auseinander zu setzen und das Lebensende bewusst zu gestalten (‚Ars moriendi‘ – die Kunst des Sterbens <=> ‚Ars vivendi‘, die Kunst zu leben). Mit dem Maß der Auseinandersetzung mit dem Tod kann die Tiefe des Lebens verbunden sein. Mit der Situation des Ablebens sind nicht nur die verschiedenen Phänomene und Symptome, zum Beispiel die Sterbephasen nach Kübler-Ross bzw. Schmerzen und/oder Atemnot, verbunden. Gute Palliativpflege – und damit ist eine reflektierte und durchdachte Unterstützung am Ende des Lebens gemeint - unterscheidet genau zwischen einer problematischen Lebensverlängerung durch Medikalisierung bzw. Apparateinsatz und Wahrung einer bestmöglichen Lebensqualität; auch wenn dadurch etwas weniger an Lebensquantität verbunden wäre. In diese Überlegungen sind auch die Angehörigen der PalliativpatientInnen mit einzubeziehen. Der Kontext ist einfach auszudrücken: Geht es den PatientInnen gut, geht es auch den Angehörigen gut. Zum guten Sterben können auch spirituelle Bedürfnisse der PatientInnen und deren Angehörigen gehören. Das hängt von der Art der Bedürfnisse ab, die die PatientInnen und Angehörigen aus der Kindheit und Jugendzeit mitbringen oder in seltenen Fällen durch die Krankheit auch erst entwickeln. Ein gutes Sterben hat gemäß unserem gesellschaftlichen Verständnis einen Zusammenhang mit einem individuellen Sterben. Normativ betrachtet kann gutes Sterben am ehesten dann stattfinden, wenn es gelingt, dass die PatientInnen die Problematik des Sterbens erkennen, verbalisieren können und dadurch den Tod möglicherweise leichter zu akzeptieren

¹²⁵ Siehe die Wechselwirkungen zwischen aristotelischer Philosophie und Christentum seit den Anfängen des Christentums.

in der Lage sind. Genauso kann es im Sinne eines positiven Sterbeverständnisses problematisch sein, wenn ein Mensch alleine stirbt. Auch hier sind die Pflegenden gefordert, aufklärend und vermittelnd tätig zu sein.

Wie kann eine gute Beziehung zwischen Pflegeperson und PatientIn bzw. Angehörigen aufgebaut werden? Das Dreiphasen- bzw. Beratungsmodell nach Egan (1981) kann dabei hilfreich sein:

- (1) Phase 1: *Analysieren* (aktives Zuhören, zentrale Aspekte herausarbeiten, reagieren auf Gefühle)
- (2) Phase 2: *Verstehen* (Gesprächsführung und Leitung, Verständnis zeigen, Informationen und Rat geben, wenn das gewünscht wird)
- (3) Phase 3: *Aktion und Beurteilung* (das Planen konkreter Maßnahmen, ev. voraussehbare Situationen antizipieren).

Wie Annette Kulbe (vgl. Kulbe, 2008, S. 11f.) ausführt, ist Palliativpflege nicht mit ‚normaler‘ Pflege, d.h. mit der Pflege von KurativpatientInnen zu vergleichen. Die Autorin führt als Beispiele für diese Behauptung an, dass KurativpatientInnen im Rahmen der Morgenarbeit gewaschen werden müssen, das Bett muss neu gemacht werden; die Grundpflege ist nach bestimmten Vorgaben durchzuführen. Anders verhält es sich bei PalliativpatientInnen. Praktisch dem Tod geweihte PatientInnen müssen nicht mehr um sechs Uhr am Morgen zum Fiebermessen und Bettenmachen geweckt werden; sie sollen so lange schlafen können, wie sie wollen. Hier kann Grundpflege auch einmal nur ‚Katzenwäsche‘ bedeuten. Das bedeutet natürlich nicht, dass die PatientInnen in der Palliativpflege vernachlässigt werden dürfen. PalliativpatientInnen haben manchmal ein Lieblingskleidungsstück, das sie auch einmal einen Tag länger tragen dürfen. Zumal die Manipulationen des Wäschewechsels bzw. der Morgenarbeit für die PalliativpatientInnen oftmals mit Mühsal und Schmerzen verbunden sein kann (vgl. Kulbe, 2008, S. 11ff.). Auch bei der Lagerungsarbeit werden von Kulbe Unterschiede beschrieben. Gibt es für PatientInnen im kurativen Bereich im Sinne einer Dekubitusprophylaxe genaue Lagerungspläne, bevorzugen dem Sterben nahe PatientInnen häufig eine

Kuschellage, weil das einerseits ihr Wohlbefinden erhöht und andererseits mit dem Umlagern Schmerzen verbunden sein können. Das PatientInnenzimmer in Kurativabteilungen ist meist aufgeräumt und enthält Pflegeutensilien, es sieht darin unter Umständen ein wenig nach Krankenzimmer aus. Das Zimmer von PalliativpatientInnen stellt den letzten Lebensort der PatientInnen dar. Pflegeartikel sind meist unsichtbar verstaut. Stattdessen stehen hier die Lieblingsgegenstände im Vordergrund. Es herrscht das Bemühen, eine gemütliche Atmosphäre herzustellen (vgl. ebenda).

Der Speiseplan ist wohlgeplant und weit im Voraus erstellt, meist auch dem Wochenplan entsprechend ausgefüllt und die Speisen bestellt. Die Verabreichung erfolgt in der Regel über ein Tablettssystem. Bei PalliativpatientInnen ist die Situation ganz anders: sie haben meist wenig oder keinen Appetit. Daher werden nach Maßgabe ihres Appetits oft nur sehr kleine Mengen an Speisen gereicht. Diese werden aber sehr appetitlich zubereitet. Oft essen die PalliativpatientInnen aber selbst das Wenige nicht. Ähnlich individuelle Überlegungen gibt es für die Besuchsregelungen: Während es auf den ‚normalen‘ Stationen mehr oder weniger feste Besuchszeiten gibt, können Angehörige die PalliativpatientInnen in der Regel fast zu jeder Tag- und Nachtzeit besuchen und nach Möglichkeit sogar übernachten (vgl. ebenda). Wenn Verbandwechsel notwendig sind, müssen diese bei chirurgischen PatientInnen nach genauen Regeln und streng steril durchgeführt werden. Verbände bei palliativ zu behandelnden PatientInnen müssen selbstverständlich auch den Grundregeln der sachgerechten Wundversorgung entsprechen. Ein Verbandwechsel bei einer Palliativpatientin/bei einem Palliativpatienten kann aber Anknüpfungspunkt für ein gutes und notwendiges Gespräch sein. Dann kann so ein Verbandswechsel die Gelegenheit für ein Gespräch über den stets wachsenden Tumor genutzt werden (vgl. ebenda). Als ‚stille Pflege‘ bezeichnet die Autorin eine einfühlsame Pflege, die dem/der Sterbenden angemessen ist (vgl. ebenda, S. 13f.). Das kann bedeuten, dass den PatientInnen ihre Lieblingsmusik zu Gehör gebracht wird; dass die Hand der Pflegeperson da ist, sich aber nicht aufdrängt. Eine erfahrene Pflegeperson führt im Interview diese Möglichkeit ausdrücklich als Angebot und Möglichkeit an. ‚Stille Pflege‘ ist Pflege ohne große Worte. ‚Stille Pflege‘ ist wortloses Verstehen. Der sterbende Mensch kann und/oder will oft nicht mehr sprechen. Dazusein und vor allem auch Dazubleiben in der Zeit, wenn der Tod sich nähert und der/die

Todgeweihte mit dem Tod ringt, einfach bis zum letzten Atemzug mit dem/der PatientIn zu sein, das alles ist auch ‚stille Pflege‘. Gemäß der Definition von Annette Kulbe wird „...Sterben als Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktion, an deren Ende der Tod steht, oder als die letzte natürliche Lebensphase des Menschen“ bezeichnet (Kulbe, 2008, S. 14).

Die Medizin unterscheidet unsichere Todeszeichen, zum Beispiel Abkühlen beginnend an den Extremitäten, blasse Haut, keine erkennbare Atmung, kein registrierbarer Herzschlag bzw. Puls¹²⁶ und sichere Todeszeichen wie beispielsweise Totenflecken, Totenstarre¹²⁷, starre Pupillen und Fäulnisgeruch. Erst wenn der Tod durch einen dazu befugten Arzt festgestellt und der Totenschein ausgestellt ist, gilt ein Mensch als tot. Des Weiteren wird zwischen klinischem Tod, der durch völligen Herz-Kreislaufstillstand gekennzeichnet ist, aber durch Reanimationsmaßnahmen unter Umständen wieder aufgehoben werden kann, und Hirntod, welcher irreversibel ist, unterschieden (vgl. ebenda, S. 142). Allerdings kann auch im Falle des Hirntodes eine Herz-Kreislauffunktion künstlich bzw. maschinell aufrechterhalten werden. Das wird vor allem dann angewandt, wenn eine Organentnahme angestrebt wird¹²⁸. Bedingt durch das meist höhere Alter und den schlechten organischen Zustand durch schwere und multimorbide Erkrankungen, wird eine Organentnahme bei PalliativpatientInnen nicht sehr häufig zur Diskussion stehen.

Schließlich wird vom ‚biologischen Tod‘ als der sichersten und weitreichendsten Bezeichnung des Zustandes des Todes gesprochen, wenn alle Organ- und Zellfunktionen untergegangen sind.

¹²⁶ Fehlende Atmung bzw. fehlender Puls (kein Herzschlag), denn diese Symptomatik trifft u. U. auch bei tiefer Bewusstlosigkeit zu. Im letztgenannten Fall sind sofort vitale Maßnahmen (Atemspende; Herz-Druck-Massage) einzuleiten. Die Feststellung des Todes erfolgt immer durch einen Arzt bzw. eine Ärztin – die amtliche Todesfeststellung erfolgt durch einen zur Totenbeschau amtlich befugten Arzt oder eine Ärztin.

¹²⁷ Totenflecken und Totenstarre sind keine sicheren Todeszeichen, da das Auftreten dieser physiologisch-biologisch bedingten Abbauprodukte auf eine bestimmte Zeitspanne beschränkt ist.

¹²⁸ Im Gegensatz zur deutschen Gesetzeslage, muss in Österreich dazu keine Einwilligungserklärung vorliegen. In Österreich bedarf es der ausdrücklichen Nichtzustimmungs-Erklärung.

4 Die Gemeinschaft der Lebenden und der Toten

Constantin von Barloewen bezeichnet den Tod als langen Schlaf und eine der wenigen universalen Erfahrungen menschlicher Existenz. Der Tod ist zum einen ein unausweichliches finales Ereignis von absoluter Gewissheit und zum anderen ein zutiefst geheimnisvolles dynamisches Geschehen (vgl. Barloewen, 1996, S. 9). Auch Tiere können ein bestimmtes instinktiv-diffuses Todesverständnis besitzen. Elefanten beispielsweise suchen zur Zeit des herannahenden Todes bestimmte Plätze auf, die so genannten ‚Friedhöfe‘; Lachse kehren zur Laichzeit von der offenen See in die Flüsse zurück, wo sie einst selbst ihren Ausgang nahmen, um dort zu laichen – und zu sterben. Aber der Mensch ist das einzige Lebewesen, das ein Bewusstsein über sein Sterben hat. Deshalb kann er ein Verhalten gegenüber dem Sterben und dem Tod entwickeln (vgl. Heller, 2003, S. 10f.).

Die Welt der Lebenden ist mit der Welt der Toten enger verknüpft, als das gemeinhin angenommen wird. Der Tod löscht zwar die Person im juristischen Sinne aus, sie wird aber nicht rechtlos. „...die Integrität ihrer sterblichen Überreste ist gesetzlich geschützt...“ (Hasenfratz, 1998, 9). Diese Integrität erfährt durch den heute sehr akut gewordenen Organbedarf eine Dynamik und fallweise auch eine ethische Problematik. Wie auch immer die gesetzliche Regelung lautet: die Lebenden holen sich von den Toten Organe, sie entnehmen ihnen Nieren, Herzen, Hornhäute,... Degradieren wir unsere Toten dadurch zum Ersatzteillager oder handeln wir ganz in ihrem Sinne, wenn wir uns von ihnen nehmen, um zu leben? Und leben sie durch die Spende ihres Organs nicht umso mehr in uns? Obwohl die spezielle ethische Frage der Organspendeproblematik bei dieser Arbeit nicht im Fokus der Forschung steht, können diese Überlegungen auch für das Palliativwesen nicht völlig ausgeblendet werden. Auch aus diesem Blickwinkel betrachtet, kann eine rigorose Trennungslinie zwischen den Lebenden und Toten nicht gezogen werden. Kultisch-rituelle Traditionen sehen die Toten manchmal sogar als fähig an, Speisen und Getränke zu sich zu nehmen. Symbolisch wird das in der Form des Totenmahles¹²⁹ praktiziert. Von altgriechischen Grabamphoren angefangen, bei denen durch Hohlräume Nahrungsspenden ins Innere des Grabes ins Erdreich und zu den Toten geleitet werden, bis zu einem

¹²⁹ Das Leichenmahl gibt es auch in unserer Kultur und wird landläufig ‚Leichenschmaus‘ genannt.

Loch¹³⁰ in den Megalithgräbern und den Gräbern vornehmer Verstorbener des alten Ägyptens, gibt es Zeugnisse postmortaler Festmähler (vgl. ebenda, 15ff.). Andererseits wird in ethnologischen Schriften von extrem engen Lebensgemeinschaften zwischen den Lebenden und den Toten berichtet. Solche Formen sind durch den so genannten ‚Endokannibalismus‘ bzw. ‚Erbkannibalismus‘ bekannt. Dazu kam es, als sich in manchen Kulturen Familienmitglieder oder sonst den Toten Nahestehende mit als besonders kraft- und/oder seelenhaltig geltenden Teilen des Leichnams, beispielsweise Hirn, Herz, Leber, Knochen, Fett oder Leichensekrete, die Kraft und Energie des Verstorbenen im wahrsten Wortsinne ‚einverleibten‘ (vgl. ebenda, 61ff.). Diese intensiven und kannibalischen Formen sind nicht nur durch Mythen aus dem indonesischen Raum und aus Neuseeland und Neuguinea, sondern auch aus anderen Kontinenten überliefert.

Die Praxis des Endokannibalismus bzw. Erbkannibalismus ist aus pathologischer Sicht nicht unbedenklich. Sie kann zu einer BSE-ähnlichen Erkrankung führen, die als ‚Kuru-Krankheit‘, ‚der Lachende Tod‘, bezeichnet wird.

Rudimentäre Elemente dieses Zusammenlebens von Lebenden und Toten sind auch in älteren europäischen Traditionen vorhanden: dem Sterbenden nahe stehende Personen, zum Beispiel das Kind oder ein Enkel, küssen den Sterbenden und hoffen so, einen letzten Hauch des Sterbenden mit dem Mund aufzufangen. Auch damit dürfte die Hoffnung auf Übertragung der Energie des Sterbenden auf den/die Hinterbliebene(n) verbunden gewesen sein.

Als sehr intensive Form religiöser Gemeinschaft zwischen dem Religionsstifter der Christen, Jesus Christus, über seinen leiblichen Tod hinaus, lässt sich auch das gemeinsame Mahl der Katholiken, die ‚heilige Kommunion‘, verstehen. Das Wort ‚Kommunion‘ ist in seiner Wortableitung von ‚Kommunio‘ – lat.: ‚die Gemeinschaft‘ – insofern selbsterklärend, als es sich dabei um eine extrem tiefe Gemeinschaft der katholischen Christen mit Jesus Christus handelt. Im gemeinsamen Mahl reicht der Priester mit den Worten das Brot: „Das ist mein Leib, der für euch hingegeben wurde!“. Dasselbe liturgische Vorgehen erfolgt mit dem Wein und mit den liturgischen Worten: „Das ist mein Blut, das für euch und für alle vergossen wurde zur Vergebung der Sünden!“ In diesen zentralen Worten der Heiligen

¹³⁰ Das wird auch als ‚Seelenloch‘ bezeichnet.

Messe der Katholiken wird auch die dogmatische Begründung der Sinnstiftung des Sich-Hingebens für die Vergebung der Sünden aller Menschen artikuliert. Dieser Textpassage der so genannten Konsekrationsworte¹³¹ folgt die Aufforderung: „Tut dies zu meinem Gedächtnis!“. Das entspricht einer Aufforderung zur immerwährenden Wiederholung dieses liturgischen Mahles in Erinnerung an den Tod Jesus Christus. Für den evangelischen Zweig der Christen ist das Abendmahl hingegen nicht im streng wörtlichen Sinn als Verwandlung des geweihten Brotes in den Leib und des geweihten Weines in das Blut Christi zu verstehen. Hier steht der soziale Aspekt der Gemeinschaftlichkeit im Vordergrund, und Brot und Wein werden bei den evangelischen Christen nur symbolisch als Leib und Blut Christi verstanden¹³².

Es gibt religionspädagogische Erfahrungen¹³³ die zeigen, dass katholische Kinder im Rahmen des Vorbereitungsunterrichtes zur ‚Erstkommunion‘¹³⁴ fragen, ob sie mit dem heiligen Brot jetzt auch ‚den Jesus essen‘. Hier müssen die ReligionspädagogInnen behutsam Aufklärungsarbeit leisten.

Eine weitere These für die zumindest fiktive Unzertrennlichkeit zwischen Lebenden und Toten ist es, dass der Tod eines der Ehepartner nicht automatisch und auf allen Ebenen menschlicher Existenz die Ehe auflösen muss. Auch wenn das offizielle kirchliche Eheversprechen „...bis dass der Tod euch scheidet“ lautet, hat das ‚pacta sunt servanda‘¹³⁵ in manchen Kulturen über den Tod hinaus Gültigkeit. Nämlich dann, wenn der Überlebende bzw. die Gesellschaft per conventionem das so sieht. So gibt es auch immer wieder Menschen, die nach dem Tod ihres Partners/ihrer Partnerin keine weitere Beziehung bzw. Ehe mehr eingehen. Noch bis ins 19. und 20. Jahrhundert hinein galt in Teilen Südtirols und der französischen Schweiz die Wiederverheiratung verwitweter Personen als anstößig. Im Mittelalter war es üblich, dass die Witwe des Verstorbenen den Wohnungs- bzw. Hausschlüssel auf den Leichnam des verstorbenen Ehepartners, den Sarg, aber zumindest auf das Grab legte. Erst mit der Rückgabe der quasi ehelichen Schlüsselgewalt, war die Witwe dann von der Ehe offiziell entbunden.

¹³¹ ‚Konsekration‘ – die (Ver-)Wandlung des Brotes in den Leib und des Weines in das Blut Christi.

¹³² Siehe auch das Kapitel ‚Christentum – Reformation‘.

¹³³ Es handelt sich um die Erfahrungen des Verfassers aus seiner Tätigkeit als Religionspädagoge.

¹³⁴ Welcher in der Regel im Alter zwischen acht und zehn Jahren stattfindet; Anm. d. Verf.

¹³⁵ Lat. : ‚Verträge sind einzuhalten‘; ‚Verträge müssen eingehalten werden‘.

Auch umgekehrt kam es vor, dass eine Ehe zustande kam, obwohl der Bräutigam vor der Eheschließung verstarb. Dann legte sich die Braut in Anwesenheit eines Priesters neben den toten Bräutigam. Der gemeinsame Bettgang wurde bestätigt und die neuvermählte Ehefrau kam in den Status aller – vor allem auch der wirtschaftlichen – Rechte einer Ehefrau (vgl. ebenda, S. 43f.).

Durch Totenrecht und Totenfolge können nach alter Tradition aber auch sexuelle Ansprüche des/der Toten mit dem (noch) lebenden Teil der Partnerschaft zumindest intenzionell bestehen. Dieses Denken hatte mit Vitalitätsströmungen zu tun, die in beiderlei Richtungen gingen. Wenn der Leichnam zerstückelt wurde, konnte der Vitalitätsfluss allerdings kurzgeschlossen bzw. abgebrochen werden. Wenn die Leichenteile dann im Acker vergraben wurden und sich die freiwerdenden menschlichen Stoffe an die Nutzpflanzen anreicherten, kamen die energetischen Wirkungen erst recht wieder auf die Lebenden zurück (vgl. ebenda, S. 111f.). Auch wenn das zuletzt angeführte Beispiel auf das prähistorische Ägypten zurückreicht, zeigt es doch die Verbundenheit der Lebenden mit den Toten und dass eine Trennung zwischen den auf den ersten Blick so gegensätzlichen Zuständen keinesfalls von einer derartigen Rigidität ist, wie das im alltäglichen Leben meist empfunden wird.

5 Der Prozess des Sterbens

„Scit Genius, natale comes qui temperat astrum, naturae deus humanae, mortalis in unum – quodque caput,...“ (Horaz, Ep. 2, 22, 186)

„...der göttliche Genius des Menschen ist sterblich; er endet mit dem Tod des Menschen...“

Sterben und Tod spielen eine zentrale Rolle in der Palliativpflege. Sterben und Tod sind die nahen und endgültigen Ereignisse, die auf den unheilbar kranken Menschen und deren Angehörige in absehbarer Zeit zukommen. Es sind dramatische Ereignisse, die jeden treffen, aber ganz unterschiedlich empfunden und erlebt werden. Gibt es Phasen des Sterbeprozesses, die allgemeine Gültigkeit

haben, ist die Art und Weise wie ein Mensch letztendlich stirbt so verschieden, wie es Sterbende gibt.

Allgemein wird die Palliativpflege in drei Phasen eingeteilt (vgl. ebenda, 1998, 8ff.).

- *Die Präterminalphase:* Sie kann mehrere Wochen, sogar Monate dauern. Die Präterminalphase beginnt mit der absehbaren Zeitspanne bis zum Tod. Mit dem Bewusstwerden, dass die noch verbleibende Lebenszeit stark bedroht bzw. begrenzt ist, beginnt der Sterbeprozess im weiteren Sinne. In früheren Jahrzehnten, als man den Menschen manchmal aus einem falsch verstandenen Verständnis des Schonens die Tragweite der Krankheit nicht mitgeteilt hat, konnten Menschen mit einer tödlich endenden Krankheit die ihnen verbleibende Zeit oft nicht mehr zur Regelung wichtiger Angelegenheiten nutzen. Das Erstellen eines Testaments, das bewusste Noch-erleben-Können eines wichtigen Familienereignisses wie die Hochzeit eines Kindes oder die Geburt eines Enkelkindes blieb aus oder wurde nicht in voller Intensität erlebt. Es ist aber zu beachten, dass das Hören einer medizinischen Information für die Betroffenen noch nicht automatisch auch das Verstehen bzw. Realisieren der Information bedeutet. Vielfach treten dabei Verdrängungs- bzw. Leugungsmechanismen in Erscheinung. Diese Phänomene treffen auf die Angehörigen oft genauso zu wie für die PatientInnen selbst. Einerseits wollen sie den Verlust ihres Angehörigen in dieser Absehbarkeit und Unverrückbarkeit nicht wahrhaben, andererseits werden sie sich dadurch ihrer eigenen Sterblichkeit bewusst.
- *Die Terminalphase:* Mit diesem Begriff werden die letzten Tage der PalliativpatientInnen bezeichnet. Diese Phase ist von Symptomen gekennzeichnet, die das Ende des Lebens ankündigen: Es handelt sich dabei um ein stetiges Schwächerwerden, um eine scheinbare oder auch echte Verwirrtheit, verbunden mit einem zunehmenden Rückzug aus der Welt und auch aus sozialen Verbindungen. Auch diese Phänomene werden bei den entsprechenden Phasen von Kübler-Ross beschrieben.
- *Der ‚Zustand in extremis‘:* Es handelt sich um die letzten Stunden im Leben eines Menschen in der Palliativbehandlung. In dieser Zeit des ‚äußersten

Zustandes', treten auch verstärkt extreme Symptome auf: Es tritt eine Atmung mit Pausen, Rasseln und Schnappen nach Luft ein. Zuletzt atmen die PatientInnen auch oft röchelnd und mit offenem Mund. Dieses finale Respirationsphänomen wird medizinisch als ‚Kussmaul'sche Atmung' bezeichnet. Die Haut ist kalt, blass bzw. marmoriert, der Schluckreflex funktioniert nicht mehr so gut, daher kommt es zu Flüssigkeitsansammlungen im Bereich der Lunge bzw. des Rachens. Weitere Symptome zeigen sich oftmals in einem abwesenden, nach oben gerichteten Blick, manchmal lassen die PatientInnen Harn und/oder Stuhl unter sich, zeigen Bewusstseinsveränderungen im Sinne von Somnolenz¹³⁶, Trübung bzw. Verwirrtheit und auch langsam einsetzendem Koma¹³⁷. Schließlich zeigen Nase und Kinn das so genannte ‚Todesdreieck', welches aus dem Verlust des Baufettes im Bereich Nase und Kinn resultiert. Es kann für die Angehörigen hilfreich sein, wenn sie in geeigneter Form über die Symptome aufgeklärt werden. Sie können sich dann in Ruhe und nach Bedarf mit diesen Phänomenen beschäftigen und verstehen die Situation dieses letzten äußersten Zustandes besser und können ihn möglicherweise daher auch besser psychisch verarbeiten.

Die in der Schweiz geborene Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross hat ihre Forschungsarbeiten schon in den späten 1960er Jahren publiziert. „On Death and Dying“ erschien beispielsweise bereits 1969 in London. 1971 erschien dann das Buch „Interviews mit Sterbenden“ im Kreuz-Verlag.

Damit war nicht nur ein Anfang der Sterbeforschung im allgemeinen Sinne gemacht, es war auch der Beginn einer Reihe von Gesprächs- bzw. Interviewaufzeichnungen der Autorin mit Sterbenden.

¹³⁶ Somnolenz = lat. Schläfrigkeit.

¹³⁷ Koma: tiefe Bewusstlosigkeit

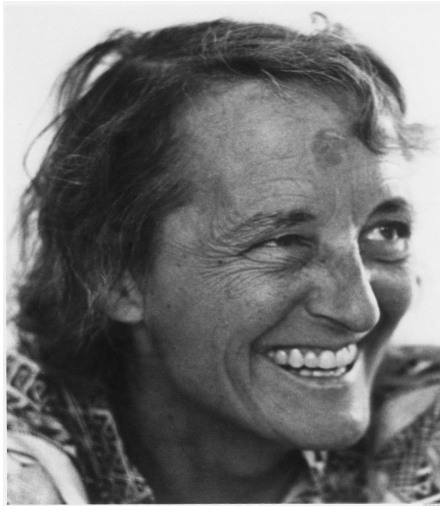


Abb. 25, links: Die Fachärztin für Psychiatrie und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross¹³⁸

Abb. 26, rechts: Elisabeth Kübler-Ross im Gespräch mit einer Palliativpatientin

Kübler-Ross schreibt im Vorwort ihres Buches „Interviews mit Sterbenden“ (vgl. Kübler-Ross, 1971, S. 7), dass es ihr bei diesem Buch weder um ein Lehrbuch noch um eine Psychologie im Umgang mit Sterbenden gegangen sei. Sie wollte damit einfach auf Möglichkeiten hinweisen, wie der Sterbende als Mensch wahrgenommen wird, dass mit den Betroffenen das Gespräch geführt wird und wir umgekehrt von den Sterbenden etwas über die Vorzüge und Nachteile des Systems erfahren, in dem sie sich befinden. „...wir haben den Patienten gebeten, unser Lehrer zu werden, damit wir mehr als bisher über die Endstation des Lebens wissen, über seine Ängste, Sorgen und Hoffnungen...“ (ebenda, 1971, S.7).

Die PatientInnen/KlientInnen als Lehrer: das ist eine neue und wichtige Perspektive. Neu war auch die von Kübler-Ross entwickelte Systematik der Sterbephasen. Diese Sterbephasen tragen wesentlich zum Verstehen des Sterbeprozesses bei. Durch die Kenntnis der von Kübler-Ross entwickelten Sterbephasen werden Reaktionen, Aussagen und Handlungen von Menschen, die eine letale Diagnose erhalten haben und in der Folge verschiedene psychosoziale Zustände durchmachen, besser verstehbar. Daher sollen die fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross mit einigen erläuternden Anmerkungen hier Erwähnung finden.

¹³⁸ Online zur Verfügung gestellt unter: http://www.textezumfilm.de/bilder_elisabeth_kuebler-ross.jpg (26.5.2010).

5.1 Die erste Phase: Nichtwahrhaben-Wollen und Isolierung (vgl. ebenda, 1971, S.7ff.).

Das Nichtwahrhaben-Wollen ist eine erste Reaktion von Menschen, die eine sehr weit reichende und ihr Leben einschränkende – letztlich sogar ihr Leben zerstörende - Diagnose erfahren. Ob die Menschen die Wahrheit sofort und vollinhaltlich erfahren oder schrittweise mitgeteilt bekommen, ist dabei nicht von entscheidender Bedeutung.

Kübler-Ross berichtet von einer Patientin, die ihre Palliativdiagnose so verdrängte, dass sie sogar die offizielle Korrektur des Namens auf ihrem Befund verlangte¹³⁹. Als man ihrem Wunsch nicht nachkommen konnte, verließ sie die Klinik, suchte einen Arzt nach dem anderen auf – betrieb also eine Art ‚Diagnose-Shopping‘ - wusste aber insgeheim sehr wohl um die Richtigkeit der primär gestellten Diagnose. Für den Fall, dass sie Hilfe bräuchte, hielt sie Verbindung mit einem Arzt aufrecht, der über ihre wirkliche Befundlage Bescheid wusste. Im Verhalten dieser Patientin liegt ein großes Ambivalenz- bzw. Verleugnungspotenzial. Diese Verdrängung ist aber auch ein Zeichen dafür, dass die Patientin möglicherweise zu einem etwas zu frühen Zeitpunkt vollinhaltlich über die Diagnose und deren Folgen informiert worden war und die Last dieses Wissens zu diesem Zeitpunkt noch nicht tragen konnte. Es ist zu bedenken, dass ein Gespräch mit einem Menschen in dieser Situation und mit allen Folgen seiner Erkrankung zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich ist. Es ist mit einem hohen Maß an Feingefühl und Einfühlungsvermögen auszuloten, ob und wann ein derartiges Gespräch mit den Betroffenen geführt werden kann.

Manche PatientInnen entwickeln manisch-depressive Verhaltensweisen als Schutz zur Aufrechterhaltung ihrer Leugnungsstrategien. Manche versuchen, die schlimme Diagnose und das absehbare Sterben durch Aufsuchen von obskuren Heilern und Gesundheitsbetern, esoterisch und/oder magisch agierenden Personen, zu leugnen und das Unabwendbare in völlige Gesundheit umzuwandeln. Das kommt vor allem dann vor, wenn die von der letalen Diagnose betroffene Person nicht auf den Rückhalt der Familie oder eines Freundeskreis bauen kann und wenn

¹³⁹ Der Befund war richtig. Die Patientin wusste das auch, denn sie hatte sich immer einen Arzt im Hintergrund gehalten, der über die wirkliche medizinische Lage informiert war.

Gespräche im vertrauten Kreis von lieb gewonnenen und wichtigen Personen nicht stattfinden können und sich daher entsprechende Reflexionen nicht entfalten können. Dann ist es extrem wichtig, dass professionelle Betreuungspersonen Zugang zu der von der palliativen Krankheit betroffenen Person finden. Das werden in erster Linie klinische PsychologInnen sein. Bei einer entsprechenden spirituellen bzw. religiösen Einstellung der PatientInnen können aber auch qualifizierte und erfahrene SeelsorgerInnen hilfreich sein. Zu dieser Thematik hat die Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross einen auch heute noch gültigen Stand des Wissens geschaffen. In bestimmten Fällen kann es auch sinnvoll sein, die Leugnung zu akzeptieren – und wenn es sein muss bis zum Ende. Es sei hier der Vorstellung Ausdruck verliehen, dass es sich hier auch um ein künftiges wichtiges und interessantes Tätigkeitsfeld für PflegewissenschaftlerInnen handelt, sofern diese über eine volle psychologische Zusatzqualifikation verfügen. Als Begründung ist anzuführen, dass sie durch die zweifache Kompetenz die wünschenswerten Voraussetzungen hätten, die PatientInnen auch durch das Gespräch und ihre Aufklärungsarbeit auf ihrem palliativen Weg zu begleiten. Einschränkend ist wiederum zu erwähnen, dass Pflegepersonen, wenn sie Mitglieder eines Pflegeteamteams sind, dann auch dienstrechtliche Abhängigkeiten haben. Vorwiegend psychosozial tätige Pflegepersonen müssten daher im Wesentlichen von der pflegerischen Routinetätigkeit freigespielt und hauptsächlich für die psychische Betreuung schwer- bzw. infaust Erkrankter abgestellt sein.

5.2 Die zweite Phase: Zorn (vgl. ebenda, 1971, S. 50ff.).

Der ersten Reaktion der Leugnung bzw. Isolierung, folgt als zweiter der Zorn. Weitere Affekte im Zusammenhang mit dem Zorn können Wut, Groll und auch Neid sein. Die erste Phase ist durch die Illusion: ‚Ich doch nicht!‘ gekennzeichnet. In der Phase 2 stellen sich die Betroffenen typischerweise die Frage: ‚Warum gerade ich?‘. Die Phase des Zorns ist eine schwere Zeit für alle. Der Groll und Neid bezieht sich unter Umständen auf das gesamte soziale Umfeld: Es kann die oberflächlichen Krankenschwestern, die rein medizinisch agierenden und fehlerhaft arbeitenden Ärzte, die unzuverlässigen Angehörigen treffen, und so weiter...Alle diese möglichen negativen Projektionen sind aber nicht persönlich

gemeint. Mit ein wenig Einfühlungsvermögen ist diese Stimmung und Einstellung aus dem Zusammenhang heraus nachvollziehbar oder zumindest verstehbar. Wenn der/die Betroffene jetzt mehr Zuwendung erführe, käme es möglicherweise bald zur Beruhigung. Wie diese Phase des Zorns konkret verläuft, kann einerseits mit dem Charakter der Betroffenen andererseits aber auch mit den persönlichen Erfahrungen der PatientInnen im privaten und/oder beruflichen Umfeld zu tun haben. Es liegen hier angeborene und erworbene Verhaltensmuster vor.

5.3 Die dritte Phase: Verhandeln (vgl. ebenda, 1971, S. 77ff.)

Die dritte Phase wird von Kübler-Ross als die undifferenzierteste und flüchtigste dargestellt. Sie tritt vor allem in Erscheinung, wenn in der ersten Phase ein Anerkennen der Tatsachen nicht möglich war und in der zweiten Phase viel mit Gott und der Welt gehadert wurde. Bei der dritten Phase handelt es sich um eine Erscheinung frühkindlichen Ursprungs. Das Kind negiert zuerst unliebsame Entscheidungen der Eltern, dann trotzt es und zieht sich in sein Zimmer zurück. Schließlich erscheint es wieder und verhandelt mit den Eltern: ‚Ich mache das und das, wenn du mir diese oder jene Strafe¹⁴⁰ erlässt‘. Da die Verhandlungen des Kindes in der Familie gelegentlich erfolgreich verlaufen sind, hofft auch der Erwachsene mit der höheren Instanz ‚Gott‘ erfolgreich verhandeln zu können. Meist geht es bei diesen Verhandlungen um eine Verlängerung des durch die Krankheit befristeten Lebens. Die Autorin von ‚Interviews mit Sterbenden‘ führt als sehr berührendes Beispiel eine Sängerin an, die an einer bösartigen und entstellenden Krankheit im Bereich der Mundhöhle litt. Ihr zentrales Verhandlungsthema lautete: ‚Nur noch einmal auftreten!‘. Als Vorbereitung für die Strahlentherapie sollten ihr sämtliche Zähne gezogen werden. In einem Seminar schildert sie von Angesicht zu Angesicht mit den Seminar-TeilnehmerInnen ihr Leben. Kein Einweg-Spiegel und keine Videoübertragung schützt sie, als sie ihren Lebens- und Leidensweg schildert, ihre Erfolge, auch ihre Tragödie. Ein Anruf reißt sie aus ihrem Vorhaben, noch einmal vor Publikum singen zu dürfen: Arzt und Zahnarzt standen bereit, um die Zähne zu ziehen. - Die Opernsängerin verließ das Krankenhaus, ohne dass ihr die Zähne gezogen wurden. Sie konnte ohne

¹⁴⁰ Zum Beispiel: Fernsehverbot – Anm. d. Verf.

Bühne nicht leben. Es ist auch zu überlegen, ob diese Entscheidung im Sinne einer annehmbaren Lebensqualität nicht tatsächlich die bessere war.

Mit den Verhandlungen sind meist Versprechen der PatientInnen verbunden. Häufig wollen sie sich ganz Gott, der Kirche, oder auch der Wissenschaft widmen. Psychologisch betrachtet resultieren solche Versprechungen bzw. Widmungen aus einem diffusen Schuldgefühl. Die Befreiung von den Schuld- bzw. Bestrafungsgefühlen ist sehr wichtig. Sonst können sich die Schuldgefühle unter Umständen verstärken und manifestieren. Wenn die PatientInnen konfessionell orientiert sind, können bei der Befreiung von den Schuldgefühlen eventuell auch Seelsorger als betreuende Berufsgruppe effiziente entlastende Funktion haben. Gelingt es nicht, diese Schuldgefühle in den Griff zu bekommen, kann das verstärkt zur Ausprägung der nächsten Phase führen:

5.4 Die vierte Phase: Depression (vgl. ebenda, 1971, S. 80ff.)

Die Phase der Depression tritt ein, wenn ständig neu auftretende Symptome, notwendig werdende neuerliche Eingriffe und die zunehmende physische und/oder psychische Schwächung eine Leugnung nicht mehr zulassen. Dann können Zorn und Wut wegen des Gefühls des zu erwartenden großen Verlustes entstehen. Die Gesichter des Verlustes sind sehr unterschiedlich: bei gynäkologischen Erkrankungen kann es sich um den Verlust des Frauseins handeln, für die Opernsängerin war es die Vorstellung von einem entstellten Gesicht bzw. der zu verlierenden Stimme. Die Vorstellungen reichen – realistischweise – bis zum Verlust des Lebens. Für den Mann mit dem Prostatakrebs ist wiederum der Verlust der männlichen Potenz schwer zu ertragen. Aber auch der Verlust des Arbeitsplatzes nach langer Krankheit ist nicht zu unterschätzen. Der größte vorstellbare Verlust steht noch bevor – und er drängt sich immer mehr in das Bewusstsein der PatientInnen: der Abschied von der Familie, den Freunden; der Abschied von der Welt und der Verlust des Lebens. Dass die Folgen dieser Verluste das mögliche Eintreten einer Depression nach sich ziehen kann, ist verständlich. Psychologisch wird diese Depression weiter in zwei sehr unterschiedliche Arten differenziert: in eine erste, reaktive, und eine zweite, vorbereitende, Depression.

Wenn hilfreiche Hände im Haushalt und bei den Kindern der Patientin helfen, wenn Menschen Betroffenen mit Einfühlungsvermögen begegnen, wenn sich der/die PartnerIn interessiert und liebevoll zeigt, wenn der Frau, die an Gebärmutterkrebs erkrankt ist und operiert wurde und sich nicht mehr voll als Frau fühlt, ein nettes Kompliment gemacht wird, kann manchmal schon die Spitze der reaktiven Depression gemildert werden. Bei der reaktiven Depression geht es um Verlustängste im Zusammenhang mit Verlusten, die schon erfolgt sind. Wenn beispielsweise Kinder nicht mehr versorgt werden können, ist diese Situation nicht selten von derartigen Verlustängsten gekennzeichnet. Schwieriger ist der therapeutische Ansatz bei der vorbereitenden¹⁴¹ Depression. Hier geht es um drohende Verluste, um Verluste, die möglicherweise noch kommen werden in der Zukunft und um Trauer im Voraus. Aufheiterung und Ermunterung sind hier nicht wirksam bzw. bewirken das Gegenteil. Es ist wichtig, dass die von der prospektiven Depression Betroffenen trauern dürfen. Wer seine Sorgen, Ängste und Schmerzen artikulieren darf, kann oft besser bzw. leichter mit seinem Schicksal umgehen. Zuviel Einmischung würde die Betroffenen, die jetzt langsam ihren Blick mehr auf das Zukünftige als auf das Vergangene zu lenken beginnen, in ihrer Konzentration aber eher hemmen als fördern.

5.5 Die fünfte Phase: Zustimmung (vgl. ebenda, 1971, S. 99ff.)

Bei jeder der Phasen vor dem Sterben hat Elisabeth Kübler-Ross einen entsprechenden Satz von Tagore gesetzt. Bei der fünften und letzten Phase des Sterbens ist es ein kleiner Gedankenabsatz – der aber so treffend und zugleich berührend ist – dass er hier wiedergegeben werden soll:

¹⁴¹ Anm. d. Verf: Das Wort ‚vorbereitend‘ scheint nicht vollinhaltlich zutreffend, da eine Vorbereitung auf die kommenden Verluste weder genau vorhersehbar, noch ins Bewusstsein der Betroffenen gelangend sein muss.

Es wird daher vorgeschlagen, diese zweite, die Zukunft der Schwerkranken betreffende Depression als ‚prospektiv‘ (voraussichtlich, zukünftig) zu bezeichnen.

*„Ich muss Abschied nehmen. Sagt mir Lebewohl, meine Brüder!
Ich verneige mich vor euch allen, ich nehme Abschied von euch.
Die Schlüssel zu meiner Tür gebe ich zurück, nichts will ich mehr aus meinem Haus.
Ich bitte nur um eure letzten lieben Worte.
Lange waren wir Nachbarn, aber ich empfang mehr, als ich geben konnte.
Nun hat sich der Tag geneigt.
Die Lampe, die meinen dunklen Winkel erhellt, verlöscht.
Der Ruf ist ergangen.
Ich bin zum Aufbruch bereit‘.
(TAGORE)*

Es ist enorm wichtig, dass der/die Kranke jetzt noch die Zeit hat, alles Offene zu erledigen. Es ist wichtig, dass die betroffenen Schwerkranken bzw. Sterbenden die erste Phase, die Leugnung ihrer Krankheit und ihres Leidens, ihres Siechens und letztendlich auch ihres Sterbens, überwinden und nicht mit Zorn und Groll in die letzte Phase des Abschiednehmens gehen müssen. Die Pausen zwischen den Schlafphasen werden jetzt kürzer. Wir haben es genau mit dem Gegenteil der Entwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern zu tun. Diese dehnen ihre Wachphasen immer mehr aus. Die PalliativpatientInnen in dieser letzten Phase ihres Lebens ziehen sich vom Leben immer mehr zurück und legen immer mehr Schlafphasen ein. Die Schlafphasen dienen nun auch nicht mehr der Erholung von Schmerzen und Schwächeanfällen. Die Zeiten des Schlafens werden immer länger, die PatientInnen ziehen sich immer weiter vom weltlichen Geschehen zurück. Dieses Stadium des vielen Schlafens kann aber nicht als glückliches Stadium interpretiert werden. Elisabeth Kübler-Ross beschreibt diese Phase als praktisch emotionslos: ‚...sie [die Patientin; Anm. d. Verf.] ist frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei...‘ (ebenda, 1971, S. 99). Ein Patient hat diese Zeit als ‚eine Zeit der letzten Ruhe vor einer langen Reise‘ geschildert. Es ist ein Zustand eingetreten, in dem die Familie, die engsten Angehörigen, oft mehr Hilfe brauchen als die todkranken PatientInnen selbst. Der Radius der Interessen der/des Betroffenen wird immer enger. Radio und Fernsehen sind oft abgeschaltet, Besucher scheinen manchmal nicht willkommen zu sein, der Betroffene nimmt sie bestenfalls hin. Auch die Beredsamkeit ist meist stark eingeschränkt; einfache Gesten stehen im Vordergrund – wenn überhaupt kommuniziert wird. Eine kleine Handbewegung kann zum Bleiben auffordern.

Manchmal tut es dem Kranken gut, wenn seine Hand gehalten wird. Wer diese Situation aushält, erlebt eine extrem starke, reflektierende Kommunikation mit dem Sterbenden; aber auch mit sich und seinem Leben. Reden ist nicht notwendig, die Symbolik vermittelt, dass der/die BesucherIn bis zuletzt beim Sterbenden sein wird. Von Bedeutung ist, dass jetzt eine ruhige Atmosphäre für PatientIn wie BesucherIn herrscht. Dazu bieten sich vor allem die Abendstunden an, wenn der Routinebetrieb auf der Palliativstation langsam zu Ende geht. Medizinisch ist kaum noch etwas zu tun für die/den Sterbende(n). In der Ruhe über dem Ganzen liegt etwas Tröstliches; tröstlich ist auch für die Besucher, dass das Sterben nicht so schlimm zu sein scheint, wie die meisten Menschen glauben.

Elisabeth Kübler-Ross hat hunderte Tagungen, Seminare und Vorträge zum Thema Sterben, Sterbephasen, Sterbebegleitung und Gespräche/Interviews mit Sterbenden gehalten¹⁴². Themen wie ‚Religion‘ und ‚Leben nach dem Tod‘ hat sie dabei bewusst ausgeschlossen. Jegliche spekulative Theorien und Haltungen zu diesem Thema sind ihr fremd. Sie verteufelt solche Haltungen nicht, sondern überlässt sie anderen. Ihre Theorien sind wissenschaftlich abgesichert und seriös. Danach gefragt, wie man mit Menschen, die schwer bzw. unheilbar krank sind, spricht, hat die Sterbeforscherin nie einen Zweifel darüber gelassen, dass die Information des/der PatientIn Aufgabe der Ärzteschaft ist. Erst wenn diese wichtige Aufgabe von den ÄrztInnen – aus welchen Gründen auch immer – nicht wahrgenommen werden kann, ist eine Aufklärung durch Personen aus anderen medizinischen und/oder pflegerisch-sozialen Berufsgruppen überhaupt denkbar. Und auch das darf nur dann erfolgen, wenn es einen ausdrücklichen Auftrag bzw. den Wunsch der verantwortlichen ÄrztInnen gibt. Eine Ausnahme davon stellen die nächsten Angehörigen dar. Sie können konkret über die Situation des Krankheitszustandes sprechen. Aber auch diese nächsten Angehörigen brauchen unbedingt verlässliche Quellen für ihre Informationen. Diese können in der Regel wiederum nur aus den Reihen der behandelnden ÄrztInnen kommen.

¹⁴² Das Buch ‚Was können wir noch tun? – Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod‘, 1974 erschienen, 2003 als Taschenbuch, ist auf der Grundlage von Fragen aufgebaut, die Angehörige verschiedener Berufsgruppen, die mit Sterbenden zu tun haben, in den Kursen von E. Kübler-Ross gestellt haben. Diese werden von der Autorin gut verständlich und kompakt beantwortet. Wenn man bedenkt, dass heute in den Internet-Foren meist eine Liste häufig vorkommender Fragen (FAQ - frequently asked questions) angeführt ist, stellt das obgenannte Buch ein didaktisch schon sehr modernes Medium des Lernens dar.

Kübler-Ross ist in den Vorträgen und Seminaren auch immer wieder darauf angesprochen worden, ob man von sich aus das Gespräch mit den PalliativpatientInnen expressis verbis auf Sterben und Tod richten soll. Das lehnt die Autorin mit der Begründung ab, dass man dadurch die PatientInnen unnötig ängstigen würde. Außerdem würde man sie ihrer Lebensmotivation und Hoffnung, die sie bis in die letzte Phase brauchen, berauben. Oft ist es so, dass in einem allgemein gehaltenen Gespräch über die Krankheit und den Zustand der Betroffenen, diese selbst rasch auf das Sterben bzw. die Prognose zu sprechen kommen. Ein solches Gespräch sollte immer von den betroffenen PatientInnen ausgehen (vgl. Kübler-Ross, 1974, S. 9ff.).

Die Fragen, die an Elisabeth Kübler-Ross im Rahmen der Seminare und Vorträge gestellt wurden, lassen sich in verschiedene Fragenkomplexe bzw. Themenbereiche zusammenfassen: *die Information des Kranken und seiner Angehörigen durch die ÄrztInnen, die Schwierigkeiten, die mit der Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PatientInnen, Angehörigen und Personen anderer betroffener Berufsgruppen verbunden ist.* Weitere Fragenkomplexe haben die bereits oben erwähnten fünf Phasen des Sterbens zum Inhalt: *Nichtwahrhabenwollen und Isolierung, Zorn, Verhandeln, Depression und Annehmen des Schicksals am Ende des Lebens*, aber auch: *Besondere Formen der Kommunikation, das Phänomen Selbstmord bei todbringender Krankheit, der plötzliche und unerwartete Tod, die Frage der Verlängerung des Lebens, wo ist der beste Ort für sterbende PatientInnen - zu Hause oder im Krankenhaus – und das psychische Problem mit den Hinterbliebenen.*

6 Die Kommunikation mit Sterbenden

Kulbe unterscheidet drei wesentliche Phasen bei der Kommunikation Sterbender (vgl. Kulbe, 2008, S 48):

- I. *Phase:* Es besteht *ein erhöhtes Kommunikationsbedürfnis* von Seiten der PalliativpatientInnen. Die KlientInnen haben, insbesondere wenn sie neu

auf die Station gekommen sind, oft ein erhöhtes Bedürfnis zu kommunizieren. Einerseits möchten sie sich einen Überblick über die neue Situation verschaffen, andererseits sind sie wegen des Wissens um ihre Diagnose und die möglicherweise schlechte Prognose sehr unruhig. Auch umgekehrt gibt es jetzt bei den professionell Betreuenden ein gesteigertes Kommunikationsbedürfnis, weil sie die PatientInnen und ihr soziales Umfeld kennen lernen möchten. Und auch die Angehörigen zeigen in diesem Anfangsstadium der PalliativpatientInnen auf der Station ein erhöhtes Interesse an der Situation der PatientInnen und möchten die Pflegenden und ÄrztInnen kennen lernen.

- II. *Phase: Das verringerte Kommunikationsbedürfnis der PatientInnen:* Das Bedürfnis nach Kommunikation seitens der PatientInnen nimmt deutlich ab. Auch das Interesse an Besuchern ist reduziert. Und die Zahl derer, mit denen die PatientInnen kommunizieren wollen, ist stark eingeschränkt. Es kommt zu einem erhöhten Schlafbedürfnis, zu Rückzug, Lebensbilanzierung und eventuell auch zu religiöser Auseinandersetzung.
- III. *Phase: Die Phase der Symbolsprache:* Der/die Sterbende kann entweder ein unruhiges Verhalten zeigen, sieht Personen oder Dinge, die in Wirklichkeit nicht im Zimmer vorhanden sind, oder wird auffallend ruhig. Er/sie spricht mit unsichtbaren Personen, gestikuliert und spricht in Symbolen. Schließlich artikulieren die PatientInnen oft überhaupt nur mehr nonverbal. Jetzt ist Empathie wichtig: das Lieblingskissen, die Musik, die die PatientInnen immer am liebsten mochten, die gewohnten Rituale, das sollte jetzt verstärkt gepflegt werden. Andererseits kann auch das Gefühl der Normalität eine für die Betroffenen wichtige Gewissheit sein. Tritt die akute Sterbephase ein, entwickeln sich die Sterbenden zu Grenzgängern zwischen dieser und jener Welt. Sie können oft zwischen dem Drüben und Herüben nicht mehr klar unterscheiden. Es ist in dieser allerletzten Phase des Lebens wichtig, loslassen zu können. Das ist für beide Seiten zutreffend. Es gilt zu verstehen, dass sich der sterbende Mensch auf die endgültige Reise macht.

7 Kritik an der Multikulturalität in der Palliativpflege

Abgesehen von aller Notwendigkeit des Eingehens auf die spezielle kulturelle, spirituelle bzw. religiöse Seite der PalliativpatientInnen und der dadurch unbedingt notwendigen Empathie von Seiten der Pflegepersonen, ist auch auf die Bereicherung hinzuweisen, die für die Pflegepersonen mit dem Kennenlernen des großen Spektrums an Kulturen und Religionen per se verbunden ist.

Es gilt aber auch auf die Gefahren eines Zuviel an Kulturalität bzw. von nicht optimal angewandter Kulturalität bzw. Spiritualität hinzuweisen. In diesem Zusammenhang sei vor allem auf Yasmin Gunaratnam Bezug genommen, die in Heller: „Aller Einkehr ist der Tod“ (vgl. Heller, 2003) auf ein mögliches Zuviel an Kulturalität und Spiritualität aufmerksam macht. Sie macht die Kritik am Beispiel der besonderen spirituellen, sprachlichen und diätetischen Bedürfnissen von Schwarzen und ethnischen Minderheiten deutlich. Die Kritik Gunaratnams bezieht sich vor allem auf die beliebten kulturellen Faktenkataloge bzw. Checklisten. Diese erfreuen sich als ebenso einfache wie didaktisch effektive Hilfsmittel zur Schulung von Fachpersonal – in diesem Fall handelt es sich um Pflegepersonen – großer Beliebtheit. Faktenkataloge und Checklisten wären nicht generell schlecht, enthielten aber das Potenzial eines Diskriminierungsrepteroires (vgl. Gunaratnam, 2003, S. 145f.).

Die These, dass ein rigoros angewandter Faktenkatalog bzw. eine Checkliste Diskriminierungspotenzial enthält, ist prinzipiell nachvollziehbar. Wenn in der Palliativpflege von Farbigen bzw. ethnischen Minderheiten zum Beispiel genau diese oder jene spirituelle Maßnahme vorgeschlagen wird, kann damit eine Exposition für die PatientInnen und deshalb eine mögliche Diskriminierung¹⁴³ verbunden sein.

¹⁴³ Lateinisches Wörterbuch ‚Stowasser‘, 1994, S. 161: dis-crimen, minis, n. 1. Scheidelinie, -wand a. Abstand, Entfernung; b. Zwischenraum; 2. Unterschied, Unterscheidung; 3. Entscheidung; 4. Krise, Gefahr, Bedrängnis.

Im Begriff ‚unterscheiden‘ liegt a priori noch nicht der psychosozial negative Beigeschmack dessen, was im Alltag unter ‚diskriminieren‘ verstanden wird; eine unangenehm empfundene Betonung eines Menschen, oder von bestimmten Merkmalen (rassisch, religiös, bestimmte Lebensdaten,...). Der Effekt der Diskriminierung ist besonders historisch und totalitären Regimen (zum Beispiel im Nationalsozialismus) deutlich und für die Betroffenen (Juden, Zigeuner, andere Minderheiten) prekär geworden.

Gemäß einer Fokusgruppen-Diskussion, die die Autorin in einem Londoner Hospiz leitete, ergaben sich bei den Faktenkatalogen folgende Schwachstellen (vgl. ebenda, 2003, S. 146):

- *Die Festschreibung religiöser und kultureller Praktiken*
- *Der mit Faktenkatalogen und Checklisten potenziell verbundene Reduktionismus*
- *Das bei solchen Katalogen und Listen eventuell verbundene Außerachtlassen struktureller und berufsbezogener Machtverhältnisse*

Die Faktenkatalog-Methode geht in den Wurzeln auf kulturalistische Ansätze, zum Beispiel Pearson, 1986, zurück. Es wurden die verschiedenen Bedürfnisse von Farbigen und ethnischen Minderheiten in der Krankenpflege aufgelistet. Bereits in den 1960er-Jahren entstanden Kataloge und Listen zur Bereitstellung kulturalistischer Bedürfnisse von bestimmten Ethnien. Es ging dabei um die Anforderung an Pflegepersonen, bestimmte Bräuche und Riten zu erkennen und darauf zu reagieren. Das wurde in der Pflege durchaus auch als Barriere empfunden, die allerdings in den letzten Jahren unter der Zuhilfenahme von Anpassung im Wesentlichen überwunden werden konnte (vgl. ebenda, 2003, S. 149).

➤ *Zur Festschreibung religiöser und kultureller Praktiken:*

Faktenkataloge können von verschiedener Qualität sein. Wenn Faktenkataloge zu sehr teilstrukturierte und vereinfachende Ansätze enthalten, können dadurch für das Pflegepersonal die ethischen und religiösen Identitäten linear mit den Krankenpflegebedürfnissen in Verbindung gebracht werden. Es ist evident, dass die Gefahr solcher Momentaufnahmen im Problem der Spannung zwischen Generalisation und Stereotypisierung einerseits und dem Bedürfnis, Unterschiede und Idiosynkrasie zu detektieren liegt. Aus dieser Betrachtungsweise gesehen, kann die Festsschreibung kultureller Prozesse – und das sind Faktenkataloge – zu

einer Ambivalenz in der Praxis der Palliativpflege führen (vgl. ebenda, 2003, S. 150ff.).

- *Zum Reduktionismus, der mit Faktenkatalogen und Checklisten verbunden sein kann:*

Da Faktenkataloge weder Bezug auf die dynamische soziale noch auf die historische Entstehung kultureller Prozesse nehmen, nehmen sie auch zu wenig die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen wahr - in diesem Fall waren es die Farbigen und bestimmte ethnische Minderheiten - weil sie sich zu sehr auf den Fokus von kulturellen Zwängen konzentrieren. Jetzt hat man also einerseits viel deskriptives Informationsmaterial über kulturelle und religiöse Vorschriften in Bezug auf den Tod in der Pflege zur Hand, andererseits ist dadurch nichts über die subjektiven Erfahrungen der Farbigen und anderer ethnischer Minderheiten bekannt geworden. Eine solche Entwicklung kann zu einem Reduktionismus führen (vgl. ebenda, 2003, S. 155ff.).

- *Zu den bei Katalogen und Listen eventuell außer Acht gelassenen Phänomenen struktureller und berufsbezogener Machtverhältnisse:*

Ein Problem der Multikulturalität im Bereich Palliativ Care ist die Tatsache der disziplinarischen Macht der Medizin. Dieses Phänomen kann zu starken Spannungen bzw. Belastungen führen. Es gibt dienstrechtliche Abhängigkeiten der Pflegenden zum Spitalserhalter bzw. dessen Repräsentanten. Aber auch zwischen Pflegenden und PatientInnen existieren Abhängigkeitsstrukturen. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass multikulturelles Wissen nicht immer per se die Adaption an eventuell vorhandene Unterschiede bzw. Empowerment nach sich zieht. Auch mit Rassismus, und sei er auch nur latent vorhanden, muss im Umgang mit Schwarzen und ethnischen Minderheiten gelernt werden umzugehen. In dem Ausmaß, in dem Faktenkataloge nicht auf den Faktor Rassismus eingehen, tragen sie eher dazu bei, den Einfluss struktureller und zwischenmenschlicher Machtfaktoren zu leugnen als diesen zu verdeutlichen (vgl. ebenda, 2003, S. 161ff.).

IV ERFAHRUNGEN UND ERKENNTNISSE AUS DEM FELD DER PALLIATIVPFLEGE

1 Erfahrungen im ‚Feld‘: Interviews und Befragungen¹⁴⁴

Da die vorliegende Arbeit ein qualitatives Design aufweist; ist die Anzahl der Interviews relativ klein. Insgesamt wurden zwei Pflegende und fünf PatientInnen zu ihren Erfahrungen und Bedürfnissen hinsichtlich spiritueller und religiöser Pflege befragt. Auch rituelle Aspekte kamen zur Sprache. Diese spielen aber nur eine untergeordnete Rolle. Die Befragungen sind hinsichtlich Inhalt und Umfang sehr unterschiedlich. Die unterschiedlichen Qualitäten haben teilweise mit dem gesundheitlichen Zustand der PatientInnen, ihren momentanen Befindlichkeiten und zu einem geringen Teil möglicherweise auch mit ihren Erfahrungen bzw. den fehlenden Erfahrungen mit Interviews zu tun. Für den Verfasser und Befragenden war es befragungstechnisch interessant festzustellen, wie mit zunehmender Praxis die Gesprächsführung lockerer und ein gezieltes Nachfragen bei unklaren Situationen zunehmend leichter geworden war.

a) Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen:

Es erwies sich als verhältnismäßig leicht, Pflegende zu einem Gespräch über ihre Arbeit in der Palliativpflege einzuladen. Sehr schwierig hingegen war es – vor allem anfangs - PalliativpatientInnen als GesprächspartnerInnen zu gewinnen. Die Schwierigkeit lag im Zugang zu den PatientInnen. Es ist einsichtig, dass die PatientInnen von den Pflegenden geschützt werden müssen. Pflegende sind bestrebt, PatientInnen in ihrer extremen Situation der schweren Erkrankung zu schützen. Von Seiten der Ärzteschaft wurde zwar die eine oder andere Möglichkeit eines PatientInnen-Interviews in Aussicht gestellt, letztendlich aber die Zusage dann doch wieder relativiert bzw. zurückgezogen. Methodisch erwies sich die persönliche telefonische Anfrage bei den Pflegedirektionen als günstiger für die

¹⁴⁴ Die Begriffe ‚Befragung‘ und ‚Interview‘ sind in diesem Kapitel differenziert zu verstehen.

Anbahnung eines Kontaktes als eine Anfrage per E-Mail. Auch wenn im Attachement ein Handout mit der Forschungsfrage und eine kurzen Beschreibung des Diplom-Themas mitgesandt worden war, wurden die schriftlichen Anfragen ignoriert. Als die Situation mit den PatientInnenbefragungen aus zeitlichen Gründen im Mai 2010 prekär zu werden drohte, wurde von Kolleginnen auch das ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien-Ottakring genannt. Durch persönliche Empfehlung und nach Bekanntgabe der genauen Vorstellungen des Verfassers/Interviewers zum Thema kam sehr schnell eine positive Antwort. Es war die Station an multipler Sklerose erkrankter PatientInnen, Sankt Lazarus, wo Befragungen bzw. Interviews möglich wurden. Multiple Sklerose ist zwar als chronische Krankheit ohne Heilungschancen bekannt, wird aber nicht immer als explizit palliativ definiert. Nachdem ein kuratives Vorgehen bei MS nicht möglich ist, kann diese chronische Krankheit mit oft langer Lebenszeit aber nichtsdestoweniger letalem Ausgang, auch zur Gruppe der Palliativkrankheiten gerechnet werden.

So wie sich mit der Palliativstation des Pflegeheimes Melk eine schöne Kooperation hinsichtlich der Interviews mit Pflegenden und eine Einschau in die ausgefeilte Struktur der Palliativstation entwickeln konnte, war dies im ‚Haus der Barmherzigkeit‘ hinsichtlich PatientInnen-Befragungen möglich. Als großes Haus mit etwa 350 Betten lassen sich hier auch leichter InterviewpartnerInnen unter den PatientInnen finden.

b) Die Interviewsituation:

- (1) Zwei Interviews mit Pflegepersonen konnten auf der Palliativstation des Pflegeheimes Melk geführt werden.
- (2) Vier Befragungen von PatientInnen durfte ich im ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien-Ottakring durchführen. Es handelt sich dabei um PatientInnen, die sich in verschiedenen und teilweise sehr fortgeschrittenen Stadien der Multiple Sklerose¹⁴⁵ – Erkrankung befinden.

¹⁴⁵ Multiple Sklerose wird kurz auch als MS bezeichnet.

- (3) Darüber hinaus ergab sich die Möglichkeit, ein umfangreiches Interview mit sehr interessanten inhaltlichen Aspekten führen zu dürfen. Die befragte Person ist Künstlerin, Autorin, Theologin (Priesterin) und Diplom-Krankenschwester. Darüber hinaus ist sie selbst aufgrund einer Tumor-Erkrankung seit langem Palliativpatientin. Dieses Interview erwies sich aufgrund der Ausführlichkeit und Offenheit der Interviewpartnerin und auch wegen der religiösen bzw. theologischen Aspekte als besonders aufschlussreich.

2 Alltagserfahrungen zu Sterben und Tod am Beispiel ‚Spielfilm‘, ‚Interviews‘ (‚Inhaltsanalysen‘) und ‚Befragungen‘

Auch im Rahmen der Feldarbeit wurde versucht der Frage nachzugehen, ob und inwieweit Menschen spirituelle, religiöse, rituelle bzw. soziale Bedürfnisse im Zusammenhang mit Krankheit, Sterben und Tod haben. Der Diskussionsansatz ist ein dreifacher:

- (1) Eine mediale Darstellung des Palliativthemas mit Hilfe der Kunstform des Fernseh- bzw. Spielfilms am Beispiel „Marias letzte Reise“
- (2) Die Interviews Pfleger und betroffener PatientInnen
- (3) Eine Befragung von 30 Menschen im Alter von 45 Jahren und älter hinsichtlich ihrer spirituellen, religiösen, rituellen und anderen (sozialen) Bedürfnisse im Falle einer unheilbaren und innerhalb von sechs Monaten zum Tode führenden Krankheit – es wurde praktisch die ‚Sonntagsfrage‘ gestellt (analog zu ‚...wenn am nächsten Sonntag Wahlen wären, wem würden Sie Ihre Stimme geben...‘ ‚...wenn Sie bei Ihrem nächsten Arztbesuch erführen, dass Sie....‘)

2.1 ‚Marias letzte Reise‘:

Der Film „Marias letzte Reise“ war im Juni 2010 im Rahmen der Sendereihe ‚Kreuz & Quer‘ im zweiten Programm des Österreichischen Rundfunks zu sehen. Es ist evident, dass ein Fernseh- bzw. Spielfilm als Kunstform nicht im Sinne eines Instruments zur Erhebung beziehungsweise Untermauerung wissenschaftlicher Fragestellungen betrachtet werden kann. Da der oben erwähnte Film aber sehr anschaulich typische psychosoziale Phänomene in der präterminalen bzw. terminalen Phase eines palliativen Krankheitsverlaufes zeigt, wird dieses Medium hier bewusst als Beispiel in die Arbeit mit einbezogen.

Der Film zeigt, wie sich die von ihrer Krebserkrankung schwer gezeichnete Bäuerin Maria Stadler gegen die hospitalisierte und medikalisierte Situation im Krankenhaus wehrt. Entgegen den strikten Warnungen vor allem der behandelnden Ärzte setzt sie die Entlassung nach Hause durch. Wie von den Ärzten vorausgesagt, drohen die Schmerzen auf dem Bauernhof bald zu entgleisen und scheinen eine neuerliche Rückkehr in die stationäre Behandlung zu erzwingen. Schließlich kann die Situation mit Hilfe der Krankenschwester Andrea einerseits und der traditionellen chinesischen Medizin andererseits zunehmend beherrscht und das Verbleiben Marias zu Hause gewährleistet werden. Deutlich nachvollziehbar zeigt der Film die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross: der Zorn der Betroffenen, das Verhandeln, Resignieren, aber schließlich auch das Annehmen des Schicksals.

Als Verbündete hat Maria die Krankenschwester Andrea an ihrer Seite. Sie wird zunehmend ihre verständnisvolle Vertraute, fast Freundin. Der Sohn Marias, Simon Stadler, kann mit der Situation nicht umgehen. Er ist innerlich permanent auf der Flucht. Als Bauer, bei dem die ganze Verantwortung für den Hof liegt, glaubt er, sich Trauer und Schwäche nicht leisten zu können. Simon erlangt erst durch die Liebe zu Andrea Stabilität. Der Film zeigt auch die Affäre des Oberarztes Dr. Fritz Osterzahn mit Andrea. Der Arzt ist verheiratet und trifft Andrea trotz seiner anders lautenden Versprechungen immer nur kurzfristig und meist mit sexueller Absicht. Andrea hat sich das anders vorgestellt.

Andrea hat Maria versprochen, in den letzten Stunden bei ihr zu sein. Der Film zeigt Maria friedlich im Bett ihres Zimmers auf dem Bauernhof. Die

Krebserkrankung hat Marias ganze Kraft gekostet. Draußen im großen Garten ist es still. Die Sonne scheint; der Himmel ist wolkenlos blau; man hört Vögel zwitschern. Maria stirbt. Andrea hält die Hand Marias. Die Schmerzen sind weg; der Kampf ist vorbei. Andrea dreht das Bett mit dem Kopfende in Richtung zum Fenster und öffnet es. „Gute Reise, Maria!“ sagt sie leise.

Spirituelle und religiöse Aspekte scheinen für Maria keine nennenswerte Rolle mehr zu spielen. Den Priester braucht sie nicht, will sie nicht. Die soziale Komponente, ihre letzte Lebenszeit zu Hause zu verbringen, dass Andrea bei ihr ist und ihr Sohn seinen Frieden findet, ist ihr aber sehr wichtig. Für Simon, den Sohn, sind hingegen auch rituelle Aspekte, zum Beispiel die Parte, die Krankensalbung und kirchliche Beerdigung, sehr wichtig. Da geht es mehr um die Person des Simon, um seinen Seelenfrieden, als um die betroffene Patientin. Die Belastung liegt jetzt bei den nächsten Angehörigen. Maria ist von ihren Schmerzen befreit; Simon muss jetzt mit dem Tod seiner Mutter fertig werden. Die Ritualität der katholischen Kirche, welcher Simon angehört, hilft ihm aufgrund der biblischen Gleichnisse und des gelebten Ritus der Gemeinde, Abschied zu nehmen. Er kann dadurch die Trauer instrumentalisieren und in der Folge leichter bewältigen.

„Marias letzte Reise“ ist ein im Jahre 2005 erschienener deutscher Fernsehfilm, der die letzten Tage der krebsskranken Maria zeigt. Das Drehbuch stammt von Ariela Bogenberger, für die Regie ist Rainer Kaufmann verantwortlich. Die Darstellerin der krebsskranken Bäuerin Maria ist Monica Bleibtreu, die selbst 2009 nach langer Krebserkrankung verstarb. Es handelt sich um einen vielfach preisgekrönten Film.

2.2 Die Interviews bzw. Inhaltsanalysen

Die Dokumentation der Interviews, die sowohl vom Inhalt wie auch vom Umfang sehr unterschiedlich ausgefallen sind¹⁴⁶, werden teilweise in der Form einer Inhaltsanalyse bzw. Analyse der wesentlichen Aspekte der Aussagen, teilweise aber im Original-Ton bzw. durch wörtliche Wiedergabe der Aussagen der

¹⁴⁶ Siehe S. 109.

GesprächspartnerInnen dokumentiert bzw. transkribiert. Als Aufnahmemedium für die Interviews wurde ein Diktiergerät verwendet.

Interview 1:

a) Die Person der Befragten:

Die Gesprächspartnerin ist Pflegeexpertin, DGKPS (RN) in leitender Position, sie verfügt über langjährige Berufserfahrung; führt gelegentlich auch als Vortragende an verschiedenen Instituten Schulungen durch.

b) Der Gesprächsverlauf:

Es war geplant, zuerst nur ein grundlegendes Vorgespräch über die Thematik zu führen. Die Gesprächspartnerin äußerte sich aber schon in den ersten Sätzen des geplanten Vorgesprächs so konkret, dass von Seiten des Befragenden der Vorschlag gemacht wird, doch gleich das endgültige Interview zu machen. Deshalb fehlt auf dem Aufzeichnungsband die Einleitung und es entsteht beim Lesen möglicherweise der Eindruck, etwas übergangslos in das Thema ‚hineinzufallen‘.

c) Das Interview:

1 **P (Pflegeperson):** ...wie schon gesagt, das heißt noch lange nicht,
2 wenn katholisch draufsteht, dass das den Menschen auch wichtig ist. Es gibt auch so
3 Stand-By-Christen, die halt einfach kommen, [], da ist die Taufe, die Erstkommunion,
4 die Firmung, die Hochzeit, und dann ruht das...

5 **I (Interviewer):** - paraphrasierend: ...so eine Art religiöse U-Boote, die bei wichtigen
6 religiösen Ereignissen und Festlichkeiten auftauchen und dann wieder verschwinden.

7 **P:** Ja, genau das. Da ist es halt wichtig, dass wir [die Pflegepersonen] das wissen. Ja,
8 was ist für den Betreffenden wichtig? Ist es wichtig für ihn [den Patienten/die Patientin]
9 dann versuchen wir das natürlich auch zu ermöglichen. Ist es nicht wichtig, dann ist es
10 auch o.k. Und selbst dann haben wir Situationen, wo wir dann ergründen müssen: ist
11 es den Angehörigen wichtig, oder ist es dem Bewohner wichtig? Denn, ich weiß nicht,
12 ob ich es Ihnen das letzte Mal erzählt habe: die eine Dame mit den drei Söhnen, wo
13 die drei Söhne so darauf bestanden haben auf die Krankensalbung und wo die Dame

14 ‚nein‘ gesagt hat. Und dann war es den Söhnen wichtig, dass es auf der Parte steht.
15 Ja, und das ist halt immer so, wenn wir einen Weg finden müssen. Passt es oder passt
16 es nicht.

17 I: Wie sieht das für euch in der Pflege mit dem Aufwand aus? Macht es für euch vom
18 pflegerischen Aufwand her einen großen Unterschied, ob die PatientInnen einen
19 religiösen Hintergrund haben oder nicht? Ist der Aufwand ein anderer, ein geringerer
20 bei religiös indifferenten Personen?

21 P: Ja, natürlich. Wir haben einen Rosenkranz unten [in der Halle] und ermöglichen
22 Gottesdienst-Besuche. Das heißt: wenn der Bewohner das selber nicht mehr kann,
23 dass wir ihn im Rollstuhl oder Bett, je nachdem, oder eben auch jetzt zu Ostern, wo es
24 Andachten gibt, oder diese Dinge. Oder wir haben einen Rosenkranz [ein Rosenkranz-
25 Gebet] unten im Herbst – und, und, und, oder wir haben Wallfahrten, wo wir die Leute
26 fragen, ob sie mitfahren wollen. Wenn es jetzt um eine andere Religion [als die
27 katholische] geht und es gibt keinen direkten Kontakt zu dieser Religion, dann
28 versuchen wir, diese Kontakte herzustellen. Aber das ist vom Aufwand nicht das
29 Gewaltige. Es kann natürlich auch sein, dass wir uns einmal zu einem Bett setzten und
30 gemeinsam beten.

31 I: Das wollte ich gerade fragen: Vom Organisatorischen her ist das für die Pflege leicht
32 zu bewältigen. Wie sieht es aber mit der mentalen bzw. religiösen Unterstützung aus?

33 L: Ja, wenn es gewünscht wird, machen wir das. Manchmal sagen wir: da ist es
34 sinnvoller, zum Beispiel einen Priester zu holen. Manchmal kann es sinnvoller sein,
35 wenn jemand anderer das Gespräch führt. Ich denke da an einen alten Herrn, der kurz
36 vor seinem Tod sehr unruhig wurde und wo wir dann darauf gekommen sind: eigentlich
37 sind es seine Kriegserlebnisse, die ihn belasten. Wo wir einfach gemerkt haben, dass
38 es sinnvoller ist, einen Seelsorger zu holen, der mit ihm das Gespräch führt, mit ihm
39 das aufarbeitet, weil einfach Dinge hochgekommen sind, die er als ganz junger
40 Mensch erlebt hat im Krieg. Also solche Dinge können dann schon da sein und da
41 arbeiten wir eben mit Seelsorgern zusammen, die wir dann ins Haus holen zu uns.

42 I: Ihr arbeitet mit Seelsorgern zusammen. Auch mit PsychologInnen?

43 L: Auch mit Psychologen. Bei uns ist das so, dass die Bewohner die Möglichkeit
44 haben, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Allerdings haben wir keine fix
45 angestellten Psychologen, sondern wir haben eine Gruppe von Psychologen und
46 Psychotherapeuten, die auf Honorarbasis bei uns mitarbeiten. Das heißt: der kriegt
47 seine fixen Einheiten bezahlt. Es ist aber eher selten, dass der Bedarf da ist, aber die
48 Möglichkeiten gibt es. Aber wir bieten das zum Beispiel den Angehörigen an. Auch die
49 haben die Möglichkeit, drei Einheiten psychologische Beratung kostenlos zu
50 bekommen. Und das reicht auch oft. Wenn dann mehr notwendig ist, muss man eh um

51 einen Krankenkasseplatz zu bekommen. Die Problematik ist, sowohl bei den
52 Bewohnern wie bei den Angehörigen, das in Anspruch zu nehmen. Da ist halt immer
53 noch ein bisschen die Psychiatrie im Hintergrund. Da heißt es: ‚Ich bin ja nicht deppert,
54 ich brauch’ keinen Psychiater!’ Und wenn sie es aber dann getan haben, sagen sie:
55 ‚Hätt’ ich es doch nur schon früher gemacht!’

56 I: Da haben Sie also eine ganz wichtige Vermittlerposition in der Pflege zwischen
57 PatientInnen, Angehörigen und PsychologInnen – die ja mit der Psychiatrie nicht
58 wirklich etwas zu tun haben?

59 L: Ja gut, aber das muss man den Menschen erklären, dass das zwei Paar Schuhe
60 sind.

61 I: Es ist also mehr die religiöse Unterstützung bei den PatientInnen im letzten
62 Lebensabschnitt gefragt als die psychologische?

63 L: Ja, eher noch; ja, ja.

64 I: Wir sind da mitten in der Wachau, die die meisten von der Landschaft, der Donau,
65 Marillen und Kirschen, vielleicht auch noch von der Kultur her kennen. Das
66 Benediktinerstift ist weltberühmt. Glauben Sie, dass die Religion hier eine größere
67 Rolle spielt? Auch für die PalliativpatientInnen wichtiger ist als anderswo?

68 L: Glaube ich eher nicht; habe ich nicht das Gefühl. Natürlich, eines darf man nicht
69 vergessen: Gerade was den ländlichen Bereich betrifft, hat die Kirche einen großen
70 Stellenwert. Wir haben aber unsere Bewohner sowohl vom ländlichen wie auch vom
71 städtischen Bereich. Würde das mit der Religion aber nicht einer Region zuordnen.
72 Das ist nicht zu vergleichen mit einem kleinen Ort in Tirol, wo ich früher einmal
73 gearbeitet habe. Da hat es sicher einen anderen Stellenwert als hier bei uns. Ja, das
74 Religiöse ist wirklich total personenbezogen. Bei den sehr alten Leuten hat es einen
75 anderen Stellenwert im Vergleich zu jüngeren Menschen. Ja, das merkt man deutlich.

76 I: Wie ist es da mit Ihren Erfahrungen am Ende des Lebens der Bewohner? Gibt es da
77 Tendenzen, die auf einen Rückgriff zu den Wurzeln ihrer Kindheit und ersten religiösen
78 Erfahrungen hinweisen?

79 L: Ja, das sicher. Das merkt man schon. Speziell in den letzten Wochen wird das
80 vermehrt zum Thema. Wir haben zum Beispiel auch einmal eine Dame gehabt, die ur-
81 sprünglich römisch-katholisch war. Durch die Tochter, die Zeugin Jehovas war, ist sie
82 dann zu den Zeugen Jehovas übergetreten. Der [konvertierten Mutter] war es dann
83 zum Beispiel total wichtig, dass sie kurz zuvor, ungefähr zwei Monate vor ihrem Tod,
84 wieder in die katholische Kirche eingetreten ist. Aber das hat sie nicht einmal mit uns,
85 das hat sie mit unserem Priester organisiert. Und wir haben es erfahren, als sie schon
86 wieder aufgenommen worden ist. Aber für sie war das ganz wichtig. Was natürlich, vor
87 allem bei ganz alten Leuten auftritt, was natürlich zur Belastung werden kann, ist das

88 strafende Gottesbild. Also, das merkt man kurz vor dem Tod sehr häufig, dass da eine
89 Unruhe, Angst, wo man im Gespräch nicht wirklich mehr weiter kommt. Man versucht
90 es zwar immer wieder, aber wenn das 80 Jahre so geprägt ist, schafft man es nicht in
91 ein paar Tagen, da ein anderes Gottesbild zu vermitteln. Und das hab' ich heuer erlebt
92 bei einer Dame, geistig total rege, 76 Jahre, die bei uns verstorben ist und die zum
93 Beispiel einen irrsinnig guten Kontakt gehabt hat zum ehemaligen Abt vom Stift Melk.
94 Das war so ihre Vertrauensperson, ihr Ansprechpartner. Der hat ja eine total andere
95 Einstellung [gemeint ist damit, der Abt hat ein modernes Gottesbild]. Aber auch er hat
96 es nicht geschafft, dieses strafende Gottesbild aus ihr heraus zu bringen. Ich war dann
97 die letzten Tage vor dem Tod bei ihr und habe viele Gespräche mit ihr geführt. Und es
98 ist immer wieder hoch gekommen. Ja, da ist die Prägung schon sehr stark.

99 I: Wie sieht das wieder mit der Pflege aus? Da können die Pflegenden doch eine
100 enorm wichtige Rolle spielen. Können auch in der Gesprächsführung sehr gut
101 ausgebildete Pflegepersonen da vielleicht die Ängste etwas mildern?

102 L: Ja, sicher. Es kommt da natürlich auf die persönliche Einstellung der Pflegenden
103 an. Weil: wir haben nämlich auch im Bereich der Pflege sämtliche Varianten von
104 Glaube ja oder nein, wo es darauf ankommt, den richtigen Mitarbeiter zu haben. Für
105 den es einfach auch passt. Ja, da setzen wir zum Beispiel unsere ehrenamtlichen
106 Mitarbeiter ein. Wir haben eine Dame heute da [eine ehrenamtliche Mitarbeiterin], die
107 sehr gefestigt ist. Wir haben einige Mitarbeiter, die bereit sind solche Gespräche zu
108 führen.

109 I: Und wie sieht das zum Beispiel mit anderen Religionen [als der katholischen] aus?

110 L: Beim Islam ist es so: da haben wir noch nicht so viele [PatientInnen] gehabt; aber
111 immer wieder welche [sic!]. Da ist es so, dass die Familie selbst sehr viel abdeckt.
112 Die Familie ist sehr viel anwesend. Sie ist oft Tag und Nacht anwesend. Und da
113 brauchen wir wenig tun. Das wird auch über die Familie organisiert. Die meisten sind
114 sehr eingebunden in Glaubensgemeinschaften. Wir haben aber auch voriges Jahr
115 zum Beispiel eine Dame [Patientin] gehabt, die einer Jogi-Religion angehört hat. Da
116 hat es fünf Freundinnen gegeben aus der Glaubensgemeinschaft. Da haben auch die
117 Freundinnen das [die spirituelle/religiöse Betreuung] organisiert und übernommen.
118 Wir haben immer wieder sehr viele Bewohner aus dem orthodoxen Bereich. Da ist es
119 aber so, dass wir die Kontakte herstellen zu den orthodoxen Gemeinschaften, die uns
120 unterstützen.

121 I: Wie relevant sind rituelle Aspekte bei den verschiedenen Glaubensgemeinschaften
122 im Verhältnis zu den christlichen?

123 L: Nicht so unbedingt, muss ich sagen. Sie sind dann wirklich wichtig, wenn es
124 direkt um den Tod geht. Weil es da natürlich sehr unterschiedliche Voraussetzungen

125 gibt. Das fängt an bei der Versorgung des Verstorbenen bis zur
126 gewünschten Kleidung [für den/die Tote(n)]. Dass ich einfach schau': wem geb' ich
129 einen Rosenkrank in die Hand, und wem nicht. Weil: da kann man natürlich sehr viel
130 falsch machen, wenn das nicht passt. Hab' ich da einen neutralen Text oder einen für
131 christliche Glaubensangehörige passenden Text?

132 I: Wie sieht es da bei den Pflegenden mit den Kenntnissen über nichtchristliche
133 Konfessionen aus?

134 L: Wir haben da eine Bibliothek im Haus. Da können die Mitarbeiter jederzeit
135 nachschauen. Das steht den Mitarbeitern zur Verfügung bzw. das noch Wichtigere
136 sind die Kontaktadressen. Weil die Unterlagen ja nicht immer klar Auskunft geben,
137 versuchen wir dann im Gespräch mit den Bewohnern selbst schon im Vorfeld, wenn
138 es geht, oder mit den Angehörigen die Wünsche zu eruieren. Wir schauen da schon
139 immer. Zum Beispiel bei dem Herrn [Patienten] aus den Islam: da haben wir schon
140 geschaut, dass die Männer die Versorgung [des Leichnams] übernommen haben. Da
141 haben wir, Gott sei Dank, im Haus das Glück, dass wir im Haus doch eine nicht kleine
142 Anzahl männlicher Pflegepersonen haben und dass das [die Versorgung
143 männlicher Verstorbener durch männliche Pflegepersonen] eigentlich jeden Tag
144 möglich ist.

145 I: Vielen Dank für das Interview.

d) Ergebnisse des Interviews

Die Interviewpartnerin äußert sich kritisch bezüglich einer ‚echten‘ Religiosität. Diese Religiosität bezieht sich vorwiegend auf das Katholische in diesem Fall. Oft wäre da mehr Schein als Sein. Und es wäre am besten im Vorfeld zu klären, was den PatientInnen/KlientInnen wichtig ist und was nicht. Danach kann dann individuell die Unterstützung konzipiert werden. Manchmal würde auch den Angehörigen etwas Religiöses/Rituelles wichtig sein, was den PatientInnen selbst nicht wichtig ist. Organisatorische Hilfestellung sei für die Pflegenden nicht so aufwändig. Das Schwierigere sei die Detektion der wirklichen PatientInnen-Bedürfnisse und die unterstützenden Gespräche. Hinsichtlich Gespräche stünden auch Seelsorger und PsychologInnen zur Verfügung. Gegenüber der Psychologie gibt es noch immer Resentements, da viele Betroffene und Angehörige hier keine Abgrenzung zur Psychiatrie und zum ‚Verrücktsein‘ machten. Ob die Region – Stadt-Land – eine Rolle spielen würde, verneint die Interviewpartnerin. Wichtiger für die religiösen Bedürfnisse sei die Erziehung (Kindheit und Jugend) bzw. das Alter. Wenn alte Menschen eine rigide religiöse

Erziehung gehabt hätten, wären sie manchmal von einem sehr strengen Gottesbild geprägt. Das führe bei diesen PatientInnen nicht selten zu Angstgefühlen – insbesondere kurz vor dem Tod. Das Alter der PatientInnen hätte hier einen großen Einfluss. Sehr alte Menschen hätten oft ein stärkeres religiöses Bedürfnis als jüngere. Rituelle Bedürfnisse gäbe es – auch bei Anhängern/Mitgliedern anderer Religionen. Das Team ist meist so besetzt, dass auch die gleichgeschlechtliche Versorgung Verstorbener nach den rituellen Vorschriften, zum Beispiel im Islam, gewährleistet sei.

Interview 2:

a) Die Person der Befragten:

Ehrenamtliche Sterbe- bzw. Trauerbegleiterin (mit abgeschlossener Ausbildung), mehr als zehnjährige Erfahrung in der Hospiz- bzw. Palliativarbeit. Die befragte Person ist deklarierte und praktizierende Katholikin.

b) Der Gesprächsverlauf:

Intervieweinleitend wird nach dem Werdegang meiner Interviewpartnerin als Sterbe- bzw. Trauerbegleiterin gefragt. Nach einer kurzen Schilderung des Ausbildungsganges und der Praktika, u.a. im Krankenhaus ‚Göttlicher Heiland‘ in Wien 17, äußert sich die Gesprächspartnerin rasch mit einer sehr wissenschafts- und theorieskeptischen Meinung. Als viel wichtiger habe sie die Praxis erlebt, meinte sie. Darüber hinaus sei es ihr sehr wichtig, dass jede Patientin, jeder Patient, in seiner Individualität gesehen wird. Auch die Betreuung der Angehörigen der PatientInnen sei wichtiger Bestandteil der Begleitung. Im Übrigen glaube sie, dass eigentlich bei jedem Menschen eine spirituelle, wenn schon nicht religiöse, Komponente vorhanden sei. Diese wäre nicht immer sichtbar, könne aber immer irgendwann einmal in irgendeiner Weise hervortreten.

c) Das Interview:

*1 I (Interviewer): Wie lange üben Sie Ihre Tätigkeit als ehrenamtliche Trauer- bzw.
2 Sterbebegleiterin schon aus?*

*3 TB (Trauerbegleiterin): Ich mache das jetzt das elfte Jahr. Ich habe 1999
4 die Ausbildung zur Sterbe- und Palliativbegleitung gemacht – ‚Lebens- und Sterbe-
5 begleitung‘ heißt das eigentlich. Es wird eh da im Haus gemacht. Es hat über ein halbes*

6 Jahr gedauert und ich habe dann mein erstes Praktikum im ‚Göttlichen Heiland‘ in Wien
7 gemacht. Das war für mich sehr hart, weil ich damals überhaupt das erste Mal in ein
8 Hospiz praktisch hineingekommen bin und bemerkt habe, wie viel wichtiger das ist wie
9 die große Wissenschaft. Wie das gut ist, wenn man gewisse Sachen gehört hat, in der
10 Theorie und gelernt hat, aber im Praktischen in den zehn Jahren kann ich jetzt sagen:
11 es hat sich bewährt, weil eben jeder Mensch ein völlig anderes Geschöpf ist. Und auch
12 einen anderen Zugang und auch die Angehörigen und ein großer Teil der
13 ehrenamtlichen Hospizbegleitung oder Palliativbegleitung ist auch die Angehörigen-
14 betreuung [sic!]. Und auch im Spirituellen und im Schmerz – und meiner Meinung nach
15 gibt es keinen Menschen, der nicht spirituell ist; jeder in seiner Weise. Irgendetwas
16 [Spirituelles] kommt immer zum Vorschein.

17. **I:** Wie schaut das in der Palliativpflege mit Ihrer Erfahrung mit Menschen ohne
18 Glauben, bzw. ohne Bekenntnis, wie sieht das mit den Atheisten und Agnostikern aus?
19 **TB:** Wir haben aus St. Pölten auch einen Notar bei uns gehabt. Der war dann schon
20 an die 90, und der war natürlich gewöhnt seinen Willen durchzusetzen. Und der hat mir
21 gesagt: er ist Agnostiker, und er will nichts wissen und nichts hören von all den Dingen
22 und er ist überzeugt davon...Ja, hab' ich gesagt, ist völlig in Ordnung, und ich bin
23 überzeugt von meiner Glaubenseinstellung. Und ich bin römisch-katholisch und ich
24 gustiere [sic!] nicht alles, was die Amtskirche, die Hierarchie, macht. Aber im Grunde
25 ist mir der katholische Glauben wichtig, sehr wichtig. Und ich hole mir sehr viel Kraft
26 daraus. Nein, das kann er sich überhaupt nicht vorstellen und darüber will er nicht
27 reden. Dann haben wir über etwas anderes gesprochen und im Laufe der Monate – wir
28 haben immer wieder Gespräche geführt über alles Mögliche – und ich hab' es nie mehr
29 angeschnitten. Er hat es aber immer wieder betont, ist aber immer unsicherer
30 geworden. Und es war auch zufällig an einem Gründonnerstag [das Interview wurde
31 am Gründonnerstag des Jahres 2010 geführt; Anm. d. Verf.] bin ich wieder zu ihm ins
32 Zimmer gekommen und habe gesagt: Ich geh' heute in die Kirche. Wir haben da so
33 eine familiäre Gruppe, wo wir dann Brot und Wein miteinander teilen und dann noch
34 beieinander sitzen bis zur Ölbergwache. Und er hat dann nichts darauf gesagt und wir
35 haben dann von ganz etwas Anderem weiter gesprochen. Und wie ich dann gegangen
36 bin hat er gesagt: ‚Wissen Sie, ich beneide Sie‘. ‚Ja‘, hab' ich gesagt, ‚um was
37 beneiden Sie mich denn? Dass ich hinaus gehen kann?‘ ‚Nein‘, hat er gesagt, ‚ich
38 beneide Sie um Ihren tiefen Glauben‘. Ich war momentan so überrascht, weil ich
39 geglaubt habe, das greift bei dem Mann gar nicht, der so herrisch war. Und dann
40 waren wir so weit, dass man ihm Psalmen vorgelesen hat [TB wechselt plötzlich von
41 der persönlichen Ich-Form in das unpersönliche und allgemeine ‚man‘]. Er hat zwar
42 nicht, ist zwar nicht der Kirche beigetreten, oder etwas, aber man hat gemerkt: es [das

43 religiöse bzw. spirituelle Element; Anm. d. Verf.] war total verschüttet, aber im Grunde
44 war irgendetwas doch da.

45 **I:** Wie sehen Sie die Auswirkungen religiöser Aspekte, zum Beispiel bei diesem Mann,
46 für die Pflege? Hat das überhaupt eine Bedeutung für die Pflege? Wenn ja: welche?

47 **TB:** Ich glaube nicht, dass es sich ausgewirkt hat auf die Pflege. Dazu wäre er zu stolz
48 gewesen, es irgendwann zuzugeben. Ich glaube, dass er zehn Minuten später deshalb
49 von sich selber überrascht war, dass er mir das zugestanden hat, dass er mich um
50 meinen Glauben beneidet. Weil: er hat dann zwar gesagt wegen dem Vorlesen – das
51 ist von ihm gekommen – ob ich etwas [eine entsprechende Literatur] hätte. Da haben
52 wir uns dann vorsichtig herangetastet.

53 **I:** Wie ist es dann doch noch zu dem Schwenk bei dem so stolzen und die Religion
54 so ablehnenden Mann gekommen?

55 **TB:** Ich will jetzt nicht meine Person irgendwie hervorspielen, aber der hat gespürt:
56 Für mich ist das völlig ernst. Und ich hab' ihm auch gesagt: ‚Schauen Sie, ich könnte
57 meine Arbeit da nicht machen, die Begleitung da. Ich bekomme immer Hilfe und
58 Gnade. Ich bin nicht alleine, der das macht. Mir hilft unser Herrgott‘. Und er [der
59 religionskritische Patient] hat nie etwas darauf gesagt; es ist anscheinend gesickert.
60 Und das hat er eben dann zugegeben, dass es ihn eigentlich beleidigt, dass ich in
61 meiner Mitte, in mir selber sein kann, und dadurch auch ruhig werden kann.

62 **I:** So wie Sie das jetzt sagen, dass der Glaube eine Kraftquelle für die Arbeit, für die
63 schwere Arbeit ist: glauben Sie, dass der Glaube auch für die PatientInnen Kraft und
64 Energie bereithält?

65 **TB:** Für ihn [gemeint ist wieder der Notar], für ihn – glaube ich nicht. Ich glaube nicht,
66 dass er daraus Kraft geschöpft hat. Ich glaube nur, dass er dadurch ein bisschen
67 weicher geworden ist. Und wie seine Gedanken gegangen sind, das hätte er ja nie
68 zugegeben.

69 **I:** Und wie ist das jetzt bei den ‚religiösen‘ PatientInnen, egal welcher Konfession?
70 Haben sie es etwas leichter?

71 **TB:** [nach längerem Nachdenken]: Ja, es spielt sicher eine Rolle. Aber nicht die ganz
72 große. Die ganz große Rolle spielt der Friede mit der Umgebung, mit der Familie.
73 Wenn da noch irgendwie Unklarheiten sind, kann er noch so religiös sein, dann tut er
74 sich schwer mit dem Abschiednehmen.

75 **I:** Also sind es die sozialen, familiären Hintergründe, die wichtig sind. Habe ich das
76 richtig verstanden?

77 **TB:** Ja, genau, es sind die sozialen Hintergründe. Es ist auch oft viel mehr sozialer
78 Schmerz als körperlicher Schmerz. In zehn Jahren bekommt man so viele
79 Lebensbilanzen, Lebensgeschichten mit. Erstens wissen die Leute, dass man eine

80 Verschwiegenheitspflicht hat, und außerdem ist das dann eine Situation, wo es ihnen
81 dann gleichgültig ist, was man von ihnen hält. Eine alte Dame hat einmal gesagt, und
82 die war sehr religiös: sie ist so im Wickel-Wackel [sprich: Zweifel], weil sie nach dem
83 Wechsel [sprich: Klimakterium] immer noch mit ihrem Mann Geschlechtsverkehr
84 gehabt hat. Und das ist doch eine Sünde! Ich meine, das war noch diese wahnsinnige
85 Religionsanschauung [TB lächelt etwas gequält], die man den Leuten eingeredet hat.
86 Und dann hat sie [die Patientin] gesagt: ‚Wissen Sie, ich hab‘ das noch nie jemandem
87 gesagt. Aber Ihnen sag‘ ich es halt, weil es eh schon egal ist. Und wenn Sie dann auch
88 nicht mehr zu mir kommen, kann ich auch nichts machen!‘ Sag ich [gemeint ist die TB]:
89 ‚Ich seh‘ keinen Grund, warum ich nicht mehr zu Ihnen kommen sollte. Das ist ja
90 lächerlich, nicht! Ich wüsste keinen Grund, dass man so etwas jemand einredet‘. Und
91 dann hat sie gesagt – und das war so köstlich – dann hat sie geschmunzelt und dann
92 hat sie gesagt: ‚Und wissen Sie was? Gefallen hat es mir auch noch!‘ Und da denk‘ ich
93 ich mir: was kann man nur mit einer übertriebenen Religion ruinieren! Da hat der
94 Priester dieser Frau ein schlechtes Gewissen gemacht mit diesem blöden Ausspruch.
95 Für mich ist es ein blöder Ausspruch [gemeint ist das Verbot des Priesters des nach
96 dem ‚Wechsel‘ Geschlechtsverkehr zu haben], weil: wo sind wir denn! [TB wirkt etwas
97 erbozt]. Und dann spielt die Spiritualität und Religiosität, mit welchem Glauben wir es
98 zu tun haben; egal ob es Orthodoxe sind – jetzt haben wir einen vom Islam, einen
99 Türken, gehabt – und mir ist wichtig: man respektiert das alles und vor allem in der
100 Begleitung [gemeint ist die Sterbebegleitung], man spricht das aus, dass man das
101, dass man das voll respektieren kann, wenn ich [das ‚ich‘ ist verallgemeinert
102 gemeint und bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die PatientInnen] ein
103 anderes Glaubensbild habe. Das, glaube ich, ist eine der ganz wichtigen Sachen, die
104 man als Begleiter an- und aussprechen soll.

105 **I:** Merkt man bei den Belastungen am Ende des Lebens einen Unterschied zwischen
106 den Konfessionen? Den Islam, Buddhismus und das Christentum betreffend?

107 **TB:** Na, eine Inderin haben wir jetzt auch im vergangenen Sommer gehabt. Die
108 Buddhisten sind sehr frei. Da war von einer Angst vor dem Sterben fast nichts zu
109 spüren. Bei der Frau war es jedenfalls so. Da war eine Traurigkeit, die Freundin und
110 alles verlassen zu müssen. Aber keine Angst vor dem, was da kommen könnte. Und
111 im Islam kann ich es nicht so sagen, weil: das war ein Armenier. Und er war beatmet
112 und da hat man nicht so artikulieren können. Ich hab‘ mit dem Sohn, der sehr gut
113 deutsch gesprochen hat und in Deutschland eine Firma gehabt hat und immer wieder
114 auf Besuch zu seinem Vater gekommen ist, etliche Gespräche gehabt. Aber ich hab‘
115 eigentlich nichts von Angst vor dem Sterben, und auch dass der Vater sterben muss,
116 bemerkt. Das ist wirklich oft in der Katholischen Kirche massiver. Die Angst ist nach

117 meinen persönlichen Erfahrungen, bei den jetzigen alten Herrschaften [PatientInnen],
118 die noch dieses frühere Angstmachen im römisch-katholischen Glauben mitgekriegt
119 haben, oft groß.

120 **I:** Ist die Angst in diesem Zusammenhang mit der Pflege von größerer Bedeutung?

121 **TB:** Sehr bedeutend. Ja, das muss ich dazu sagen, dass das für mich interessant ist,
122 weil mich Weltreligionen immer schon interessiert haben. Und jetzt so irgendwo
123 hautnah dran sein und das wirklich mit Leuten, die wirklich so vor dem Tod stehen,
124 noch reden zu können. Das ist natürlich schon eine große Bedeutung und man
125 merkt, dass es sehr hilfreich für die Kommunikation und den Umgang mit Leuten ist,
126 wenn man sich auf den anderen Glauben einlässt und daran interessiert ist. Weil,
127 klar ist, dann hat er [der Patient/die Patientin] das Gefühl, er [die Pflegeperson]
128 interessiert sich für ihn [die PatientInnen] – und wenn es auch über die Spiritualität ist.
129 Ein Rumäne hat bei uns im Haus geheiratet. Ich weiß nicht, ob die Schwester K. das
130 erwähnt hat: er [der rumänische Patient] war 50 oder 49, die Braut 26. Und da war ein
131 Sohn mit sechs Jahren da. Und er hat, weil die Orthodoxen ja uniert sind mit der
132 römisch-katholischen Kirche, einen von unseren Patres gebeten [...einen
133 seelsorgerischen Krankenbesuch zu machen. Anm. d. Verf.]. Und ich hab' gefragt, ob
134 wer [von den römisch-katholischen Patres aus dem Stift, welche als Seelsorger
135 u.a. an der Palliativstation tätig sind] kommen könnte: ‚keine Zeit‘ war die Antwort. Ja,
136 das ist ein anderes Thema.

137 **I:** Was meinen Sie mit ‚keine Zeit‘?

138 **TB:** Ja, nein. Es war keiner [von den Patres] da. Es war jeder so beschäftigt. Es ist
139 zwar einer der Patres, die bei uns die Messe halten im Wintergarten, da beim Bett
140 vorbei gerannt und hat eine ihm bekannte Dame im Heim besucht. Darüber ist im
141 im Prinzip überhaupt nichts dagegen zu sagen. Aber wenn wer so schwer krank ist,
142 er [der rumänische Patient] hat Lungenkrebs gehabt und hat sich so nach einem
143 Gespräch mit Geistlichen gesehnt. Nein [TB spricht das ‚Nein‘ sehr scharf], nicht. Es
144 ist keine Zeit gewesen. Und da ist mir innerlich so der Zorn gekommen, dass ich mir
145 das Büchlein [mit den Kontaktadressen der Religionsgemeinschaften] herausgesucht
146 habe. Griechisch, nein russisch orthodox, war er. Dann hab' ich dort angerufen. Ich
147 weiß es noch genau: es war der 15. August. Ich habe Dienst gehabt und habe um 10
148 oder halb 11 Uhr dort angerufen. Es ist ein Band gelaufen. Ich habe mich vorgestellt
149 und in kurzen Worten geschildert, worum es geht. Um halb zwei hab' ich einen
150 Rückruf gekriegt. Das war ein Freitag – und er [der orthodoxe Rückrufer] hat mich
151 gefragt, wie nah er [der Patient] am Sterben ist. Und ich hab' gesagt: Nein, das ist so
152 nicht absehbar. Da hat er [der Geistliche] am Telefon gesagt: ‚Dann komme
153 ich morgen um acht Uhr; sonst wäre ich heute noch gekommen‘. Und er ist dann

154 wirklich nächsten Tag da gewesen. Und er [der Patient] hat dann noch zwei Monate
155 gelebt, und er [der orthodoxe Priester] hat ihn dann auch noch zweimal, glaube ich,
156 besucht. Und da hat mir immer bei der [römisch-katholischen] Amtskirche so viel
157 gefehlt. Und das ist sehr schade meiner Meinung nach, weil die Leute das brauchen
158 würden. Und zwar: es geht nicht um Glaubensweisheiten, weil ich die auch nicht
159 vermitteln kann. Weil ich sie nicht habe. Aber meine Einstellung und mein Zuhören
160 auf [sic!] ihre Traurigkeit, auf ihren eben seelischen Schmerz; oder was immer. Es
161 geht nicht um große religiöse Handlungen, sondern um's Zuhören.

162 **I:** Wie war das mit der Geschichte um die Hochzeit des orthodoxen Patienten aus der
163 Perspektive der Pflege?

164 **TB:** Ja, also: wir haben alle gewusst: er will nur noch die Hochzeit erleben. Weil: der
165 Zustand hat sich natürlich verschlechtert. Und er will am Bett sitzen, obwohl er große
166 Wirbeleinbrüche gehabt hat. Und was wir stundenlang mit ihm beredet haben, dass
167 das nicht geht, weil er sonst tot umfallen würde. Und das hat er sich dann einreden
168 lassen, dass wir mit dem Bett in die Kapelle hinauf fahren. Und am 12. Oktober hat er
169 geheiratet und am 24. Oktober ist er verstorben. Und wir haben alle gesagt: mehr als
170 acht bis maximal 14 Tage wird es nicht dauern nach der Hochzeit. Aber das war das
171 Ziel für ihn, dass er eben alles mobilisiert hat und [] es war wirklich berührend. Unser
172 Oberarzt war Trauzeuge. Und es ist halt so: wer länger da ist, wächst.
173 Und man kann immer wieder Spirituelles einfließen lassen; oft auch während der
174 Pflege, wenn man redet und was erzählt. Von einem Erlebnis, was [sic!] man irgend
175 irgendwo spirituell verbinden kann, oder etwas. Das hängt schon zusammen.

176 **I:** Hat sich spirituell für den Patienten durch die Hochzeit etwas verändert?

177 **TB:** Ja. Er hat jede Kraft gesammelt, um das noch zu erledigen. Und er war an und
178 für sich kein schwieriger Patient. Er war, ja er war immer gut zu pflegen, aber auch
179 die Gespräche waren dann immer ein wenig fokussiert darauf [auf das Spirituelle].
180 Und er war natürlich sehr stolz, und wir haben dann auch wie er gestorben ist, diese
181 Sterberituale in Rumänien und den Orthodoxen genau eingehalten. Weil: das fragen
182 wir immer die Angehörigen; oder nach Möglichkeit unseren Hospizgast. Wie das in
183 seinem Glaubensbekenntnis eigentlich funktioniert oder was da Tradition ist, weil das
184 ist ja unheimlich wichtig. Der sechsjährige Sohn ist daneben gesessen und hat
185 gezeichnet. Ein paar Stunden vorher hat er gesagt, er hat die Maska Maria, hat er zu
186 mir gesagt. Ich hab' gesagt: ‚Rica, was zeichnest du da?‘ Und er hat gesagt: ‚Frau
187 Maria: Papa's Seele‘. Und hat auf das Fenster gezeigt. Dann haben wir unbedingt
188 das Fenster aufmachen müssen und der Kleine hat ihm die Lichtlein schon auf die
189 Brust gestellt. Er war drei Monate hier im Haus mit seiner jungen Mutter und sie
190 waren immer den ganzen Tag beim Papa. Für das Kind war das Sterben etwas ganz

191 Außerordentliches; er [der Bub] war traurig. Am anderen Tag hat er immer gesagt:
192 ‚Frau Maria‘, da im Verabschiedungsraum ist er noch gestanden, dann sind wir
193 hinaus gegangen und – das wird‘ ich nie vergessen – das war so lieb – [TB kämpft
194 mit den Tränen, kann diese aber nicht ganz zurück halten], er [der Bub] hat sich
195 immer vorne hingestellt, ich bin immer hinten gestanden, ‚Pater noster¹⁴⁷!‘ hat er
gesagt

196 [TB ahmt die Stimme des Knaben nach: energisch und klar klingen die Worte].
197 Er [der Knabe] hat auf rumänisch das ‚Vater unser...‘ gebetet, ich auf deutsch. Dann
198 haben wir ihn [den verstorbenen Patienten] gesegnet und sind wieder gegangen
199 [haben den Verabschiedungsraum verlassen]. Und ich glaub‘: den anderen
200 [d.h. am nächsten Tag] sind wir dann drei- oder viermal drinnen [im ‚Raum der Stille‘]
201 gewesen¹⁴⁸ und das hör‘ ich heute noch, wie er immer wieder gesagt hat: ‚Pater
202 noster...‘. Das hat dann immer bedeutet: Jetzt beten wir das ‚Vater unser...‘ noch
203 einmal. Ich glaub‘, dass bei den Angehörigen, der Sohn war damals sieben Jahre.
204 Drei, vier Jahre später war ich auch einmal an einem Sonntag da, da ist die
205 Schwester von dem Verstorbenen mit dem Rica, in den Ferien haben sie ihn nach
206 Deutschland geholt, hierher gekommen und haben uns besucht. Und da bin ich da
207 den Gang nach vorne gegangen. Und auf einmal springt mich von hinten jemand an.
208 Natürlich, der war so groß wie ich. Und sie [die Schwester des verstorbenen
209 rumänischen Patienten] hat gesagt: ‚Wissen Sie, der redet noch immer von der Zeit,
210 wo er da war‘. Er ist da in den Kindergarten gegangen, er war in Melk im
211 Kindergarten. Ja, aber in der Pflege,..., kann man nicht sagen; es hat sich massiv
212 etwas verändert. Es ist das Vertrauen noch größer geworden, zu ihm noch größer
213 geworden, weil wir ihm das mit seinem Glauben ermöglicht haben. Weil ihm das sehr
214 wichtig war.

215 **I:** [Zusammenfassend]: Also, wenn ich jetzt das kurz
216 rekapitulieren darf, ist es so, dass die Konfessionen direkt nicht unmittelbar einen
217 großen Einfluss auf die Pflege haben. Es gibt aber individuell große Unterschiede. Es
218 kann sich aber Religion hinsichtlich der Ängste sogar erschwerend auswirken.
219 **TB:** Ja, diese Zusammenfassung ist sehr gut.

d) Die Ergebnisse des Gesprächs:

Die Konfessionen an sich haben keinen bedeutenden Einfluss auf die Palliativpflege bzw.
auf die zu Pflegenden. Der soziale Frieden der PalliativpatientInnen mit der Familie und

¹⁴⁷ ‚Pater noster...‘ – lat.: ‚Vater unser....‘.

¹⁴⁸ ‚Raum der Stille‘ = Verabschiedungsraum.

den Freunden stellt einen ungleich höheren Stellenwert dar. Die Interviewpartnerin spricht in diesem Zusammenhang von ‚sozialem Schmerz‘, der größer sein kann als körperlicher Schmerz. Es gibt aber individuell große Unterschiede. Eine Religion kann sich bezüglich vorhandener Ängste bei entsprechender Auslegung - zum Beispiel eines strafenden Gottesbildes - auch verstärkend auf die Angstzustände auswirken. Der Effekt der Angst wurde vor allem bei der römisch-katholischen Kirche beobachtet. Diese Ängste spielen vor allem im Zusammenhang mit dem Faktor ‚Alter‘ eine wichtige Rolle. Hochaltrige PatientInnen wurden früher oftmals durch Indoktrinierung eines streng strafenden Gottes durch Priester, die methodisch eine Sündenpädagogik bei ihrer Pastoralverkündigung vertreten haben, beeinflusst und erfuhren dadurch belastende Projektionen am Ende des Lebens. Bei Männern spielen dabei manchmal auch Kriegserlebnisse eine Rolle. Sehr wichtig ist aber auch, wie die Pflegeperson den PatientInnen spirituelle Unterstützung zu leisten imstande ist. Die persönliche Überzeugung spielt dabei jedenfalls eine Rolle. Im Falle dieses Interviews stellt der persönliche Glaube auch eine Energiequelle für die Lebens- bzw. Trauerbegleitung dar.

Die Unterstützung der Pflegenden kann aber auch eine reflexive Komponente enthalten. Zum Ende des Interviews spricht die Interviewpartnerin davon, ‚...dass sich [durch die spirituelle Situation] massiv etwas verändert hat. Es ist das Vertrauen noch größer geworden, ...zu ihm noch größer geworden ist..., weil wir ihm das mit dem Glauben ermöglicht haben. Weil ihm das sehr wichtig war‘ (S. 153, Zeile 211-214). Dieser Aspekt berührt und bestärkt auch die Aussage der leitenden Pflegeperson von Interview 1, wo es darum ging, echte spirituelle bzw. religiöse Bedürfnisse von nur äußerlichen und eher oberflächlichen zu differenzieren. Der Kreis für Nachhaltigkeit spiritueller Unterstützung und die Voraussetzungen erfährt dadurch eine schlüssige Bestätigung.

Interview 3:

a) Die Person der Befragten:

Es handelt sich um die erste PatientInnenbefragung. Pat. ist weiblich, 78 Jahre alt, verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder (Sohn und Tochter), hat das Handwerk einer Schneiderin gelernt und war dann später Hausfrau und Mutter. Die Patientin ist seit rund 20 Jahren in Pension und befindet sich jetzt seit etwa einem halben Jahr mit der Diagnose ‚Multiple Sklerose‘ (im sehr fortgeschrittenen Zustand) im ‚Haus der Barmherzigkeit‘. Die Patientin ist körperlich total eingeschränkt, sitzt im Rollstuhl und kann sich so gut wie nicht bewegen. Der muskuläre Zustand ist derart schlecht, dass selbst einfachste Bewegungen

zum Beispiel mit der Hand – wie sie zum Umblättern eines Buches oder zum Essen bzw. Trinken notwendig wären – nicht durchführbar sind. Selbst das Kauen und Schlucken ist schwierig. Psychisch macht die Patientin einen zufriedenen, ja fröhlichen Eindruck. Sie spricht zwar sehr leise, verfolgt im Gespräch aber strikt ihr Gesprächsthema, ist gut verständlich und geht auf jede (Zwischen-)Frage ein. Der Ehemann ist – wie auch die stellvertretende Stationsleitung – anwesend und verfolgt das Gespräch aufmerksam, aber ohne jede aktive Teilnahme bzw. Einmischung.

b) Der Gesprächsverlauf:

Die Patientin ist früher gerne im Wienerwald wandern gegangen. Dann hat sie gemerkt, dass sie ohne Grund hin und wieder stolpert, hatte Probleme mit dem Gleichgewicht, fühlte sich irgendwie ‚komisch‘. Arztbesuche führten zu keiner überzeugenden Diagnose. Die Symptome blieben und wurden sogar noch stärker. Erst spät wurde MS diagnostiziert. Ihre Haltung zum Glauben hat sich durch die Krankheit nicht geändert. Sie kommt aus einem streng katholischen Haus am Stadtrand von Wien. Mit dem Erwachsen-Werden der beiden Kinder lockerte sich die Beziehung zur Kirche. Die Kinder sind sehr religionsskeptisch und mit Rücksicht darauf, hat sich die Patientin – und mit ihr der sich solidarisch verhaltende Ehemann – von der Kirche etwas mehr zurückgezogen. Sie wollte den Kontakt mit den Kindern nicht auf das Spiel setzen. Auch hätten ihr die Protzigkeit und die Scheinheiligkeit der Kirchengemeinde nicht gefallen, mit der diese ihre Wohlhabenheit zur Schau stelle. Jetzt im HdB¹⁴⁹ nehme sie wieder mehr an der Kirche aktiv teil. Sie kann den Gottesdienst in der hauseigenen Kapelle besuchen, weil sie von den Pflegepersonen dorthin gebracht wird.

c) Die Ergebnisse des Gesprächs:

Die Patientin differenziert kaum zwischen Spiritualität und Religion. Der Gesprächsverlauf lässt die Vermutung zu, dass die Patientin den Begriff ‚Glaube‘ als größten gemeinsamen Nenner von Spiritualität und Religion verwendet. Sie hat einen festen Glauben, aber in der konkreten Religionsdefinition ist sie nicht streng. Den Besuch der Heiligen Messe sieht sie nicht expressis verbis als ‚rituell‘ – es ist schlichtweg eine Selbstverständlichkeit in der Ausübung ihrer Religiosität bzw. Spiritualität. Die infauste Erkrankung scheint wenig Einfluss auf ihre spirituelle/religiöse Einstellung zu nehmen. Hinsichtlich Pflege scheint es aber so zu sein, dass damit für die Patientin ein positiver Kausalzusammenhang besteht,

¹⁴⁹ HdB = ‚Haus der Barmherzigkeit‘.

weil Pflegepersonen Verständnis für ihre Religionsausübung haben und sie dabei unterstützen, indem sie ihre Mobilität gewährleisten.

Die Pflegewissenschaft sei ihr wichtig, wie sie gleich am Anfang des Interviews sagt, nachdem die Befragung von Anfang an klar dem Feld der Pflegewissenschaft zugeordnet definiert worden war.

d) Anmerkungen:

Auf dem Weg zur nächsten Befragung erklärt mir die stellvertretende Stationsschwester, dass sie den Eindruck habe, der Patientin hätte das Gespräch gut getan. Sie sei erstaunlich frisch und sehr gut gelaunt gewesen. Die Prognose insgesamt sei aber schlecht, weil bei weiterer Progression der Krankheit im schlimmsten Fall auch damit zu rechnen ist, dass es zum Funktionsverlust der Atemmuskulatur kommt.

Die Gesprächsdauer war in Anbetracht des gesundheitlichen Zustandes der Patientin von vornherein mit maximal 20 bis 30 Minuten geplant.

Interview 4:

a) Die Person des Befragten:

Patient, 74 Jahre alt; ist katholischer Priester, gehört einem Orden an und ist daher, was den Familienstand betrifft ‚ledig‘, da Priester der römisch-katholischen Kirche dem Pflicht-Zölibat¹⁵⁰ unterliegen. Der Patient leidet an MS in einem mittelmäßig fortgeschrittenen Stadium (d.h. Pat. ist relativ bewegungsunfähig, sitzt im Rollstuhl, kann aber selbständig essen, trinken und sich mit dem Rollstuhl in einem beschränkten Radius bewegen).

b) Der Gesprächsverlauf:

Der Gesprächsverlauf entwickelt sich ganz anders als das in Anbetracht, dass der Patient sich professionell mit Religion und Glauben beschäftigt, zu erwarten gewesen wäre.

¹⁵⁰ Zölibat = lat. ‚caelebs‘ – alleine, unvermählt lebend. Im Jahre 1022 kam es auf Anordnung von Papst Benedikt VIII. [derzeit ist Benedikt XVI. Pabst; man beachte die Kabbalistik des 8er-Schrittes vom Papst Benedikt VIII zu Papst Benedikt XVI!] und Kaiser Heinrich II. auf dem Konzil zu Pavia zu der Anordnung, dass Geistliche künftig nicht mehr heiraten dürfen, also ehelos zu leben haben. Die Argumentation von Seiten der Dogmatik ist, dass 1. die kultische Reinheit gewährleistet sein muss (katholische Priester zelebrieren täglich die Heilige Messe) und 2. die Vererbbarkeit von Kindern der Priester hintangestellt sein muss. Seither ist die Ehelosigkeit unabdingbare Zugangsvoraussetzung („condition sine non qua“) für das katholische Priesteramt.

Schon auf die Frage, welchem Orden der Pat. angehört, kam es bereits zur ersten Überraschung: er weiß es nicht. Selbst nach Anbieten einiger Ordensnamen, die mit Marienverehrung zu tun haben (der Ordensmann deutet an, dass sein Orden etwas mit ‚Maria‘ zu tun habe), fällt dem Gesprächspartner der Ordensname nicht ein. Auch auf die Frage nach den ersten Symptomen der Krankheit und dem weiteren Verlauf derselben, konnte der Ordensmann nur sehr ungenaue und teilweise schwer zuordenbare Angaben machen; zum Beispiel über Beschwerden im Bereich des Bauches, der Nieren und der Leber als Ursprungssymptome der Multiplen Sklerose. Auch über die Zeitspanne zwischen den ersten gesundheitlichen Problemen und der definitiven Diagnosestellung kann der Patient nur wenig sagen; insgesamt dürften es aber viele Monate gewesen sein. Da der Patient keine weiteren Angaben machen kann, wird das Interview nach etwa zehn Minuten beendet.

c) Die Ergebnisse des Gesprächs:

Leider ist ein gezielter Gesprächsverlauf mit dem Probanden weder zu gesundheitlich-pflegerischen noch zu spirituell-religiösen Aspekten möglich. Die Frage nach religiösen und rituellen Bedürfnissen beantwortet der Ordenspriester aber nicht unerwartet mit ‚sehr groß‘.

d) Anmerkungen:

Für die stellvertretende Stationsschwester, die auch dieses Interview verfolgt, stellt sich prima vista der Gesprächsverlauf mit dem potenziellen Gesprächspartner ebenso unerklärbar dar wie für den Interviewenden. Der Proband wurde im Vorfeld von der Stationsleitung nicht nur wegen seiner Bereitschaft zum Interview, sondern natürlich auch wegen seines professionellen religiösen Hintergrundes für das Gespräch ausgesucht.¹⁵¹

Kurz bevor ich mich von der Station verabschiede, kommt es zu einer möglichen und sehr wahrscheinlichen Erklärung für den unerwarteten Interviewverlauf: Die stellvertretende Stationsleitung erinnert sich plötzlich, dass der Patient unmittelbar vor der Befragung Besuch von italienischen Ordensbrüdern hatte. Bei diesem Besuch wurde Wein getrunken. Und die Auswirkungen des Alkohols, mochte es sich auch um keine großen Mengen handeln, ergeben eine durchaus nachvollziehbare und plausible Erklärung für

¹⁵¹ Anm.: Als Befragender bevorzuge ich im Prinzip eine Zufallsauswahl von Probanden unter den palliativ erkrankten PatientInnen. In diesem Fall wäre es aber doch interessant gewesen zu erfahren, wie sich ein professionell in der katholischen Kirche tätiger Ordensmann zu den spirituellen, religiösen und rituellen Bedürfnissen äußert. Es wäre durchaus auch reizvoll gewesen, nach einer bestimmten Zeitspanne neuerlich ein Interview anzustreben. Doch aus zeitlichen Gründen war das dann leider nicht möglich.

den versandenden bzw. erst gar nicht in Gang kommenden Gesprächsverlauf. Wein kann sich für ältere und kranke Menschen, die den Konsum von Alkohol nicht gewohnt sind, durchaus destringierend auf ein Gespräch auswirken.

Erfreuliches ‚Nebenprodukt‘ dieses Interviews mit dem eigenartigen Verlauf war, dass die stellvertretende Stationsschwester dem Diplomanden von ihrem persönlichen religiösen Hintergrund der russisch-orthodoxen Religion erzählt. Die knappe Quintessenz ihrer Ausführungen liegt darin, dass nach den Beobachtungen der Kollegin, sich Angehörige der russisch-orthodoxen Kirche wesentlich leichter mit dem Loslassen vom irdischen Dasein tun als dies hier in Österreich und bei den KatholikInnen der Fall zu sein scheint. Als Begründung führt sie eine im Osten Europas teilweise innigere bzw. festere familiäre Bindung auch über die Generationen hinweg, an. Es wäre für die Menschen ihres Bekanntenkreises und ihrer Herkunft einfach leichter, das Leben an die nächsten Geschlechter weiterzugeben [sinngemäß: Platz zu machen und frei für die nächsten Generationen zu sein]. Es handelt sich hier um eine Einzelaussage, aber da ich die Kollegin als sehr gut beobachtend kennen gelernt habe, möchte ich diesem Aspekt durchaus Glauben und einen Platz im Zusammenhang mit interkulturellen und interreligiösen Aspekten schenken.

Interview 5:

a) Die Person der Befragten

Die Patientin ist 45 Jahre alt, wirkt aktiv, lebensbejahend, gepflegt, sie scheint in guter psychischer Verfassung zu sein, macht einen stabilen Eindruck, spricht angenehm laut und deutlich, was nicht nur das Interview erleichtert, sondern auch das Gefühl der Vitalität bestärkt. Als ich den Raum der Stationsschwester betrete, wo die Patientin bereits im Rollstuhl wartet, muss ich mich gleich entschuldigen, weil ich zeitlich sehr knapp dran bin – Zug wie Straßenbahn haben mich einigermaßen im Stich gelassen mit der Pünktlichkeit. Mein Eindruck ist es, dass wir uns alle drei: die Patientin, die anwesende Stationsleitung und ich, gleichermaßen in angenehmer und freundlicher Stimmung befinden.

Daher ist es von Bedeutung, dass gerade dieses Interview wörtlich wiedergegeben wird, denn der Original-Ton kann die wesentlichen Aussagen und Stimmungen am besten zur Geltung bringen.

b) Das Interview:

1I (Interviewer): *[Entscheidet sich, gleich in medias res mit der zentralen Frage nach den 2 religiösen bzw. spirituellen Bedürfnissen einzusteigen und sozusagen gleich am Anfang 3 einen ‚thematischen Reiz‘ auszulösen. Da die Patientin von der Stationsleitung über die 4 Thematik des Interviews informiert worden war und aufgrund des vergleichsweise 5 jugendlichen Alters der Patientin erscheint diese Vorgangsweise vertretbar zu sein].*

6 Frau G., *(Abkürzung des Namens der Patientin) wie sieht das jetzt mit Ihrer spirituellen 7 bzw. religiösen Situation aus?*

8 G: *Ich kann Ihnen eigentlich nicht viel zu den religiösen Bedürfnissen sagen.*

9 I: *Warum das?*

10 G: *Weil ich meinen eigenen Glauben habe. Ich glaube das, was ich sehe und fühle 11 und erlebe. An das glaub' ich. Und da meine Großmutter gestorben ist... Ja, ich 12 habe meinen eigenen Glauben.*

13 I: *Ja, Frau G., ich bin jetzt absichtlich so ein bisschen schnell in das Thema hinein 14 gesprungen. Können Sie mir ein wenig Persönliches von sich sagen, soweit Sie das 15 wollen; ein wenig über Ihren Beruf, Ihre Familie, Ihren Werdegang,...*

16 G: *Jobs hab ich eigentlich immer nur so Nebenjobs gehabt. Nichts Wirkliches 17 gearbeitet, weil, mit 15 war ich schon krank laut Ärzte. Und ja, mit 27 haben sie das 18 festgestellt im AKH. Ich hab' das durch meine Mutter erfahren. Weil mein praktischer 19 Arzt hat es auch meiner Mutter nicht sagen können, hat es sich nicht zu sagen getraut. 20 Die Mutter ist zum praktischen Arzt gegangen und hat gefragt: ‚hat die G. MS'? Und er 21 hat gesagt: ‚Ja'. Dann bin ich ins AKH gekommen und nach der Lumbalpunktion haben 22 haben sie es mir dann auch gesagt.*

23 I: *Da hat Sie die Krankheit also schon im jugendlichen Alter eingeholt. Wie war das?*

24 G: *Ja. Da hab' ich es ja noch nicht gewusst. So richtig erfahren habe ich es mit 27. 25 Ich war viel müde. Hab' viel geschlafen. Kopfschmerzen hab' ich oft gehabt und auch 26 schon Doppelbilder. Ich war damals auch grantig¹⁵² und mieselsüchtig, und alle diese 27 Symptome hatte ich; auch Gleichgewichtsstörungen. Da hab' ich es aber noch nicht 28 gewusst, dass ich krank bin.*

29 I: *Warum glauben Sie, dass sich das mit der Diagnose so lange hingezogen hat?*

30 G: *Es hat noch nicht so genaue Diagnosen gegeben früher, stell' ich mir vor.*

31 SL: *[Die anwesende Stationsschwester meldet sich zu Wort und meint]: ich weiß 32 nicht. Ob das jetzt gescheit ist, wenn ich mich da einklicke, aber früher hat man diese 33 Symptome, wenn sie wie bei der G. in der Jugend aufgetreten sind, als*

¹⁵² Volkstümlicher Ausdruck für schlecht gelaunt.

34 pubertierende Anwandlungen gesehen. Auch die Gleichgewichtsstörungen und das
 35 Grantigsein wurden auf die Pubertät geschoben. Und die Lumbalpunktion
 36 gab es noch nicht. Die war dann erst wie bei dir [an die Patientin gewandt] 1996.
 37 Vorher hat man noch nicht so eine differenzierte Diagnose machen können.

38 **I:** Ja, und MR gab es damals auch noch nicht in dem Ausmaß.

39 **SL:** Nein. Heute schließt man sofort bei Doppelbildern auf MS und macht gleich MR.

40 **I:** [an G. gewandt]...Und dann im AKH ist das alles auf Sie hereingekommen.

41 **G:** Ja, wie sie es mir im AKH gesagt haben, bin ich ins kalte Wasser gesprungen.
 42 Dann hab' ich gewusst: MS – o.k. Ich leb' damit und mach' halt das Beste daraus.

43 **I:** Und jetzt haben Sie die Diagnose gewusst. Und wie ging es dann weiter mit Ihnen?

44 **G:** Ja, dann hab' ich halt zu Haus gelebt bei meiner Mutter. Sie ist geschieden. Mein
 45 Papa ist gestorben, wie ich 15 war. Mein Großvater ist gestorben. Und meine Oma ist
 46 gestorben und alle. Und einer aus meinem Bekanntenkreis, der war Berufsboxer und
 47 hat einen Privatzoo gehabt. Der hat durch so viele Schläge einen Gehirntumor gehabt.
 48 Und der hat dann alle Tiere erschossen. Der hat sich erschossen. Ja, ich hab eine
 49 konfuse Jugend gehabt und darum hab' ich bei meiner Mutter gewohnt. Und mit 44,
 50 voriges Jahr, hab' ich eine Thrombose im rechten Fuß¹⁵³ und einen Lungeninfarkt
 51 gehabt und bin ins SMZOst gekommen. Durch die Sozialbetreuung habe ich dann
 52 einen Platz im Haus der Barmherzigkeit bekommen. Ja, und dann hab' ich da im Haus
 53 meine Liebe kennen gelernt.

54 **SL:** Das ist eine spannende Geschichte! [SL und G lachen].

55 **I:** Wollen Sie diese Geschichte kurz anreißen hier?

56 **G:** Ja, ich bin hierher gekommen und mir ziemlich fehl am Platze vorgekommen. Ich
 57 habe niemanden gekannt. Und der Franz S., ist 65, zwanzig Jahre älter als ich. Und er
 58 hat gesagt: ‚Setz dich da zu mir her. Und hat dann schon angefangen zu tasten. Und
 59 ich hab' ihn immer weg gestoßen. Weil: hab' nicht gewusst, was er will von mir. Und
 60 am 8. Juli, meinem Geburtstag, sind wir dann zusammen gekommen, voriges Jahr im
 61 Dezember haben wir uns dann verlobt. Und 2012 im Sommer wollen wir dann heiraten.

62 **I:** Toll. Und der Herr S. ist auch Patient hier im Haus?

63 **G:** Ja, Der hat sein Zimmer genau mir gegenüber. Und da bin ich immer bei ihm
 64 tagsüber, wenn wir keine Therapien haben. Und nachts geh' ich in mein Zimmer zum
 65 Schlafen. [es entspinnt sich ein Gespräch zwischen I und SL über das Glück, dass sich
 66 Menschen auch unter den Bedingungen der Krankheit finden und dass das auch für
 67 die Station etwas sehr Bereicherndes ist, weil das Glück spürbar ist für alle].

¹⁵³ Im österreichischen Alltagssprachgebrauch ist, wenn von ‚Fuß‘ gesprochen wird, meist das ‚Bein‘ (und wenn ‚Hand‘ gesprochen wird, der Arm) gemeint.

68 **I:** Mich würde da bezüglich des Glaubens noch etwas interessieren. Sie haben da von
69 Ihrem ‚ganz eigenen Glauben‘ gesprochen. Wie kann ich mir das vorstellen?

70 **G:** Ich bin schon römisch-katholisch. Ja, wie soll ich sagen. Wir haben Weihnachten,
71 Ostern,...Aschermittwoch esse ich auch meinen Spinat [sic!], ich tu schon die Bräuche
72 fortsetzen, aber so richtig, ich glaub‘ zwar fest daran, aber ich brauch‘ nicht in die
73 Kirche gehen, dass ich an Gott glaube.

74 **I:** Aber es ist dieser christliche Gott, den Sie von der Schule her kennen?

75 **G:** Ja, ja.

76 **I:** Werden Sie auch kirchlich heiraten?

77 **G:** Nein, nur standesamtlich. Ich war schon kirchlich verheiratet. Da lassen wir den
78 Standesbeamten herkommen, und dann gibt es eine Feier, glaub‘ ich.

79 **SL:** Ganz sicher [lacht]!

80 **G:** Da kommen dann meine Verwandten und Bekannten. Und von der Station die
81 Schwestern, die Maria [damit ist die anwesende Stationsschwester gemeint] und alle,
82 das wird bestimmt schön werden. Ja, mit der Kirche, das ist nicht so Meines. Ich muss
83 nicht jeden Tag in die Kirche gehen, damit ich beten tu‘, das ist nicht Meines.

84 **I:** Also, dieses Vorgegebene, das ist nicht das Ihre?

85 **G:** Wenn ich weiß, es ist Sonntag, und ich muss in die Kirche gehen und beten, damit
86 er bei mir ist, damit kann ich nichts anfangen.

87 **I:** Gibt es psychologische Unterstützungsmöglichkeiten?

88 **G:** Die gibt es. Aber die nehme ich nicht in Anspruch. Zu der Frau im Nachbarzimmer
89 ist immer der Pfarrer herauf gekommen und dann haben sie das ‚Vater unser‘ gebetet.
90 Ja. Ich bete auch das Vater unser. Aber wenn ICH will. Wenn ICH will, und nicht wenn
91 es vorgegeben ist. Das brauch ich nicht. Ich bin vom Land, und da bin ich auch immer
92 in die Kirche gegangen. Aber jetzt nicht mehr.

93 **SL:** [möchte eine Frage an G stellen, was ihr natürlich gerne gewährt wird]: Wie war
94 das mit dem Glauben, als du erfahren hast, dass du krank bist?

95 **G:** Ja. Man fängt dann schon zu hadern an. Warum eigentlich ich? Warum nicht
96 jemand anderer? Warum kann ich nicht mehr reiten, Eis laufen? Die Krankheit hat
97 mich viel bewusster gemacht. Vor der Krankheit hab ich nicht darüber nachgedacht.
98 Da hab‘ ich von einem Tag auf den anderen gelebt. Jetzt leb ich viel bewusster. Aber
99 ich war vor der Krankheit nicht gläubiger oder weniger gläubig. Auch nach der
100 Krankheit hat sich da nichts geändert.

101 **I:** War da auch Verdrängung dabei? Zorn? Haben Sie verhandelt mit Gott?

102 **G:** Ja, genau, alles das hab ich.

103 **I:** Gab’s auch die Phase, wo Sie die Krankheit einfach angenommen haben?

104 **G:** Ja, die Phase gab's auch. Ich hab' die Krankheit dann eigentlich schnell
 105 angenommen, wie ich die Diagnose erfahren habe. Jetzt hab ich es, o.k. Das ist es.
 106 **SL:** [meldet sich ein wenig überrascht zu Wort]. Das sind die Sterbephasen jetzt
 107 gewesen. [Die Stationsschwester in Richtung G., dass es da bei Krankheiten und
 108 auch beim Sterben so Phasen gibt. Wendet sich fragend in Richtung Interviewer].
 109 **I:** Ja, genau, das waren die Sterbephasen nach Kübler-Ross, die offensichtlich nicht
 110 nur beim Sterben, sondern auch im Falle von schwerer Krankheit in Erscheinung
 111 treten. Ich hab das jetzt nur nicht ausdrücklich erwähnt, weil wir es hier ja nicht mit
 112 dem Sterben, sondern mit schwerwiegender, nicht im herkömmlichen heilbarer
 113 Krankheit zu tun haben.
 114 **G:** Ja, dass ich stirb an MS weiß ich eh. Ich will nur so lange wie möglich noch leben.
 115 Wie das endet, weiß man nicht: ob ich die Hände nicht mehr bewegen kann, stumm
 116 werd', taub wird'.
 117 **I:** Wie das enden wird, wissen wir alle nicht. Auch uns Gesunde kann morgen schon
 118 ein ähnliches Schicksal treffen. Das ist ein ganz schmaler Grat mit
 119 den so genannten Gesunden und den Kranken, auch den Kranken, die an einer
 120 nicht heilbaren Krankheit leiden. Ja, ich denke im Prinzip haben wir die wichtigsten
 121 Aspekte besprochen. Es war ein ganz tolles Interview mit Ihnen und ich bedanke
 122 mich herzlichst für das Vertrauen, ich danke auch der Frau Kollegin sehr herzlich für
 123 die große Unterstützung und wünsche Ihnen allen das Beste.
 124 **G, SL:** Danke.

c) Der Gesprächsverlauf zeichnet sich durch eine gewisse Lebendigkeit bei der Schilderung der Lebensereignisse der Patientin aus. Die lange Zeit bis zur Diagnosestellung von MS war belastend, weil – auch von ärztlicher Seite – die Unpässlichkeiten, Probleme mit dem Gleichgewicht, Stimmungsschwankungen und Krankheitssymptome, als Entwicklungs- bzw. Pubertätserscheinungen abgetan worden waren. Die Patientin selbst spricht von ihrer ‚konfusen Jugend‘: Auch der mit der Familie befreundete Hausarzt hat es nicht geschafft, der Patientin bzw. deren Mutter die Diagnose mitzuteilen. Erst als die Mutter der Patientin den Arzt gefragt hatte: „Hat meine Tochter MS?“ hatte er die Diagnose, welche im AKH u.a. durch Lumbalpunktion abgesichert worden war, endlich bestätigt.

Im HdB ist sich G¹⁵⁴. dann als relativ junge Frau ziemlich deplaziert vorgekommen. Die meisten anderen PatientInnen sind deutlich älter. Trotzdem hat sie einen Mitpatienten kennen und lieben gelernt. Die beiden wollen in absehbarer Zeit heiraten.

¹⁵⁴ ‚G‘: Abkürzung des Vornamens der Patientin. Anm. d. Verf.

Auf die Frage nach den religiösen Bedürfnissen, kann G. nicht viel sagen. Sie hat da ‚ihren eigenen Kopf‘. Sie glaubt einerseits nur, was sie sehen, hören und/oder fühlen kann, andererseits sind ihr manche religiösen Bräuche (Weihnachten, Ostern,...) wichtig. Auch das Gebet ist ihr nicht fremd, wenn auch in erster Linie in freier Gesprächsform. Mit vorgegebenen Gebetstexten wie dem ‚Vater unser...‘ kann sie nicht viel anfangen. Sie betet aber auch das ‚Vater unser...‘, wenn ihr danach ist. Die Frage nach Gott hat sie sich im Zusammenhang mit der Krankheit schon öfters gestellt. Zumal die Krankheit mit vielen Entbehungen verbunden war; angefangen vom Sport (Eislaufen, Reiten,...) bis zur normalen alltäglichen Mobilität.

d) Die Ergebnisse des Gesprächs:

G. äußert große Zurückhaltung und Skepsis bezüglich religiöser und kirchlich-konfessioneller Aspekte. Rituelle Bedürfnisse – zum Beispiel die Teilnahme am Gottesdienst – hat sie kaum und möchte von den im Hause vorhandenen Möglichkeiten im Wesentlichen keinen Gebrauch machen, sofern sie nicht ihrem momentanen Bedürfnis entsprechen. Spirituelle Bedürfnisse und Interessen hat sie wenig, soziale aber sehr wohl. Da ist die immer wieder gestellte Frage nach der Existenz eines höheren Wesens, das man durchaus ‚Gott‘ nennen könnte. G. stellt bei Selbstbeobachtung fest, dass sie die Krankheit in jeder Hinsicht sehr verändert hat. Sie lebt jetzt nicht mehr so gedankenlos in den Tag hinein, sondern genießt viel bewusster jeden neuen Tag. Auch verschiedene psychische Phasen, von Verleugnung, über Verhandeln mit Gott, bis zu Depression und Annehmen, kennt sie. Praktisch durchschritt und durchschreitet sie damit – vielleicht in etwas milderer Form – die Sterbephasen, wie sie Elisabeth Kübler-Ross beschrieb. Das Vorhandensein der Kübler-Ross’schen-Phasen ist auch der beim Interview anwesenden Stationsleitung aufgefallen.

Interview 6:

a) Die Person der Befragten:

Patient P., 46 Jahre, leidet seit ca. 25 Jahren an MS, Herr P. hat sich vom einfachen Angestellten bis in die Führungsposition eines großen Unternehmens emporgearbeitet. Die Krankheit ist bereits sehr fortgeschritten, d.h. der Pat. ist weitgehend ans Bett gebunden; der Grad der Mobilität ist sehr gering. Auch selbständiges Essen und Trinken ist nicht möglich.

b) Der Gesprächsverlauf:

Der Prozess der Diagnosestellung war auch bei Herrn P. ein langer Weg. Und dauerte etwa sechs Jahre. Die Frage, ob Herr P. lieber schneller alle Informationen über seinen Gesundheitszustand erfahren hätte, beantwortet er mit ‚Nein‘. Er hätte damals nichts damit anfangen können. Sein Leben hätte eine große Wendung durch die Krankheit genommen. Auf die Frage, wie er mit dem Leben mit der Krankheit zurecht komme, antwortet er, dass die Krankheit etwas ganz Wichtiges für ihn sei und dass sie viel mit dem Glauben zu tun hätte. Die Krankheit hätte ihn nicht zum Hadern gebracht, ‚...sondern den Glauben ganz bestimmt verstärkt‘ [O-Ton]. Es hätte bestimmt einen Grund, meinte der Interviewpartner, warum er krank sei. Der Patient sei prinzipiell ein positiver Mensch, und die Defizite, die durch die Krankheit entstanden seien, würden auf andere Weise wieder kompensiert. Auf die Frage des Interviewers, was er ‚unter andere Weise‘ verstünde, antwortet der Patient, dass er immer unter Existenzangst gelitten hätte. Diese wäre durch die Krankheit aber hinfällig geworden sei, weil die Existenz sowie gefährdet sei. Er kenne jetzt beide Seiten des Lebens: das Leben in Gesundheit und das Leben mit Krankheit und Behinderung. Deshalb habe es auch Zorn und Hader niemals gegeben im Zusammenhang mit der Krankheit. Die Frage, ob er die Krankheit als Chance betrachte, antwortete der Patient: anfangs weniger, aber später sehr wohl. Es sei etwas total Positives herausgekommen und er möchte mit niemandem von seinen gesunden Bekannten das Leben tauschen. Der Patient hätte immer gut und überdurchschnittlich verdient, war aber immer unzufrieden gewesen. Es gäbe jetzt kein ‚Muss‘ mehr, es gäbe nur noch ein ‚ich will‘. Der Patient erzählt in diesem Zusammenhang von einem guten Bekannten von damals, dem bekannten Popsänger Falco, der dann in der

dominikanischen Republik verunglückt ist. Er habe Falco als extrem unzufriedenen und depressiven Menschen gekannt, der sehr viel Geld hatte. *(Der Verf. hat Falco übrigens, bevor dieser in die Dominikanische Republik ging, zufällig selbst in der Sauna eines Tennisklubs getroffen, ihn aber nicht erkannt. Vielleicht gerade weil er merkte, dass er nicht erkannt wird, hat er freimütig von seinem Leben erzählt. Auch in diesem Gespräch schwang sehr viel Unzufriedenheit und Frustration mit seinem Leben mit).* Auch er, Herr P., hätte sehr schnell gelebt und nichts ausgelassen. Die Krankheit sei der Riegel gewesen, der ihm vorgeschoben worden sei und bedeutet habe: ‚Bis hierher und weiter geht es nicht mehr‘. Damals sei durch den exzessiven Lebenswandel auch die erste Ehe in Brüche gegangen. Durch die Krankheit wären zwar einige wenige Freunde abgefallen, aber viele seien dazugekommen. An der Hl. Messe könne im Haus in einer Kapelle teilgenommen werden. Die Möglichkeiten seien aber vor allem personell sehr eingeschränkt. Der Patient schwärmt vor allem von einer Messe wie im Stephansdom, die er einst erlebte und die ihn sehr mit Glück erfüllte. Der liturgische Teil der Predigt käme hier im Hause sehr zu kurz. Durch einen bevorstehenden Priesterwechsel im Hause und die Unterstützung u.a. der neuinstallierten Stationsleitung in der Person von Sr. Maria könne aber vielleicht auch rituell mehr erreicht werden.

Der Patient regt an, seine Geschichte, die auch eine Geschichte der Multiplen Sklerose ist, doch einer breiteren Öffentlichkeit zuteil werden zu lassen. Er möchte, dass die so genannten gesunden Menschen ihren Zustand mehr reflektieren. Er könne sich gut vorstellen, seine Erfahrungen mit der Krankheit weiterzugeben. Ein Buch könnte auf der Basis seiner Erzählungen entstehen. Aber auch optische Medien, zum Beispiel das Fernsehen, könne er sich für die Umsetzung seiner Geschichte gut vorstellen. Und er hätte keine Probleme, auch über Schwierigkeiten wie Inkontinenz und Impotenz, wie sie im Zusammenhang mit MS auftreten können, zu sprechen. Seiner Meinung nach bedürfe es täglich etwa zwei Stunden, damit er über sein Leben sprechen und einem interessierten Menschen die Informationen bzw. Stationen seines Lebens diktieren könne. So könne man die Geschichte der Krankheit, die seine Geschichte ist, für Gesunde beschreiben und ein besseres Verständnis bewirken.

c) Das Ergebnis des Gesprächs:

Der Patient sieht die Krankheit als einen ‚Wink des Himmels‘. Sie sei notwendig gewesen, die Oberflächlichkeit der ‚gesunden‘ Gesellschaft zu überwinden. Die Krankheit sei ein Mittel zur Selbsterkenntnis gewesen, weil der gesunde Mensch sich oft gar nicht die Zeit nimmt nachzudenken. Die Krankheit biete jetzt die Chance und Möglichkeit, den Glauben zu leben. Die Krankheit ist das Medium, das das Gebet ermöglicht – zu jeder Zeit und

nicht an bestimmte Formen und Floskeln gebunden. Auch rituelle Aspekte spielten eine große Rolle. Von der Qualität der Ritualität her, bestehe seiner Meinung nach hier im HdB Verbesserungspotenzial. Es ist vor allem die mangelhafte bzw. oft überhaupt fehlende Predigt bei der Heiligen Messe im HdB und eine zu einfach gestaltete, zu wenig feierliche Messe, was der Patient kritisch anspricht.

Möglicherweise zeichnen sich durch den aktuell¹⁵⁵ stattfindenden Priesterwechsel und die Unterstützung der neuinstallierten Stationsleitung bald Verbesserungen in der vom Patienten angesprochenen Richtung ab.

Interview 7:

a) Die Person der Befragten:



Abb. 27: Karin E. Leiter, Altkatholische Priesterin, DGKS (RN), Malerin, Schriftstellerin, Lehrerin, selbst seit mehr als 20 Jahren Palliativpatientin und Mitbegründerin des Palliativgedankens in Österreich¹⁵⁶

Das Interview findet mit Karin E. Leiter statt. Die Nennung des Namens erfolgt im Einverständnis mit Frau Leiter. Das Bild stammt von der Homepage von Frau Leiter (Details siehe Fußnote 130).

Frau Karin Elfriede Leiter ist 1956 in Innsbruck geboren, lebt aber schon seit 1984 in Wien. Bereits seit 1988 ist sie Krebspatientin, seit 1992 hospizbetreut. Leiter hat viele Berufe und Interessen: so ist sie DGKS (RN), sie konnte noch die drei großen Frauen des Palliativwesens persönlich kennen lernen: Ciceley Saunders, die Begründerin des Hospizgedankens, Elisabeth Kübler-Ross, die große Sterbeforscherin, deren Theorie über

¹⁵⁵ „Aktuell“ bezieht sich auf den Zeitpunkt des Interviews (Juni 2010).

¹⁵⁶ Online zur Verfügung gestellt unter: <http://www.karin-e-leiter.at> (Zugriff: 20.8.2010)

die Sterbephasen auch heute noch Gültigkeit hat und Naomi Feil, die Gründerin der Validationstheorie.

Karin Leiter ist Altkatholische Priesterin, studierte Theologie, Germanistik und Weltreligionen, ist freie Künstlerin (Malerin) und auch Palliativpatientin. Sie ist Autorin von derzeit 14 Büchern.

b) Der Gesprächsverlauf:

1 **Interviewer (I):** Liebe Karin, ich habe dich in der Diplomarbeit schon ein wenig
2 vorgestellt. Du hast deine persönlichen Eckdaten ja auf deiner Homepage allen
3 Interessierten zugänglich gemacht. Es gab in der Vergangenheit auch immer wieder TV-
4 Auftritte, wo du zum Beispiel das Thema der Euthanasie mit VerterInnen zum Teil recht
5 unterschiedlicher Positionen diskutiert hast. Magst du ein paar wesentliche Stationen
6 der Geschichte deiner Erkrankung erzählen?

7 **Karin Leiter (KL):** Zur Diagnose: Weihnachten 1987 habe ich über die Feiertage
8 einfach Kopfweg gehabt. Brummschädel. Da nimmst einmal Aspirin™. Das hat nichts
9 genützt. Dann hab ich Thomophyrin™ genommen – nichts genutzt - dann Parkimed™
10 auch nichts genützt. Dann hab' ich gedacht: ‚Was jetzt? Wieso?‘. Dann ging der
11 Christtag vorüber und ich hab' mir gedacht: eine Bombe platzt da oben¹⁵⁷. Ist nichts
12 besser geworden. Dann hab' ich mir gedacht: vielleicht kommt da ein Schnupfen
13 irgendwie da oben¹⁵⁸. Ich hab' das Gefühl gehabt: Druck da oben. Du denkst da nicht
14 gleich an einen Hirntumor. Du denkst: verkühlt. Oben hängt alles. Dann hab' ich mir
15 gedacht: Stirnhöhlen, Nebenhöhlen, da hab' ich normalerweise nichts. Aber kann ja
16 sein. Silvester wach' ich dann in der Früh auf und seh' nicht richtig. Und denk' mir:
17 Was hab' ich denn? Ein Schlatz¹⁵⁹, irgendwie verschleiert. Doppelbilder! Ja, du weißt:
18 Doppelbilder, aber du kannst es dir nicht richtig vorstellen. Es war einfach so; es ist
19 nicht besser geworden. Dann kam Neujahr und dass ich es wirklich gespürt habe wie
20 einen Schnitt: der halbe Kopf war betroffen. Zuerst war es ein allgemeines Druckgefühl
21 im Kopf, dann ein halbseitiges. Linksseitig Kopfschmerz, rechts ist mir das Glas aus
22 der Hand gefallen.¹⁶⁰ Motorische Erstaussfälle. Dann hat es schon ein wenig zu arbeiten
23 angefangen in meinem Hirn: Scheiße, was ist das? Das ist jetzt aber kein normaler

¹⁵⁷ Anm. d. Verf. mit da oben ist der Kopf bzw. Kopfschmerz gemeint.

¹⁵⁸ Anm. d. Verf. mit ‚da oben‘ sind die Nasennebenhöhlen gemeint.

¹⁵⁹ Mundartlicher Tiroler Ausdruck für „Schleim“.

¹⁶⁰ Anm. d. Verf. Die aus dem Schädel austretenden Nervenbahnen kreuzen sich etwa in Nackenhöhe. D.h. die aus der linken Kopfhälfte führenden Nervenbahnen haben auf der rechten Körperseite die motorischen bzw. sensorischen Effekte.

24 Kopfschmerz mehr. Was hat meine Hand¹⁶¹? Dauernd schläft sie ein. Mit dem Fuß¹⁶²
 25 hab' ich nicht gewusst: steh ich am Boden oder nicht? Und das am Neujahrstag! Was
 26 machst du jetzt? Zuerst hab' ich mir gedacht: Sei nicht hysterisch und hab' mich so
 27 wieder herunter geholt. Das kann nicht sein. Bis zum sechsten Jänner hab' ich das
 28 noch hinaus gezogen und hab' mir immer nur gedacht: Das muss sich lösen, das gibt
 29 es nicht. Und am siebenten. Jänner, ich weiß es noch gut, heb' ich den Kopf, und
 30 dann: so richtig cerebrales Erbrechen. Eine Bewegung mit dem Kopf und es ist
 31 schwallartig daher gekommen. Dann bin ich damals ins Wilhelminen¹⁶³, auf die
 32 Neuro¹⁶⁴. Dann war schon klar: ja, das wird jetzt nicht irgendein ‚Lächerlschas‘¹⁶⁵
 33 **I:** War dieser Gedankengang eher instinktiv oder bewusst?
 34 **KL:** Einfach von den Symptomen her. Ich hab' eins und eins zusammen gezählt.
 35 **I:** Warst du damals schon Krankenschwester?
 36 **KL:** Ja. Ich hab' einfach rechtsseitig massive Ausfälle gehabt und nicht mehr klar
 37 sehen können. Und hab' dabei so etwas von rasenden Kopfschmerzen gehabt. Mir war
 38 klar: da gibt es irgendetwas Dramatisches. Und nach der ersten Untersuchung hat mir
 39 der Oberarzt gesagt: „Frau Leiter, Sie sind schwer krank. Was jetzt genau los ist,
 40 müssen wir noch eruieren'. Das hab' ich noch irgendwie mitbekommen; dann sind die
 41 ersten Epi-Anfälle¹⁶⁶ aufgetaucht. Dann hab' ich zu ihm (Anm. d. Verf.: gemeint ist der
 42 Oberarzt) gesagt: ‚Ich will jetzt nicht zitzerweise¹⁶⁷ alle fünf Minuten einen Befund. Das
 43 macht mich narrisch¹⁶⁸. Wenn die Diagnose klar ist, will ich alles wissen. Dann sagt mir
 44 alles ohne Vorbehalt. Aber bis dahin macht mich nicht narrisch'. Dann hat er gesagt:
 45 ‚Es gibt jetzt drei Möglichkeiten: ein raumfordernder Prozess im Gehirn¹⁶⁹, MS¹⁷⁰ oder
 46 AMS¹⁷¹. Etwas Anderes haben wir nicht mehr'. Dann waren drei Wochen lang
 47 Untersuchungen, eine nach der anderen. Nach drei Wochen war es dann klar:
 48 Arachnoidsarkom¹⁷², metastasierend¹⁷³ im Hirn und in den Knochen. Inoperable

¹⁶¹ Mit ‚Hand‘ ist in Österreich in der alltäglichen Ausdrucksweise oft auch der gesamte Arm bis zur Schulter gemeint.

¹⁶² Ähnliches wie bei 126 gilt es über die volkstümliche Bezeichnung von ‚Fuß‘ zu sagen: Hier ist meist das gesamte Bein bis zur Hüfte gemeint.

¹⁶³ In Wien gängige Abkürzung für ‚Wilhelimenspital‘.

¹⁶⁴ Neurologie

¹⁶⁵ Übersetzung aus dem Mundartlichen: Kleinigkeit.

¹⁶⁶ Epileptischer Anfall.

¹⁶⁷ Mundartlicher Ausdruck für: kleinweise, schrittweise...

¹⁶⁸ Mundartlich für ‚verrückt‘.

¹⁶⁹ Unter einem ‚raumfordernden Prozess‘ ist in der Regel ein Tumor bzw. Krebsgeschwür zu verstehen.

¹⁷⁰ MS = Multiple Sklerose.

¹⁷¹ AMS = Antikörpermangel-Syndrom.

¹⁷² Siehe Psychrembel, S. 98: ‚Arachnoidea‘ –Spinnwebenhaut; bindegewebige Membran, die über die Windungen und Furchen des Gehirns hinwegzieht...‘. S. 1361: ‚Sarkom –von mesenchymalem Gewebe ausgehender maligner Tumor, der frühzeitig hämatogen metastasiert...‘

¹⁷³ Tochtergeschwüre, Metastasen bildend.

49 Lage. Ah ja: Aufgrund des Auftretens der Erstsymptomatik massiv aggressiv.
50 Prognose: vier Wochen. Ja, und das ist jetzt 22 Jahre her.

51 I: Wie erklärst du dir das?

52 KL: Gar nicht. Ich denke einmal, ich hab' die Prognose erzwungen. Ich bin vor den
53 Bildern¹⁷⁴ gestanden. Er hat mir alles erklärt. Ich hab' sofort ausgeschaltet. So etwas
54 von klassisch in eine Haltung ‚Das bin nicht ich!‘ gegangen.

55 I: Verdrängung, Verleugnung a la Kübler-Ross?

56 KL: Verdrängung, Verleugnung. Ja. Ich hab' mir gedacht: dem Patienten geht es
57 scheiße. Ich bin sofort in ‚meine Krankenschwester‘ gegangen und wir reden jetzt über
58 irgendjemand, aber nicht über mich. Es war, ehrlich gesagt, klassisch. Ich weiß noch:
59 da ist es so in mir hin und her gegangen und ich habe gesagt: ‚Wie schaut die
60 Prognose aus?‘. Und dann sagt er: ‚Was soll ich sagen? Du siehst, es ist scheiße.
61 Was willst du denn da für eine Prognose stellen?‘ Und ich weiß noch, ich hatte gehofft
62 er sagt: ein halbes Jahr. Und er hat gesagt: vier Wochen. Und ich hätte mir selber
63 zwei, drei Monate gegeben, wie ich auf die Bilder¹⁷⁵ geschaut habe. Und ich habe halt
64 gehofft, er gibt mir mehr. Das war nur ein Spiel in mir. Ja, die vier Wochen haben in mir
65 einiges in Bewegung gesetzt an Entscheidungen. Ich habe da keine Monate für die
66 Entscheidungen gehabt. Was mach ich jetzt, was mach' ich nicht. Für mich war die
67 erste Entscheidung: aus dem Spital nach Hause. Was tu ich im Spital? Die zweite
68 Entscheidung war, den Kampf nicht aufzugeben. Chemo¹⁷⁶, Bestrahlungen; ich habe
69 nichts zu verlieren; ich kann nur gewinnen. Aber wenn, dann ambulante Therapie,
70 denn ich hab' keine Lust gehabt, im Spital zu liegen. Und ich denke, dass das eine
71 ganz wichtige Entscheidung war. Das Zweite war dann, dass ich um meine
72 Eigenständigkeit mehr zu kämpfen gehabt habe als mit der Krankheit. Mein ganzer
73 Freundeskreis war absolut im Helfersyndrom. Die wollten mir alle helfen. Die wollten
74 mich alle betreuen. Ich hab' dann einmal versucht, das alles ein bisschen
75 zurückzudrängen und wieder auf die eigenen Beine zu kommen.

[...Frau Leiter schildert während der nächsten 20 Minuten etwa, dass es jetzt hauptsächlich darum gegangen ist, ihre Eigenständigkeit zu wahren und ihre Interessen zu verfolgen. Die Krankheit hat sich zwar immer wieder mit den verschiedensten Symptomen bemerkbar gemacht. Aber mit viel Arbeit und dem Schreiben, dem Unterricht, Malen,...hat sie die Problematik in den Hintergrund gedrängt.]

¹⁷⁴ Gemeint sind damit die Röntgen- bzw. Computertomographie-Bilder.

¹⁷⁵ Siehe Fußnote 148.

¹⁷⁶ Chemotherapie

76 **KL:** Der erste Einbruch [*in der Theologie von K.L., Anm. d. Verf.*] war, in meiner
77 Krankentheologie einmal wirklich aufzuräumen. Ich hab nach dem Theologiestudium,
78 sehr spät muss ich sagen, wir haben 2000 abgeschlossen, dann Weltreligionen
79 studiert. Das war damals der erste Uni-Lehrgang, der an der Uni Wien gewesen ist.
80 Und das Studium hat mir enorm viel gebracht [*Frau K.L. sagt das mit großer*
81 *Deutlichkeit und sehr nachdrücklich*] – auch an Denkprozessen. Wo ich dann einfach
82 einmal ein wenig kritischer umgegangen bin [*mit der ‚normalen‘ Theologie; Anm.*] und
83 mir auch ein wenig theologisch angeschaut habe: ‚Was ist die Theologie?‘. Wie hast
84 du dich entwickelt? Nicht einfach drüber gehen und einfach ‚Inquisition und so‘, ‚wissen
85 wir eh‘. Wissen wir überhaupt nicht! Weil, wenn ich mir vorstelle, was geworden wäre,
86 wenn diese sechs Millionen Frauen nicht umgebracht worden wären, zum Beispiel
87 was da an Wissen, Weisheit, Lebenserfahrung vernichtet worden war, ist unfassbar.
88 Und ich hab einfach selber immer mehr gemerkt, dass ich selber anfangs, immer
89 kränker zu werden, einfach psychisch immer kränker zu werden, mit dieser Schiene,
90 was ich nicht kapiere, verstehe, an dieser Krankheit unter dem Kapitel: Gott wird schon
91 wissen, uns so abzulegen. Verstehst du? Das ist nicht gut gegangen. Ist zwar ein
92 bequemer Weg, weil du die Verantwortung abgeben kannst, kannst du sagen: ‚Gott
93 wird schon wissen‘. Aber was ist, wenn der [*gemeint ist damit ‚Gott‘, Anm.*] überhaupt
94 keine Ahnung hat von irgendetwas. Was tu ich dann? Außerdem würd' es mir nichts
95 nützen, wenn er es wüsste; ich versteh' ja trotzdem nichts! Davon hab' ich ja nichts!
96 Ich hab' auch viele Jahre sehr erfolgreich verdrängt, und auch abgewehrt die
97 psychische Komponente der Krebserkrankung. Natürlich kannst du das locker
98 machen. Ich bin immer auf der Schiene gefahren: wenn Krebs psychische
99 Komponenten hat oder der Hauptteil auf der Psyche liegt, dann haben die Leute um
100 Tschernobyl Krebs, weil sie soviel Angst haben und nicht wegen dem, was dort
101 passiert ist. Bis dann klar geworden ist: Da schüttest du auf der anderen Seite das
102 Kind mit dem Bad aus. Diese Gurus, die behaupten, es ist alles nur psychisch bedingt
103 und du musst nur auf deinen Knacks draufkommen, dann bist du wieder gesund, das
104 ist genauso Scheiße, wie zu sagen: die Psyche hat damit gar nichts zu tun. Das ist
105 ein Unsinn. Und du kannst die ganzen Gifte usw. nicht einfach leugnen.

106 **I:** Weil natürlich die ganzen physikalischen Fakten, wie zum Beispiel ionisierende
107 Strahlung u.a.m. klare Kausalzusammenhänge mit der Krebsbildung haben.

108 **KL:** Ja. Aber ich denke, dass gerade Krebserkrankungen derartige multigenetische
109 Ursachen haben – um es einmal so zu sagen. Und ich kann doch nicht meine Psyche
110 von meinem Körper trennen und auch nicht meinen Geist, und das alles so einzeln
111 anschauen und dann sagen: da liegt der Kern des Ganzen. Ich kann auch ganz
112 gemütlich sagen: in unserer Familie sind in den letzten Generationen elf Leute an

113 Krebs gestorben, also bin ich genetisch belastet. Das nimmt mir aber nicht meine
114 Erkrankung. Das geht nicht. Eigentlich hat mir die Religion das auch zu leicht
115 blockiert. Muss ich mir das jetzt so vorstellen: bin ich Gott? Ist was ist, ich muss mit
116 dem umgehen, was da ist. Innerlich arbeitet da etwas. Es ist immer die Frage nach
117 Verstehen. Es ist immer die Frage, dass du die Ursachen suchen möchtest. Das ist
118 menschlich. Ich will Antworten auf die vorsichtig gestellten und auch verdrängten
119 Fragen. Und nicht nur an der Psyche kratzen. Es ist mir zunehmend aufgefallen,
120 dass ich mich furchtbar dagegen wehre, mir das psychisch anzuschauen. Und dann
121 hab' ich noch gemerkt: ich kann, ich kann auf dieser Leidensschiene nicht mehr. Das
122 geht nicht. Ich kann das Leiden nicht verherrlichen. Ich stehe das nicht mehr durch.
123 Das hat für mich so eine unmenschliche Ebene gehabt, so eine Folterebene. Und
124 dann war ein ganz mächtiger Einschnitt. Eine zeitlang war dann auch noch der Kampf
125 mit der Kirche, für die Kirche, ja auch noch so eine Geschichte. Ich bin aus der
126 Generation ‚Zweites Vatikanum‘, das weißt du ja auch ganz genau, wie dann die
127 Volksaltäre kamen, die deutsche Sprache [in der Feier der Hl. Messe; Anm.] kam, wie
128 wir liturgisches Freistilringen betrieben haben. War ja ganz nett und ganz schön,
129 möchte das Taize und Assisi [zwei Beispiele für die damalige Spiritualität; Anm.] und
130 was weiß ich noch sonst alles, nicht missen, aber das war ja auch so ein
131 gottbesoffener Hallelujah-Rausch. Mehr war das eigentlich nicht. Und dann war für
132 mich dieser Knacks, wo ich einfach gesagt habe eine zeitlang: ‚auftreten, nicht
133 austreten‘. Solange ich den Atem noch halten konnte in der Kirche. Dann war der
134 Punkt: Ich halte es nicht mehr aus in der römisch-katholischen Kirche. Du kannst es
135 nicht mehr zusammenbringen. Die ganze Moral und die Dogmatik, das ist alles
136 Nonsense, das ist alles Scheiße. Und du kannst dich nicht als Frau darüber
137 hinwegsetzen, dass du den Altarraum putzen darfst. Es geht nicht mehr. Und eine
138 zeitlang hab ich immer, du bist eine Frau, du kannst nicht berufen sein. Da wirst du
139 einfach deppert dabei. Und dann bin ich ausgetreten. Und altkatholisch eingetreten,
140 weil: evangelisch war ich nicht zu Hause. Als Gast ja, aber immer nur Gast? Da war
141 kein Heimatgefühl. Also war altkatholisch die einzige Alternative. Ich bin 95
142 übergetreten, 14 Tage vor der Grojer-Affäre, bin im Feber übergetreten und war im
143 Herbst schon Diakonin. Und zwei Jahre später war dann der Weg für die
144 Frauenordination offen. Und ich war dann weltweit die vierte Frau, die geweiht
145 worden ist. Und dann hab' ich so das Gefühl gehabt: ich bin am Ziel. Und dann ist es
146 aber erst recht herausfordernd geworden. Es sind dann von den Leuten an die
147 Priesterin völlig neue Erwartungen, Hoffnungen, alles Mögliche, gestellt worden. Und
148 du versuchst natürlich die Erwartungen zu erfüllen und Hoffnungen zu befriedigen.
149 Und ich habe dann gemerkt, ich komm' da so in einen Sog hinein von mehr

150 Erwartungen erfüllen als eigentlich da sind. Sie haben ja von mir nicht völlig neues
151 Zaubern erwartet, aber vielleicht halt mehr Empathie und mehr Seele im Ritual. Und
152 da hab' ich auch angefangen sehr zu kämpfen. Ich hab' dann das eine Buch über die
153 Krankensalbung geschrieben. Und ich bin dann dafür eingetreten, dass dieses
154 Sakrament in die Hände eines jeden Menschen gehört und nicht nur in die
155 Priesterhände. Wobei mir dann die Römer¹⁷⁷ entgegen gefahren sind und ganz
156 mächtig gesagt haben: Ja, die Krankensalbung hängt mit der Beichte zusammen, und
157 Beichte ist eben nur priesterlich. Ich hab' dann gesagt: entweder es ist ein eigenes
158 Sakrament, oder es ist kein eigenes Sakrament. Was hat die Beichte mit der
159 Krankensalbung zu tun? Und diese Ablassvariante da fünf Minuten vor dem Sterben.
160 Entweder wir schneiden das ab und wir sprechen von sieben Sakramenten oder wir
161 haben sechs Sakramente; eines von beiden.

162 I: Aber wenn der Sterbende im Zuge des Sakramentes der Krankensalbung und in
163 Einsicht seiner Verfehlungen beichten und die Vergebung der Sünden erwirken
164 möchte. Dann besteht schon ein ziemlicher Zusammenhang zwischen den beiden
165 Sakramenten, oder?

166 KL: Ja, aber sechseinhalb Sakramente geht trotzdem nicht. Die Sakramente müssen
167 klar getrennt bzw. unterschieden werden. Und da hab' ich dann für mich festgestellt:
168 Frau, du musst eigene Wege gehen. Hör auf, dich mit Dogmatikern zu streiten. Die
169 haben ja die Weisheit mit dem Löffel gefressen. Hör auf, mit Theologen
170 herumzustreiten, die stehen nicht am Sterbebett; ist so. Das sind reine Theoretiker.
171 Was ist, wenn ich um drei Uhr in der Früh, wie es vor meiner Diakonweihe war... Die
172 Geschichte war so: ich hab' gesagt, ich lass mich zur Diakonin weihen, wenn ich die
173 Erlaubnis bekomme, die Krankensalbung zu spenden. Auf das ist der Bischof
174 eingegangen. Da hätten sie ihn ja fast geköpft dafür, weil das geht ja nicht. Und da
175 ist dann dieser Streit entstanden und da hab ich dann mein Buch „Wenn Gott uns
176 streichelt“ geschrieben. Er hat mir dann wohlweislich die Erlaubnis gegeben, aber das
177 war mir zu wenig, denn wenn ich um drei Uhr in der Früh einen Geistlichen brauch',
178 weil ein Menschen im Sterben ist...Ich mein', ich hab' die Aidshilfe mit aufgebaut und
179 hab' es oft genug erlebt, dass hunderttausend Tonbänder gelaufen sind, wo keiner
180 erreichbar war. Und wenn einer erreichbar war: auf die Aids-Station kommt er nicht.
181 Und dann kam einmal einer und wollte nicht ins Zimmer kommen und das Sakrament
182 quasi von der Tür aus hereinschmeißen. So geht das nicht...

¹⁷⁷ Mit ‚Römer‘ ist die Kurie der römisch-katholischen Kirche in Rom gemeint. Anm.

[für den Rest des Interviews, etwa weitere 40 Minuten, entspinnt sich dann ein theologischer Disput zwischen der altkatholischen Priesterin und dem Interviewer, dem mittlerweile konfessionell sehr distanzierten, aber nach wie vor dogmatisch-philosophisch Interessierten. Als Ergebnis dieses Gesprächs stellt sich heraus, dass KL die Theologie nicht nur auf einen Höhepunkt getrieben, sondern letztlich auch gesprengt bzw. aufgelöst hat. Die Frage: „Glaubst du überhaupt an das Gericht?“ beantwortet KL klar mit: „Nein“. Darauf ist zu antworten, dass, wer nicht an das Gericht glaubt, letztlich auch an die Freiheit des Menschen – religiös gesehen - nicht glaubt. Denn nur wer sich für sein Handeln zu verantworten hat, zum Beispiel im Rahmen eines großen und finalen Gerichts, hat auch die Freiheit verantwortlich zu handeln. Das ist von den Wurzeln her aristotelische Logik. Aber der Gedankengang sprengt die pflegewissenschaftliche Relevanz schon fast, wenngleich auch die kirchlichen Erfahrungen der Interviewpartnerin für ihre Vita, und auch im Zusammenhang mit der Krankheit, von großer Bedeutung sein können. Dieser Aspekt des Interviews wurde deshalb hier auch nur in den wesentlichen Zügen inhaltlich dargelegt].

c) Das Ergebnis des Gesprächs:

Das Gespräch verläuft in freundschaftlicher Atmosphäre und hat Aspekte der Pflege genauso zum Inhalt wie psychologische und theologische Aspekte. Allen Aspekten gemeinsam ist die pflegewissenschaftliche Relevanz. Auch spirituelle, religiöse und rituelle Gesichtspunkte kommen bei dem Interview zur Sprache. Die Interviewpartnerin kann aus einem reichen Erfahrungsschatz schöpfen, war sie doch bis in die letzte Vergangenheit multiprofessionell tätig: als Lehrerin des Palliativwesens (insbesondere die Validationstheorie Naomi Feils betreffend) in Melk und Mistelbach, als Künstlerin bzw. Malerin hat sie aussagekräftige, farbenprächtige und symbolstarke Bilder gemalt (die in den verschiedensten Institutionen bzw. Krankenhäusern zu sehen sind). Als Schriftstellerin hat sie vierzehn Bücher geschrieben. ‚(K)eine Zeit zum Sterben‘ ist eines davon. K. E. Leiter spricht darin wichtige pflegerelevante Aspekte des Problems der Euthanasie an. Nicht vergessen bezüglich des Gesprächsinhaltes darf die Priesterlichkeit Karin E. Leiters werden: als vierte Frau der Welt wurde sie zur altkatholischen Priesterin geweiht, nachdem sie als Frau in der römisch-katholischen Kirche keinen ihr angemessenen Platz fand.

d) Anmerkungen:

Im November 2010 in der Fernsehsendung „Am Schauplatz“ ging es um die Thematik des Frauenordinates in der Kirche (gemeint ist damit immer die Katholische Kirche). In dieser Sendung kam auch Karin E. Leiter mehrfach zu Wort. Abgesehen davon, dass sie sich dabei als Missbrauchsoffer outete, stellte der Reporter auch die Frage, ob sie sich, wenn sie nochmals vor der Situation stünde, sich wieder ‚weihen lassen würde‘. Dies konnte die Befragte nicht eindeutig beantworten. Das sei deshalb hier erwähnt, weil durch die bis zum Extremen entwickelten Theorien Leiters hinsichtlich der Theologie im Allgemeinen und der Dogmatik im Besonderen eine offizielle bzw. amtliche Position auch innerhalb der Altkatholischen Kirche kaum vorstellbar ist. Begründet wird die Motivation Karin E. Leiters für die Weihe dahingehend, dass Leiter damals in der Aids-Hilfe arbeitete und es extrem schwer war, Geistliche für die Krankentheologie zu gewinnen. Wenn spätnachts wegen Sterbebetreuung Priester verständigt werden mussten, kam es häufig vor, dass Anrufbeantworter eingeschaltet waren, die zu keinem Krankenbesuch führten bzw. Priester aus Angst vor Ansteckung von der Tür des Krankenzimmers aus das Sakrament der Krankensalbung spenden wollten (und die Krankensalbung als ‚Frisby-Scheibe ins Zimmer schmeißen wollten‘ – Originalton Leiter). Dass Karin Leiter selbst valide und ernsthaft diese Krankentheologie praktizieren konnte, dürfte eine Hauptmotivation für die PriesterInnen-Weihe gewesen sein.

Es wäre spannend festzustellen, inwieweit eine wirklich ausführliche Biographie von Frau Karin E. Leiter, sowohl praktisch als Palliativpatientin als auch im Zusammenhang mit ihren theoretischen Erkenntnissen und Erfahrungen zur Euthanasie in der Palliativpflege, die Basis für einen wissenschaftlichen Disput und die Grundlage für eine größere pflegewissenschaftliche Arbeit bilden könnte.

2.3 Befragungen zum Thema spiritueller, religiöser, ritueller und sozialer Bedürfnisse

Aufgrund des zentralen Forschungsinteresses dieser Arbeit nach den Bedürfnissen von PalliativpatientInnen insbesondere mit dem Fokus der Situation des Sterbens und des Todes bzw. eines eventuell vorstellbaren Lebens nach dem

Tode, stellt sich dem Verfasser auch die Frage, wie Menschen über diese Thematik denken, die (noch) nicht selbst davon betroffen sind. Einige davon könnten als Angehörige bereits praktisch mit einer derartigen Fragestellung konfrontiert sein bzw. konfrontiert gewesen sein.

Deshalb hat der Verfasser 30 Menschen aus seinem Umfeld mit der Frage:

„Wenn Sie bei Ihrem Arztbesuch die Diagnose einer unheilbaren Krankheit erführen und nur noch ein halbes Jahr zu leben hätten: wie wichtig wäre Ihnen das Gespräch bzw. die Unterstützung in a) spiritueller, b) religiöser, c) ritueller und d) sozialer Hinsicht?“

konfrontiert.

Auswahlkriterium für die befragten Personen war nur, dass sie mindestens 45 Jahre alt sein mussten und mit der Befragung einverstanden wären. Damit sollte gewährleistet sein, dass eine annähernd realistische Abbildung der Altersgruppe des größten Anteils der Palliativ-PatientInnen hergestellt wäre. Berufliche und/oder bildungsmäßige Aspekte blieben dabei ebenso unberücksichtigt wie die sozialen Hintergründe. Es wurde eine Stichprobe von je 15 Frauen und 15 Männern ausgewählt. Die Befragung möchte nicht den Anschein quantitativen bzw. statistischen Arbeitens geben. Die vorliegende Diplomarbeit ist qualitativ konzipiert bzw. strukturiert. Die Befragung dient ausschließlich dazu, sich einen Eindruck vom Denken von Menschen zu verschaffen, die derzeit nicht real betroffen sind, aber Überlegungen zur Thematik spiritueller, religiöser, ritueller und sozialer Bedürfnisse am Ende des Lebens anstellen.

Gelegentlich kamen von Seiten der Befragten Verständnisfragen zur Fragestellung. Dabei ging es darum, „was verstehen Sie unter ‚spirituell‘ bzw. ‚rituell‘ bzw. ‚sozial‘. ‚Spirituell‘ wurde in diesem Zusammenhang vom Befragenden als ‚das Interesse bzw. der Glaube an ein höheres Wesen bzw. eine höher Macht, wobei Zusammenhänge mit Religionen(en), Konfessionen nicht vorhanden sein müssen‘, interpretiert. ‚Rituell‘ wurde als ‚die spirituelle und/oder religiöse Praxis, die auch kultische bzw. liturgische Handlungen von Menschen bzw. Gruppen von Menschen in Ausübung ihres spirituellen und/oder religiösen Tuns‘ erklärt und

‚soziale Bedürfnisse‘ werden vom Befragenden als ‚das Pflegen von Verbindungen mit der Familie und Verwandten, mit Freunden und Bekannten‘ verstanden.

Abb. 28 (unten): Tabelle - Spirituelle, religiöse, rituelle und soziale Bedürfnisse bei Frauen (Altersgruppe 45 und älter); erstellt d. d. Verf.

Frauen	0	1	2	3	4	5
SpirBed	1	4	3	3	3	1
RelBed	6	2	2	4	1	0
RitBed	9	2	3	1	0	0
SozBed	0	0	0	5	9	1

Abb. 29 (unten): Tabelle - Spirituelle, religiöse, rituelle und soziale Bedürfnisse bei Männern (Altersgruppe 45 und älter) erstellt d. d. Verf.

Männer	0	1	2	3	4	5
SpirBed	1	4	2	5	3	0
RelBed	6	2	2	2	2	1
RitBed	9	1	0	5	1	0
SozBed	0	0	4	6	5	0

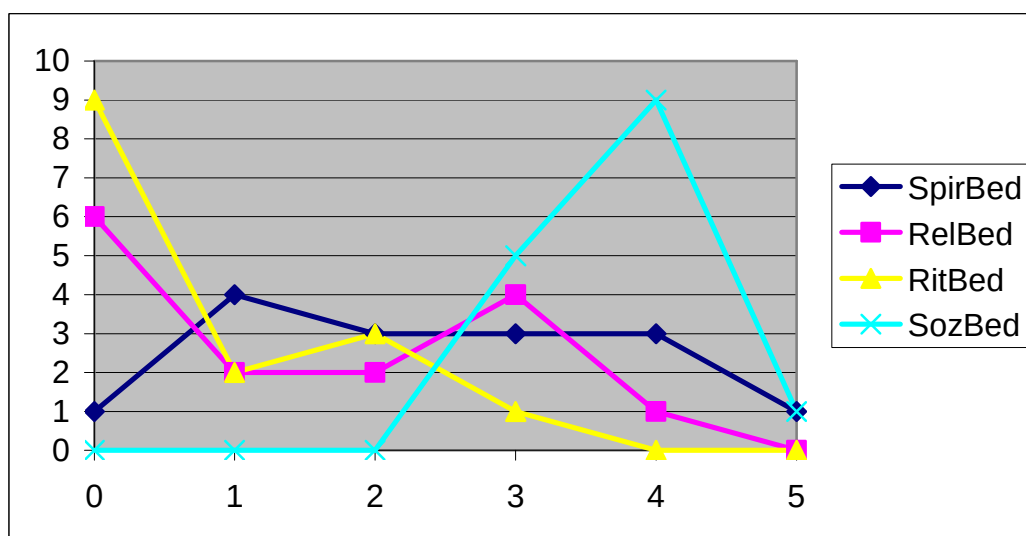


Abb. 30 (oben): Graphik der spirituellen, religiösen, rituellen und sozialen Bedürfnisse bei Frauen. Erstellt d. d. Verf.

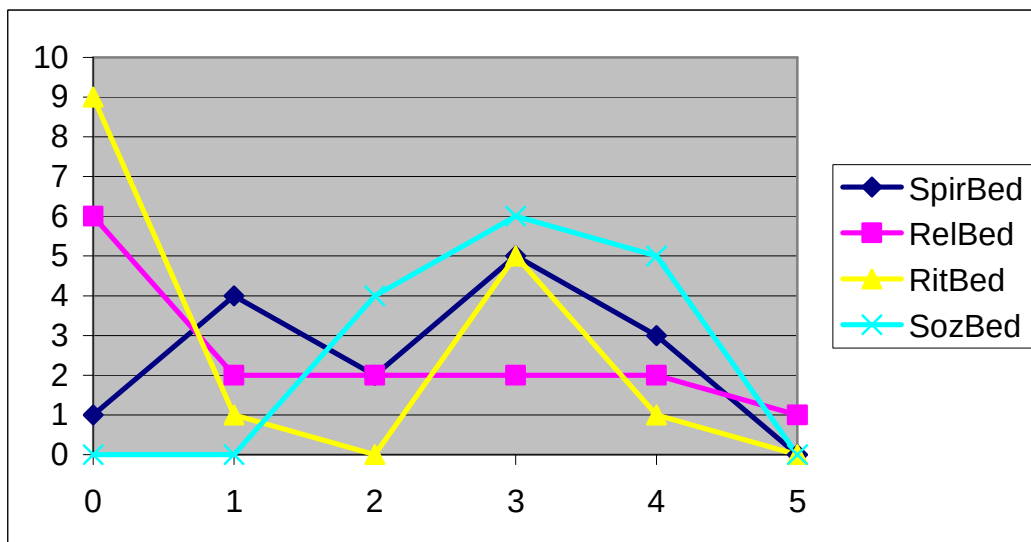


Abb. 31 (oben): Graphik der spirituellen, religiösen, rituellen und sozialen Bedürfnisse bei Männern. Erstellt d. d. Verf.

Legende: ‚SpirBed‘ – spirituelle Bedürfnisse; ‚RelBed‘ – religiöse Bedürfnisse;
 ‚RitBed‘ – rituelle Bedürfnisse; ‚SozBed‘ – soziale Bedürfnisse;

0 = keine Bedürfnisse; 1 = geringe Bedürfnisse
 2 = mäßiggradige Bedürfnisse; 3 = eher starke Bedürfnisse
 4 = starke Bedürfnisse; 5 = sehr starke Bedürfnisse

Interpretation:

Die Tabellen, vor allem die Graphiken, zeigen deutlich, dass bei Frauen wie auch bei Männern die *sozialen* Bedürfnisse am stärksten ausgeprägt sind. Keine befragte Person zeigt kein, ein gering oder ein mäßig ausgeprägtes soziales Interesse. Bei den Männern ist der Gipfel der Ausprägung der sozialen Bedürfnisse bei der Ausprägung ‚eher stark‘, es gibt zwei ‚Schultern‘ (= Ausprägungen) im Sinne einer mäßigen und einer starken Ausprägung der Kategorien der sozialen Bedürfnisse.

Das nächstdeutlich ausgeprägte Bedürfnis ist das *spirituelle* Bedürfnis. Es zeigt bei den befragten Frauen einen plateauförmigen Verlauf von ‚mäßiggradig‘ bis ‚stark‘. Ein niedrigstes, d. h. fehlendes, und ein höchstes Bedürfnis wurde bei Frauen wie bei Männern je einmal genannt. Bei den Männern verläuft die spirituelle Bedürfniskurve mit mehr Zacken, d. h. es hat mehr Häufigkeitswerte. Ein ‚Gipfel‘ liegt bei ‚gering‘ und ein Gipfelwert bei ‚eher stark‘. Die Höchsthstufe wurde nie genannt.

An dritter Stelle stehen die *religiösen* Bedürfnisse. Hier ist bei den Frauen ein auf einem relativ niederen Niveau, nämlich zwischen ‚geringem‘ und ‚starkem‘ Bedürfnis verlaufendes Plateau zu erkennen. Zu den religiösen Bedürfnissen sind die Antworten der Männer etwas unterschiedlicher ausgefallen, halten sich aber insgesamt auch eher auf einem niederen Bedürfnisniveau, was die Anzahl der Antworten bei den einzelnen Kategorien betrifft. Nicht ganz in diesem Ausmaß erwartet ist die religiöse Bedürfniskurve bei den Männern etwas höher angesiedelt als bei den Frauen. Auch gibt es bei den Männern, im Gegensatz zu den Frauen, eine ‚sehr starke‘ Nominierung. Das Gesamtbedürfnis an Religiosität ist bei den Frauen aber geringfügig höher. Beide Geschlechter geben aber sechs Stimmen ab, wonach ‚kein Interesse an religiöser Unterstützung‘ besteht.

Am unregelmäßigen ist die Bedürfnisverlaufskurve bei den *rituellen* Bedürfnissen. Die Mehrheit der Befragten, es sind neun Personen, männlich wie weiblich, haben keinerlei Interesse an rituellen Handlungen. Eine Einschätzung der ProbandInnen bei der höchsten Ausprägungsstufe gibt es nicht. Die Männer haben, vielleicht auch ein wenig unerwartet, bei der Kategorie ‚eher stark ausgeprägt‘ fünfmal gevotet.

In Anbetracht der geringen Stichprobenanzahl ist aber, wie schon erwähnt, eine verlässliche Aussage auf die Gesamtgruppe der 45-Jährigen und Älteren unmöglich. Es ist trotzdem interessant, sich mit den Meinungen der Befragten auseinander zu setzen, weil sie mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit – sowohl was die zu Rate gezogenen Studien als auch die Ergebnisse der Arbeit im Feld der Palliativpflege betrifft – im Wesentlichen korrelieren.

3 Bilder und Eindrücke aus der empirischen Feldarbeit

Unter ‚Feld‘ wird hier einerseits die Palliativabteilung des Pflegeheims Melk und andererseits das ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien 16 verstanden.

3.1 Die Pallativstation des Pflegeheims in Melk

Das Gleichnis vom Weinstock und den Reben ist sehr stimmig für das Haus in der Wachau. Überall in der Umgebung wird Wein angebaut. Einige Kilometer entfernt wurde die Venus von Willendorf gefunden – in ihrer gesichtslosen und körperlichen Rundheit Symbol der Fruchtbarkeit. Wein und Lebensfreude, Fruchtbarkeit und Lebendigkeit verdorren bzw. sterben ab. Für die Begleitung des Menschen auf dem letzten Weg steht die Palliativeinrichtung in Melk.

**„Ich bin der Weinstock, ihr seid die Reben.
Wer in mir bleibt und ich in ihm,
der bringt viel Frucht;
denn ohne mich könnt ihr nichts tun.
Joh 15, 5¹⁷⁸“**



Abb. 32 (li.): Ein alter Weinstock im ‚Raum der Stille‘ im PH Melk stellt einen symbolischen Kontrapunkt für christlich – und vielleicht auch nichtchristlich - orientierte PatientInnen am Ende ihres Lebens dar.

¹⁷⁸ Bibel: Johannes, Kapitel 15, Vers 5

Abb. 33 (Seite 164, re.) zeigt im Vergleich zum alten verdorrten Weinstock von Abb.31 das Bild eines aktiven, lebenden Weinstockes. Auch hier ist eine Analogie zum Leben eines Menschen herstellbar.

Es ist nicht nur die Bodenständigkeit, die das Haus auszeichnet; längst hat man gelernt, seinen Blick über die nächsten Hügel in die Ferne zu richten: Die Pflegenden haben multikulturelle und interreligiöse Kompetenzen erworben. Erfahrene und kompetente ehrenamtliche Lebens- bzw. SterbebegleiterInnen unterstützen das Team der Palliativabteilung in der Pflege von PatientInnen der verschiedensten Konfessionen. Fast die Hälfte des Pflegeteams ist männlich. Das kommt den rituellen Bedürfnissen von Angehörigen von Religionen entgegen, wenn es beispielsweise um rituell notwendige Waschungen von männlichen Verstorbenen geht, die vor allem beim Islam unbedingt gleichgeschlechtlich sein sollten.

Die zwei Häuser, das Pflegeheim Melk mit der Palliativstation einerseits, und das ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien Ottakring andererseits, weisen Ähnlichkeiten in der Pflegephilosophie, aber auch Unterschiede in der Pflegestruktur auf. Daraus folgen – unter anderem wegen der unterschiedlichen Größe der Häuser und der unterschiedlichen Differenzierung in Abteilungen¹⁷⁹ - andere Strukturen. Zu berücksichtigen ist weiters, aus welcher demographischen Situation die PatientInnen der beiden Pflegeinstitutionen stammen: sind es in Melk hauptsächlich Menschen aus dem ländlichen Raum, stammt ein hoher Anteil der PatientInnen des Hauses der Barmherzigkeit aus dem urbanen Raum der Großstadt bzw. des Umfeldes der Großstadt Wien.



¹⁷⁹ Zum Beispiel für an multipler Sklerose, an Demenz, an Tumoren,..., erkrankten PatientInnen

Abb. 34 (Seite 165): Pflegeheim Melk mit Palliativstation. Fotos: d. Verf.



Abb.35 (oben): Das Benediktinerstift Melk dominiert als Sakralbau die Wachau und stellt kulturell einen wichtigen Faktor weit über die Region dar¹⁸⁰



Abb. 36 (oben links)¹⁸¹: Der katholische Orden der Benediktiner („Ordo Sancti Benedicti“, OSB) geht auf Benedikt von Nursia, 480 – 547 (Jahreszahlen nicht sicher) zurück. Er gründete das

¹⁸⁰ Das Bild wird online unter: http://www.melk.gv.at/gemeindeamt/html/images/melk_stift.jpg zur Verfügung gestellt (Zugriff: 25.01.2011).

¹⁸¹ Online z. Verf. gestellt: http://www.heiligenlexikon.de/BiographienB/Benedikt_von_Nursia.jpg (Zugriff: 25.01.2011).

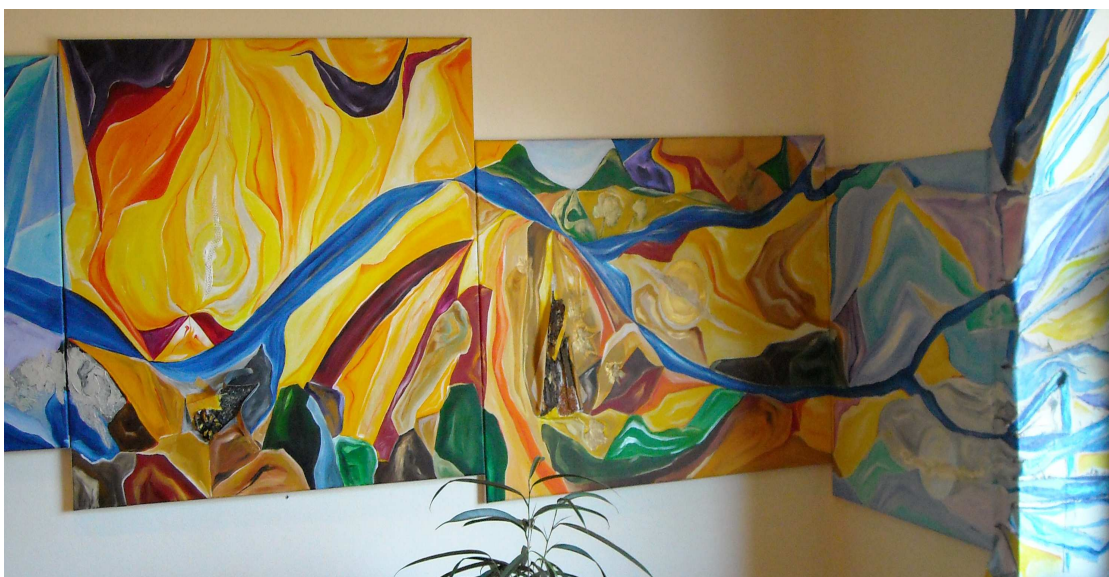
Kloster von Monte Cassino. Der Wahlspruch dieses Ordens lautet: ‚Ora et labora‘ (‚Bete und arbeite‘). Die Benediktiner bauen ihre Klöster und Stifte bevorzugt auf Anhöhen (siehe als Beispiel die Benediktinerstifte Melk und Göttweig in Niederösterreich), während die Zisterzienser, ebenfalls ein benediktinischer Orden, ihre sakralen Bauwerke meist in geschützten Tal-Lagen errichten. Beispiele dafür sind die Zisterzienser-Stifte Zwettl und Heiligenkreuz.

Der Name Benedikt kommt von ‚Benedictus‘, der ‚Gesegnete‘. Das Bild oben links stammt von einem Fesko im Konvent von San Marco in Florenz und wird dem berühmten Maler der Renaissance Fra Angeliko aus den Jahren 1441 – 1442 zugeschrieben.

Abb. 37, Seite 166, rechts¹⁸²: Benedikt als Gesetzgeber für den Orden der Benediktiner. Das Bild zeigt eine Federzeichnung aus dem Ottobeurer Codex der Benediktiner aus dem 12. Jahrhundert, welcher sich heute in der württembergischen Landesbibliothek in Stuttgart befindet.



Abb. 38 (oben): ‚Der Raum der Stille‘ ist ein Rückzugsraum, der sehr gut geeignet und ausgestattet ist für die Ritualität verschiedener Religionen. Der Raum lässt durch die Konzeption multikulturelle Verabschiedungsriten zu (Foto: d. Verf.).



¹⁸² Siehe Fußnote 180!

Abb. 39 (Seite 167): Im ‚Raum der Stille‘ des Pflegeheimes in Melk befindet sich dieses Gemälde-Ensemble der Altkatholischen Priesterin, Krankenschwester und Malerin Karin E. Leiter (Foto: Verf.)



Abb. 40 (li.): Der Ausblick spielt am Ende des Lebens eine wichtige Rolle. Aus einer Situation von Krankheit, Schmerzen und Einschränkungen besteht für spirituelle bzw. religiöse Menschen die Aussicht auf ein besseres Leben.

Abb. 41 (re.): Der Kontakt mit Sterbenden und Toten fordert in fast allen Religionen rituelle Reinigung. Fotos: d. Verf.

Im ‚Haus der Stille‘ in Melk gibt es einen (echten) alten, verdorrten Weinstock. Wenn man ihn anschaut, und vor allem angreift, betastet, vermittelt einem das knorrige Holz ein ganz starkes Gefühl von Alter, Verbogenheit (durch das Alter und die Last der Jahre), Rissigkeit des Astes (der Haut). Der biblische Wortlaut vom alten Weinstock, der keine Reben mehr trägt, weggeworfen und letztlich mit den anderen dünnen Zweigen und Rebstöcken verbrannt wird, lautet nach Johannes, 15, 6:

„...Wenn einer nicht in mir bleibt, wird er hinausgeworfen wie der Rebzweig und verdorrt. Man liest sie zusammen und wirft sie ins Feuer. Und sie verbrennen...“¹⁸³⁾

lässt ambivalente Vorstellungen zu. Besteht zwischen dem verdorrten Weinstock und dem alten Menschen, der zu nichts mehr nütze ist, eine Analogie? Bestärkt Johannes vielleicht mit seiner Aussage das heute aktuelle Leistungsprinzip? Für

¹⁸³ Zitiert aus: Die Bibel. Deutsche Ausgabe mit den Erläuterungen der JERUSALEMER BIBEL .

die Beantwortung der Frage ist es wichtig zu realisieren, dass das Johannes-Zitat aus dem gesamtbiblischen Kontext gelöst zitiert wird. Es ist insofern der religiöse Zusammenhang herzustellen, als *...einer nicht in mir bleibt...* und daher der Gnade der Gottesnähe verlustig geht. Es ist die verloren gegangene Freundschaft mit Jesus Christus und damit die nicht mehr wirksame Gottes-Kindschaft, die den symbolischen Rebstock zum Verdorren bringt. Er ist damit dem Feuer anheim gestellt. Aus dieser Perspektive lässt das Gleichnis vom Weinstock und den Reben ganz andere und durchaus nachvollziehbare Schlüsse zu. Es sei hier die Meinung vertreten, dass dieser Aspekt des Verdorrens und vor allem des Verbrennens im Feuer, von Seiten der Unterstützenden nicht aktiv bzw. initiativ angesprochen werden sollte, sondern nur, wenn die zu unterstützende Person ihrerseits das Gespräch auf dieses Thema bringt. Vielmehr sind es tröstende und befreiende Aspekte, die dem religiösen Menschen am Ende des Lebens Trost und Hilfe zu spenden vermögen. Ein starkes Gleichnis ist das Bild vom Weinstock und den Reben in einer Landschaft des großen Weinbaues wie es in der Wachau der Fall ist, aber dennoch. Auch kann das Feuer wärmen und ein Blick in das Feuer ist etwas Schönes. Und als solches hat der Weinstock – und auch das Feuer - im Haus in Melk seine starke Berechtigung.

Die oben erwähnte Ambivalenz wurde in den Gesprächen mit Pflegenden und PatientInnen immer wieder thematisiert. Sie ist ein Aspekt für viele Mitglieder monotheistischer Religionen, vor allem für den Katholizismus, auch für den Islam, nicht in dieser Eindringlichkeit aber beim Buddhismus und Hinduismus.¹⁸⁴ Noch stärker können Aspekte der Abhängigkeit bzw. der Angst bei manchen Sekten¹⁸⁵ in Erscheinung treten. ‚Wenn du dich von uns abwendest, wird dich Gott nicht mehr lieben, und dich diese oder jene Strafe Gottes ereilen....‘ Es ist evident, dass Drohungen mit der Hölle und/oder göttlichem Liebesentzug kein probates Mittel für eine freie bzw. befreite Spiritualität/ Religiosität sein können.

¹⁸⁴ Die beiden zuletzt Genannten sind keine monotheistischen Religionen, sondern große Weltanschauungen.

¹⁸⁵ Als Beispiel seien hier die Zeugen Jehovas und Scientology genannt.

3.2 Das ‚Haus der Barmherzigkeit‘ in Wien-Ottakring



Abb. 42: Das im April 2005 neu errichtete ‚Haus der Barmherzigkeit‘ im Modell¹⁸⁶

Das große Haus in der Seeböckgasse im 16. Bezirk bietet 350 chronisch Kranken stationären Aufenthalt. Am 18. März 2010 feierte das Haus in Anwesenheit wichtiger Persönlichkeiten des Staates und der Kirche sein 135-jähriges Bestehen. 2006 konnte das Haus der Barmherzigkeit als erste derartige Einrichtung das international anerkannte Qualitätszertifikat ISO 9001: 2000 erwerben¹⁸⁷. Mit diesem großen Haus für chronisch Kranke und PalliativpatientInnen wurden in Wien konzeptionell andere Wege beschritten wie auf dem Land.

¹⁸⁶ Abbildung online zur Verfügung gestellt unter: <http://hausderbarmherzigkeit.at/258.0.html> (Zugriff: 26.08.2010).

¹⁸⁷ Zahlen und Fakten siehe Homepage ‚Haus der Barmherzigkeit‘ (siehe Fußnote 182).



Abb. 43: Bild von der Homepage des Hauses der Barmherzigkeit (siehe oben). So wie auf diesem Bild haben vor Jahrzehnten viele Schlafsäle ausgesehen. Sie waren praktisch als Massenschlafsäle konzipiert und Intimität war unter solchen Bedingungen in nur sehr eingeschränktem Maße möglich. Krankenhäuser und Pflegeheime wurden früher vor allem von geistlichen Orden geführt. Im Hintergrund des Schlafsaaes ist eine Ordensschwester zu sehen.



Abb. 44: Eines der Bilder der Homepage zeigt das moderne Entrè des Hauses der Barmherzigkeit in Wien Ottakring.

V RESÜMEE UND AUSBLICK

Mit der dieser Diplomarbeit soll ein Überblick über die wesentlichen religiösen und spirituellen Aspekte der wichtigsten monotheistischen Weltreligionen (wie Judentum, Christentum, Islam) gegeben werden. Auch große fernöstliche Weisheitslehren wie Buddhismus, Hinduismus und Shintoismus und eine kleine Auswahl von Glaubensgemeinschaften bzw. Sekten werden darin skizziert. Vor allem ist der Fokus der in der Arbeit erwähnten religiösen Bewegungen besonders auf ihre Sichtweise zum Leiden und Sterben des Menschen gerichtet.

Was wird über den Tod ausgesagt und wie sehen die religiösen bzw. weltanschaulichen Bewegungen ein Leben nach dem Tod?

Eine nicht unbeträchtliche Anzahl der Menschen der Weltbevölkerung ist Mitglied einer religiösen bzw. spirituellen Bewegung. Viele Menschen stehen einer religiösen Bewegung zumindest interessiert, vielleicht auch als Sympathisanten gegenüber. Darüber hinaus sind die starken Zuspruch verzeichnenden und teilweise auch neu entstehenden Sekten nicht zu übersehen. Es scheint, dass die zuletzt genannten Strömungen durch ebenso einfache wie schnelle und absolute Lösungen imponieren.

Der Blickwinkel dieser Arbeit ist vor allem auf den Menschen in seinem letzten Lebensabschnitt gerichtet und was für diesen Menschen in seinem Hinausgeworfenwerden aus der menschlichen Existenz und in seiner Not als Sterbender relevant ist.

Dass Religiosität und Spiritualität für Menschen insbesondere in der Palliativpflege eine Rolle spielen kann, zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit. Aber auch, in welchem Ausmaß Spiritualität, Religiosität, Ritualität und soziale Bedürfnisse eine Rollen spielen, wird beschrieben. Es ist vor allem das soziale Interesse, das Pflegen des Kontaktes mit der Familie, mit Freunden und Bekannten, das die Menschen im letzten Lebensabschnitt bewegt. Die Motivation an diesem sozialen Geschehen ist nicht in allen Stadien des Lebensendes gleich ausgeprägt. Ist das Interesse an den für die PatientInnen wichtigen Menschen in der präterminalen Phase noch groß, teilweise sehr groß, nimmt es gegen das Sterben hin ab. In den

letzten Tagen und Stunden wird dieses Bedürfnis des terminal erkrankten Menschen kleiner, bis es schließlich zur Gänze in einer sozialen Zurückgezogenheit, einer stillen Insichgekehrtheit und einem grenzwertigen Gehen zwischen dem Diesseits und einem Jenseits, das uns Zurückbleibenden mehr oder weniger verschlossen ist, versiegt, um letztendlich im Zustand der Agonie und des Todes seinen Schlussakkord zu finden.

Im Hinblick auf die zukünftige Situation in der Palliativpflege ist festzustellen, dass es wichtig ist für die Pflegepersonen – egal in welcher hierarchischen Rangordnung sich diese befinden – dass sie sich ein Wissen über die wesentlichen Aspekte der großen Religionen, Weltanschauungen und auch über andere Gesinnungsgruppen, soweit sie für die Gesellschaft von Bedeutung sind, aneignen. Dies soll erstens durch ein Grundlagen-Modul im Rahmen der Krankenpflegeausbildung – vorzugsweise im letzten Jahr der Ausbildung - geschehen. Der Unterricht über Spiritualität und Religiosität in der Palliativpflege wird als Modul gestaltet und ist sowohl Pflicht- als auch Prüfungsfach. Es soll interdisziplinär gestaltet und mit pflegewissenschaftlichen, theologischen und psychologischen Inhalten ausgestattet sein. Die das Modul gestaltenden LehrveranstaltungsleiterInnen sollen akademische Qualifikationen aufweisen - sowohl die theologischen wie auch die pflegerisch-palliativen Unterrichtsinhalte betreffend. Die Lehrveranstaltungen könnten sich über zwei Semester mit jeweils mindestens fünf Wochenstunden erstrecken. Für diplomierte Pflegekräfte, die ihre Krankenpflegeausbildung bereits absolviert haben, und für PflegehelferInnen wären Fortbildungskurse in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal im Jahr, zum Beispiel über Fortbildungsakademien oder Institutionen der Berufsverbände, angeboten werden.

Es gilt, das Interesse bzw. Bewusstsein für alle im Pflegeberuf befindlichen Personen zu wecken und zu stärken, sodass in einer derart globalisierten Welt wie der unseren, in einer Zeit großer Migrationsbewegungen und auch in einer Zeit, in der alternative Denkmodelle und spirituelle Aspekte immer wichtiger werden und Wissen über Religiosität, Spiritualität und Ritualität immer größere Bedeutung gewinnt, dieser Entwicklung zu entsprechen.

Es wäre auch zu überlegen, ob nicht auch das Überbringen schlechter bzw. unangenehmer Nachrichten gezielt gelernt und nachhaltig geübt sein soll. Die Berufsgruppen der ÄrztInnen und Pflegenden sind von ihrer Einstellung her auf das Helfen, Heilen und Pflegen orientiert. Die Mitteilung über eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder gar über den bevorstehenden Tod eines Patienten/einer Patientin passt nicht in dieses Bild des Heilens bzw. Helfens und Pflegens. Es gibt Berichte, die zeigen, dass beispielsweise PolizistInnen für das Überbringen von schlechten Nachrichten besser geschult sind. Sie haben in der Polizeischule im Rahmen ihrer Ausbildung eigene Trainingseinheiten, wo sie trainieren und auch internalisieren können, wie man Angehörigen zum Beispiel den Tod eines nahen Verwandten oder Kindes durch einen Verkehrsunfall oder ein Verbrechen mitteilt. Die Konsequenzen daraus sind, dass in die Pflegeausbildung bzw. in das Fortbildungsprogramm ebenfalls derartige Trainingseinheiten implementiert werden sollten. Eine weitere Aufgabe für die Pflegenden ist die Vorbereitung der Angehörigen auf den Tod. Das sollte möglichst rechtzeitig und nicht erst unmittelbar vor dem Sterben geschehen. Die Angehörigen sollen dazu ermuntert werden, ihre Gefühle und Ängste nicht nur zuzulassen, sondern auch zu äußern. Manchmal können die Angehörigen untereinander und auch dem/der Betroffenen gegenüber zu einem offeneren Umgang animiert werden. Dabei können auch Erlebnisse bzw. Geschichten innerhalb der Familie eine Rolle spielen. Manchmal könnte das Fernbleiben von Angehörigen Anlass für Pflegende im Palliativbereich sein, zum Besuch der PatientInnen zu ermuntern. Manchmal lassen sich durch die Konfrontation in der psychisch belastenden Situation der letzten Lebensphase manche Blockaden in der Beziehung zwischen PatientIn und Angehörigen lösen. Durch die Trauer im Voraus lässt sich oft sogar noch eine tiefere Beziehung herstellen als dies in früheren Tagen der Fall war. Das Nichtbesuchen von Angehörigen hat in manchen Fällen aber auch einfach nur mit Berührungsängsten mit dem Krankenhaus, Kranksein, Leiden und Tod, zu tun. Wieder in anderen Fällen ist das Fernbleiben zu akzeptieren. Trauer im Voraus lässt die Realität des Verlustes von Angehörigen leichter akzeptieren.

Zusammenfassend sei festgehalten, dass die Bedürfnisse von PalliativpatientInnen primär sozialer Natur sind. Es ist den PatientInnen wichtig,

dass sie die Kontakte zu ihrer Familie, zu Freunden und Bekannten pflegen und aufrechterhalten können. Diese Aussage beruht sowohl auf Studien, die zu diesem Thema gefunden wurden, als auch auf Aussagen von in der Diplomarbeit angeführten PatientInnen-Interviews und beruht auch auf Befragungen von Menschen (30, Personen, 15 weiblich, 15 männlich, Alter: 45 und älter), was für sie in der Palliativsituation wichtig wäre. Die Conclusio ist, dass die spirituellen Aspekte für die meisten Betroffenen von nicht so großer Bedeutung sind wie die sozialen. Die spirituellen Bedürfnisse werden aber im Ranking als wichtiger eingeschätzt als die religiösen. Am wenigsten wichtig erwies sich in den Interviews mit den PatientInnen und bei den Befragungen das Bedürfnis nach ritueller Unterstützung.

Anders verhält es sich bei den Bedürfnissen der Angehörigen der PatientInnen: für sie kann eine rituelle Unterstützung wichtig sein. Was für die PatientInnen in Anbetracht ihrer noch kurzen Lebensspanne nicht mehr wichtig ist, kann den belasteten Angehörigen durch symbolische bzw. liturgische Handlungen bzw. Zeremonien einen Abschied ermöglichen bzw. erleichtern. Die Spende der Krankensalbung, ein liturgisch schöner und einprägsamer Beerdigungsritus sind Beispiele solcher rituellen Aspekte. Auch andere Religionen als das Christentum kennen ähnliche rituelle Vorgangsweisen.

VI ANHANG

1 Nachwort

Durch die längerfristige und intensive Auseinandersetzung mit dem Thema der Diplomarbeit waren einerseits kognitive Erkenntnisse im Zusammenhang mit themenrelevanter Literatur, praktische Erfahrungen ‚im Feld‘, aber auch persönliche Erfahrungen mit den Bereichen Pflege und Medizin verbunden. Dadurch konnte der Blickwinkel für die Thematik der Bedürfnisse von PalliativpatientInnen und deren Angehörigen etwas erweitert werden.

So geschah es beispielsweise, dass zur Zeit des konzeptionellen Abschlusses der Diplomarbeit eine nahe Angehörige von mir nach kurzer, schwerer Krankheit verstarb.

Als ich etwa zwei Wochen zuvor von der Patientin telefonisch von ernststen Symptomen im Bereich des gastrointestinalen Bereiches erfuhr, empfahl ich den notärztlichen Dienst in Anspruch zu nehmen, wissend, dass meine Angehörige von sich aus nicht gerne ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Die Notärztin entschloss sich, die Patientin in das Krankenhaus einzuweisen. Ein paar Tage nach der stationären Aufnahme besserten sich einige der Laborwerte etwas, die Grundvoraussetzungen für ein eigenständiges Leben, wie Nahrungsaufnahme, der Gang auf das WC, einkaufen, und anderes mehr, waren aber nicht gegeben. Trotzdem sollte die Patientin aus der stationären Pflege entlassen werden. Das Pflegeteam stellte einen ‚Situationsbericht‘¹⁸⁸ (Entlassung, Transfer, Verlegung) aus, wonach bestätigt wurde, dass ‚...die Patientin [...] zum Zeitpunkt der Entlassung selbständig ist und keiner Unterstützung durch professionelle Pflege benötigt‘. Im Pflegebericht wird darauf hingewiesen, dass sich diese Aussage ‚...nicht auf die Unterstützung, welche vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt im häuslichem Umfeld benötigt wurde oder wird‘ bezieht. Abgesehen von einigen Passagen dieses ‚Berichtes‘, die einiges Verbesserungspotenzial in der Schreibkompetenz enthielten, barg der Texte insofern eine Problematik, als die gesundheitliche Situation zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Pflege

¹⁸⁸ Der ‚Situationsbericht‘ befindet sich im Besitz d. Verf.

keine andere war als die nun zu Hause auftretende. Die Schwiegertochter der Patientin wollte die zu Entlassende mit dem PKW nach Hause bringen. Nachdem die Patientin ein paar Schritte aus dem Patientenzimmer gegangen war, brach die medizinisch als geheilt und für den Alltag als fit Beurteilte zusammen. Die Schwiegertochter konnte den Heimtransport nun nicht mehr bewerkstelligen. Daraufhin wurde seitens der Pflege ein Heimtransport mit der Ambulanz in Erwägung gezogen.

Ein funktionierendes bzw. effektives Entlassungsmanagement seitens des Schwerpunktkrankenhauses ist nicht erkennbar. Einer Kommunikation mit den Angehörigen entzogen sich die zuständigen Pflegepersonen. Von ärztlicher Seite konnte man auf eine Verbesserung der Befundlage hinweisen. Aber wie soll das mit den ADL's, den 'täglichen Aktivitäten' aussehen? Ich sprach eine Kollegin darauf an. Sie lächelte verlegen, drehte sich um und huschte aus dem Zimmer. Trotzdem es sich bei diesem Beispiel um einen Einzelfall handelt und die handelnden Pflegepersonen als Einzelpersonen und nicht im Pflegekollektiv zu sehen sind, besteht auf dem Sektor der Kommunikation noch Potenzial.

Selbständig auf das WC gehen, einkaufen, kochen, essen, die medikamentöse Verabreichung war für die Patientin nicht zu schaffen. Gleichzeitig überlegen die Söhne intensiv neue Wohnmodelle für ihre Mutter: Betreutes Wohnen, Pflegeheim, mobile Krankenpflege, stundenweise Hilfe zum Einkaufen und Putzen. Aber von einem Moment auf den anderen können die Dienste nicht mobilisiert werden. Entlassungsmanagement gibt es keines. Die 76-Jährige bleibt vorerst in stationärer Behandlung; die Stimmung des Pflegepersonals gegenüber den Besuchern der Patientin weist ein Spektrum zwischen Kontaktvermeidung und Spannung auf. Nach ein, zwei Tagen zeigen die Laborbefunde teilweise eine Verbesserung, die Entzündungsparameter bleiben dennoch deutlich erhöht und der AZ¹⁸⁹ wird eher schlechter als besser. Am nächsten Tag wird die Patientin von der Internen Abteilung auf die Intensivstation verlegt. Die Magenspiegelung zeigt nichts Akutes. 'Wir finden nichts'. Eine Darmspiegelung wird noch auf der internen Abteilung gemacht. Ergebnis: nicht durchgekommen mit dem Darmrohr. Jetzt gibt es eine Wiederholung. Keine nennenswerten Ergebnisse. Die CT¹⁹⁰ zeigt keinen

¹⁸⁹ Kurzbezeichnung für 'Allgemeinzustand'.

¹⁹⁰ CT = Computer Tomographie.

pathologischen Befund Der Patientin geht es akut schlechter. Schlechte Nierenwerte und Dialyse folgen. Die Entzündungsparameter sind inzwischen extrem hoch. Es bestehen stärkste Schmerzen, die mit Opiaten einigermaßen eingedämmt werden. Atemnot und Sauerstoffgabe sowie eine neuerliche CT folgen. Zwei Tage später gibt es den aktuellen CT-Befund: ‚ein Loch im Darm‘. Die Schmerzmedikation ist nur mehr mittels Epiduralkatheters¹⁹¹ in den Griff zu bekommen. Es kommt zum Konsilium zwischen Intensivmedizinerinnen und Chirurgen. Die Patientin stimmt noch einer OP zu, soweit das kommuniziert werden kann. Dann geht alles schnell: eine sofortige Notoperation wird notwendig, die Symptome einer Peritonitis¹⁹² liegen vor. Die OP-Dauer beträgt vier Stunden und hat zum Ergebnis, dass der gesamte Darm bis auf 50 cm Darm entfernt werden musste. Stuhl befindet sich in der Bauchhöhle, die ausgedehnt entzündet ist. Damit kann man nicht leben. Die Prognose ist infaust¹⁹³. In den nächsten 24 Stunden wird der Tod bei der Patientin eintreten.

Ich nehme noch weitere Korrekturen an der Diplomarbeit vor und fahre mit dem Zug von St. Pölten nach Wien, um an einer Vorlesungsreihe über Gendermedizin teilzunehmen. Da auf der Intensivstation immer nur zwei Besucher bei der Patientin gleichzeitig zugelassen sind, rechne ich mir Chancen aus, um 19,00 Uhr, nach der Vorlesung, die ‚Mama‘ wenigstens noch einmal kurz sehen zu können. Zehn Minuten vor Vorlesungsbeginn kann ich mit der Tochter telefonieren. Sie informiert mich darüber, dass ihre Mutter gerade gestorben ist.

Wie schreibt Elisabeth Kübler-Ross? „...sie ist frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei“ (Kübler-Ross, 1971, S. 99). Auch dass die Belastung jetzt bei den Angehörigen ist, kann ich bestätigen.

Religiöse Aspekte waren auch für diese Patientin nicht wichtig. Noch bei Bewusstsein hat sie die Frage der Intensivpflege nach dem Spenden der Krankensalbung abgelehnt. Und auch hier war den Söhnen das Rituelle wichtig.

¹⁹¹ Sonde die in den Wirbelkanal eingeschoben wird, um direkte über das Zentralnervensystem analgetische (schmerzlindernde(schmerzstillende) Wirkung auf Dauer zu erreichen.

¹⁹² Bauchfellentzündung, die auftritt, wenn beispielsweise Darminhalt in die Bauchhöhle gelangt. Die Folge sind massivste Entzündungen, Schmerz der Kategorie 10 in der zehnstufigen Schmerzskala (meine Einschätzung).

¹⁹³ Infaust = hoffnungslos.

Und so gab es eine sehr schöne und würdige Verabschiedung durch einen katholischen Priester. Dieser hat die Situation sehr treffend ausgedrückt: „Frau [...] war keine große Kirchgängerin, aber sie war sehr beliebt bei den Mitmenschen. Für manchen war sie sogar wichtiger als die eigene Mutter...“. Die gesamte Hausgemeinschaft war bei der Verabschiedung und ich kann auch die Sinnhaftigkeit und Bedeutung dieser starken und rituellen Verabschiedungsmöglichkeit bestätigen.

Die Pflgeteams von ‚Normalstation‘ und Intensivstation zeigten sich den Angehörigen sehr unterschiedlich in der Pflegekompetenz. Das Intensivteam erwies sich auch mit und nach dem Sterben der Patientin extrem kompetent und empathisch. Hier wurden Informationen klar und verständlich kommuniziert.

Insgesamt ist meine Sicht der Pflege im Wesentlichen kritisch. Ich sehe derzeit wenig Raum in der Pflegewissenschaft hinsichtlich Implementierung pflegewissenschaftlich relevanten Wissens. Einerseits hält sich das Interesse an der Pflegewissenschaft und damit auch an PflegewissenschaftlerInnen seitens der praktischen Pflege in Grenzen. Andererseits ist festzustellen, dass eine positive Resonanz bzw. Unterstützung bezüglich Pflegewissenschaft und damit der PflegewissenschaftlerInnen seitens der Medizin und den MedizinerInnen oft nicht vorhanden ist. Die Politik sucht unter anderem in der Pflege Sparpotenziale. Der Personalschlüssel wird nach unten revidiert und damit verstärken sich auch Rivalitäten und Konkurrenzen in den Teams. Umso wichtiger wäre eine florierende Pflegewissenschaft, da sie das Werkzeug für die Praxis zur Verfügung stellen kann.

Damit schließt sich der Bogen vom Vorwort mit der Begründung für das Interesse an der Palliativpflege und eventuell vorhandenen religiösen bzw. sozialen Hintergründen über die theoretischen und empirischen Wissenschaftsaspekte in den Ausführungen der Diplomarbeit bis zum – bedingt durch die Erfahrungen im Felde – teilweise recht kritischen Standpunkte des Status quo in der (Palliativ)-Pflege. Gerade die kritischen Aspekte machen deutlich, dass ein reger Zustrom von am Studium der Pflegewissenschaften interessierten Personen von außerordentlicher Bedeutung für die Zukunft der Pflege sein wird.

2 Literaturverzeichnis

Anonymus (BM f. Umwelt, Jugend u. Familie): Sekten-Wissen schützt, Wien, o. J.

Antes, Peter: Grundriss der Religionsgeschichte. Von der Prähistorie bis zur Gegenwart. Stuttgart, 2006.

Antes, P.: Der Tod als Durchgang zur ewigen Glückseligkeit. Sterben, Tod und Trauer im Christentum, in: Heller, B.: Aller Einkehr ist der Tod, Freiburg im Breisgau, 2003.

Arenhoevel, D./Deissler, A./Vögtle, A. (Hg.): Die Bibel/Die Heilige Schrift des Alten und Neues Bundes [Deutsche Ausgabe mit den Erläuterungen der ‚Jerusalemmer Bibel‘], Freiburg im Breisgau, 1973⁵.

Aries, P.: Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, München, 1976, In: Pflege, 22, 2009.

Baatz, Ursula: Buddhismus. München, 2002.

Berloewen von, Constantin: Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen, München, 1996.

Bjarnason, D.: Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications, In: Nursing Clinic North America, 44 (4), 517-25, 2009.

Brunner-Traut, Emma: Die fünf großen Weltreligionen Islam, Judentum, Buddhismus, Hinduismus, Christentum

Callahan, D.: The Troubled Dream of Life. Living with Mortality, New York, 1993, In: Pflege, 22, 2009.

Clarfield, Mark A. et al.: Ethical Issues in End-of-Life Geriatric Care: The Approach of Three Monotheistic Religions – Judaism, Catholic, and Islam, In: JAGS, 51, S. 1149-1149, 2003.

Eisringreich, Astrid: Der Tod als Rückkehr zur (sic!) Gott, der Quelle allen Lebens – Sterben, Tod und Trauer im Islam, in: Heller, Birgit (Hrsg.): Aller Einkehr ist der Tod, Freiburg im Breisgau, 2003.

Faber, Harald: Mache Seinen Willen zu deinem Willen. Grundzüge jüdischer Ethik. In: Zager, Werner (Hg.): Ethik in den Weltreligionen. Judentum, Christentum. Islam, Neukirchen-Vluyn, 2002.

Flarey, Dominick L.: Touched by an Angel of Light: Care at the Ende of Life, in: Jona's Healthcare Law, Ethics, and Regulation, Bd. 1, Nr. 3, 09/1999.

Glaser von, Helmuth: Die fünf Weltreligionen. Hinduismus, Buddhismus, Chinesischer Universalismus, Christentum, Islam; München, 2005.

Gordon, Matthew S. in: Coogan, Michael D.: Weltreligionen, München, 1999.

Gronemeyer, Reimer: Hospiz, Hospizbewegung und Palliativ Care in Europa, In: Elsas, Christoph (Hg.): Sterben, Tod und Trauer in den Religionen und Kulturen der Welt, Band 1: Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in Theorie und Praxis, 2008².

Gunaratnam, Yasmin: Culture is not enough. A critique of multi-culturalism in palliative care, in: Field, D./Hockey, J./Small, N. (Hrsg.): Death, Gender and Ethnicity, London, S. 166 – 186 (Übers.: Glantschnig, B./Heller, B.), 1997.

Idler, E./McLaughlin J./Kasl, S.: Religion and the quality of life in the last year of life, In: J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 64 (4): 528-37, 2009.

Hale, Rosemary Drage: Christentum, in: Staatsmann, S./Somm v. Chr./Ecker, M.: Weltreligionen, München, 1999.

Hasenfratz, Hans-Peter: Leben mit den Toten, Freiburg im Breisgau, 1998.

Heller, Birgit (Hrsg.): Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer, Freiburg im Breisgau, 2003.

Hirschberger, Johannes: Geschichte der Philosophie, Band I: Altertum und Mittelalter, Freiburg im Breisgau, 1980¹².

Holloway, Margaret: Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. Spiritual Need and the Core Business of Social Work, in: British Journal of Social Work, S 833 – 39, Hull, UK, 2006.

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart, 1971.

Kübler-Ross, Elisabeth: Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, München, 2003.

Küng, Hans: Das Christentum. Wesen und Geschichte, München, 2007.

Kulbe, Annette: Sterbebegleitung. Hilfe zur Pflege Sterbender, München, 2008.

Laager, J. (Hrsg./Übers.): Ars moriendi. Die Kunst, gut zu leben und gut zu sterben. Texte von Cicero bis Luther, Zürich, 1996.

Leiter, Karin E.: (K)eine Zeit zum Sterben, Innsbruck, 2002.

Lugton, Jean: Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen, 1995.

Mitchell, Bl./Mitchell, Lc.: Reviewe of the literature on cultural competence and end-of-life treatment decisions: the role of the hospitalist, In: J Natl Med Association, 101 (9), S. 920-926, 2009.

Narayanan, Vasudha: Hinduismus. Religionen verstehen. Köln, 2005.

Klinisches Wörterbuch ‚Psyhyrembel‘, Berlin, New York, 1994.

Rahner, Karl: Grundkurs des Glaubens. Einführung in den Begriff des Christentums. Freiburg im Breisgau, 1984.

Rausch, Ulrich: Sekten, München, 1999.

Schwarzenpoller, Thomas: Ethnographische Studie zu den Pflegeanforderungen jüdischer MigrantInnen in Deutschland. In: Pflege, 2004, 17, S. 329-338.

Schwikart, Georg: Tod und Trauer in den Weltreligionen/Band 605, Kevelaer, 2007.

Smart, Ninian: Atlas der Weltreligionen, Köln, 2000.

Stamm, Hugo: Im Bann der Apokalypse. Endzeitvorstellungen in Kirchen, Sekten und Kulte, Zürich, 1998².

Steffen-Bürgi, Barbara: Ein „Gutes Sterben“ und ein „Guter Tod“: zum Verständnis des Sterbeideals und seiner Bedeutung für Hospiz und Palliative Care, In: ‚Pflege‘, 22, S. 371-378, Bern, 2009.

Stowasser, J. M., Peteschienig M. u. Skutsch, F.: Stowasser: Lateinisch – deutsches Schulwörterbuch, Wien-München, 1994.

Strauss und Glaser: Awareness and Dying, 1965, und Time for Dying, 1968.

Tutsch, Dagobert: Taschenlexikon der Medizin, München – Wien – Baltimore, 1981³.

Zager, Werner: Hingabe an Gottes Willen. Ethik in Islam, In: Zager, Werner (Hg.) Ethik in den Weltreligionen. Judentum. Christentum. Islam. Neukirchen-Vluyn, 2002.

3 Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1, S. 5: Die Hospizstruktur in Österreich; <http://www.hospiz.at> (8.8.2010).

Abb. 2, S. 6: Palliativeinrichtungen in Österreich, Dachverband Hospiz Österreich.

Abb. 3, S. 9: Triangulation: WER ist beteiligt? WORUM geht es? WELCHE Forschungs-Designs werden angewandt? Graphik: Verf.

Abb. 4, S. 15 Die Kreuzigung Christi, Michelangelo um 1410;
http://commons.org/wiki/File:Miguel_Ange_Crucifixion_La_Rodondo_Logrona_spain.jpg (20.7.2010).

Abb. 5, S. 15: Der Stephansdom in Wien; <http://austria-lexikon.at/af/AEIOU/Stephansdom> (29.7.2010).

Abb. 6, S. 20: Martin Luther (nach Lucas Cranach d. Ä.;
http://wikipedia.org/wiki/Martin_Luther (23.5.2010).

Abb. 7, S. 20: Die 95 Thesen Martin Luthers;
<http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:95Thesen.2390.jpg> (26.5.2010).

Abb. 8, S. 23: Das orthodoxe Kreuz;
<http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Daei:OrthodoxCross.svg&filetimestamp=20060310013837.jpg> (20.6.2010).

Abb. 9, S. 25: Theodor Herzl, 1860-1904;
http://de.wikipedia.org/wiki/Theodor_Herzl.jpg (2.8.2010).

Abb. 10, S. 25: Die neue Synagoge in Berlin;
http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Dastei:Berlin_Neue_Synagoge_2005.jpg (24.5.2010).

Abb. 11, S. 36: Kalligraphie des Namens des Propheten Mohammed;
http://de.wikipedia.org/w/index.php?itile=Datei_Aziz_effendi-muhammed_elayhi_s_salam.jpg (29.7.2010).

Abb. 12, S. 36: Die Kaaba von Mekka;
http://de.wikipedia.org/w//index.php?title=Datei:Kaaba_-Mekka_-Saudi_Arabia_1Aug2008.jpg (29.7.2010).

Abb. 13, S. 47: Der Ausritt des Prinzen Siddharta;
<http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Budhha-Ausritt.jpg> (20.11.2010).

Abb. 14, S. 50: Tendzin Gyatschko, der 14. Dalai Lama;
http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Dalai_Lama_1430_Luca_Galuzzi_2003crap.jpg (29.7.2010).

Abb. 15, S. 50: Tibetisches Kloster in Lhasa; <http://www.tibet-spaniel-dtv.de/Ursprung/Tibet-Kloster.jpg> (29.7.2010).

Abb. 16, S. 58: Hinduistische Leichenverbrennung;
<http://en.wikipedia.org/wiki/Cremation> (2.11.20120)

Abb.17, S. 63: Die Flagge Japans; http://de.wikipedia.org/wiki/Flagge_Japans.jpg
(29.7.2010)

Abb. 18, S. 63: Shintoistischer Schrein;
http://wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Yasokuni_Jina_7_032.jpg (29.7.2010).

Abb. 19, S. 75: Abb. aus Küng, 2007, S. 56: Das gemeinsame Grundethos des jüdisch-christlichen Dekalogs und des islamischen Pflichtenkodex.

Abb. 20, S. 76: ebd., S. 60: Jesus im Koordinatenkreuz innerjüdischer Optionen.

Abb. 21, S. 76: ebd., S. 60: Jesus im Koordinatenkreuz der Weltreligionen.

Abb. 22, S. 94: Vereinfachte Darstellung einer Krankheitsverlaufskurve (Verf.)

Abb. 23, S. 98: Cicely Saunders, 1918-2005, Begründerin des Hospizwesens;
<http://marymackillop.org/wp-content/uploads/2010/04Dr-Cicely-Saunders.jpg>
(20.5.2010).

Abb. 24, S. 98: Das von Cicely Saunders gegründete ‚Saint Christophers’s Hospice‘; http://en.wikipedia.org/wiki/File:St._Christopher%27s:Hospice.jpg
(26.4.2010)

Abb. 25, S. 109: Die weltbekannte Sterbeforscherin und Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross; http://www.textezumfilm.de/bilder/elisabeth_kuebler-ross.jpg
(26.5.2010).

Abb. 26, S. 109: Elisabeth Kübler-Ross im Gespräch mit einer Palliativpatientin;
http://textezumfilm.de/bilder/elisabeth_kuebler_ross.jpg (22.6.2010)

Abb. 27; S. 151: Karin E. Leiter - Kuratorin, Künstlerin (Malerin), Schriftstellerin, DGKS (RN), altkatholische Priesterin und selbst Betroffene als Palliativpatientin;
<http://www.karin-e-leiter.at> (20.8.2010).

Abb. 28, S. 161: Tabelle: Spirituelle,..., Bedürfnisse der Frauen.

Abb. 29; S. 161: Tabelle: Spirituelle,..., Bedürfnisse der Männer.

Abb. 30; S. 161: Graphik: Spirituelle,..., Bedürfnisse der Frauen.

Abb. 31; S. 162: Graphik: Spirituelle,..., Bedürfnisse der Männer.

Abb. 32, S. 164: Ein alter Weinstock trägt keine Weinreben. Bild vom ‚Raum der Stille‘, PH Melk. Foto: Verf.

Abb. 33, S. 164: Ein junger Weinstock kann Früchte (Reben) tragen;

<http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Grape-vine.JPG&filetimestamp=20060526015235> (30.11.2010)

Abb. 34, S. 165: Das im Grünen gelegene Pflegeheim Melk. Foto: Verf.

Abb. 35, S. 166: Das Benediktinerstift in Melk.

http://www.melk.gv/gemeindeamt/html/images/melk_stift.jpg (25.01.2011).

Abb. 36, S. 166: Benedikt von Nursia, gemalt von Frau Angeliko, 1441/42.

http://www.heiligenlexikon.de/BiographieB/Benedikt_Nursia.jpg (25.01.2011).

Abb. 37, S. 166: Benedikt als Ordensgründer. Url siehe Abb. 36.

Abb. 38, S. 167: Die spirituellen und meditativen von Karin E. Leiter im ‚Raum der Stille‘, ‚Raum der Stille‘, PH Melk. Foto: d. Verf.

Abb. 39, S. 167: Gemäldeensemble von Karin E. Leiter im ‚Raum der Stille‘, PH Melk. Foto: d. Verf.

Abb. 40, S. 168: Ausblick aus dem ‚Raum der Stille‘, Ausblick im Leben – Ausblick auf ein neues Leben. Foto: d. Verf.

Abb. 41, S. 168: Ein Brunnen zur rituellen Reinigung vor dem ‚Raum der Stille‘. In vielen Religionen macht der Kontakt mit Sterben und Tod unrein und bedarf der Reinigung. Foto: d. Verf.

Abb. 42, S. 170: Planungsmodell des ‚Hauses der Bewegung‘ in Wien Ottakring. Hier entstand ein Hort der Pflege für chronisch bzw. palliativ kranke Menschen; <http://hausderbarmherzigkeit.at/258.0html> (26.8.2010).

Abb. 43, S. 171: Historisches Bild aus dem Haus der Barmherzigkeit. Url siehe Abb. 42 (12.11.2019).

Abb. 44, S. 171: Entrée des Hauses der Barmherzigkeit, Online zur Verfügung gest. siehe Abb. 42 (15.11.2010).

Erklärung:

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen – sofern das Bildmaterial urheberrechtlich nicht ohnedies als ‚gemeinfrei‘ erklärt ist – und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt.

Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

4 CURRICULUM VITAE

Norbert GRATZL

21. Jänner 1951

in St. Johann in Tirol

Staatsangehörigkeit: Österreich



Aktuelle Tätigkeit

- Radiologie-Technologe (vorm. Dipl. rad.-techn. Assistent)
- Strahlenschutz-Beauftragter und
- Lehrbeauftragter des Faches „Grundzüge der Strahlenkunde und des Strahlenschutzes“ beim Österreichischen Bundesheer seit 2002

Qualifikationen

- Diplom der Akademie für den radiologisch-technischen Dienst am Krankenhaus der Stadt Wien-Hietzing (vorm. Lainz), 1993-1996
- Master-Studium der Philosophie an der Fernuniversität Hagen, 1990-1993; Deutschland (nicht abgeschlossen – ein Abschluss ist geplant)
- Regelmäßige berufliche Weiter- und Fortbildung (Strahlenschutzakademie Forschungszentrum Seibersdorf)
- ECDL (Europäischer Computerführerschein)
- Sprachkenntnisse: Englisch auf dem Niveau des ‚First Cambridge Certificate‘, Latein („Großes Latinum“)

Ausbildung

- o Seit SS 2007: Studium der Pflegewissenschaften an der Universität Wien
- o 1989 – 1993: Studium der Philosophie der Philosophie an der Fernuniversität Hagen, Deutschland (nicht abgeschlossen – Abschluss geplant)
- o 1971 – 1974: Studium der Religionspädagogik an der Religionspädagogischen Lehranstalt in Schwaz in Tirol
- o 1986: Matura nach dem Lehrplan eines naturwissenschaftlichen Realgymnasiums der Maturaschule Dr. Roland, Wien, Akademisches Gymnasium Innsbruck.
- o 1985: Lehrabschlussprüfung ‚Bürokaufmann‘ am BFI Kitzbühel

Forschungsschwerpunkte und Interessen

- ✓ Kulturen, Religionen und Weltanschauungen
- ✓ Medizin und Pflege – insbesondere der Aspekt des Palliativen
- ✓ Philosophie und Psychologie
- ✓ Völkerkunde

- ✓ Alpinismus und Bergsteigen (Wandern, Schitouren, Sicherheit am Berg)

5 Technische Eckdaten der Diplomarbeit und Kontaktadresse

Diese Diplomarbeit entstand während des Zeitraumes von **2010/11**. Im Literatur- bzw. Abbildungsverzeichnis sind **45 Literaturangaben** (wissenschaftliche Werke bzw. Autoren) und **44 Abbildungen** (Bilder, Fotos, Graphiken, Tabellen,...) angegeben.

Im Rahmen der Feldarbeit wurden sieben Interviews durchgeführt. Vier Interviews wurden wortgetreu in **670 Zeilen transkribiert**. Drei Interviews wurden inhaltsanalytisch beschrieben.

Die Arbeit besteht gemäß Textverarbeitungssystem Word von Microsoft™ (Betriebssystem XP 2003) aus **201 Seiten, etwa 58.010 Wörtern, 348.365 Zeichen (ohne Leerzeichen), 406.974 Zeichen (mit Leerzeichen), 1.212 Absätzen und 6.661 Zeilen** (einschließlich Fußnoten).

Hinweise, Fragen und Informationen zum Thema dieser Arbeit richten Sie bitte an:

norbert.gratzl@gmx.net