

13 Alternative Religiosität als Copingstrategie

In der Datenanalyse (s. Kap. 8.1) war vor allem bezüglich des »Daseins« auffallend, dass die religiösen Handlungsstrategien und das Ideal des ruhigen Sterbens fast ausschließlich in Bezug auf Situationen angesprochen wurden, die von den interviewten Personen als unsicher oder stressig wahrgenommen wurden. Das lässt vermuten, dass es sich bei den religiösen Handlungsstrategien und auch beim Ideal des ruhigen Sterbens um Bewältigungsstrategien oder sogenannte Copingsstrategien handelt.

Religiosität oder alternative Religiosität soll damit nicht durch ihre Funktion als Copingstrategie bestimmt werden,¹ sondern es wird lediglich geprüft, ob Handlungsstrategien und Vorstellungen, die über eine deduktive Herangehensweise als religiös identifiziert wurden, dem Personal helfen, Krisen zu überwinden.

Im Folgenden wird zuerst auf den Begriff des Copings eingegangen, der danach zur genaueren Analyse des Forschungsgegenstandes angewendet wird. Es werden also deduktiv Merkmale bestimmt, in welche die vorgängig induktiv konstruierten Codes eingepasst werden (s. Kap. 3). Durch dieses Vorgehen wird die Rolle alternativer Religiosität in der Palliative Care genauer geklärt.

13.1 Theoretische Grundlagen des Copingbegriffs

»Coping« ist im englischen sowie im deutschen Sprachraum in verschiedenen Strängen der Psychologie die fachinterne Bezeichnung für die Bewältigung von Stresssituationen.² Erstmals theoretisch gefasst wurde der Begriff von Lazarus und Folkman (1984) in ihrem Werk »Stress, Appraisal and Coping«. Ihr Verständnis bildet bis heute eine wichtige Grundlage für die meisten Copingtheorien (vgl. Faltermaier u. a. 2013; Faltermaier 2005: 77, 99). Lazarus und Folkman definieren Coping wie folgt:

1 Zur Kritik an funktionalen Religionsdefinitionen vgl. z. B. Hock 2008: 16–18.

2 In der deutschsprachigen Literatur wird oft der englische Begriff verwendet (vgl. Klein u. a. 2011a: 333 f.). Die deutsche Übersetzung für Coping ist »Bewältigung«.

[C]onstantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person (Lazarus u. a. 1984: 141).

Dieses Verständnis basiert auf der Annahme, dass aufgrund persönlicher Einschätzung und persönlicher Ressourcen jegliche Gegebenheiten Stressfaktoren darstellen können. Die persönliche Einschätzung einer Situation geschieht in drei Schritten: [1] Die Basis bildet die »primäre Einschätzung« einer Situation als irrelevant, positiv oder negativ für sich selbst. Nach dieser primären Einschätzung muss die betroffene Person entscheiden, wie sie reagieren soll. Die Handlung, die daraus erfolgt, wird bei einer negativen Primäreinschätzung ein »Bewältigungsversuch« genannt.³ [3] Danach erfolgt die tertiäre Einschätzung, die Neubewertung der Situation (vgl. Lazarus 1995: 212–215; Faltermaier 2005: 78). Faltermaier (2005) erweitert diese Theorie der persönlichen Einschätzung und betont, dass gewisse äussere Faktoren die persönliche Stresswahrnehmung besonders fördern. Insbesondere einschneidende Lebensereignisse, Dauerbelastungen und Alltagsärgernisse werden als Stressfaktoren erlebt. Stressauslösende Lebensereignisse sind meist »subjektiv bedeutsame, mehr oder weniger abrupte Veränderungen im Lebenslauf einer Person«. Unter Dauerbelastungen versteht er »langfristige Belastungen, die sich für eine Person in ihren sozialen Rollen oder aus Lebensverhältnissen ergeben«, und unter Alltagsärgernissen »eher kleinere Vorfälle im Alltag« (ebd.: 82).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit scheinen die ersten beiden äusseren Stressfaktoren besonders wichtig zu sein. Auf den ersten Blick scheinen die Konfrontation mit dem Lebensereignis Tod sowie die daraus resultierende berufliche Dauerbelastung, die kontinuierliche Konfrontation mit dem eigenen zukünftigen Ableben, eine Rolle zu spielen. Wodurch Dauerbelastungen bei Berufstätigen ausgelöst werden können, legt Faltermaier in Anlehnung an den Soziologen Pearlin wie folgt dar (vgl. Faltermaier 2005: 81):

a) Überforderungen durch eine Aufgabe, b) Belastungen durch Rollenkonflikte, c) Belastungen durch Personenkonflikte, d) Belastungen durch eine unerwünschte Rolle, e) Verlust einer Rolle oder Übernahme einer zusätzlichen Rolle und f) Umstrukturierung einer Rolle. Bewältigungsversuche sollen dabei helfen, dass man einer Stresssituation nicht passiv ausgeliefert ist, sondern sich als handelnder Akteur verhalten kann.⁴ Sie können entweder bei der Lösung des Problems oder bei den eigenen Gefühlen ansetzen. Somit sind sie problemorientiert

3 Ob die Handlung auch im Fall einer positiven Primäreinschätzung als »Bewältigung« bezeichnet wird, ist aus der konsultierten Literatur nicht ersichtlich.

4 Es wird hier bewusst von »Versuchen« gesprochen, da Coping auch vorliegt, wenn die Bewältigung nicht erfolgreich ist. Faltermaier (2005: 101) weist darauf hin, dass dies ohnehin nur schwerlich messbar ist.

oder emotionsorientiert und können wiederum in vier Formen vorkommen (vgl. ebd.: 101; Lazarus 1995: 218–220).

[1] *Informationssuche*: Damit ist die »Herausfilterung jener Charakteristika einer stressreichen Situation [gemeint], deren Kenntnis die Person zur Wahl bestimmter Bewältigungsstrategien oder zur Neueinschätzung der Schädigung bzw. Bedrohung, braucht« (ebd.: 218). [2] *Direkte Handlungen* gegenüber dem Umfeld oder der eigenen Person können dazu dienen, dass man sich einer Situation nicht ausgeliefert fühlt. [3] Auch *Handlungen zu unterlassen* gilt als Copingstrategie. Meistens werden Handlungen unterdrückt, von denen angenommen wird, dass sie Schaden anrichten. [4] *Intrapsychische Bewältigung*: Damit wird die Umdeutung oder die Verdrängung der Situation bezeichnet. Als Copingstrategien gelten demnach nicht nur äußere aktive Verhaltensweisen, sondern auch innere gedankliche oder emotionale Prozesse, die in der Untersuchung der Daten eine wichtige Rolle spielen, sofern sie in den Interviews verbal geäußert wurden.

Das oben vorgestellte Copingmodell von Lazarus und Folkman wurde bezüglich Religion ausdifferenziert, trotzdem wird für die Datenanalyse das Ursprungsmodell verwendet: Carver u. a. (1989) erweitern es zum sogenannten COPE-Instrumentarium, in das sie den Faktor Religion mit der Variable »turning to religion« aufnehmen. Dabei sind sie sich bewusst, dass es sich um eine problematische Variable handelt, weil sie zu wenig differenziert ist. Religion könne man auf verschiedenste Weise zur emotionalen Unterstützung, für eine Reinterpretation der Situation oder auch als Strategie aktiven Copings anwenden, dem man mit der Bezeichnung »turning to religion« nicht gerecht werde (vgl. ebd.: 270). Basierend auf dem COPE-Fragebogen haben Pargament u. a. (2000) das Analyseinstrument RCOPE entwickelt, das spezifisch auf »Coping mittels Religion« eingeht. »Religion« wird darin jedoch ebenfalls reduziert: Das Fragesetting fokussiert auf die Beziehung zu Gott, was auf ein christliches Religionsverständnis hinweist (vgl. Pargament u. a. 2000: 522–524). Die Autoren sprechen von fünf Arten, wie Religion als Coping eingesetzt werden kann: 1. Durch Sinngebung, 2. als Mittel, Kontrolle zu erlangen, 3. durch Trost, den die Nähe zu Gott geben kann, 4. allgemein durch die Nähe zu Gott und zu Mitmenschen, und 5. dadurch, dass das Leben durch die Beziehung zu Gott transformiert werden kann (vgl. ebd.: 521; Koenig u. a. 2012: 95–97).⁵

Um diese christliche Prägung des Religionsbegriffs nicht zu übernehmen, stützt sich die Analyse in den folgenden Kapiteln der vorliegenden Dissertation nicht auf Pargaments Kategorisierung, sondern greift auf Lazarus und dessen Reinterpretation von Faltermaier zurück.

5 Für einen Überblick und eine Reflexion von Pargaments Resultaten zu religiösem Coping s. Klein u. a. (2011c: 337–343). Zur Adaption von Pargaments Fragebogen im deutschsprachigen Raum s. Zwingmann u. a. (2011: 75–78).

13.2 Coping in der Palliative Care

Der Thematik religiösen Copings von Palliative-Care-Mitarbeitenden widmeten sich bisher nur wenige Forschungsprojekte. Die meisten Studien zu religiösem Coping im Gesundheitswesen fokussieren auf die Bewältigung von Krankheiten. Sie untersuchen, ob Religiosität einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausübt und konzentrieren sich somit auf PatientInnen und nicht auf das Spitalpersonal.⁶

Die Erforschung der Copingstrategien von Mitarbeitenden befasst sich weniger mit dem Rückgriff auf Religion. Ein häufigeres Thema ist, wie sie mit der täglichen Konfrontation mit dem Tod umgehen. Vor dem Hintergrund einer verstärkten Thematisierung des Todes in der Öffentlichkeit (s. Kap. 1.2) fand in der Burn-out-Forschung eine Reflexion des Stresslevels von Arbeitskräften durch diesen Faktor und eine kontroverse Diskussion darüber statt.⁷ Einige Studien belegen, dass die andauernde Konfrontation mit Trauernden und dem Tod in der Palliative Care dazu führt, dass die Mitarbeitenden dort einer größeren Belastung ausgesetzt sind als in anderen Bereichen der Krankenpflege. Andere zeigen, dass das Stresslevel von Pflegenden in der Palliative Care gleich groß oder sogar geringer ist als das von Pflegenden in anderen Bereichen des Gesundheitssektors.⁸ Letzteres erklären die Studien mit persönlichen Bewältigungsstrategien des Personals und mit den unterstützenden Maßnahmen der Palliative Care-Organisationen, die in anderen Bereichen der Medizin weitgehend fehlen (vgl. Desbiens u. a. 2007: 292).

Nicht nur das Stresslevel, sondern auch die Ursachen von Stress in der Palliative Care werden unterschiedlich beschrieben. Die Konfrontation mit dem Tod wird zwar von allen Studien als ein Stressfaktor gesehen, seine Relevanz wird jedoch unterschiedlich eingeschätzt. Nach Munley (1985) und Desbiens und Filion (2007: 298 f.) hat dieser Faktor einen hohen Stellenwert. Lambert u. a. (2008), Martins Pereira u. a. (2011: 322), DiTullio u. a. (1999: 648) sowie Harris (2013) sehen ihn als einen von vielen, dem weniger Relevanz zukommt als zum Beispiel den organisatorischen Strukturen.

Auch Brown (2011) zeigt in einer Studie zu den Ursachen und dem Stärkegrad von Stress bei freiwilligen Helfern in Palliative Care-Institutionen, dass die Konfrontation mit dem Tod dort nicht der Hauptstressfaktor ist. Vielmehr werden von ihren Interviewpartnern Situationen des Kontrollverlusts oder Überarbei-

6 Siehe z. B. Koenig u. a. (2012), Klein u. a. (2011c) oder Park (2005) und Park (2013), die Pargaments RCOPE weiterentwickelt und angewendet hat.

7 Für einen Überblick s. Vachon (1995), Martins Pereira u. a. (2011) oder für Stress in Gesundheitsberufen allgemein s. Halbesleben (2008). Als Erhebungsinstrument wird meistens Lazarus' Coping- und Stresstheorie eingesetzt (vgl. Backer u. a. 2005; Klein u. a. 2011c: 334).

8 Für einen Überblick s. Harris 2013.

tung genannt, zudem würden sie nicht immer informiert, wenn jemand stirbt, und Reaktionen von Angehörigen seien oft belastend. Insgesamt zeigen Browns Ergebnisse jedoch, dass die Freiwilligen ihre Arbeit grundsätzlich eher nicht als stressig wahrnehmen. Sie führt das aber nicht auf die institutionelle Unterstützung zurück, sondern darauf, als wie einflussreich ihre Interviewpartner und -partnerinnen ihre Interventionen erleben: Die Freiwilligen, die Brown interviewte, hatten den Eindruck, die Sterbenden bei einem »guten Tod« unterstützen zu können (vgl. Brown 2011: 191).

Eine Studie, welche die Seite der Mitarbeitenden untersucht hat und Religiosität⁹ einbezieht, ist jene von Desbiens und Fillion (2007), eine quantitative Studie, die mit einem erweiterten COPE-Instrumentarium arbeitet. Als stressauslösende Faktoren werden dabei von Desbiens und Fillion einerseits die Konfrontation mit dem Tod und mit den vielen Trauerfällen ermittelt, andererseits die Machtlosigkeit gegenüber dem Leiden anderer (vgl. Desbiens u. a. 2007: 291). Aus ihrer Untersuchung geht hervor, dass die häufigste Copingstrategie für den Umgang mit diesen Stressfaktoren eine positive Re-Interpretation und Sinngebung der erlebten Situationen ist (vgl. ebd.: 291, 297). Unter Sinngebung wird die Herausforderung verstanden, die Situation in ein größeres Weltbild einzuordnen (vgl. ebd.: 291).¹⁰ Im Fragebogen wurde erhoben, inwiefern die Arbeit mit Sterbenden als sinnvoll erachtet wird und ob sie die persönliche Entwicklung fördern soll (vgl. Desbiens u. a. 2007: 294, Tabelle 1; 296, Tabelle 2).¹¹

In diesem Zusammenhang steht auch die oben erwähnte qualitative Studie von Harris (2013). Sie untersuchte in 19 Interviews, wie Pflegende in Hospizen mit Stresssituationen umgehen. Als wichtigste Bewältigungsstrategien nennen die Interviewten sozialen Austausch, Humor, Meditation und Gebete. Letztere werden im Zusammenhang mit einer Verankerung im persönlichen Glauben ge-

9 Die Forschenden verwenden für die Bezeichnung »Spiritualität« und verstehen darunter »existential aspects of the person in terms of sense of meaning and purpose in life and peacefulness« (Desbiens u. a. 2007: 292 f.). Zudem enthält der Fragebogen die Elemente »Gebet«, »persönliches Wachstum«, »Akzeptanz« und »Zurückhalten von übereilten Handlungen« (vgl. ebd.: 294).

10 Hier wird Pargaments und Parks Konzept vom »global« und vom »situational meaning« übernommen, das ursprünglich für den Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit in Bezug auf die kranke Person entwickelt wurde. Mit »global meaning« bezeichnet Park allgemeine Welt- und Menschenbilder, Ziele und Ideale sowie Vorstellungen eines Lebenszwecks. Mit »situational meaning« wird die Sinngebung einzelner Situationen im momentanen Kontext bezeichnet. Das »situational meaning« wird in Alltagssituationen automatisch in das »global meaning« eingefügt. In außerordentlichen Situationen wie dem Tod einer nahestehenden Person müssen die beiden Arten von Sinngebung erst wieder neu in einen Zusammenhang gebracht werden (vgl. Park 2013: 41).

11 Gerade dieses Resultat basiert auf Fragen, die nicht in Anlehnung an das COPE-Modell generiert wurden.

nannt. Dieser helfe dabei, die Arbeit mit Sterbenden als »heiliges Erlebnis« und als »Ehre« zu erleben (ebd.: o. S.). Harris beschreibt die Religiosität des Pflegepersonals als Umdeutung oder Perspektivenwechsel und somit als intrapsychische Bewältigungsstrategie.

13.3 Copingstrategien in den untersuchten Spitälern

Im Folgenden soll geklärt werden, ob und welche Copingstrategien in Bezug zu alternativer Religiosität stehen und wie sie spezifisch in den untersuchten Spitälern ausgestaltet sind.¹² Dazu wird auf Beispiele aus Teil II zurückgegriffen, die unter dem Gesichtspunkt des Copings neu beleuchtet werden.¹³

Die Hypothese, dass Religiosität als Copingstrategie eingesetzt wird, wurde erst im Verlauf der Datenauswertung gebildet. Somit waren die Fragen und der Fokus in der Datenerhebung nicht auf dieses Thema ausgerichtet. Das hat einerseits zur Folge, dass die Interviewten oft nur schwach auf Copingstrategien hinweisen, aber nicht näher darauf eingehen, andererseits führt es dazu, dass keine theoretische Sättigung der Kategorie »Coping« erreicht wurde.

Als Copingstrategien kommen, wie in Kapitel 13.1 ausgeführt, Handlungsstrategien und Vorstellungen infrage. Diese können jedoch nur über den Kontext, in dem sie in den Interviews stehen, als Copingstrategie erkannt werden, denn einer Copingstrategie geht eine Stresssituation voraus. Da die persönliche Überforderung eine Situation zu einer Stresssituation macht, ist deren Einschätzung durch die Interviewten ausschlaggebend. Sie kann an der Äußerung von unangenehmen Gefühlen wie Stress und Unsicherheit festgestellt werden. Dazu kommen andere Zeichen der Überforderung wie etwa signifikante Änderungen im Tonfall oder der Gestik. Diese sind in den Transkripten durch entsprechende Anmerkungen und Zeichendarstellung erkennbar. Anhand der Gefühlsäußerung werden damit zusammenhängende äußere Belastungsfaktoren im Beruf der Mitarbeitenden eruiert.¹⁴

12 Nicht-religiöse Copingstrategien werden entsprechend dem Fokus der Arbeit auf Religiosität nicht berücksichtigt.

13 Die Codes, die zu diesem Zweck deduktiv gebildet wurden, wurden im Methodenkapitel in Abbildung 8 vorgestellt.

14 Innere Faktoren zur Stressauslösung können anhand der vorliegenden Datenbasis nicht festgestellt werden. Auch äußere Faktoren konnten nur festgestellt werden, wenn sie von den interviewten Personen genannt oder sie in den Feldaufenthalten beobachtet wurden. Es wird davon ausgegangen, dass im Normalfall nicht alles ausgesprochen wird. Die Frage, ob Glaubensvorstellungen der Wirklichkeit entsprechen, wird außer Acht gelassen, da dies nicht Teil des Erkenntnisinteresses ist.

Auf eine Stresssituation folgt im Fall eines Copingprozesses eine Handlungsstrategie oder eine Vorstellung, die in der Wahrnehmung der Betroffenen für Erleichterung sorgt. Es wird nach den Arten der Bewältigungsstrategien unterschieden, die in Kapitel 13.1 vorgestellt wurden: die Informationssuche, direkte Handlungen, das Unterlassen von Handlungen und intrapsychische Bewältigungsversuche. Die erleichternde Wirkung eines Bewältigungsversuchs ist ebenfalls ein Merkmal für einen Copingprozess. Die Stressfaktoren wurden über die Codes »Bedingungen: Gefühle_Unsicherheit« und »Referenz: Eigenes Gefühl« festgestellt. Letzterer ist dann ein Indikator für Stress, wenn damit Unsicherheit wegen fehlender Leitlinien zum Ausdruck kommt. Als Copingstrategien wurden Handlungsstrategien und Vorstellungen codiert, die mit den Codes der »Wirkung: ruhig werden« und »für sich selbst« markiert waren.¹⁵

Als Erstes wird in der folgenden Analyse auf religiöse Handlungsstrategien eingegangen, danach auf das Ideal des ruhigen Sterbens und auf weitere religiöse Vorstellungen, die im Kontext des Copings stehen. Im Sinne eines Theoretical Sampling (s. Kap. 3.3) werden anschließend verschiedene Beispiele aus der Datenauswertung aufgenommen, um damit verschiedene Facetten von Stressfaktoren und Copingstrategien aufzuzeigen.

13.3.1 Alternativ-religiöse Handlungsstrategien zur Stressbewältigung

Um zu untersuchen, inwiefern das Personal alternativ-religiöse Handlungsstrategien zur Stressbewältigung einsetzt, werden drei Gruppen von Strategien untersucht: Erstens werden diejenigen Strategien rekapituliert, die das Personal unter »einfach da sein« fasst, zweitens auf jene, die Gegenstände einbeziehen, und drittens jene, die auf komplementären Therapien beruhen.

»Dasein«

Gerade die Strategie des »Daseins« wird in der untersuchten Abteilung in Spital Heckenbühl und zum Teil auch in Spital Rotach eingesetzt, sobald sich die Umstände so verändert haben, dass andere Handlungsstrategien nicht mehr angemessen scheinen und von den Spitalern keine Alternative vorgeschlagen wird. Dann weichen die Mitarbeitenden auf religionsbezogene Handlungsstrategien aus (s. Kap. 6.1). Die Unsicherheit, die entsteht, wenn von den Spitalern keine Vorschriften bestehen und das Personal somit neue Handlungsstrategien suchen muss, kann nach Faltermaier einen Stressfaktor darstellen. Die Mitarbeitenden können die Berufsrolle dann nicht mehr ausüben und müssen ihrer Präsenz eine andere Bedeutung geben. Tatsächlich wird das von den meisten Interviewten als Belastung beschrieben: Die Konfrontation mit PatientInnen, die als leidend und

¹⁵ S. Abbildung 8, Kapitel 3.5.

unruhig erlebt werden, führt zu einem Gefühl der Ohnmacht. Dieses Gefühl wird häufig und vielfältig beschrieben, was auf seine große Relevanz hinweist.¹⁶ Die Ohnmacht gegenüber dem Leiden ist in den vorliegenden Daten im Kontext des »Daseins« der wichtigste Stressfaktor.

Ein Beispiel, in dem das Merkmal »Ohnmacht«, die durch Handlung durchbrochen wird, explizit angesprochen wird, findet sich im Interview mit F5. Am Anfang des Interviews beschreibt F5, wie schlimm es für sie ist, betreute Personen leiden zu sehen:

[W]enn jetzt jemand nur da liegen würde [...] und stöhnen und äh (.) und man merkt, eines nach dem anderen versagt, und ich könnte zum Beispiel nicht beten [...]. Ja! Dann (.) könnte ich diese Arbeit nicht machen (F5: 49).

Unter Beten versteht sie, die schon vorgestellte Phyllis-Krystal-Meditation durchzuführen, in der sie gedanklich ein »Lichtdreieck« um sich und die erkrankte Person bildet. Sie beschreibt in diesem Zitat, wie sie alternativ-religiöse Handlungen zur Überwindung der Ohnmacht einsetzt. Als Wirkung dieser Technik erlebt sie eine »Energiedusche« (F5: 73).

[E]s ist wirklich einfach wie eine Energiedusche und ich habe so zutiefst aufgetankt. Oder. Ich habe da gewusst, eben vorher hatte ich das Gefühl, eben ich sei eine absolute Zumutung für jeden=[Mhm] Sterbenden im Moment. Ich habe mich selbst so verstrickt in mein Zeug so dass: <Was ist jetzt mit meiner Tochter und überhaupt.> Und so. Und ALLES WEG. Einfach nur aufgehoben. Einfach nur (1) es ist ALLES GUT. Es ist einfach so (.) die könnte stöhnen und ich wusste, es ist alles gut. [...] Da- das ob mir nun etwas ein bisschen wehtut oder so das ist irgendwie einfach, es ist alles nicht mehr so ins Gewicht gefallen. [...] Und da habe ich gewusst, es kommt gar nicht so darauf an, was ICH jetzt da mache. [...] sondern es ist auf ALLEN Ebenen ist einfach gesorgt für die Frau (F5: 75–83).

Mit diesem Erlebnis kommt sie zum Schluss, dass sie auch gar nichts tun muss. Das hilft ihr beim Umgang mit der Ohnmacht. Ein anderes Beispiel nennt F3. Sie beschreibt das Leiden des Gegenübers als die Hauptschwierigkeit und nicht ihre eigene Ohnmacht.

[Da] hatte ich große Schwierigkeiten. Es, äh, das Leiden hat sich dann äh verschieden ausgedrückt (.) entweder mit Atemnot die ganze Nacht [...] oder auch mit Schmerzen (.) und acht Stunden das auszuhalten. Oder mit einer ha- mit einer Unruhe (F3: 35).

16 S. z. B. S2: 72–76; S3: 61–79; S4: 382–386; F2: 80–90; F3: 31–35, 150–196; F5: 41–43, 49.

Hieraus leitet sie eine Handlungsstrategie ab, die sie als wirksam erachtet, nämlich innerlich mit der Patientin zu sprechen (F3: 192). Das beschreibt sie in einem Ablauf der Argumentation, wie sie sich auch bei den meisten anderen Interviewten findet (s. Kap. 11). Es ist eine Beschreibung einer unruhigen Patientin oder eines Patienten, der durch eine Handlungsstrategie der Erzählenden ruhig wird und dadurch sterben kann:

[Die Patientin] war wahnsinnig unruhig. Dann äh (.) si- und dann hat sie die Hand hochgehoben und dann habe ich ihr (.) in dieser Zeit einfach die Hand gehalten und bin auch ans Bett (.) dann hingesessen, und habe dann auch einfach sie so halt angeschaut, und hatte Erba- ja: im Prinzip Erbarmen mit ihr, oder. Ja (.) und äh (.) und habe ihr so in Gedanken so von dem Buch erzählt von Monika Renz (F3: 192).

Habe das wirklich einfach nur (.) ihre Hand gehalten und das so (.) mit ihr äh (.) nonverbal kommuniziert [...] und dann ist sie [...] tatsächlich also gestorben (F3: 184–186).

Wichtig im Umgang mit der Unruhe und dem Leiden ist F3 die eigene Handlungsmacht. Sie kann etwas tun. Ähnliches beschreibt die Seelsorgerin S3:

Menschen, die nicht mehr ansprechbar sind [...]. Und die da liegen, und atmen, unregelmäßig (S3: 61–63).

Und dann ist, bin ich einfach dort und sage häufig für mich, ja sage ein Gebet, innerlich [...]. Irgendwie für den Menschen, aber auch (.) auch für mich, irgendwie, um mich zu beruhigen. Und es, wie eine Verbindung zu schaffen (S3: 77–79).

Beten tritt hier als Copingstrategie zutage: Es beruhigt S3 und wird von ihr mit dem Wohlergehen der PatientInnen in Verbindung gebracht.

Auch F2 reagiert auf Unruhe oder Wut einer Patientin mit einer religiösen Handlung als Copingstrategie. F2 drückt seine eigene Unsicherheit, die auf eine Stresssituation hinweist, nicht in Worten aus, bringt sie jedoch in der Betonung des »Machens« zum Ausdruck:

[A]ls ich ins Zimmer kam, sah ich das Gesicht dieser Frau, oder, die da: im Bett liegt. Und die hat, äh, Wu- Wut, also weißt du, völlig versteift und äh, harten Gesichtsausdruck, die war richtig zornig, oder. [...] Und da habe ich mir einen Moment überlegt, <Ja, was soll ich jetzt MACHen? Soll ich etwas sagen, oder> [...] und dann habe ich, bin ich hingesessen und [...] habe versucht sie zu beruhigen und begann für sie zu beten, und so weiter, und dann hat sich das wieder beruhigt, und nachher hat sie, eine halbe Stunde später ist sie (.) gestorben, oder. (1) Ziemlich schnell danach (F2: 82–90).

In diesem Zitat zeigt sich deutlich, dass es F2 wichtig ist, »etwas tun zu können«. Seine Lösungsstrategie ist da zu sein¹⁷ und zu beten, was in seinem Fall das Rezitieren tibetischer Mantras bedeutet. Auch er betont später, dass das, was er tut, nicht nur der sterbenden Person zugutekommt, sondern auch sich selbst.

[Das] Ziel von all diesen Praktiken ist eigentlich, (.) dass nichts anderes als, äh, deinen Geist eigentlich zu trainieren, dass du beim Zeitpunkt des Sterbens das anwenden kannst (F2: 272).

Seine Praxis soll auch ihm selbst helfen, gut in das sogenannte »reine Land« zu kommen. Somit verleiht er seinen Handlungen am Sterbebett einen weiteren Sinn.

Während bei den obigen Beispielen immer das Leiden oder die Ohnmacht dem Leiden gegenüber der Stressfaktor war, finden sich in den Interviews auch andere Facetten von Stresssituationen, in denen das »Dasein« als Copingstrategie dient. S4 (407–480) zum Beispiel empfindet unruhige PatientInnen nur dann als verunsichernd, wenn sie nicht christlich sind und sich nicht mehr artikulieren können. Obwohl er sich vorher römisch-katholischer Handlungsstrategien bedient hat, greift er in dieser Situation auf alternativ-religiöse Strategien zurück, um seine Intuition zu schulen.

In einem weiteren Gespräch hat eine Pflegende auf der Palliativstation angesprochen, was passierte, wenn sie nicht da sein konnte und der Patient oder die Patientin alleine starb: Sie fühlte sich, als hätte sie versagt (vgl. Gesprächsnotizen 14.02.2016). Anhand dieses Beispiels zeigen sich weitere mögliche Stresssituationen, nämlich wenn die PatientInnen alleine gelassen werden und dadurch alleine sterben müssen sowie wenn die Pflegenden die Situation nicht bis zum Schluss beeinflussen können.

K2 (245–254) findet es im Gegensatz zu den bisherigen Fällen belastend, aufgrund der eingeschränkten Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht, nicht die Möglichkeit zu haben, einfach nur da zu sein, und so keinen tieferen menschlichen Kontakt zu den Sterbenden aufnehmen zu können.

Ein anderer Fokus zeigt sich im Interview mit der Pflegerin P5. Wie in Kapitel 6.1.1 beschrieben, empfindet sie es als Herausforderung, dass sie ihre Arbeit nicht mehr schnell erledigen muss – wie sie es aus ihrer Ausbildung und den bisherigen Erfahrungen kennt –, sondern die Pflege aufgrund des Zustandes der PatientInnen mehr Zeit beansprucht. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, meditiert sie in ihrer Freizeit:

Du hast halt das, was du in der Ausbildung gemacht hast, oder, in [...] meiner ganzen Arbeit hat mich das begleitet, das (.) das Schnell- das Schnelllebeige. [...] [U]nd

17 Auf sein »Dasein« im Handlungskontext dieses Zitats verweist er in Zeile 80.

dann zu merken, ja okay, der Patient der braucht jetzt Ruhe. Und der braucht jetzt, den kannst du nicht einfach so schnell noch fragen, was er essen will, sondern. Der will jetzt vielleicht einfach mal, dass du ein bisschen dort sitzt. [...] Ja und so für so Sachen find ich es schon noch gut. Eben so das Meditieren (P5: 174–176).

Die Strategie des »Daseins« wird nur in wenigen Fällen eingesetzt, ohne dass die Situation, in der es ausgeführt wird, als stressig oder unsicher wahrgenommen wird. Die Körpertherapeutin KT1 liefert dennoch ein Beispiel dafür. Sie kann ihre Tätigkeit ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr ausüben, weil die Sterbenden, wenn sie nahe am Tod sind, ihrer Ansicht nach nicht mehr angefasst werden sollen (KT1: 94). Sie empfindet das jedoch nicht als Stress, sondern interpretiert es religiös: Personen, die näher beim Tod sind, sollte man nicht anfassen, um ihre Seele nicht im Körper zurückzuhalten (KT1: 97–114). Das ist möglich, weil sie auch Gespräche und »Dasein« in ihr Therapieangebot aufnimmt und es nicht primär auf den Körper bezieht.

»Reinigende« Handlungsstrategien

Nun stellt sich die Frage, ob auch alternativ-religiöse Handlungsstrategien als Copingstrategien eingesetzt werden, die nicht unter »Dasein« gefasst werden. Vor allem in Spital Rotach auf der untersuchten Palliativstation werden verschiedene sichtbare Handlungen als Reinigungsstrategie auf einer immateriellen Ebene eingesetzt, die über das übliche Reinigen des Zimmers hinausgehen und zur »Reinigung« oder zur »Harmonisierung der Atmosphäre« eingesetzt werden.¹⁸ Es stellt sich die Frage, ob diese »Reinigung« auf eine Copingstrategie hinweist. Dazu soll untersucht werden, wie sich diese Reinigung in der Wahrnehmung der interviewten Personen auswirkt und woran sie erkennen, dass ein Zimmer »sauber« ist.¹⁹ Der Gong dient der Reinigung der Zimmer nach einem schwierigen Tod, laut P8 der »Wiederherstellung der Harmonie« oder der »Stärkung der Herzenergie« (Gespräch mit P8, 14.08.2015). Er wird insbesondere dann eingesetzt, wenn eine Person länger in einem Zimmer gelegen hat oder es ein schwieriger Tod war, weil es sich sonst »drückend und dicht anfühlt«. Eine Gongreinigung habe Auswirkungen auf das gesamte Personal. Sie sei für viele spürbar und bei denjenigen, denen der Unterschied nicht bewusst sei, »wirke sie auf einer anderen Ebene«.

Auch dass nach einem Tod eines Patienten oder einer Patientin das Fenster geöffnet wird, ist als eine Reinigung des Zimmers zu verstehen. Sie wird als Erleich-

18 Auch der christlichen Krankensegnung wird diese Wirkung zugeschrieben. Auf diese wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen, da alternative Religiosität im Vordergrund steht.

19 Diese Handlungsstrategien wurden in den Interviews ausführlicher thematisiert, weshalb es schwierig ist, deren Funktion als Copingstrategien auszuwerten.

terung erlebt. Dabei geht es den Handelnden darum, einen Teil der verstorbenen Person hinauszulassen. Unangenehme Gefühle können, wie P1 es formuliert, auf Giftstoffe zurückgeführt werden, die ein Körper nach dem Tod abgibt, oder aber auf einen Teil der Persönlichkeit der Verstorbenen, der sich weiterhin im Zimmer befindet (vgl. Psy2: 182–184; P5: 24, 129–135).

Der Stressfaktor der Handlungsstrategien, die nach dem Tod reinigend wirken sollen, ist die Konfrontation mit dem Tod und nicht wie beim »Dasein« die Umstrukturierung der Rolle. Es scheint sich vielmehr um ein belastendes Gefühl zu handeln, das durch den Tod, vor allem wenn er schmerzhaft und langsam von-statten ging, ausgelöst wird. Das wird als Beschmutzung erlebt, von der man sich reinigen will.

Während der Gong nach dem Ableben der PatientInnen geschlagen und das Fenster nach dem Tod geöffnet wird, wird die Kristalllampe vor dem Tod und während des Sterbens zur Reinigung und Veränderung der Atmosphäre eingesetzt. Dort scheint schon der Sterbeprozess selbst als unrein wahrgenommen zu werden.

Aromatherapie

Die Aromatherapie wird mit zwei unterschiedlichen Zielen eingesetzt. Wie in Kapitel 6.3.1 gezeigt, wird ihr einerseits eine ähnliche Wirkungsweise wie der Schulmedizin zugeschrieben, andererseits wird versucht, mit ihr ein ruhiges Sterben zu fördern. Abhängig ist die Anwendungsweise vom institutionellen Umfeld und auch vom Zustand der PatientInnen. Wenn die PatientInnen in der präterminalen Phase sind, wird eher in Richtung Symptomlinderung gearbeitet. Für die Symptomlinderung seien die Pflanzenwirkstoffe oft sogar wirkungsvoller als ein Medikament, was mit der menschlichen Nähe zu tun habe, die für den Einsatz von Aromatherapie nötig ist.²⁰ Wo die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt, muss eine Alternative eingesetzt werden. Die Entscheidung für den spezifischen Duft wird in diesen Situationen stark von der kranken Person abhängig gemacht (P1: 170–176). Biochemische Argumentationen (P1: 178; P3: 196–198) werden zwar auch eingesetzt, aber Individualität und Menschlichkeit stehen im Vordergrund. Es werden damit, wie auch in der Körpertherapie, Situationen vermieden, in denen das Personal handlungsunfähig wird. Sie kann in diesen Situationen nicht als individuelle Copingstrategie bezeichnet werden, sondern vielmehr als »Coping« oder Substitut für das gesamte schulmedizinisch-naturwissenschaftliche System, das an gewissen Punkten nicht greift.

In unmittelbarer Todesnähe werden die Aromaöle nur noch, ohne dass die Pflegenden die PatientInnen berühren, in Duftlampen verdunstet und sollen dann, wie das »Dasein«, zur Beruhigung der PatientInnen beitragen (P1: 186; P6:

²⁰ Vgl. P1: 168; P3: 192; P5: 292.

73–79), wenn andere pflegerische Interventionen nicht mehr angebracht sind. Dies entspricht einer individuellen Copingstrategie aus dem Bedürfnis heraus, noch etwas tun zu können (P6: 45–51).

K1 bezeichnet die Verwendung der Aromatherapie kritisch als Copingstrategie:

Dass jemand stirbt und wie jemand stirbt. Gell, das ist, das ist eigentlich eine, eine extreme S- Erfahrung. Ist ja extrem, dass man da zuschauen muss, ist eine extreme Hilflosigkeit [...]. [I]ch zum Beispiel mach nichts mit Düften oder solchen Dingen. [...] [D]as ist für mich z-zu: harmonisierend. Ja. und man kann das sowas Radikales nicht überdecken mit solchen Dingen. Finde ich. [...] Die Düfte heißen dann »Verwandlung« oder so irgendwas=[Mhm], aber für mich persönlich ist das so: zu: (.) NETT, gell (K1: 307–313).

Zusammenfassend wird Aromatherapie vom Personal als Bewältigungsstrategie eingesetzt, wenn das Ziel des »ruhigen Todes« angestrebt wird. Es geht dann darum, über eine Handlungsmöglichkeit zu verfügen, wenn sonst nichts mehr zu tun bleibt. Dies wird zum Teil aus den Reihen des Personals selbst als Umgang mit einer Hilflosigkeit gegenüber dem Tod der PatientInnen bezeichnet. Wenn die Pflegenden die Aromatherapie zur Symptomlinderung einsetzen, kann dies gemäß Lazarus nicht als Copingstrategien bezeichnet werden, weil die Interviewten keine vorhergehende Stresssituation angesprochen haben. Es sind jedoch Situationen, in denen die Mitarbeitenden die Schulmedizin als nicht genügend wirksam erachten und somit auf Alternativen zurückgreifen, die, zusätzlich zu den biochemischen Wirkstoffen, Nähe und Zuwendung erfordern und dadurch eine symptomlindernde Wirkung haben.

Körpertherapie

Bei der Körpertherapie handelt es sich, wie in Kapitel 6.3.2 beschrieben, um eine körperorientierte Behandlungsform, die nebst physischen auch psychologische und metaphysische Aspekte einbezieht. Die Situationen, in denen die Therapeutin zum Einsatz kommt, empfinden die beschreibenden Personen nicht als Stresssituationen. In diesem Sinne kann die Körpertherapie nicht als Copingstrategie bezeichnet werden. Deren Wirkung, welche die Körpertherapeutin im Interview und auch während der teilnehmenden Beobachtung beschreibt, lässt jedoch auf vier Arten von Bedürfnissen schließen, die durch diese Therapieform gedeckt werden:

[1] Die Körpertherapeutin hat ihren früheren Beruf als Pflegefachfrau abgegeben, um mit der Komplementärtherapie näher an den PatientInnen zu sein. Sie deckt damit ihr eigenes Bedürfnis nach einem engeren Kontakt zu den PatientInnen. Das gelingt durch persönliche Gespräche, die sie im Rahmen dieser Therapieform führen kann (KT1: 221–227).

[2] K1 (152–154) und die Körpertherapeutin selbst (KT1: 411–427) erläutern, dass KT1 für Menschen als Ansprechperson dient, die sich von der Seelsorge oder den PsychologInnen nicht angesprochen fühlen. Sie decke demnach ein Bedürfnis der PatientInnen nach solchen Gesprächen.

[3] Zudem geht KT1 auf das Bedürfnis nach einer »ganzheitlichen« Behandlung ein.

Und anhand davon [der chinesischen und indischen Elementenlehre] schaut man sich dann eben auch Eigenschaften im Charakter an, schaut den Körperbau an, und man schaut ähm (1) also dann gibt es auch Verhaltensweisen, die jemand hat, Charaktere, die darin enthalten sind. [...] Und man schaut dann auch, ähm (1) [...] zum Beispiel beim Herz sagt man zum Beispiel auch, das hat auch also mit Feuerenergie zu tun, also mit, mit, ähm, mit halt auch der LebensKRAFT und [...] wenn man krank ist am Herzen [...]. Was kann das auch für einen Zusammenhang mit der Lebensart haben, die man führt (KT1: 342–346).

Aus der Sichtweise dieser Komplementärtherapie stehen Psyche und Körper in einem Zusammenhang. So können die Kranken, sofern sie nicht direkt vor dem Tod stehen, durch die eigene Verhaltensweise Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausüben. Die Körpertherapie fördert durch Handlungsanweisungen, wie zum Beispiel Ernährungstipps, und Anwendungen, wie zum Beispiel Massagen, die sich auf den Energiefluss und somit auch auf die Psyche auswirken, bei den PatientInnen das Gefühl einer Selbstwirksamkeit, was, aus der Sicht der Therapeutin, von der Schulmedizin nicht gemacht wird.

Aber es hat oft (.) äh, hat es dann Zusammenhänge, die die Leute auch selbst bemerken, <Ja, ich habe immer das und das gemacht>. Und wenn sie lernen, anders zu leben, dass dann das auch besser wird (KT1: 352).

[4] Als eine weitere Funktion beschreibt die Therapeutin, dass sie auf der körperlichen Ebene eingesetzt werde, wenn die Schulmedizin nicht wirke.

Wie kann ich mich mit Schmerzen verhalten, äh, das die: besser vorbeigehen. Zum Beispiel. Also schon, dass man natürlich Schmerzmittel nimmt, aber es gibt halt immer Situationen, wo: die müssen zuerst wirken. Die Mittel, oder wo: wo man froh ist, man kann irgendwie auch noch etwas machen, das nützt, das: bis die Tablette wirkt (KT1: 282).

Manchmal werde Körpertherapie auch eingesetzt, wenn eine schulmedizinische Therapie wegen der Schmerzen nicht möglich sei (vgl. Beobachtungsprotokoll 10.03.2014). Sie könne das lösen, weil sie auf eine andere Art als die Schulmedizin

Einfluss auf das Nervensystem nehmen könne (KT1: 46). Körpertherapie wird, wie auch die Aromatherapie, in der Symptomlinderung eingesetzt, wenn die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt.

Auch wenn im Fall der Körpertherapie nicht von einer Bewältigungsstrategie für akute Überforderungen gesprochen werden kann, so ging aus der Analyse hervor, wie damit längerfristig verschiedene Bedürfnisse gedeckt werden.

13.3.2 Sinngebung durch Vorstellungen

Wie gezeigt, werden alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der terminalen, der finalen und der postmortalen Phase als aktive Copingstrategien eingesetzt, die den Mitarbeitenden Möglichkeiten, zu agieren, und somit Selbstwirksamkeit vermitteln. Das zeigt sich in den Ausgangssituationen, die in den meisten Fällen als stressig oder unsicher erlebt werden, und in der beruhigenden Wirkung, die den Handlungen zugeschrieben wird. Kommen in den erhobenen Daten auch intrapsychische Copingstrategien zum Vorschein? Die Feststellung, dass es sich bei den religiösen Handlungsstrategien oft um Copingstrategien handelt, wirft ein anderes Licht auf das damit verbundene Ideal des ruhigen Sterbens und auch auf die anderen religiösen Vorstellungen, die in Kapitel 8 dargestellt wurden. Das Ideal wurde aus der Wirkung, die das Personal seinen religiösen Handlungsstrategien zuschreibt, abgeleitet, nämlich, dass sie dazu führen, dass sich die Sterbenden beruhigen, damit sie loslassen und sterben können. Das Personal kann mittels des Vorhabens, ein ruhiges Sterben zu unterstützen, wenn die Lebensqualität nicht mehr gesteigert werden kann, trotzdem noch Einfluss auf die Situation nehmen. Der Tod wird somit – zumindest ein Stück weit – zu einer kontrollierbaren, beeinflussbaren Situation.

Anhand des Interviews mit Psy2 kann beispielhaft gezeigt werden, wie das Vorhaben, die Sterbenden beim Loslassen zu unterstützen und das Bedürfnis, handeln zu können, zusammenhängen.²¹ Psy2 zeigt, wie in Kapitel 8.1.1 ausgeführt wurde, inwiefern ein unruhiges Sterben mittels Verweis auf ihre Wirkungsmacht wieder ins Schema des ruhigen Sterbens gebracht werden kann. Von der Interviewerin wurde erfragt, ob es auch »unruhige Tode« gebe. Auch wenn Psy2 dies bejaht, wendet sie das Argument um und kommt darauf zu sprechen, dass man auch in den unruhigen Sterbeprozessen und ungelösten Situationen noch etwas tun könne. Sie kommt in ihrer Ausführung schließlich zur Erkenntnis, dass es mit ihrer Hilfe und ihren Handlungen auch in schwierigen Situationen möglich sei, mit dem Leben abzuschließen und ruhig zu sterben. Sie versteht ihre Aufgabe in diesem Kontext klar als Helfende zum Abschließen und Loslassen des Lebens.

21 Das ist nicht nur hier der Fall, sondern in allen Fällen, in denen die Handlungsstrategien des Personals das Ruhigwerden zum Ziel hatten.

Den Sterbeprozess der PatientInnen sieht sie in diesem Fall als ein Produkt ihrer eigenen Wirkungsmacht, was ein sinngenerierender Ansatz ist. Das Ideal des ruhigen Sterbens kann somit auch als eine positive Sichtweise oder eine Deutung von Sterben und Tod verstanden werden. Dabei erhält etwas Negatives, wie etwa ungelöste Konflikte, eine positive Konnotation. Nach Faltermaiers Copingverständnis handelt es sich dabei um eine intrapsychische Bewältigungsstrategie.

Mit dem Ideal des ruhigen Sterbens ist meistens die Vorstellung verbunden, dass ein Teil des Menschen unsterblich ist (s. Kap. 8.2). Wenn für den Körper nichts mehr getan werden kann, ist es aus Sicht des Personals immerhin noch möglich, sich für die immaterielle Komponente der Sterbenden einzusetzen.²² Das ist eine positive Deutung des Sterbens, welche die Handlungen des Personals, entsprechend einer intrapsychischen Bewältigungsstrategie, als sinnvoll erscheinen lässt. Das lässt sich am Beispiel des tibetisch-buddhistischen Freiwilligen F2 nachvollziehen (s. Kap. 6.1.4). Er glaubt, dass er durch seine Meditation am Lebensende der PatientInnen zu einem besseren Leben nach dem Tod beitragen kann und verleiht so seiner Handlung, die er dank dem Tod der Betreuten durchführen kann, einen Sinn für sich selbst. Auch, dass nach dem Tod ein Gong benutzt oder ein Fenster geöffnet wird, illustriert dieses Phänomen. Dadurch können die Mitarbeitenden, weil aus ihrer Sicht nur der Körper tot ist, nicht aber die unsterbliche Komponente, noch Einfluss auf die Situation nehmen.

Mit der Sichtweise des besagten Sterbeprozesses steht auch die Vorstellung in Zusammenhang, dass gerade die Phasen des Sterbens und des Todes ein besonderes Entwicklungspotenzial in sich bergen. Das ist ebenfalls sinnstiftend:²³ Das Sterben und der Tod werden als ein wichtiger Schritt in der Entwicklung des Menschen interpretiert. Am Beispiel des Sterbens ihrer Mutter (s. Kap. 8.1.3) und auch dem ihres Vaters illustriert etwa F5, dass für sie die eigene Wirkungsmacht gegenüber dem Leiden im Zentrum steht: In beiden Fällen beschreibt sie, wie sie während des Sterbens ihrer Eltern nicht helfen konnte, was sehr schwierig für sie gewesen sei. Beide habe sie jedoch nach dem Tod »in einer vollendeten Form« gespürt. In diesem Beispiel ist die Hilflosigkeit, »nichts tun zu können«, ein Stressfaktor. Solchen Stresssituationen begegnet sie mit der Vorstellung, dass sich die Menschen insbesondere während des Todes zu einem »höheren Selbst« entwickeln. Zu diesem Prozess könne sie selbst nichts beitragen, weil er automatisch ablaufe. Sie müsse somit auch gar nichts tun. Sie setzt diese Erkenntnis als Copingstrategie ein. Damit hängt die Annahme eines höheren Selbst und einer höheren Macht zusammen, die für die Sterbenden Sorge.²⁴ Am Anfang des Interviews reflektiert sie die Stressfaktoren und ihre Bewältigungsstrategien zusätz-

22 S. Kapitel 8.1.

23 Vgl. z. B. S4: 121–135; F3: 35; F5: 400–435.

24 Vgl. auch F5: 83.

lich auf einer abstrakteren Ebene. Dort nennt sie als Auslöser der Ohnmacht das Leiden der zu betreuenden Person:

Also wenn ich nicht wenn ich nicht (.) äh wenn ich das nicht SPÜREN würde, dass dass irgendwie die Ver- bei mir selbst die Verbindung nach oben (.) und auch nicht spüren würde, wie die Leute richtig wie auch abgeholt werden und darauf vorbe- reiten werden und so. Dann könnte ich das gar nicht machen. Dann fände ich das wahrscheinlich einfach nur schlimm. [...] Nur Leiden. Also und das ist etwas, das halt mit der Zeit zunimmt. Halt durch die ganze eigentlich Entwicklung (F5: 41–43).

Demgegenüber steht ihre Vorstellung von Energie, die sie in der Phyllis-Krystal-Meditation sammeln und somit für sich selbst etwas tun kann, das Wirkungs- macht hat. Dieser Gegensatz von »etwas tun können« und »nichts tun müssen« spricht wiederum für die Relevanz der Selbstwirksamkeit.

Andere religiöse Vorstellungen wie zum Beispiel Postmortalitätsvorstellun- gen werden von den interviewten Personen weniger genau geschildert als die un- sterbliche Komponente des Menschen; sie haben somit einen weniger zentralen Charakter für das Personal. Meistens wird das Leben nach dem Tod zwar als exis- tent, aber als außerhalb der eigenen Wirkungsmacht befindlich eingeschätzt.²⁵

Mit der Analyse der Vorstellungen konnte gezeigt werden, wie zur Bewälti- gung des Stressfaktors, gegenüber dem Leiden der PatientInnen ohnmächtig zu sein, intrapsychische Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können und nicht nur aktive Handlungsstrategien. Zudem konnte die Relevanz dieser Stress- situation aufgezeigt werden.

13.3.3 Schlussfolgerungen und Bezug zur theoretischen Diskussion

Als wichtiger Stressfaktor wird die eigene Ohnmacht gegenüber Situationen, in denen die Sterbenden als leidend wahrgenommen werden, genannt. Dieser wird häufig bezüglich PatientInnen, die unmittelbar vor dem Tod stehen, genannt. Die Konfrontation mit dem Lebensereignis Tod wird von den interviewten Personen hingegen seltener als Stressfaktor erwähnt. Am ehesten gehören die Handlungs- strategien zur Reinigung nach dem Tod der PatientInnen in letztere Kategorie, denn die Interviewten verweisen in diesem Kontext auf unangenehme Gefühle gegenüber den Verstorbenen. Sie stehen jedoch gleichzeitig auch mit dem Be- dürfnis im Zusammenhang, etwas tun zu können.

Zur Bewältigung der Stresssituationen werden direkte Handlungen und in- trapsychische Strategien eingesetzt, die eng miteinander verknüpft sind. Die di- rekten Handlungen sind jene, die ausgeführt werden, wenn man nur noch da sein

25 Vgl. z.B. F2: 238–240; S2: 190–194.

kann, und jene, die zur »Reinigung« eingesetzt werden. Sie stellen Handlungsoptionen für das Personal dar. Intrapsychische Strategien sind einerseits das Ideal des ruhigen Sterbens und andererseits Glaubensvorstellungen zu metaphysischen Anteilen des Menschen. Sie tragen zur Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit und der Handlungsoptionen des Personals bei und wirken somit sinnstiftend auf die Arbeit selbst, verleihen aber auch dem Tod einen Sinn, nämlich, dass er eine Gelegenheit für sie selbst und die PatientInnen ist, sich zu entwickeln. Diese Ergebnisse stehen somit im Einklang mit den Ergebnissen der anfangs vorgestellten Studie von Desbiens und Fillion (2007).

Die Ohnmacht gegenüber dem Leiden der PatientInnen kann im Zusammenhang mit dem »Dasein« und anderen beruhigenden Techniken nach Faltermaiers Schema auf die Umstrukturierung ihrer Arbeitstätigkeit zurückgeführt werden. Sie wird jeweils mit einem Bruch in der Rolle in Verbindung gebracht, an dem Punkt, an dem die Lebensqualität nicht mehr gesteigert werden kann, also meistens in der terminalen und der finalen Phase der PatientInnen (s. Kap. 1.2). Es zeigt sich ein großes Bedürfnis seitens des Personals, auch dann noch etwas tun zu können. Die Verknüpfung der alternativ-religiösen Handlungsstrategien mit der Leitidee des ruhigen Sterbens scheint an der Funktion der Leitidee zu liegen, das Scheitern von Handlungsstrategien zu kompensieren, die auf die Lebensqualität ausgerichtet sind. Ab einem gewissen Punkt kann das Hauptziel der Palliative Care, die Lebensqualität bis zum Schluss, nicht mehr gewährleistet werden. Somit muss ein anderes Ziel angestrebt werden, nämlich das ruhige Sterben, um die Handlungsmacht der Mitarbeitenden zu sichern.

Die institutionalisierten komplementärtherapeutischen Handlungsstrategien, Körpertherapie und auch die Aromatherapie in der präterminalen Phase sind längerfristig bedürfnisstillend. Sie sind nach dem Copingverständnis von Lazarus keine Bewältigungsstrategien. Trotzdem decken sie Bedürfnisse, die aus der Sicht der Interviewten vonseiten der Schulmedizin nicht ausreichend bedient werden, nämlich das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt, nach einer »ganzheitlichen« Wahrnehmung der PatientInnen, nach Selbstwirksamkeit und in einigen Situationen sogar auch nach Symptombekämpfung.

Diese Ergebnisse erläutern in Bezug auf Abbildung 1 die Motivation des Personals genauer, warum alternativ-religiöse Handlungsstrategien und Vorstellungen zum Einsatz kommen, und zwar als Bewältigungsstrategien in schwierigen Situationen. Auch der Einfluss des Zustandes der PatientInnen wird genauer dargestellt: Leidende Menschen zu sehen und nichts für sie tun zu können, ist eine große Belastung für das Personal. Dies führt zur Erkenntnis, dass, je näher die PatientInnen am Tod stehen, umso eher alternative Religiosität als Copingstrategie eingesetzt wird, weil aus der Sicht der Handelnden die schulmedizinische Betreuung nicht ausreicht und auch weil die Spitäler mehr Freiräume für individuelle Elemente in der Betreuung offenlassen.