



Sabine Ruppert · Patrik Heindl *Hrsg.*

# Palliative Critical Care

Palliative Pflegemaßnahmen  
auf der Intensivstation

 Springer

## Palliative Critical Care

Sabine Ruppert

Patrik Heindl

*Hrsg.*

# Palliative Critical Care

Palliative Pflegemaßnahmen auf der Intensivstation

Mit 15 Abbildungen

 Springer

*Hrsg.*

**Mag. Sabine Ruppert**  
Innere Medizin II  
Allgemeines Krankenhaus Wien  
Wien, Österreich

**Dr. Patrik Heindl**  
Innere Medizin III  
Allgemeines Krankenhaus Wien  
Wien, Österreich

ISBN 978-3-662-58114-8      ISBN 978-3-662-58115-5 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58115-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © sudok1, Adobe Stock

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

## Vorwort der Herausgeber

---

Bei der Konzeptualisierung und Realisierung des vorliegenden Buches kamen uns immer wieder Zweifel, ob der Inhalt für Kolleginnen und Kollegen aus dem Intensivbereich und der Palliative Care interessant ist. Letztendlich ist es ein Buch geworden, das viele neue Erkenntnisse sichtbar macht.

Dieses Buch ist die logische Konsequenz auf die stetige Weiterentwicklung in Palliative Care und Critical Care. Beide Konzepte entwickeln sich nebeneinander und gleichzeitig kommt es zu einer Integration beider Konzepte ineinander zu Palliative Critical Care (PCC). In diesem Buch werden die zentralen Grundlagen beider Konzepte dargestellt, welche eine Voraussetzung sind für ein ganzheitliches Verstehen von Palliative Care und Critical Care. Für die Umsetzung von Palliative Critical Care sind die Themenbereiche Symptommanagement, Angehörigenbetreuung und ethische Fallbesprechung essenziell.

Die Leserin und der Leser werden eingeladen, das eigene Wissen zu erweitern und gleichzeitig die eigenen Erfahrungen in der Praxis zu reflektieren. Dadurch werden die eigenen Kompetenzen gestärkt und das professionelle Handeln entwickelt sich weiter. Demografische, ökonomische und gesellschaftliche Veränderungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen sind evident und stehen noch bevor. Es wird an uns Gesundheitsberufen liegen, diese Veränderungen und Herausforderungen professionell und empathisch, im Sinne der uns anvertrauten Menschen und deren Bezugspersonen, zu bewältigen.

Die Betreuung von pflegebedürftigen und kranken Menschen und deren Bezugspersonen kann unabhängig vom Setting als Fischernetz dargestellt werden. Jede Masche ist eine Person, die mit den anderen verbunden ist. Die eine Masche ist näher und die andere ist weiter weg. Wenn man aber nur eine einzige Masche bewegt, so hat das Auswirkungen auf andere Maschen. Jene Maschen, die in der Nähe sind, für die gibt es eine große Veränderung und jene Maschen, die weiter weg sind, erleben nur eine geringe Veränderung.

Das Bewusstsein das jede Handlung von uns Auswirkungen auf die betroffenen Menschen und deren Bezugspersonen hat, muss immer wieder betont werden. Jeder Mensch, der im Gesundheitswesen tätig ist – auf Intensivstation, Palliativstation, Normalbettenstation, Hospiz, Ambulanz oder im niedergelassenen Bereich, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der betroffenen Menschen und deren Bezugspersonen. Das Buch PCC stellt die Menschenwürde bei der Begleitung der betroffenen Menschen und deren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase in den Mittelpunkt.

Die Erfahrungen aus der Praxis der Autorinnen und Autoren, die sowohl im Intensivbereich als auch in Palliative Care tätig sind, werden literaturgestützt

zu den neuen Konzept PCC zusammengeführt. Möge dieses Buch auf viele neugierige Leserinnen und Leser stoßen, die sich mutig mit Kongruenz und Divergenz von Palliative Care und Critical Care auseinandersetzen und es wagen, Palliative Critical Care umzusetzen. Wir hoffen, dass wir den Leserinnen und Lesern mit diesem Buch eine Hilfestellung geben können, um den letzten Fragen des Lebens begegnen sowie die Begleitung in den letzten Lebensphasen professionell gestalten zu können.

Wir danken allen herzlich, die engagiert mit uns an diesem Buch gearbeitet haben. Danken möchten wir auch Frau Mag. Renate Eichhorn und Herrn Axel Treiber vom Springer Verlag und Frau Ursula Illig für das Lektorat.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

**Patrik Heindl**

Wien, Österreich

**Sabine Ruppert**

Wien, Österreich

Jänner 2019

# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Sterben und Tod</b> .....	1
	<i>Sabine Ruppert, Patrik Heindl und Sandra Hornek</i>	
1.1	<b>Einleitung</b> .....	2
1.2	<b>Sterben</b> .....	2
1.3	<b>Tod</b> .....	15
1.4	<b>Sterbeorte</b> .....	21
1.5	<b>Geschichte der Palliativ-/Hospizbewegung</b> .....	24
	Literatur.....	27
2	<b>Intensivstation von heute – Critical Care</b> .....	31
	<i>Patrik Heindl</i>	
2.1	<b>Einleitung</b> .....	32
2.2	<b>Einteilung der Intensivstationen</b> .....	32
2.3	<b>Die historische Entwicklung von Critical Care</b> .....	33
2.4	<b>Übertherapie und Überdiagnostik</b> .....	35
2.5	<b>Woher kommt der Begriff Intensivstation?</b> .....	36
2.6	<b>Demografie auf der Intensivstation</b> .....	36
2.7	<b>Definition von Critical Care</b> .....	40
2.8	<b>Langzeitfolgen von Patienten auf der Intensivstation</b> .....	44
2.9	<b>Das Lebensende auf der Intensivstation</b> .....	49
	Literatur.....	52
3	<b>Palliative Care heute</b> .....	55
	<i>Vesna Nikolic, Sabine Ruppert und Patrik Heindl</i>	
3.1	<b>Einleitung</b> .....	57
3.2	<b>Entwicklung und Differenzierung der Begrifflichkeiten</b> .....	57
3.3	<b>Palliative Care als Konzept</b> .....	62
3.4	<b>Versorgungsstrukturen in der Palliative Care</b> .....	65
3.5	<b>Zielgruppe</b> .....	72
3.6	<b>Pflege als Profession in Palliative Care</b> .....	74
3.7	<b>Therapiemöglichkeiten</b> .....	77
	Literatur.....	79
4	<b>Divergenz oder Kongruenz von Palliative Care und Critical Care</b> .....	83
	<i>Sabine Ruppert und Patrik Heindl</i>	
4.1	<b>Einleitung</b> .....	85
4.2	<b>Divergenzen von Palliative Care und Critical Care</b> .....	85
4.3	<b>Kongruenz von Palliative Care und Critical Care</b> .....	91
4.4	<b>Zusammenführung von Palliative Care und Critical Care</b> .....	93
	Literatur.....	97

5	<b>End of life decisions</b> .....	99
	<i>Sabine Ruppert</i>	
5.1	<b>Einleitung</b> .....	100
5.2	<b>Ethik</b> .....	101
5.3	<b>Arten von „end of life decisions“</b> .....	103
5.4	<b>Klinische Ethikberatung</b> .....	110
5.5	<b>Umsetzung von ethischen Entscheidungen in die Praxis</b> .....	115
	Literatur.....	122
6	<b>Symptommanagement</b> .....	125
	<i>Marlies Druckenthaner, Harald Titzer und Patrik Heindl</i>	
6.1	<b>Einleitung</b> .....	126
6.2	<b>Ausgewählte Symptome palliativer Intensivpatienten</b> .....	130
6.3	<b>Komplementäre Pflege auf der Intensivstation</b> .....	145
6.4	<b>Die Angst vor dem Verhungern – eine kurze Diskussion über künstliche Ernährung am Lebensende</b> .....	150
	Literatur.....	152
7	<b>Psychosoziale Begleitung von Bezugspersonen</b> .....	157
	<i>Sandra Hornek und Peter Schreiber</i>	
7.1	<b>Einleitung</b> .....	158
7.2	<b>Bezugspersonen und deren Entscheidungskraft</b> .....	158
7.3	<b>Belastungsfaktoren im Sterbeprozess</b> .....	159
7.4	<b>Belastungsfaktoren auf der ICU</b> .....	160
7.5	<b>Mögliche psychische Folgen für Bezugspersonen</b> .....	164
7.6	<b>Handlungsspielräume und Möglichkeiten der Pflege</b> .....	169
	Literatur.....	174
8	<b>Sterben auf der Intensivstation</b> .....	177
	<i>Marietta Geuder-Mayrhofer, Margit Leuthold, Arno Preis und Gabriele Umek</i>	
8.1	<b>Einleitung</b> .....	178
8.2	<b>Intensivstationen – Seelsorgearbeit in einem anderen Setting</b> .....	179
8.3	<b>Spiritual Care im Kontext von Palliative Care</b> .....	180
8.4	<b>Sterben auf Intensivstationen und Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care</b> .....	183
8.5	<b>Haltungsoption, Handlungsoption sowie Beziehungs- und Raumangebot</b> .....	189
	Literatur.....	192
	<b>Serviceteil</b>	
	Sachverzeichnis.....	195

# Herausgeber- und Autorenverzeichnis

---

## Über die Herausgeber

---



### Mag. phil. Sabine Ruppert, geb. 1971

- 1989–1992 Krankenpflegeschule am Rudolfinerhaus in Wien
- 1996–1997 Sonderausbildung für Intensivpflege
- 2000–2006 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien (Diplomarbeitsthema: „Euthanasie in den Niederlanden und die Rolle der Krankenpflege“)
- 2015–2018 Diplomlehrgang „Lernort Gemeinde – Entwicklung gestalten“ am Ausbildungsinstitut für Erwachsenenbildung St. Pölten (Abschluss: Diplomierte Erwachsenenbildnerin mit rel.-theol. Schwerpunkt)
- Seit 2017 Doktoratsstudium (Dr. rer. Medic.) am Department für Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke (Promotionsthema: Die Rolle der Krankenpflege bei der Durchführung der Euthanasie in den Niederlanden)
- 1992–1993 Tätigkeit auf einer chirurgischen Abteilung am Rudolfinerhaus
- Seit 1993 AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus (kardiologische Intensivstation, Apherese, Pflegeberaterin der Klinischen Abteilung Nephrologie und Dialyse, Pflegeberaterin der Inneren Med II)
- 1998–1999 Rode Kruis Ziekenhuis, Den Haag, Niederlande (Intensivstation/Herzüberwachung)
- Seit 2012 IMC FH Krets (Lektorentätigkeit im Rahmen des Bachelorstudiums ANP und der Grundausbildung (GuKG), Ethik, Palliative Care)
- Seit 2013 Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien/UMIT Hall/FH-Campus Wien (Lektorentätigkeit im Rahmen der Sonderausbildungen Intensivpflege und Dialyse und der Grundausbildung (GuKG), Ethik, „end of life decisions“, Beratung)
- Seit 2012 Tätigkeit als Mitglied der Menschenrechtskommission der Volksanwaltschaft
- 2010 1. Preis für Projektarbeiten der AHOP
- 2011 2. Preis beim Posterwettbewerb Fachsymposium Gesundheit St. Gallen
- 2013 1. Preis beim Posterwettbewerb des FnB am Hauptstadtkongress 2013 in Berlin
- 2018 3. Preis für den Vortrag beim 2<sup>nd</sup> E-ISFA Congress, Wien



**Dr. phil. Patrik Heindl, geb. 1972**

- 1992 Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege an der Krankenpflegeschule am Kaiserin Elisabeth Spital in Wien
- 2006 Diplom Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- 2009 Studium der Philosophie an der Fakultät für Sozialwissenschaften an der Universität Wien, Promotion 2015
- Seit 1992 auf unterschiedlichen Intensivstationen tätig
- Seit 2016 Pflegeberater im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus für den Intensivbereich Ost
- Publikationen von Peer-Review-Artikeln, Beiträgen in Fachzeitschriften und Fachbüchern sowie laufende Vortragstätigkeiten
- 2010 AHOP Arbeitsgemeinschaft hämato-onkologischer Pflegepersonen in Österreich – Förderpreis für Projektarbeiten 2010 (Thema: „Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende“)
- 2015 Weimar-Pflegepreis 2015. „Der Mensch im Mittelpunkt“ 9. Intensivpflegekongress der DGF/7. Internationaler Kongress Sepsis und Multiorgan-Dysfunktion/Precision medicine for sepsis (Thema: „Angehörigenorientierte Intensivstation“)
- 2016 Sonderpreise vom Netzwerk Patienten- und Familien- edukation an der UWH (Dep. Pflegewissenschaft), Broschürenwettbewerb in der Pflege (Thema: „Plötzlich verwirrt“)

## Autorenverzeichnis

---

**Marlies Druckenthaner, BSc**

Leonding, Österreich  
[marlies-d@gmx.net](mailto:marlies-d@gmx.net)

**Dr. phil. Margit Leuthold**

Wien, Österreich  
[m.leuthold@evang.at](mailto:m.leuthold@evang.at)

**Mag. Marietta Geuder-Mayrhofer**

Wien, Österreich  
[marietta.geuder.mayrhofer@akhwien.at](mailto:marietta.geuder.mayrhofer@akhwien.at)

**Vesna Nikolic, MAS**

Wien, Österreich  
[vesnanikolic621@gmail.com](mailto:vesnanikolic621@gmail.com)

**Dr. phil. Patrik Heindl**

Wien, Österreich  
[patrik.heindl@akhwien.at](mailto:patrik.heindl@akhwien.at)

**Mag. Arno Preis**

Wien, Österreich  
[arno.preis@akhwien.at](mailto:arno.preis@akhwien.at)

**Mag. Sandra Hornek**

Wien, Österreich  
[sandra.hornek@gmail.com](mailto:sandra.hornek@gmail.com)

**Mag. phil. Sabine Ruppert**

Wien, Österreich  
[Sabine.Ruppert@aon.at](mailto:Sabine.Ruppert@aon.at)

**Peter Schreiber, BSc**

Wien, Österreich

[peter\\_schreiber@gmx.at](mailto:peter_schreiber@gmx.at)

**Gabriele Umek**

Wien, Österreich

[gabriele.umek@wienkav.at](mailto:gabriele.umek@wienkav.at)

**Harald Titzer, MSc**

Wien, Österreich

[harald.titzer@akhwien.at](mailto:harald.titzer@akhwien.at)



# Sterben und Tod

*Sabine Ruppert, Patrik Heindl und Sandra Hornek*

- 1.1 Einleitung – 2**
- 1.2 Sterben – 2**
  - 1.2.1 Sterben in unserer heutigen Gesellschaft – 4
  - 1.2.2 Sterben und Tod aus religiöser Sicht – 7
  - 1.2.3 Sterbephasen nach Kübler-Ross – 11
  - 1.2.4 Sterbebegleitung – 13
- 1.3 Tod – 15**
  - 1.3.1 Guter Tod – 15
  - 1.3.2 Todeszeichen – 16
  - 1.3.3 Der letzte pflegerische Akt – 17
  - 1.3.4 Umgang mit Leichnam aus religiöser Sicht – 19
- 1.4 Sterbeorte – 21**
  - 1.4.1 Sterbeorte in Österreich – 21
  - 1.4.2 Sterbeorte in Deutschland – 22
  - 1.4.3 Sterbeorte in der Schweiz – 23
- 1.5 Geschichte der Palliativ-/Hospizbewegung – 24**
  - 1.5.1 Cicely Saunders – 25
  - 1.5.2 Elisabeth Kübler-Ross – 25
  - 1.5.3 Balfour Mount – 26
  - 1.5.4 Pater Reinhold Iblacker – 26
- Literatur – 27**

## 1.1 Einleitung

---

Wie soll ein Kapitel begonnen werden, wenn es um Sterben und Tod geht? Vielleicht mit einem Zitat aus einem Kinderbuch:

- » Schon länger hatte die Ente so ein Gefühl. Wer bist du – und was schleichst du hinter mir her? Schön, dass du mich endlich bemerkst, sagte der Tod. Ich bin der Tod. Die Ente erschrak. Das konnte man ihr nicht übel nehmen. Und jetzt kommst du mich holen? Ich bin schon in deiner Nähe, solange du lebst – nur für den Fall. (Erlbruch 2007).

Das Zitat stammt zwar aus einem Kinderbuch, aber dieser Satz beinhaltet etwas Essenzielles: der Tod ist der Begleiter in unserem Leben. Wir wissen nicht, wann er kommt. Manchmal ereilt er uns plötzlich, manchmal erst nach einem langen Sterbeprozess. Der Tod stellt den Endpunkt im Sterbeprozess dar und bedeutet gleichzeitig auch das Ende des Lebens. Critical Care und Palliative Care orientieren sich am Leben und an der Lebensqualität, dabei ist Tod und Sterben ein Teil davon.

Über Tod und Sterben wurde und kann sehr viel geschrieben werden. Die Thematik Tod und Sterben ist so facettenreich und unfassbar, dass es schwer ist, alles darzustellen. Themen wie Hirntod, Nahtoderlebnisse, Sterbephasen, lebenswertes Leben, Trauer, Abschiedsrituale und viele andere mehr sind nur einige davon.

Egal ob man als Pflegeperson auf einer Palliativstation oder einer Intensivstation arbeitet, jeder hat ganz persönliche Erfahrungen mit dem Sterben und dem Tod gemacht. Nicht für alle Menschen sind das Sterben und der Tod etwas Schreckliches. Auch wenn es manchmal verstörend ist, manche Menschen wollen sterben. Diese Menschen sind beeindruckend, weil sie dem Tod ins Auge sehen und gelernt haben, das Leben Stück für Stück loszulassen. Dieses Loslassen ist für Bezugspersonen, Pflegepersonen und Ärzte oft viel schwieriger zu akzeptieren (Jox 2013). Das Sterben und der Tod stellen hier ein emotionelles und/oder existenzielles Problem dar und werden zunehmend zu einem ethisch-moralischen Problem. Es gilt medizinische Entscheidungen zu treffen, bis wohin lebenserhaltende Maßnahmen gesetzt werden bzw. ab wann es richtig ist, einen Menschen sterben zu lassen.

Der Tod ist unverändert und Sterben müssen wir „noch“ immer alle, auch wenn der Sterbeprozess und der Tod heute anders sind als früher. Dank der Fortschritte in der Medizin tritt der Tod immer seltener unverhofft auf. Zwei Drittel aller Menschen in den industrialisierten Ländern sterben nicht mehr unerwartet, sondern absehbar mit Begleitung (Jox 2013). Umso mehr gewinnt die Aussage von Küng an Bedeutung, der feststellt, dass das Nachdenken über den Tod keine Alterserscheinung sein sollte. Fragen wie z. B. „Was heißt es zu wissen, dass man sterblich ist, sterben muss? Hat man Angst vor dem Tod oder bloß Angst vor dem Sterben? Wie möchte man sterben, wenn man dies mitbestimmen kann? Kann man mitbestimmen, darf man mitbestimmen, gar selber bestimmen?“ (Jens und Küng 2013, S. 21–22) begleiten Küng und seinen Mitautor Jens schon ein Leben lang. Mit diesen Fragen sollten sich eigentlich alle Menschen rechtzeitig und immer wieder auseinandersetzen.

## 1.2 Sterben

---

- » „Mors certa, hora incerta – Es gibt kaum etwas Gewisseres als den Tod, aber auch kaum etwas Ungewisseres als die Todesstunde.“ (Jox 2013, S. 13)



▣ **Abb. 1.1** Zu beobachtende Symptome im Sterbeprozess

Das Sterben wird als Vorstufe zum Tod angesehen und als Prozess beschrieben. Der Beginn des Sterbeprozesses oder der Terminalphase kann oft nur rückblickend beschrieben werden. Die Bioethikkommission (2015) beschreibt das Sterben als „letzte, terminale Phase des Lebensendes (im engeren Sinn). Meist weisen klinische Zeichen auf ein eintretendes Sterben bzw. den baldigen Tod hin, eine präzise Voraussage zum exakten Todeszeitpunkt eines konkreten Menschen ist jedoch auch in diesen Situationen unmöglich.“

Eine Definition der letzten Lebensphasen ist schwierig, dennoch sind einige Symptome im Sterbeprozess immer wieder beschreibbar. Der Sterbeprozess kann über Stunden oder Tage dauern und nicht alle zu erwartenden Symptome müssen auftreten. In **Abb. 1.1** werden häufige Symptome im Sterbeprozess dargestellt.

Es kann auch ein so genanntes „Todesdreieck“ im Gesicht auftreten. Dies bedeutet, dass im Dreieck um Nasen- und Mundbereich die Haut blass und fahl wird.

Alle Lebewesen haben einen bestimmten Zeitablauf. Sie werden geboren, sie wachsen heran, sie pflanzen sich fort, sie verändern sich, sie altern und sie sterben. Grund-

sätzlich ist an dem Kreislauf Leben und Sterben nichts Negatives zu erkennen. Aber trotzdem erfüllt uns der Gedanke an den Tod und das Sterben mit Angst und Schrecken. Die Menschen fürchten sich vor Schmerzen, vor der Einsamkeit und davor, dass das Leben kein friedliches Ende finden wird.

## 1.2.1 Sterben in unserer heutigen Gesellschaft

In unserer Gesellschaft hat sich der Umgang mit dem Sterben und dem Tod sehr verändert im Vergleich mit früheren Generationen.

Gronemeyer zählt folgende Punkte dieser Veränderung auf (Gronemeyer 2007, S. 18):

- Sterben verlagert sich aus der Familie und dem Zuhause in Institutionen wie Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize.
- Sterben ist eine medizinisch begleitete Angelegenheit geworden.
- Sterben ist sehr kostspielig geworden, da es sich in die Institutionen verlagert hat.
- Der Umgang mit den „Toten“ wird aus seiner Sicht „sparsamer“, da bei Feuerbestattung und anonymen Beerdigungen weniger Kosten und Nachsorge anfallen.

Das letzte Argument von Gronemeyer trifft mittlerweile nicht mehr zu, da sich gerade in Bezug auf die Bestattung ein wahrer Geschäftszweig entwickelt hat. Es gibt mittlerweile eine große Anzahl an verschiedenen Bestattungsformen (z. B. Erd-, Feuer-, Wasser-, Luft-, Baumbestattung). Menschen wählen aus, ob sie auf einem Friedhof, in einem Wald oder sogar zu Hause bestattet bzw. aufgebahrt werden möchten. Särge und Urnen werden selbst gestaltet. Die Begräbniszeremonien werden ähnlich den Hochzeiten geplant und gestaltet.

Die Veränderung des Lebensendes wurde und wird begünstigt durch die Säkularisierung, den medizinischen Fortschritt und die veränderten Familiensituationen.

### 1.2.1.1 Säkularisierung

Viele Menschen in unseren Gesellschaften glauben nicht mehr an einen Gott oder halten sich nicht streng an religiöse Vorschriften. Am Lebensende werden sie dann manchmal mit existenziellen Fragen und Ängsten und ihrer eigenen Spiritualität konfrontiert. Manchmal beobachten Pflegepersonen, dass Menschen sich am Ende ihres Lebens wieder mit Religion auseinandersetzen. Seelsorger, die verständnisvoll agieren und Gespräche anbieten, ohne am Sterbebett noch „missionieren“ zu wollen, sind in diesen Situationen sehr wertvoll. Religiöse Rituale können am Lebensende auch Sicherheit geben und mögliche Ängste nehmen.

Der Rückzug des Todes aus der Gesellschaft geht mit einer Verdrängung des Todes einher. Elias (2002) beschreibt zwei Entwicklungen in unserer modernen Gesellschaft.

- Zum einen die Entwicklung des Todes hin zu einer **Pazifizierung des Todes**, d. h. der Tod findet nicht mehr am Schlachtfeld statt oder ist allgegenwärtig wie bei den Pestepidemien. Der Tod ist ruhiger und friedlicher geworden.
- Die zweite Entwicklung, als Folge der ersten, ist die soziale und individuelle **Verdrängung des Todes**. Das Sterben und der Tod werden in unserer heutigen säkularen Welt als nicht würdevoll gesehen.

### 1.2.1.2 Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt bewirkt, dass mittlerweile viele Krankheiten, die früher unweigerlich zum Tod führten, heilbar sind bzw. in chronische Krankheiten übergehen. Ebenso kann das Sterben durch den medizinischen Fortschritt hinausgezögert werden und damit auch der Todeszeitpunkt. Es entsteht der Eindruck, dass alle Krankheiten heilbar sind, und sich die Menschen keine Gedanken mehr darüber machen müssen. Dadurch werden das Sterben und der Tod aus dem Alltag der Menschen verdrängt.

Bei manchen Patienten auf einer Intensivstation verschwimmt augenscheinlich die Grenze zwischen Leben und Tod. Bei hirntoten Menschen zeigt sich dies am deutlichsten. Sie zeigen Reflexe, haben Blutdruck und Herzfrequenz, atmen scheinbar. Für Bezugspersonen, die am Bett stehen, ist es oft unbegreiflich, dass ihre geliebten Angehörigen eigentlich tot sind, und es ist nicht eindeutig und klar für sie erkennbar und verstehbar, dass nur mehr die „Maschinen“ und Medikamente der Intensivtherapie diesen Zustand aufrecht erhalten.

Dieser medizinische Fortschritt und vor allem das Verdrängen und Verhindern von ethischen Entscheidungen, bewirkt, dass unwürdige Situationen am Lebensende entstehen, die vor allem auf die Bezugspersonen, aber auch auf die Betreuenden, einen tiefen Eindruck machen, sodass sich diese für sich selbst einen früheren und schnelleren Tod wünschen. Dadurch entstehen Wünsche nach Therapierückzug, Euthanasie, assistiertem Suizid oder auch der Wunsch, eine Patientenverfügung zu verfassen. Der medizinische Fortschritt wird hier nicht als Segen gesehen, sondern als Bedrohung, die man abwehren muss. In der ETHICATT-Studie zeigte sich, dass Pflegepersonen und Ärzte schneller bzw. früher für die Therapiereduktion eintreten als die Betroffenen selbst (Sprung et al. 2007). Pflegepersonen erleben aufgrund ihres Berufes und der ständigen Anwesenheit am Krankenbett würdelose Sterbesituationen „hautnah“ als andere Berufsgruppen. Dies kann ein Grund für diese vermehrte Zustimmung sein. Aber natürlich auch die Tatsache, dass sie selbst es letztendlich nie entscheiden müssten.

Der Begriff der „**Hightech-Medizin**“ wird heute sehr oft und gerne verwendet. Es zeigt uns, dass heute die Möglichkeiten in der Medizin bestehen, durch die Apparate und Intensivmedizin Menschen über einen längeren Zeitraum am Leben zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung fortsetzen wird. Das bedeutet, dass trotz der Zunahme der Anzahl von älteren Menschen und chronischen Erkrankungen ein längeres Leben möglich sein wird. Nicht alle sehen die Errungenschaften der Medizin als Segen und einige fürchten sich gerade vor diesem Fortschritt. Ein Beispiel für den Ausdruck dieser Furcht ist die Patientenverfügung, die verfasst wird, um medizinische Therapien abzuwehren.

### 1.2.1.3 Veränderte Familiensituation

Der dritte Aspekt, der Einfluss auf unseren heutigen Umgang mit Sterben und Tod hat, ist die Veränderung der Familienstruktur. Viele Menschen leben nur mehr in kleinen Familien, die aus Eltern und Kindern bestehen. Eine dritte Generation ist kaum mehr im selben Haushalt anzutreffen. Ebenso leben viele Menschen überhaupt alleine oder in Zweierbeziehungen. Dies hat massive Auswirkungen auf unser Sterben, da eine gute Betreuung zu Hause bis ans Lebensende oft aufgrund von fehlenden Personen, die diese erbringen könnten, nicht möglich ist. Trotz mittlerweile vieler Hilfsangebote – sowohl an Personen als auch Materialien – sind die Bezugspersonen oft alleine. Wenn dann im

Sterbeprozess Probleme oder Situationen auftreten, in denen sich die Bezugspersonen überfordert fühlen, werden die Sterbenden rasch in Institutionen verlegt. „Es ist durchaus charakteristisch für Sterbeverläufe, dass ein oder mehrere Ortswechsel, die oft sehr belastend sind, stattfinden.“ (Gronemeyer 2007, S. 31). In vielen Fällen gibt es aber nicht einmal die Bezugsperson, die vorhanden wäre. In den Institutionen – Krankenhaus und Pflegeheim – hängt es meist von den anwesenden Personen bzw. der „Stationskultur“ und den vorhandenen Ressourcen ab, ob das Sterben würdevoll verläuft oder nicht.

Lown nennt fünf Faktoren, die er als „Komplott zu Gunsten eines langsamen Sterbens“ sieht (Lown 2004, S. 251):

- „Technologie kann heute das Leben fast unendlich verlängern.
- Der ärztliche Berufsstand hat dem Tod den Krieg erklärt.
- Das Krankenhaus hat ein althergebrachtes Interesse daran, den aussichtslosen Kampf gegen den Tod auszudehnen.
- Patienten kennen ihre Rechte nicht und sind darauf eingestellt, zu leiden.
- Die Öffentlichkeit erwartet vom ärztlichen Berufsstand nur Siege.“

Die Gegenposition zur Aussage von Lown nennt Gronemeyer in seinem Buch (Gronemeyer 2007):

- Es gebe auch Bezugspersonen, die schnell ihren Angehörigen aufgeben, um sich Schwierigkeiten, Kosten und den Anblick des Leidens zu ersparen.
- Es gebe auch Ärzte, die bereits bei der Aufnahme die Bezugspersonen fragen, ob diese vermutlich keine lebensverlängernden Maßnahmen möchten.
- Betroffene würden nicht mehr leben wollen, damit sie niemandem zur Last fallen.
- Politiker, die aufgrund der hohen Kosten am Lebensende die Frage stellen, ob das alles bezahlbar sei.

Palliative Care scheint eine Lösung für diese Probleme wie Säkularisierung und medizinischen Fortschritt zu bieten. In dem Konzept ist die spirituelle Begleitung ein wesentlicher Bestandteil, ebenso ethische Entscheidungsfindung. Aufgrund der besseren Personalausstattung und dem expliziten Auftrag des „würdevollen Sterbens“ gelingt es in Palliative-Care-Einrichtungen (Hospiz, Palliativstationen) oder in Institutionen mit integrierter Palliative Care (Pflegeheime) das Sterben in Institutionen persönlich zu gestalten. Gronemeyer weist jedoch darauf hin, dass Palliative Care nicht alle Schwierigkeiten lösen kann und auch „Gefahr läuft, für andere Zwecke vereinnahmt zu werden“ (Gronemeyer 2007, S. 21):

Die Zahl der hochaltrigen pflegebedürftigen Menschen steigt immer mehr. Die Herausforderung besteht im Ausbau und der Finanzierung von Palliative Care. Da gerade in den letzten Wochen unseres Lebens die meisten Kosten für das Gesundheitssystem entstehen, könnte Palliative Care als preiswerte Alternative instrumentalisiert werden.

Palliative Care hat zwar die „Würde“ des Sterbenden im Blick, aber aufgrund der zunehmenden palliativen Maßnahmen, die gesetzt werden, könnte sich das Gegenteil entwickeln.

Die Entwicklung zeigt, dass eine zunehmende Anzahl an Menschen ihr Sterben und auch ihren Tod immer mehr planen – wie ihr Leben. Gronemeyer sieht die Gefahr der „Sterbeplanung“ in Kombination mit einer Standardisierung und Qualitätskontrolle in einer Auslieferung an ein qualitätskontrolliertes Sterben.

Aufgrund von weltweiten Richtlinien, wie z. B. der WHO, sieht Gronemeyer die Gefahr des Verlustes des kulturellen/lokalen Aspektes des Sterbens. „Wir sterben dann zwar professionell versorgt, aber es ist gleichgültig geworden, ob wir in Riga, in London, in Rom oder in Frankfurt unser Leben aushauchen. Und dann hätten wir palliative Sicherheit gewonnen, wahrscheinlich um den Preis der Wärme, der Beheimatung und der Vertrautheit“ (Gronemeyer 2007, S. 21–22).

Zusammenfassend stellt Gronemeyer fest, dass aus einem selbstverständlichen Sterben zu Hause ein medizinisch überwachter Tod in unserer Gesellschaft geworden ist. Das Entsetzen darüber führt zur Entwicklung von Hospizbewegung und Palliative Care, die die kritisierten Umstände verbessern wollen. Beide bergen jedoch die „Gefahr, am Ende des Lebens da zu tun, was auch am Lebensanfang geschieht: Geburt und Tod werden zum Projekt, das von Planung und Kontrolle getragen wird“ (Gronemeyer 2007, S. 22). Das Sterben werde in ein „palliatives Komplettangebot eingebettet“ (Gronemeyer 2007, S. 40). Darunter beschreibt er, dass die Bezugspersonen die Betreuung den Experten überlassen, da sie sich dies nicht mehr zutrauen. Lokale Traditionen gibt es kaum mehr und falls, würden diese nach Ansicht von Gronemeyer durch ein Spezialangebot an Palliative Care zum Erliegen gebracht werden. Seelsorger würden ebenso wie die Bezugspersonen das Sterbebett meiden und „der Tod wird zu einer Aufgabe, die das Individuum in Zusammenarbeit mit seinen Experten bewältigen muss“ (Gronemeyer 2007, S. 40).

## 1.2.2 Sterben und Tod aus religiöser Sicht

---

Sterben und Tod sind unangenehme Themen, mit denen sich die Menschen nicht gerne auseinandersetzen. Die Vorbereitung auf unser eigenes Sterben ist aber genauso wichtig wie die Hilfe für Sterbende. Als wir auf die Welt gekommen sind, waren wir hilflos und abhängig, und nur durch andere konnten wir uns zu dem entwickeln, was wir heute geworden sind. Sterbende sind ähnlich hilflos und abhängig, durch unsere Zuwendung können Sterbende Trost und Frieden finden. Sterben ist ein Prozess, der mit dem Leben beginnt. In vielen Kulturen haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Zugänge und Rituale entwickelt. Wie wir selbst oder wie Religionen mit dem Sterben und dem Tod umgehen, sind Grundlagen für eine interkulturelle Sterbebegleitung.

### 1.2.2.1 Christentum

Weltweit gibt es ca. zwei Milliarden Christen. Wie in vielen anderen Religionen kam es aufgrund von geschichtlichen und politischen Einflüssen zu unterschiedlichen Auslegungen des christlichen Glaubens. Heute gibt es die römisch-katholische Kirche, verschiedene orthodoxen Kirchen sowie evangelische Kirchen und Freikirchen. Christen glauben an Gott, seinen Sohn Jesus Christus und den Heiligen Geist, an die vollkommene Liebe und an die Auferstehung nach dem Tod (Antes 2012). Die Bibel ist das heilige Buch der Christen. Die christliche Bibel besteht aus dem „Alten Testament“, das heilige Schriften des Judentums beinhaltet, und den Schriften des „Neuen Testaments“. Insgesamt entstand die Bibel über einen Zeitraum von etwa 1000 Jahren, in denen mündliche Überlieferungen aufgenommen, schriftlich festgehalten und vielfach redaktionell überarbeitet wurden.

Im Mittelpunkt steht Gott, der überall zu finden ist. In vielen Predigten wird die Liebe Gottes zu allen Menschen zum Ausdruck gebracht, auch zu Sündern, die zur Umkehr aufgerufen werden. „Kehrt um! Denn das Himmelreich ist nahe.“ (Mt 4,17). Dieses Angebot des Umdenkens, sich auf das Heilungsangebot Gottes auch in letzter Minute einzulassen, unterscheidet sich zu anderen Religionen. Wenn wir Menschen uns nicht an Gebote und Verbote gehalten haben, aber irgendwann umdenken und bereuen, so wird Gott Gnade vor Recht ergehen lassen. Tod und Sterben sind im Christentum wichtige Elemente. Durch den Heilstod von Jesus Christus wurde der Tod besiegt. „Bedrückt uns auch das Los des sicheren Todes, so tröstet uns doch die Verheißung der künftigen Unsterblichkeit. Denn deinen Gläubigen, o Herr, wird das Leben gewandelt, nicht genommen. Und wenn die Herberge der irdischen Pilgerschaft zerfällt, ist uns im Himmel eine ewige Wohnung bereit.“ (Antes 2012, S. 119). Gott als Bruder der Menschen ist zum Mitleidenden geworden und den Menschen auch im Leiden und im Tod nahe. Im Christentum gibt es keine wiederholten Kreisläufe. Das Ende der Lebenszeit bringt das Ende des Leidens, um einem neuen Zustand Raum zu geben. Dort wird Gott unter den Menschen wohnen und Leid und Tod wird es nicht mehr geben.

### 1.2.2.2 Judentum

Juden glauben an den einen allmächtigen und guten Gott, den Schöpfer, der das Universum erschaffen hat. Sie nennen ihn „Der Ewige“ oder „Adonai“, das heißt „Mein Herr“. Die Juden haben durch ihren Bund mit Gott seine Gebote zu erfüllen – wie streng – das ist Auslegungssache.

Thora ist die wichtigste Quelle des jüdischen Glaubens, die die fünf Bücher Mose umfasst. Gemeinsam mit den „Nevi'im“ (Propheten) und den „Ketuvim“ (Schriften) bildet die Thora den „Tanach“. Die darin zusammengestellten Texte gelten für die jüdische Religion als normativ. Neben dem Tanach existiert noch der Talmud, dessen Zentrum die Mischna bildet. Diese ist nach traditionellem jüdischem Verständnis die verschriftlichte mündliche Lehre, die Mose neben der schriftlichen (der Thora) von Gott erhalten hat. In der Thora sind zahlreiche Gebote und Verbote für das jüdische Volk enthalten, welche von jedem Juden zu jeder Zeit beachtet werden müssen. Im Talmud wird die Zahl dieser Mitzwot mit 613 angegeben. Diese teilen sich auf in 248 Gebote und 365 Verbote.

Das Judentum ist verglichen mit anderen Religionen eine relativ kleine Gruppe von ca. 15 Millionen Menschen. Wie in anderen Religionen haben sich verschiedene Kulturen verbunden und unterschiedliche religiöse Orientierungen entwickelt. Heute kann in orthodoxe, konservative und reformierte Judentum unterschieden werden. Generell ist im Judentum das menschliche Leben heilig und unantastbar. Es gilt die Auffassung, dass jeder Teil des Lebens den gleichen Wert hat, wie das Leben selbst. „Wenn ein Kind von einem Dach in den sicheren Tod fällt und jemand tötet dieses Kind mit einem Schwertthieb während des Fallens, so wird ihm dies genauso als Mord angerechnet, als hätte er einen gesunden, auf dem Boden gehenden Menschen getötet“ (Sternbuch 1980, S. 61).

Einem Juden darf niemals die Hoffnung auf Genesung genommen werden, da jeder Jude, solange er kann, leben und damit Gott dienen soll. Demzufolge sind Maßnahmen, die das Leben verkürzen, nicht erlaubt, auch passive Sterbehilfe ist verboten. Die Rettung menschlichen Lebens hebt alle Gebote und Verbote des jüdischen Glaubens

auf. Das Judentum setzt sich mit den Fragen von lebensverlängernden Maßnahmen in terminalen Situationen auseinander und es gibt dazu unterschiedliche Meinungen unter den religiösen Autoritäten. Eine Position ist die Lebensverlängerung um jeden Preis auch bei sterbenden Patienten. Eine andere ist, dass jede aktive Beschleunigung des Sterbens verboten ist, jedoch ist das Vorenthalten von Therapien bei Sterbenden zulässig (Benzenhöfer 2009). „Es sei dem Arzt, wie es heißt, bei einer eindeutigen terminalen Situation beiseite zu treten und der Natur ihren Lauf zu lassen“ (Steinberg 1994, S. 134).

### 1.2.2.3 Islam

Der Islam ist in der ersten Hälfte des 7. Jahrhunderts auf der Arabischen Halbinsel entstanden. Durch Abgrenzung und Übernahme aus anderen Glaubensrichtungen entwickelten sich unterschiedliche kulturelle Ausprägungen des Islam. Wir kennen den sunnitischen Islam, den schiitischen Islam und den fundamentalistischen, wahabitischen Islam (Kreitmeier 2002). Der Islam ist eine wachsende Religion. Derzeit bekennen sich ca. 1,5 Milliarden Menschen zum Islam. Der Begriff Islam bedeutet „Hinwendung“ und „Unterwerfung“. Gemeint ist damit die Hingabe zu Gott, dessen Einheit und Einzigartigkeit der Glaubensinhalt im Islam ist. „Allah“ heißt auf arabisch „Gott“. Das Partizip Muslim, „der sich Ergebende“, bezeichnet die Anhänger des Islam (Wehr 1976).

Das heilige Buch der Muslime ist der Koran. Neben dem Koran sind Berichte – so genannte „Hadithe“ – über das Verhalten und Aussprüche des Propheten wichtig. Das religiöse Recht „Scharia“ regelt das Leben der Muslime und basiert auf dem Koran und den Hadithen. Der wichtigste Prophet im Islam ist Mohammed, der die abschließende und vollendete Offenbarung von Gott erhalten hat. Das grundlegende Prinzip der islamischen Theologie ist die Einheit und Einzigkeit Gottes. Gott ist der allmächtige Schöpfer, der alles auf der Welt lenkt. Er gilt als allwissend und bestimmt, was war, was ist und was sein wird. Damit ist Gott eine abstrakte Bezeichnung, was wiederum das Göttliche betont. Der Ausspruch „Allahu akbar“ – „Gott ist größer“ – beschreibt „Gott steht über allem“.

Der Islam hat fünf Säulen:

- Schahada – das Glaubensbekenntnis
- Salat – das täglich fünfmalige Gebet
- Zakat – die Pflichtabgabe für die Armen
- Saum – das Fasten im Ramadan
- Hadsch – die Pilgerfahrt nach Mekka

Im Islam ist der Tod nicht negativ behaftet oder gar eine Strafe wegen einer Sünde. Der Tod stellt die Rückkehr des Menschen zu Gott dar. Gott alleine ist Herr über Leben und Tod, er schenkt das Leben und lässt uns sterben, wenn unsere Zeit zu Ende ist (Eisingerich 2012). Das Menschenbild im Islam ist sehr positiv und hat eine hohe Wertschätzung. Die Lebenszeit ist kurz auf dieser Welt und dadurch muss das Leben geschätzt und ernst genommen werden. Al Ghasali vergleicht diese kurze Lebenszeit mit einem Rasthaus, in dem man ein paar Tage einkehrt und danach die Reise weitergeht (Al Ghasali, übersetzt von Ritter 1996, S. 35). Der Tod im Islam stellt die Rückkehr vor Gott dar. Ob der Tod auch als Einkehr in Gott ist, bestimmt das Leben. Das bedeutet, es ist wichtig, wie ich vor Gott mein Leben gelebt habe.

### 1.2.2.4 Hinduismus

Der Hinduismus ist ein Konglomerat aus völlig verschiedenen Traditionen. Es gibt keine für alle gleichermaßen verbindlichen Lehren. Daher sind die heiligen Texte, die jeweils im Zentrum der Glaubenslehre stehen, der jeweilige Stifter sowie die Gottesvorstellungen und Rituale unterschiedlich. Der Name Hinduismus hat sich nicht aus einer religiösen Tradition entwickelt wie zum Beispiel das Christentum (Christus = der Gesalbte). Hinduismus ist eigentlich eine geografische Bezeichnung für das Land und seine Bewohner rund um den Fluss Indus. Im 18. Jahrhundert bezeichneten die Engländer es als die Religion der Inder und dies wurde zum Hinduismus (Heller 2012).

Dem Hinduismus gehören rund 900 Millionen Menschen an. Das ist derzeit ca. ein Siebtel der Weltbevölkerung. Besonders auf dem indischen Subkontinent ist der Hinduismus die vorherrschende Weltanschauung. Der Hinduismus ist eine der ältesten Religionen, die von unterschiedlichen Strömungen beeinflusst worden sind. Die Hindus nennen ihre Religion „ewige Ordnung“ (Dharma), das bedeutet nicht nur Ordnung, sondern Gesetz und Pflicht. Damit sind nicht eine Rechtsordnung, Glaubenssätze, Dogmen oder Rechtgläubigkeit gemeint, sondern es ist eine allumfassende kosmische Ordnung, die alles Leben bestimmt und an die sich alle Menschen halten sollen. Es geht um das richtige Handeln, den richtigen Ritus und die richtige Sitte. Es sind damit keine Rechte gemeint, sondern vielmehr Pflichten, die ein Mensch gegenüber der Familie, der Gesellschaft, Gott und den Göttern hat.

Die meisten Hindus glauben an einen Gott, der sich jedoch in verschiedenen Gestalten offenbart. Die drei wichtigsten Götter sind Shiva, Vishnu und Shakti, eine weibliche Offenbarungsgestalt. Die meisten Hindus glauben an das Gesetz der Wiedergeburt und Erlösung. Es werden mehrere irdische Existenzen durchlaufen, bis sie die Erlösung erfahren. Ein wesentlicher Bestandteil dabei ist für Hindus das Verhalten während des Lebens. Das Karma ist dabei von großer Bedeutung, weil alle Taten Ursachen aus früheren Leben und Wirkungen auf spätere Existenzen haben. Ein gutes Dharma-gemäßes Leben führt meist zu einer guten Wiedergeburt, aber nicht zur Befreiung. Die bösen Menschen werden in viele niederer Daseinsformen wie Pflanzen, Insekten oder verachtete Kasten wiedergeboren und müssen diese durchlaufen, bis sie wieder einen menschlichen Körper erlangen (Heller 2012).

### 1.2.2.5 Buddhismus

Geschätzte 450 Millionen Anhänger des Buddhismus gibt es weltweit, daher zählt der Buddhismus zu den fünf großen Weltreligionen. Besonders stark ist der Buddhismus in Asien verbreitet. Der Buddhismus hat in den letzten Jahren auch in Nordamerika und in Europa eine wachsende Zahl an Anhängern. In Österreich bekennen sich mehr als 20.000 Menschen zum Buddhismus. Im Zentrum stehen die Lehren des Buddha. Der Buddhismus ist in Österreich seit 1983 als Religion staatlich anerkannt ([Österreichische Buddhistische Religionsgemeinschaft](#)). Es gibt keine offiziellen Zahlen über die Buddhisten in Deutschland. Der Grund ist, dass sie nicht amtlich registriert sind oder bei einer Volkszählung erfasst wurden. Der Buddhismus ist in Deutschland keine Kirche und nicht als öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaft anerkannt. Die [Deutsche Buddhistische Union e.V. – Buddhistische Religionsgemeinschaft \(DBU\)](#) gibt folgende grobe Schätzungen: