

Sterben in der modernen Stadt

Gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Rahmenbedingungen von Palliative Care'

Von Ulrich H.J. Körtner

1. Die Debatte über menschenwürdiges Sterben

Die Diskussion darüber, was menschenwürdiges Sterben bedeutet, wird gegenwärtig nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Öffentlichkeit bis in den Bereich der Gesetzgebung hinein intensiv geführt. Auch auf gesamteuropäischer Ebene steht das Thema auf der Tagesordnung. Im Sommer 1999 verabschiedete die Parlamentarische Versammlung des Europarates eine Empfehlung zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde von Todkranken und Sterbenden.² Im Zentrum dieses Dokumentes steht die Frage, wie weit das Recht auf Selbstbestimmung, das auch in der letzten Lebensphase gilt, reicht, und inwiefern es durch das Recht auf Leben, welches das Verbot jeder absichtlichen Tötung einschließt (Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention), begrenzt wird.

Während die Empfehlung des Europarats die Legalisierung der Tötung auf Verlangen, also der freiwilligen Euthanasie mit den Menschenrechten für unvereinbar hält, haben die Niederlande im Jahr 2002 durch entsprechende Gesetzesänderungen die Lebensbeendigung auf Verlangen einschließlich der Hilfe bei der Selbsttötung unter bestimmten Voraussetzungen für straffrei erklärt. Ohne das Gesetz im einzelnen kommentieren zu wollen, muss an dieser Stelle allerdings darauf hingewiesen werden, dass es ausschließlich zugelassenen Arztionen und Ärzten gestattet ist, Patienten, deren Zustand für aussichtslos und deren Leiden für unerträglich gehalten wird, auf deren eigenes Verlangen zu töten oder ihnen zur Selbsttötung Beihilfe zu leisten. Ansonsten sind Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung in den Niederlanden strafbar. Das Strafmaß wurde sogar noch heraufgesetzt.

Noch liberaler als das niederländische Recht ist die Gesetzgebung in Belgien. Der im Jahr 2002 verabschiedete Gesetzentwurf sieht die Möglichkeit der freiwilligen Euthanasie nicht nur bei dauernden und unerträglichen physischen Leiden, sondern auch bei psychischen Leiden vor. In der Schweiz wiederum ist zwar die Tötung auf Verlangen verboten, nicht jedoch - jedenfalls nicht generell - die Beihilfe zu Selbsttötung, die auch in Deutschland nicht unter Strafe steht. Während die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft die Mitwirkung von Ärzten am Suizid Schwerkranker Menschen nach wie vor ablehnt, gibt es eine Reihe von Organisationen wie EXIT oder DIGNITAS, die in der Schweiz legal Beihilfe zum Suizid leisten.

Inzwischen gibt es auch im Europarat eine neue Initiative mit dem Ziel, die erwähnte Empfehlung von 1999 zu Fall zu bringen und durch ein Dokument zu ersetzen, das zwar die Notwendigkeit einer verbesserten Palliativmedizin betont, jedoch auch für das Recht auf Euthanasie und medizinisch assistierten Suizid eintritt.³ Der Berichterstatter des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie, der Schweizer Abgeordnete Dick Marty, glaubt, »dass niemand das Recht hat, einem todkranken oder sterbenden Menschen die Pflicht aufzuerlegen,

sein Leben unter unerträglichen Leiden und Qualen fortzusetzen, wenn er selbst beharrlich den Wunsch geäußert hat, es zu beenden«. Wie Marty hinzufügt, impliziere das Recht auf Lebensbeendigung allerdings »nicht die Verpflichtung für das Gesundheitspersonal, sich an einem Akt der Sterbehilfe beteiligen zu müssen«.

Ob diese Entwicklung tatsächlich, wie Marty behauptet, »in keiner Weise als verminderten Respekt für das menschliche Leben ausgelegt« werden kann, also mit Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) vereinbar ist, welcher das Recht auf Leben garantiert, darf bezweifelt werden. Der Ausschuss des Europarates für Recht und Menschenrechte hat den Vorstoß des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie mit scharfen Worten zurückgewiesen und sich energisch für die Beibehaltung der Empfehlung des Europarates von 1999 eingesetzt.⁶ Abgesehen von besorgniserregenden Untersuchungen, die zeigen, dass neben der legalisierten freiwilligen Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien auch nicht freiwillige und sogar unfreiwillige Sterbehilfe geleistet werden und dass die Dunkelziffer von Euthanasiefällen nach wie vor hoch ist', verweist der Berichterstatter des Menschenrechtsausschusses, der Brite McNamara, auf die Rechtssprechung im Fall Diane Pretty.⁸

Ihr Fall sorgte im Frühjahr 2002 international für Aufsehen. Die Britin Diane Pretty wollte beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte erwirken, dass ihr Mann straffrei ausgehen solle, falls er ihr Beihilfe zur Selbsttötung leiste. Frau Pretty litt unter der unheilbaren und tödlich verlaufenden Amyotrophischen Lateralsklerose (ALS), die zu fortschreitender Lähmung führt. Die Klägerin war daher zur Selbsttötung physisch nicht mehr in der Lage. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte entschied jedoch, dass das Recht auf Leben (Art. 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention) nicht das Recht auf Suizid oder Tötung auf Verlangen einschließe. Andernfalls müsste nämlich argumentiert werden, dass Patienten oder Patientinnen, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu töten, ein Benefiz vorenthalten würde. Mit dieser Argumentation wäre dann letztlich auch die nichtfreiwillige Euthanasie zu rechtfertigen. Dies aber ist ethisch wie rechtlich unzulässig. Generell lässt sich festhalten, dass aus der Straffreiheit des Suizids und auch aus der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid in manchen Ländern kein Recht auf Sterbehilfe abzuleiten ist.

Nichtdestotrotz wird die Debatte um die unterschiedlichen und z.T. gegensätzlichen Auffassungen darüber, was menschenwürdiges Sterben ist, weitergehen. Nimmt man zur europäischen Diskussion die Debatte in Nordamerika und Australien hinzu, so werden nicht nur kulturelle und rechtliche Unterschiede deutlich, sondern es werden auch innerhalb der Medizin, der Philosophie und, der Rechtswissenschaft, aber auch der Theologie in der Frage der freiwilligen Euthanasie oder des medizinisch assistierten Suizids abweichende Positionen vertreten.

2. Herausforderungen an die Kirchen

Umso dringlicher ist es, dass sich die Kirchen mit den anstehenden Fragen auf gesamteuropäischer Ebene offensiv auseinandersetzen. Die allseits erhobene Forderung, die Einheit Europas nicht nur als wirtschaftliche oder politische, sondern auch als kulturelle Herausforderung zu begreifen, ist auf dem Gebiet der medizinischen Ethik besonders drängend. Europa steht auf der Tagesordnung der Sozialethik, genauer gesagt einer Ethik des Politischen, für die

nationalstaatliche Kategorien längst zu eng geworden sind. Nicht nur die durch die Globalisierung ausgelösten ökonomischen Umwälzungen, sondern auch die rasanten Entwicklungen im Bereich der Medizin, insbesondere der Biomedizin und der Genetik, müssen von der Theologie und den Kirchen als eine gesamteuropäische Herausforderung begriffen werden. Es genügt nicht mehr, wenn sich einzelne Landeskirchen und diakonische Einrichtungen zu Wort melden. Es reicht auch nicht, die ökumenische Zusammenarbeit auf regionaler oder nationaler Ebene zu intensivieren, so begrüßenswert dies ist. So hat im Januar 2000 der Ökumenische Rat der Kirchen in Österreich eine gemeinsame Erklärung zum menschenwürdigen Sterben veröffentlicht, deren Grundgedanken auch die Basis meiner weiteren Ausführungen sind.⁹ Gesamteuropäische Themen und Entwicklungen verlangen jedoch auch auf europäischer Ebene eine ökumenische Antwort. Medizinische Ethik ist in zunehmendem Maße eine Aufgabe der Politikberatung und des politischen Lobbyings. Will christliche Ethik in den politischen Bereich hinein wirken, so muss sie nicht nur ökumenischer, sondern auch politischer werden.

Im ethischen Diskurs einer pluralistischen Gesellschaft fällt es allerdings zunehmend schwerer, dezidiert theologisch zu argumentieren.¹⁰ Das *trifft* z.B. auf die Maxime der Unantastbarkeit nicht nur fremden, sondern auch des eigenen Lebens zu, die aus der Gottebenbildlichkeit als theologischer Bestimmung der menschlichen Würde folgt und auch unter den Begriffen

Unverfügbarkeit« oder »Heiligkeit« menschlichen Lebens diskutiert wird. Trotz der in den vergangenen Jahren geleisteten theologischen Denkarbeit lässt sich die Idee, dass die Verdanktheit des eigenen Lebens die menschliche Autonomie sowohl begründet als auch sittlich begrenzt, nur schwer vermitteln. Religiösen oder theologischen Argumenten wird allenfalls ein partikularer Geltungsanspruch zugebilligt. Der gesellschaftliche Pluralismus führt generell zu einem Pluralismus von Moralien und Ethiken, der die medizinethische, aber auch die politische und juristische Konsenssuche erheblich erschwert.

Die Probleme des medizinisch begleiteten und manipulierten Sterbens haben keine geringere Sprengkraft als diejenigen der Biomedizin. Mit Ausnahme von Unfallopfern, Gewaltverbrechen oder unvorhersehbaren natürlichen Todesfällen befinden sich die meisten Sterbenden in ärztlicher Behandlung. Ein Großteil von ihnen stirbt im Krankenhaus. Das durch medizinische Interventionen begleitete Sterben ist also in der westlichen Welt der Regelfall. Daher wäre es völlig verfehlt, in den Debatten über Sterbehilfe und Euthanasie nur Indizien eines Verfalls kultureller Standards und moralischer Werte erblicken zu wollen. Es ist vielmehr notwendig zu prüfen, wie weit die Anwendung des heutigen Potentials medizinischer Möglichkeiten in bestimmten Situationen überhaupt sinnvoll ist, und wo die humanen Grenzen der modernen Medizin liegen."

Hierbei besteht ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Menschenrecht auf Leben, aus welchem das gesetzlich verankerte Verbot jeder absichtlichen Tötung folgt. Widersprochen werden muss aber der häufig geäußerten Ansicht, die Fortschritte der modernen Medizin, insbesondere der Intensivmedizin, machten das Problem der Euthanasie besonders drängend. Etliche Hauptargumente ihrer Befürworter sind seit der Antike hinlänglich bekannt und resultieren nicht aus neuen medizinisch-technischen Entwicklungen, sondern aus einem der christlichen Anthropologie widersprechenden Menschenbild. Die Fortschritte der Intensivmedizin sind allenfalls der Anlass,

nicht aber der eigentliche Grund für die neue Euthanasiedebatte. Im Gegenteil müsste man argumentieren, dass in Zeiten, in denen die Möglichkeiten einer wirksamen Therapie oder auch der Schmerzbekämpfung gar nicht oder nur in geringem Maße gegeben waren, viel eher als heute Anlass bestanden hätte, schweres Leiden als Begründung für die Tötung auf Verlangen zu akzeptieren. Die Frage aber, welches Leiden als sinnlos oder sinnvoll empfunden wird, ist kein Problem des medizinischen Fortschritts, sondern der religiösen oder weltanschaulichen Einstellung und der persönlichen Lebensumstände.

Die Kirchen sehen mit Recht ihre Aufgabe darin, für eine Kultur der Solidarität mit den Sterbenden einzutreten und die hinter der gegenwärtigen Euthanasiediskussion erkennbare Tendenz zur Individualisierung des Leidens und der Erstsolidarisierung zu kritisieren. Ihre Unterstützung für die Hospizbewegung und weitergehende Konzepte von Palliative Care ist daher nur konsequent. Angesichts der Verlegenheit und Hilflosigkeit, mit denen die säkulare Gesellschaft und ihre Mitglieder Sterben und Tod weithin begegnen, haben die Kirchen den Menschen durchaus etwas zu bieten. Christliche Formen der Sterbebegleitung einschließlich kirchlicher Rituale können Menschen in der letzten Lebensphase vor der Sprachlosigkeit bewahren und Orientierungshilfen geben»

Freilich sollten die Kirchen ihr Engagement für die Sterbebegleitung auch ein wenig selbstkritisch beleuchten. Darin steckt nämlich durchaus auch die Versuchung, gesellschaftlichen Relevanzverlust zu kompensieren. Ähnliches gilt für das bioethische Engagement der Kirchen in den Fragen am Lebensanfang." Schon vor Jahren schrieb der Praktische Theologe M. Josuttis, die behauptete Lebendigkeit der Volkskirche zeige sich, »überspitzt formuliert, im Bedürfnis nach der Beerdigung der Toten« 1 ¶ Die zunehmende Individualisierung der Bestattungskultur wird von den Kirchen bezeichnenderweise überwiegend kritisch gesehen, wie der Streit um das neue Bestattungsgesetz in Nordrhein-Westfalen zeigt. Die Volkskirche sollte nicht, um das Diktum von Josuttis abzuwandeln, ihre Lebendigkeit nur noch dadurch unter Beweis stellen, dass sie sich als Marktführer auf dem neu entstehenden und inzwischen bereits umkämpften Markt der Sterbebegleitung zu positionieren versucht.

Ohnehin lässt sich die Palliativbewegung nicht einfach als eine kirchliche Initiative be-

zeichnen, auch wenn sie umstritten christliche Wurzeln hat. Die Hospiz- und Palliativbewegung versteht sich als eine globale Bewegung. Sie definiert sich so

als Teil der Zivilgesellschaft. Das tun heutzutage auch kirchliche Initiativen. Zwischen zivilgesellschaftlichen und traditionell institutionellen Formen von Kirche treten aber nicht selten Spannungen auf, die ein Indiz für neue Prozesse der Ausdifferenzierung von Christentum und Kirche sind.¹⁶ Analoge Probleme zeigen sich im Bereich der Diakonie. Diakonie wird zwar als Lebensäußerung der Kirche verstanden, entwickelt aber immer stärker eigene Strukturen und Organisationsformen, die sich z.B. längst nicht mehr in die traditionellen kirchlichen Strukturen von Ortsgemeinden und Landeskirchen einfügen. Und auch innerhalb der Diakonie selbst gibt es Spannungen zwischen Verbandswesen, ökonomischen Unternehmen und Konzernbildungen sowie zivilgesellschaftlichen Initiativen und Organisationsformen."

Was die Nähe der Hospiz- und Palliativbewegung zu den Kirchen betrifft, gibt es, wenn ich recht sehe, konfessionelle Unterschiede. Zumindest in Österreich ist das Hospizwesen katholisch dominiert und entwickelt sich in enger Verbindung mit der Caritas und der römisch-katholischen Kirche. Andernorts haben Initiativen und Einrichtungen von Palliative Care aber

einen ausgesprochen ökumenischen Charakter und betonen ihre Eigenständigkeit gegenüber dem Amtskirchen. Umgekehrt betrachten Ortsgemeinden Palliative-Care-Initiativen nicht selten mit einer gewissen Distanz, sofern diese nicht dem »kerngemeindlichen« Bild von Kirche entsprechen. Auch ist nach meiner Wahrnehmung die kirchliche Bindung von Menschen, die sich für Hospize oder andere Formen von Palliative Care engagieren, unterschiedlich stark

ausgeprägt. Zwar wird, wovon später noch zu reden sein wird, Spiritualität in der Palliativbewegung durchaus groß geschrieben. Aber diese Spiritualität hat oftmals einen transkonfessionellen oder auch synkretistischen Charakter. Kurz: Das Verhältnis zwischen Kirchen und Palliativbewegung bedarf weiterer Klärung. Das ist letztlich auch eine interdisziplinäre theologische Aufgabe.

3. Die Einsamkeit der Sterbenden

Das größte gesellschaftliche Problem ist nicht die medizinische Überversorgung, sondern die Einsamkeit der Sterbenden, die der Soziologe Norbert Elias eindrücklich beschrieben hat. 1

Sie ist, wie überhaupt die Vereinsamung von Menschen, in der Großstadt ein besonders drängendes Problem. Sie setzt sich fort in der Einsamkeit vieler Toter, bei deren Begräbnis keine Angehörigen oder Nachbarn anwesend sind. Anonyme Bestattungen, die zu einem tiefgreifenden Wandel der Bestattungskultur führen, nehmen in Großstädten beständig zu.' 9 Wien, das zum Tod und zum Bestattungswesen von jeher ein besonderes Verhältnis hatte, stellt hier noch eine gewisse Ausnahme dar.

Es sind die Einsamkeit der Sterbenden und die Privatisierung nicht des Todes wie des Sterbens, durch welche sich auch die Kirchen in besonderer Weise herausgefordert fühlen müssen. Das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen werden in der Gesellschaft vielfach verdrängt und sind mit großen Ängsten belastet, mit denen sich die Menschen allein gelassen fühlen: mit der Angst, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; mit der Angst, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen; mit der Angst im Sterben allein gelassen zu werden; mit der Angst, ausgeliefert zu sein und der Würde beraubt zu werden; mit der Angst, auch gegen den eigenen Willen unnötig lange am Leben erhalten zu werden, was keiner Lebens-, sondern einer Sterbeverlängerung gleichkommt; mit der Angst, dass das Leben fahrlässig verkürzt wird durch mangelnde medizinische und pflegerische Hilfe oder gar durch vorsätzliche Tötung. Die gesellschaftliche Aufgabe besteht darin, der Einsamkeit der Sterbenden entgegenzuwirken und eine neue Kultur der Solidarität mit den Sterbenden zu entwickeln. Was Sterbende brauchen, ist unsere Solidarität, nicht die todbringende Spritze.

4. Palliative Care

Palliativmedizin«, so S. HusebO und E. Klaschik, »ist eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe«.2° Die WHO definiert Palliativmedizin als Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung aufgrund einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Hauptziel der Begleitung ist die (subjektiv empfundene) Lebens-

qualität.²¹ Palliatives Handeln reicht freilich über den engen Bereich der medizinischen Versorgung hinaus. Ausgangspunkt von Palliative Care ist allerdings eine wirksame Schmerzbekämpfung und Symptomkontrolle. Selbst wenn durch schmerzstillende Maßnahmen eine

Lebensverkürzung möglich drwisc m Kaufgenommen wird, ht M kein Grund, die Schmer ilung w unterlassen. Damher herrscht auch unter Medizindhikern Einigkeit

Die Palliativmedizin hat wissenschaftlich mittlerweile einen sehr hohen Standard erreicht, der jedoch leider viel zu wenig in die Praxis umgesetzt wird. Nicht nur auf dem Gebiet der Anwendung, sondern auch der Ausbildung sind Verbesserungen gefordert. Ebenso wichtig sind aber auch vermehrte Anstrengungen auf dem Gebiet der Pflegewissenschaft, der Pflegeforschung und der Pflegeethik. In diesem Bereich hat z.B. Österreich noch einigen Nachholbedarf.

Aufgabe eines umfassenden Konzepts von Palliative Care ist es, die physischen, psychischen und sozialen Leiden von Sterbenden zu lindern und spirituellen Beistand zu leisten. Modellhaft ist Palliative Care in der Hospizbewegung verwirklicht. Heutige Konzepte von Palliative Care sind jedoch umfassender als der ursprüngliche Hospizgedanke. Es ist nämlich notwendig, die palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung flächendeckend zu verbessern. Nicht nur sollte in Krankenhäusern und Pflegeheimen personell, räumlich und einrichtungsmäßig für eine würdevolle Sterbebegleitung, sondern auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege für entsprechende Möglichkeiten gesorgt werden.

Allerdings muss auch gesagt werden, dass sich Hospizarbeit und Sterbebegleitung zu einem neuen Markt entwickeln, auf welchem ehreiamtliche, kirchliche und zivilgesellschaftliche Initiativen zunehmend mit professionellen Anbietern konkurrieren. Das trifft jedenfalls für den großstädtischen Bereich zu. Die Individualisierung von Lebensformen und Lebensstilen setzt sich in der Ausbildung neuer Formen der Sterbekultur fort. Einerseits erwachsen Sterbenden und ihren Angehörigen neue Optionen persönlicher Wahl. Andererseits wird das Patientengut der Sterbenden als neuer Markt entdeckt. Die damit verbundene Professionalisierung, Institutionalisierung und auch Ökonomisierung des Sterbens gehören zu den großen Herausforderungen, mit denen sich die Palliative Care kritisch auseinandersetzen muss.

5. Sterben und Sterbebegleitung in der Stadt am Beispiel Wiens

Was in der aktuellen Diskussion über Sterbebegleitung und Sterbehilfe weitgehend fehlt, ist eine empirische Bestandsaufnahme, wo und wie, woran, in welchem Alter und in welchen

Lebensverhältnissen heute in unserer Gesellschaft Menschen sterben (w Hause, in Altkrankenhaus und Pflegeheimen, alleine oder in der Familie). Wir brauchen vermehrt empirische Untersuchungen zur heutigen Sterbekultur und zur tatsächlichen Qualität der Sterbebegleitung.

Nehmen wir das Beispiel Österreich: Wo sterben die Österreicherinnen und Österreicher?²¹⁻² Im Jahr 2001 gab es in der Alpenrepublik insgesamt 74.767 Todesfälle. Im Landesdurchschnitt starben 55,3 % der Menschen im Spital, 11,6 % in Alten- und Pflegeheimen, 27 % an der Wohnadresse, 0,3 % beim Transport zu einer Klinik. Die Zahl der sonstigen Todesfälle (z.B. Unfälle, Tötungsdelikte) betrug 5,8 %. Zum Vergleich: In der Großstadt Wien verstarben

von 16.943 Menschen 70,5% im Spital, 8,7 % in Heimen, 14,9% an der Wohnadresse, 0,4 beim Transport und 5,8% unter sonstigen Umständen. Generell lässt sich sagen, dass in Wien nur halb so viele Menschen wie in den überwiegend ländlich geprägten Bundesländern in der eigenen Wohnung sterben. Aber auch die Zahl derer, die im Heim versterben ist signifikant niedriger als in den Bundesländern. Sterben in der Stadt bedeutet in den meisten Fällen Sterben im Krankenhaus.

Welche Folgerungen aus diesen Zahlen zu ziehen sind, muss sorgfältig diskutiert werden. Eine Forderung ist zweifellos, den Gedanken der Palliative Care im normalen Krankenhausalltag zu verankern. So wichtig die Arbeit von Hospizen auch ist, so sehr muss doch daran gearbeitet werden, Palliative Care in der medizinischen und klinischen Grundversorgung zu verankern. Das gilt nicht nur für das Sterben auf onkologischen Stationen, sondern auch für das Sterben auf der Intensivmedizin. Allerdings muss auch nach den Gründen dafür gefragt werden, dass gerade in einer Großstadt wie Wien überdurchschnittlich viele Menschen im Spital versterben. Offensichtlich sind hier weitaus weniger als in ländlichen Gebieten die häuslichen und familiären Voraussetzungen dafür gegeben, dass ein Mensch in seiner häuslichen Umgebung sterben kann.

In Österreich wurde vor zwei Jahren die sogenannte Familienhospizkarenz eingeführt.²³ Demnach haben Berufstätige das Recht, sich von ihrem Arbeitgeber für eine Zeit von drei bis sechs Monaten freistellen zu lassen, um einen sterbenden Angehörigen zu pflegen. Anspruchsberechtigt sind Ehepartner, Eltern, Kinder, Enkelkinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Schwiegerkinder und Schwiegereltern, Lebensgefährten und Geschwister. Die Karenzierung erfolgt zunächst für drei Monate und kann bei Bedarf auf insgesamt bis zu sechs Monate verlängert werden. Teilzeitbeschäftigung ist dabei ebenso möglich wie eine Vollkarenz. Diese Regeln gelten auch für die Begleitung schwerst erkrankter Kinder.

Die Familienhospizkarenz ist ein praktischer Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist die Sterbekarenz bislang nicht finanziert, so dass zwar eine Arbeitsplatzgarantie besteht, jedoch kein Anspruch auf Lohnfortzahlung. In der Praxis dürfte die Sterbekarenz daher nur von wenigen Menschen in Anspruch genommen werden. Allerdings können in besonderen Härtefällen Mittel aus dem Familienlastenausgleichsfonds gewährt werden. Außerdem kann auf Antrag der pflegebedürftigen Person das ihr zustehende Pflegegeld an jene Person ausgezahlt werden, welche die Familienhospizkarenz in Anspruch nimmt. Bemängeln lässt sich dennoch, dass das derzeitige Modell einer Familienhospizkarenz zu sehr von einem traditionellen Familien- und Frauenbild geprägt ist, das heutzutage oftmals nicht mehr der gesellschaftlichen Wirklichkeit entspricht. Auch wenn die Karenz gleichermaßen von Frauen wie von Männern in Anspruch genommen werden kann, fördert das derzeitige Modell in der Praxis doch faktisch die Verweiblichung der Pflege.

Die Einführung der Familienhospizkarenz, mit der sozialpolitisches Neuland betreten wurde, war ein erstes praktisches Ergebnis einer Enquete des Österreichischen Nationalrats im Mai 2001 zum Thema »Solidarität mit unseren Sterbenden - Aspekte einer humanen Sterbegleitung in Österreich«. Darüber hinaus erklärte der Nationalrat im Dezember 2001 seine Absicht, die im österreichischen Krankenanstaltenplan bereits vorgesehenen palliativmedizinischen Einrichtungen in den Krankenanstalten so rasch wie möglich nach einem mit

allen Verantwortlichen abgestimmten Stufenplan einzurichten.²⁴ Angestrebt wird eine Zahl

von 400 Palliativbetten in ganz Österreich. Die derzeitige Gesundheitsministerin Rauch-Kallab hat diese Absicht nochmals bekräftigt und einen nationalen Aktionsplan Hospiz angekündigt. Realistischerweise ist allerdings für die nächsten Jahre davon auszugehen, dass allenfalls 270 Betten finanzierbar sind. Zum Vergleich: Derzeit gibt es in Österreich insgesamt 151 Palliativ- und Hospizbetten, davon 107 Betten im Akutbereich und 44 Betten im Langzeitbereich.²⁵

Neben der Diskussion über eine Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung im Akutbereich darf die Situation in den Alten- und Pflegeheimen nicht außer Acht gelassen werden. Im Zusammenhang mit der erwähnten Enquete des österreichischen Nationalrats machte eine Arbeitsgruppe aus Innsbruck auf die besonderen Probleme in Pflegeheimen aufmerksam.²

kommenden Jahren weiterhin zunehmen wird. Die Morbiditätsrate nach Heimeintritt ist hoch. Heimbewohnerinnen und -bewohner sind zumeist multimorbid. Laut einer älteren deutschen Studie²⁶ sterben 14% von ihnen bereits im ersten Monat, 33% im ersten Vierteljahr, 46% im ersten Halbjahr und 58% innerhalb des ersten Jahres nach der Aufnahme. 71% sind nach zwei Jahren verstorben, 90% nach fünf Jahren. Mangelnde Förderung und Zuwendung führt in Verbindung mit dem fortschreitenden Alterungsprozess zu einem rasch verlaufenden Verfall der körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Die Übersiedlung von der häuslichen Umgebung in ein Pflegeheim ist oftmals mit einem Verlust an Privatsphäre und Selbstbestimmung verbunden. In Mehrbettzimmern bekommen Heimbewohner wiederholt das Sterben ihrer Zimmernachbarn mit. Nicht zuletzt aufgrund von Personalmangel werden teilweise freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesetzt. Immer wieder werden Fälle von teilweise lebensbedrohlichen Pflegemängeln bekannt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich durch die Situation nicht selten überfordert, vor allem dann, wenn es an genügend qualifizierten Mitarbeitern mangelt. Auf Grund von Personalmangel kann kaum Angehörigenarbeit stattfinden. Das durchaus mitfühlende, aber oftmals überlastete Personal leidet darunter, nur wenig Zeit für Sterbende zu haben und ist für die Sterbebegleitung oft nicht entsprechend ausgebildet. Der Wunsch, nicht - oder besser gesagt so nicht - mehr leben zu wollen oder zu können, ist in Pflegeheimen durchaus häufig zu hören. Er darf freilich nicht als Argument für Euthanasie mißverstanden, sondern muss als Ruf nach Zuwendung verstanden werden. Menschenwürdiges Sterben in Pflegeheimen zu ermöglichen ist eine sozialpolitische Aufgabe ersten Ranges.

Welche Hospiz- und Palliativeinrichtungen bestehen in Österreich? Neben mobilen Hospiz- und Palliativteams gibt es Tageshospize, stationäre Hospize und eigenständige, in Akutkrankenhäuser integrierte Palliativstationen. Besondere Initiativen gibt es inzwischen auch auf dem Gebiet der Kinderhospizarbeit.

Um wieder auf Wien als Beispiel für die Großstadt zurückzukommen: Hier begann die Hospizbewegung 1987.⁸ Damals beschäftigte sich eine Expertengruppe erstmals mit der Idee, in Wien ein stationäres Hospiz zu errichten. 1989 nahm das erste mobile Hospiz von der Caritas der Erzdiözese Wien seine Arbeit auf. Wurden vom Mobilien Hospiz der Caritas Wien im Jahr 1990 ca. 80 Patienten und Patientinnen betreut, so waren es im Jahr 2001 bereits ca. 580 Patienten. Die Zahl der hauptamtlich Beschäftigten liegt derzeit bei 20 Personen, die der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beträgt 45 Personen. 1992 wurde in Wien die erste Hospiz-Station Österreichs mit 10 Betten errichtet (Krankenanstalt des Göttlichen Heilands). 1995 wurde am Geriatriezentrum am Wienerwald im Rahmen eines Modellver-

suchs ein stationäres Hospiz mit zunächst 20 Betten eröffnet, das im Jahr 2002 mit einer Kapazität von 14 Betten an das städtische Krankenhaus Lainz angegliedert wurde. Im selben Jahr eröffnete die Caritas Socialis das Hospiz Rennweg, das über 12 Betten verfügt und sich im Verband eines Pflege- und Sozialzentrums befindet. Aus finanztechnischen Gründen wird dieses Hospiz seit Januar 2002 als Department des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern geführt. Es gehört damit zur St. Vinzenz-Holding, die noch zwei weitere stationäre Hospize in Linz und in Ried i.l. betreibt. Seit Mitte der 80er Jahre hat die Caritas Wien Lehrgänge für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung veranstaltet, die seit 1998 als interdisziplinäre Palliativlehrgänge an der Kardinal König-Akademie Wien weitergeführt werden. 1999 erfolgte die Gründung der Palliativstation am Krankenhaus St. Elisabeth, die mit einem ambulanten Hospizdienst kooperiert und derzeit über 12 Betten verfügt. Im Jahr 2000 wurde im Senioren- und Pflegehaus St. Barbara (Caritas der Erzdiözese Wien) das erste Hospiz-Tageszentrum in Betrieb genommen. Im (städtischen) Geriatriezentrum am Wienerwald wurde im selben Jahr die erste Medizinische Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie eröffnet. 2002 erfolgte schließlich der Umbau des Pfarrhofes der Salvatorianer Pfarre Kaisermühlen in ein Pflegehospiz mit 27 Pflegebetten, davon 4 Hospizbetten.

Einige weitere Vergleichszahlen sollen die palliativmedizinische und Hospizversorgung in der Stadt verdeutlichen. Österreich hat eine Gesamtbevölkerung von ca. 8 Millionen Einwohnern. Davon leben 1,8 Millionen Menschen in Wien. Das entspricht einem Anteil von 22,5 der österreichischen Gesamtbevölkerung. Österreichweit gibt es derzeit 107 Palliativ- oder Hospizbetten im Akutbereich, davon allein 48 in Wien. Das entspricht einem Anteil von 44,9%. Im Langzeitbereich stehen österreichweit 44 Betten zur Verfügung, davon 4 in Wien, was einem Anteil von 9% entspricht.

6. Sterbebegleitung als interkulturelle und interreligiöse Herausforderung

Der ganzheitliche Ansatz von Palliative Care und Hospizarbeit schließt die spirituelle bzw. religiöse und seelsorgerliche Dimension ein. Gerade in dieser Hinsicht stellt der soziale Wandel in der Großstadt eine besondere Herausforderung dar. Über die Vielfalt der christlichen Konfessionen hinaus sind unsere Großstädte heutzutage von einer multireligiösen Situation gekennzeichnet. Die größte nichtchristliche Religionsgemeinschaft in Deutschland, Österreich und anderen europäischen Staaten ist inzwischen der Islam, wobei auch hier nochmals zwischen Sunniten und Schuten und verschiedenen islamischen Organisationen zu unterscheiden ist. Aber auch Juden, Buddhisten und Hindus sind in einer Großstadt wie Wien vertreten. Und schließlich darf die große Zahl der Konfessions- bzw. Religionslosen nicht vergessen werden.

Die Hospizbewegung ist christlichen Ursprungs und ein Beispiel vorbildlich gelebter Ökumene. Auch sonst wird die christliche Krankenhausseelsorge heute als ökumenische Aufgabe begriffen. Daher werden z.B. in Wien auch Fortbildungsangebote für Krankenhausseelsorger und -Seelsorgerinnen ökumenisch verantwortet. Wie aber lässt sich die religiöse Begleitung von Nichtchristen in die Hospizarbeit und in Palliative Care integrieren? Welche neuen Formen der Zusammenarbeit lassen sich zwischen christlicher Seelsorge und Repräsentanten anderer Religionsgemeinschaften entwickeln? Am Beispiel dieser so wichtigen Frage wird

anschaulich, was heutzutage unter transkultureller und unterkultureller Pflege verstanden wird.²⁹

Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft setzt nicht nur den Respekt vor anderen Kulturen und Religionen voraus, sondern erfordert auch ein hohes Maß an hermeneutischer Kompetenz.

bzw. der Fremdsprachen beginnt. Doch schon in der eigenen Sprache machen wir die Erfahrung, dass zwei Menschen, wenn sie das Gleiche sagen, darum noch lange nicht dasselbe meinen. Erst recht gilt dies bei Übersetzungsproblemen.

Verschiedene Sprachen repräsentieren verschiedene Lebensformen und Lebenswelten. Nicht nur zwischen den verschiedenen Kulturen, sondern auch innerhalb derselben besteht eine Vielfalt von Lebensformen, Lebensstilen und moralischen Einstellungen. Vor dem moralischen Urteil hat das Bemühen um das Verstehen des Anderen, konkret der Patientin oder des Patienten und seiner soziokulturellen Prägung zu stehen (kultursensible Pflege). Es ist die Frage, wie für ihn im Rahmen seiner Vorstellungswelt eine optimale Therapie und Pflege möglich ist, ohne dabei die Prämissen der eigenen Medizin und des eigenen Pflegekonzepts verleugnen zu wollen. Die Wahrnehmung unter- und intrakultureller Vielfalt ist die Zielsetzung einer unterkulturellen Pflege.

Wie die Pflege überhaupt schließt auch die unterkulturelle Pflege die Berücksichtigung der religiösen oder spirituellen Bedürfnisse der zu Pflegenden ein. Kultursensible Pflege ist immer auch religionsensible Pflege. Patienten, Patientinnen und ihre Angehörigen brauchen unter Umständen nicht nur psychologischen, sondern auch seelsorgerlichen Beistand. Die Kooperation mit der Krankenhauseelsorge - nicht nur mit Vertretern und Vertreterinnen der christlichen Kirchen, sondern auch anderer Religionsgemeinschaften - gehört zu einem guten Pflegeprozeß. Heilung und Gesundung haben auch mit der religiösen Frage nach dem Heil zu tun, ohne dass sich hierfür die Pflegenden selbst zuständig fühlen müssen. Eine gute Pflege stellt sich aber auch die Frage, wie den religiösen Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen

im Pflegeprozeß, d.h. aber auch im Sterbe- und im Trauerprozeß Raum gegeben wird. Interreligiösen Fragen kommt daher in der Aus-, Fort- und Weiterbildung große Bedeutung zu.

Religiöse oder spirituelle Begleitung ist nicht nur als Sache der professionellen Expertinnen und Experten, sondern als Aufgabe aller zu begreifen, die sich in der Palliativbewegung engagieren. Sofern diese sich als Bürgerbewegung versteht, will sie ja gerade einer einseitigen Professionalisierung entgegenwirken. Daher sollte auch die seelsorgerliche Begleitung nicht nur ausgebildeten Krankenhauseelsorgerinnen und -Seelsorgern zugewiesen werden, ~Q wenig man auf ihre Mitarbeit verzichten kann.

Generell ist zu bedenken, dass ein souveräner Umgang mit Andersgläubigen die Vertrautheit mit der eigenen Religion voraussetzt. Diese lässt sich aber bei vielen Kirchenmitgliedern und auch bei kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. bei Mitarbeitenden in diakonischen Einrichtungen längst nicht mehr selbstverständlich voraussetzen. Nicht nur die moderne Gesellschaft, sondern auch die Kirchen selbst sind von der Pluralisierung in Glaubens- und Lebensfragen erfasst. Der allseits zu beobachtende Traditionsabbruch betrifft auch die christliche Sterbe- und Trauerkultur. Sofern Initiativen von Palliative Care christlich ausgerichtet sein wollen, sind die Mitarbeitenden auf eine entsprechende seelsorgerliche und theologische Begleitung angewiesen, damit sich eine für sie authentische christliche Kultur

der Sterbebegleitung einschließlich von Ritualen und ein entsprechender Geist entwickeln kann, der das Haus oder die Initiative prägt.

Wenn freilich in der Palliativbewegung nicht von religiöser, sondern von spiritueller Begleitung gesprochen wird, ist zunächst ganz offen, welche religiösen Einstellungen die Klienten und ihre Angehörigen wie auch die in palliativen Einrichtungen haupt- oder ehrenamtlich arbeitenden Menschen haben. Spiritualität ist ein diffuser Sammelbegriff, hinter dem sich die unterschiedlichsten Formen der Sinnsuche verbergen können. Eine sich als Spiritualität bezeichnende Religiosität trägt häufig synkretistische Züge.³¹ Christliche Elemente werden mit Versatzstücken aus anderen Religionen oder Weltanschauungen individuell kombiniert. Gegenüber der eigenen Herkunftstradition herrscht zumeist eine gewisse Entfremdung und Indifferenz. Die zunehmende Individualisierung und Pluralisierung religiöser Orientierungen mag von manchen als Freiheitsgewinn empfunden werden, führt aber auch zu tiefgreifenden Verunsicherungen. Für das Konzept von Palliative Care, die ausdrücklich den spirituellen Beistand als eine ihrer Aufgaben sieht, besteht darin ein weiter zu bearbeitendes Problem.

7. Selbstbestimmtes Sterben

Palliativmedizin und Palliative Care sind eine Absage an Sterbehilfe im Sinne der Tötung auf Verlangen, nicht aber an selbstbestimmtes Sterben. Im Gegenteil versucht Palliative Care Menschen bei einem selbstbestimmten Sterben zu begleiten und zu unterstützen. Was der oder die Sterbende braucht und wünscht, steht im Zentrum der Sterbebegleitung. Selbstbestimmung oder Autonomie ist der Angelpunkt in der allgemeinen Diskussion über menschenwürdiges Sterben. Auch nach Ansicht der heutigen Theologie gehört das Recht auf Selbstbestimmung unbestritten zur Würde des Menschen. Dieses Recht ist aber ethisch begründet und begrenzt. Daher darf das Prinzip der Autonomie nicht verabsolutiert werden, sondern schließt die Verantwortung für sich und andere ein. Auch nimmt ein abstrakter Autonomiebegriff die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahr. Es ist nicht nur aus theologischer Sicht, sondern auch philosophisch betrachtet höchst problematisch, die Würde des Menschen an ein abstraktes Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis aber führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu betrachten und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben als menschenwürdig zu akzeptieren. Christlicherseits ist dagegen geltend zu machen, dass die Würde des Menschen darin besteht, dass Gott in den Schwachen mächtig ist und dass gerade die Leidensfähigkeit wie die Liebesfähigkeit den Menschen auszeichnet.

Grundsätzlich ist das Selbstbestimmungsrecht von Schwerkranken und Sterbenden zu stärken, sofern es nicht gegen das aus dem Recht auf Leben abgeleitete Tötungsverbot ausgespielt wird. Persönliche Überzeugungen und Werthaltungen von Patienten sind zu achten und der ausdrückliche Wille eines Menschen, was seine medizinische Behandlung betrifft, zu respektieren. Gegen seinen ausdrücklichen Willen darf niemandem, der entscheidungsfähig ist, eine medizinische Behandlung aufgezwungen werden. Auch sind sogenannte Patienten-

verfügungen, d.h. Willenserklärungen, in denen jemand bereits zu einem früheren Zeitpunkt für den Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit als Sterbender bestimmte medizinische, lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt, innerhalb ethischer Grenzen voll zu respektieren. Das gleiche gilt für Vorsorgemaßnahmen, in denen jemand für eine solche Situation eine Vertrauensperson zur Entscheidung benennt.

Bei aller berechtigten Kritik am herkömmlichen Paternalismus der Medizin halte ich es jedoch für problematisch, wenn ein selbstbestimmtes Sterben einseitig mit der Propagierung von Patientenverfügungen in Verbindung gebracht wird. Auf diese Weise wird nämlich der ohnehin fortgeschrittenen Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses Vorschub geleistet, in der man ein Symptom einer tiefgreifenden Vertrauenskrise der modernen Medizin und ihrer Institutionen sehen kann. Das Instrument der Patientenverfügung kann im Einzelfall durchaus sinnvoll sein. Wenn es aber einseitig propagiert wird, kann dies bei vielen Menschen zu neuer Verunsicherung führen, als ob diejenigen, die noch keine Patientenverfügung aufgesetzt haben, sich in einem Zustand größerer Rechtsunsicherheit und Schutzlosigkeit befinden. Das ohnehin nicht unproblematische Bild vom Patienten als mündigem Kunden wird so auf die Sterbenden ausgeweitet. Diese Problematik wird m.E. von den Kirchen, die sich in ökumenischer Eintracht sehr für Patientenverfügungen stark machen und selbst ein entsprechendes Formular anbieten"-, nicht deutlich genug gesehen. Darüber sollte in den Kirchen nachgedacht werden.

Die Fürsorge- oder Garantenpflicht des Arztes und seine Verantwortung für den Einsatz medizinisch sinnvoller Mittel bleiben in jedem Fall bestehen. Die Frage lautet also was Mediziner und Institutionen tun können, um eine neue Kultur des Vertrauens aufzubauen, die nicht mit Bevormundung und Paternalismus zu verwechseln ist. Das Autonomieprinzip bedeutet keinesfalls, dass der Arzt auf unethische Forderungen eines Patienten oder seiner Vertrauensperson einzugehen hätte. In diesem Zusammenhang sollte gesehen werden, wie sehr gerade Ärzte und Pflegenden, wie überhaupt alle, die Sterbende begleiten, auf Unterstützung und öffentliche Solidarität, aber auch auf qualifizierte medizinethische Aus- und Fortbildung angewiesen sind. Dazu gehören auch praktische Maßnahmen zur Beseitigung von personellen, räumlichen und strukturellen Engpässen in der Pflege sowie eine gesellschaftliche, aber auch finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs. Gefordert ist eine Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse, aber auch der Medizin und der Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen, welche die Würde des Menschen im Leben wie im Sterben achtet.

Prof. Dr. Ulrich Könnner
Institut für Systematische Theologie
Rooseveltplatz 10
A-1090 Wien

Abstract

The nationwide supply with the offerings of Palliative Care is a generally acknowledged aim. But It is disputed whether it is a sufficient alternative to *death an demand* or *assisted suicide*. This is being discussed an a European level. But what the current discussion is lacking of, are empirical studier regarding the

culture of dying. The case study at band Looks into the basic social and cultural conditions in a large City. It also discusses the consequences of religious change and the inner-religious situation and the palliative-movement and their relation to the churches.

Anmerkungen

1. Vortrag beim 2. Symposium Herausforderung Palliative Care »Institutionen und Strukturen, die Zuversicht vermitteln?«, Evangelische Fachhochschule Freiburg in Kooperation mit dem IFF Wien und dem Hospiz Stuttgart, 12.12.2003.
2. Protection of the human rights und dignity of the terminally ill and the dying (Recommendation 1418 (1991)).
3. Sterbehilfe (Dokument 9898 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates), 109.2003.
4. A.a.O. (Anm. 3), S. I.
5. Ebd.
6. Dokument 9923 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates (23.9.2003).
7. Vgl. B. D. Onwuteaka-Philipsen u.a., Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001, *The Lancet*, 17.6.2003, <http://www.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>.
8. A.a.O. (Anm. 6), S. 4.
9. Erklärung des Ökumenischen Rates der Kirchen in Österreich zum menschenwürdigen Sterben, 14.1.2000.
10. Vgl. dazu U. Könner, Bedenken, daß wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik (BsR 1147), München 1996: *den.*, Wie lange noch, wie lange? Über das Böse, Leid und Tod, Neukirchen-Vluyn 1998; *den.*, Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik, Neukirchen-Vluyn 2001. S. 133-138.
11. Gleiches gilt für die Diskussion um die ethische Relevanz der Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen. Die Argumente, mit denen ethisch und rechtlich für die Legalisierung der freiwilligen Euthanasie oder auch der ärztlichen Beihilfe zum Suizid plädiert wird, zeigen, daß sich keineswegs nur der medizinisch-technische, sondern auch der geistesgeschichtliche Kontext verändert hat. Davon bleibt auch das ärztliche Standesethos nicht unberührt. Zur interdisziplinären Fachdiskussion siehe A. Holderegger (Hg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* (SThE 80), Freiburg, Schweiz/Freiburg i.Br. 1999; J. Fischer, *Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie*. Zürich 2002, S. 123ff.153ff. Zur Unterscheidung von Tun und Lassen im Kontext der Diskussion zur Sterbehilfe vgl. *Wtlblben*. Ist der Unterschied zwischen Töten und Sterbemassnahmen noch sinnvoll?, in: A. Holderegger (Hg.), a.e.O., 5.56-75; D. Bimbacher, *Tun und Unterlassen*. Stuttgart 1995.
12. Vgl. dazu U. Könner. Bedenken (s. Anm. 11): S. 72-102.
13. Vgl. R. A. Nsehn/U. Könner (Hg.). *Streitfall Biomedizin. Orientierung in christlicher Verantwortung*. mit einer Einführung von T. Rendtorff, Göttingen 2003.
14. M. Josuttis, *Der Pfarrer ist anders. Aspekte einer zeitgenössischen Pastoraltheologie*. München 1987, S. 52.
15. Vgl. A.E. Höjler, *Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich* (kursbuch palliative care 2), Wien 2001. S. 11ff.
16. Vgl. W. Huber, *Kirche in der Zeitenwende. Gesellschaftlicher Wandel und Erneuerung der Kirche*, Gütersloh 1998; U. Könner, *Kirche, Demokratie und Zivilgesellschaft. Zur politischen Ethik im modernen Pluralismus*, in: *den. (Hg.)*, *Kirche - Demokratie - Öffentlichkeit. Ort und Auftrag der Kirchen in der demokratischen Gesellschaft*. Innsbruck 2002. S. 79-103.
17. Siehe dazu die Beiträge in: G. Adam (Hg.), *Diakonie - Nächstenliebe in unserer Zeit*. FS G. Gäbler (Studien zur Theologie 24), Würzburg 2004.
18. Vgl. N. Elias. *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. Frankfurt a.M. 1991.
19. Vgl. U. Könner (Hg.). *Die anonyme Bestattung als Herausforderung an Friedhofsgestaltung. Kirche und Gesellschaft* (Iserlohner Protokolle 90a 19 1). Iserlohn o.J. (1992).
20. S. Husebo/E. Klaschik. *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie. Ethik und Kommunikation*, Berlin/Heidelberg/New York 1998. S. 3.
21. Vgl. S. Husebo/E. Klaschik, a.a.O. (Anm. 20), S. 2.
22. Die im folgenden zitierten Angaben wurden folgender Publikation entnommen: *Bundespressedienst* (Hg.). *Hospiz- und Palliativführer Österreich. Selbstbestimmt leben. Bis zuletzt*, Wien 2002, S. 17.- Weitere Informationen sind im Internet abrufbar unter: <http://www.hosai.at>, sowie über die Websire der Österreichischen Hospizgesellschaft (OPG): <http://www.palliativ.at>.
23. Vgl. dazu a.a.O. (Anm. 22). S. 19ff.
24. Vgl. a.a.O. (Anm. 22). S. 19ff.
25. Vgl. a.a.O. (Anm. 22), S. 52.

26. *M. Gannel/W Gaggenberger*, Zur Problematik des Sterbens in Alten- und Pflegeheimen (Manuskript. 8 5.)
27. *H. Bickel/J. Jaeger*, Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 19 (1986), S. 30-39
28. Zum folgenden vgl. a.a.O., (Anm. 22), S. 29f.
29. Vgl. *S. Alban/M.M. Leininger/Ch.L. Reynolds*, Multikulturelle Pflege, München 2001: *D. Doinenig*, Professionelle und transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern 2001:31. *Leininger*, Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i.Br. 1998: *Clir U:arewic:/G. Piechotta (Hg.)*, Transkulturelle Pflege. Sonderband zu »Curare«. *Zeitschrift für Ethnomedizin*. Berlin 1997.
30. Vgl. dazu auch *U. Könnner*, Grundkurs Pflegeethik (UTB 2514), Wien 2004.5. 103ff: *B. Heller (Hg.)*, Aller Einkehr ist der Tod. mietreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer, Freiburg i.Br. 2003.
31. Zum Synkretismusproblem allgemein siehe *V Drehsen/W Sporn (Hg.)*, Im Schmelztiegel der Religionen. Konturen des modernen Synkretismus. Gütersloh 1996: *K..PJörns*, Die neuen Gesichter Gottes. Was die Menschen wirklich glauben, München 1997: *D, Pollack*, Säkularisierung -ein moderner Mythos? Studien zum religiösen Wandel in Deutschland. Tübingen 2003.
32. Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverteilung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Bonn/Hannover 22003.