

12 Die Rolle der Institution

In den Daten hat sich gezeigt, dass alternative Religiosität in der Palliative Care in Handlungsstrategien und Glaubensvorstellungen vorkommt. Im Folgenden werden die Daten daraufhin rekapituliert, wie diese Religiosität in den untersuchten Institutionen aufgenommen wird. Das lässt sich in verschiedene Fragen unterteilen: Welche Handlungsstrategien wurden im individuellen Rahmen und welche institutionalisiert ausgeführt? Und unter welchen Umständen war das möglich? Diese Fragen sind in der vorliegenden Arbeit von großer Relevanz, da damit die Einbettung alternativer Religiosität in den untersuchten Spitäler nachvollzogen werden kann. Es wird ein weiterer Institutionsbegriff verwendet, in dem auch die Organisation »Spital« als Institution verstanden wird.¹

Ob etwas im Spital institutionalisiert ist, wird an vier Kriterien festgemacht, von denen mindestens eins erfüllt sein muss.

- 1) Die Handlungsstrategie ist schriftlich festgehalten.
- 2) Die benötigten Hilfsmittel werden vom Spital bereitgestellt.
- 3) Die interviewte Person und/oder deren Arbeitskollegen sehen die ausgeführte Handlung als ihre professionelle Aufgabe.
- 4) Eine Person wurde zur Ausführung dieser Handlungsstrategie angewiesen.

Anhand dieser Punkte wird zwischen institutionalisierten und nicht-institutionalisierten Handlungsstrategien unterschieden.² Bei Letzteren, so die Vermutung,

1 Der Institutionsbegriff wird in der Soziologie und der Religionsoziologie mit unterschiedlichen Bedeutungen gefüllt und insbesondere das Verhältnis des Individuums zur Institution wird verschieden ausgelegt (vgl. z. B. Miebach 2014: 66f.; Schiller-Merkens 2008: 32–35; Fuchs-Heinritz u. a. 2011: 308–309). Meistens wird bezüglich Spitäler von »Organisationen« gesprochen. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff »Institution« jedoch im Hinblick auf die Fragestellung verwendet, inwiefern Handlungsstrategien und Vorstellungen als Teil der Spitalstruktur angesehen werden sollen oder sie als individuell und persönlich zu verstehen sind. Der Begriff wird also nicht im Sinne des soziologischen Jargons verwendet.

2 Ein Großteil der untersuchten Handlungsstrategien und der Vorstellungen dahinter wurde nicht in den Beobachtungen mitverfolgt, sondern in Form von Interviews und Dokumentenanalyse erfasst. Somit liegt den Untersuchungen die Interpretation der Interviewten oder der Spitäler bzw.

handelt es sich um persönliche Handlungsstrategien, denn sie wurden meistens autoreferenziell begründet. Das heißt, die persönlichen, »nicht-institutionalisierten« Handlungen werden nicht von den Spitäler vorgeschrieben, sondern stammen, wie von den interviewten Personen dargestellt, aus dem »Repertoire« der ausführenden Person.

12.1 Handlungsstrategien in den Spitälern

12.1.1 »Dasein«

Während des »Daseins« wurden teils institutionalisierte, teils nicht institutionalisierte Handlungsstrategien ausgeführt. Trotzdem lassen sich Tendenzen feststellen. Wie im Datenkapitel 6.1 gezeigt wurde, werden die Handlungen im »Dasein« nach einem Bruch in der Arbeit eingesetzt, der je nach Berufsgruppe bei einem bestimmten Punkt im Verlauf des Sterbens der PatientInnen eintritt. Dieser Bruch ist für die meisten verbunden mit einer ungewohnten oder sogar schwierigen Situation. Die meisten Handlungsstrategien, die während des »Daseins« ausgeführt werden, nimmt das Personal nicht als von den Spitäler vorgegeben war. Ob sie trotzdem als Teil der eigenen Rolle gesehen werden, ist unklar.³ Generell wurden in den Interviews keine Angaben zur Herkunft dieses Topos gemacht, auch nicht von den freiwilligen Mitarbeitenden, die das »Dasein« als ihre Hauptaufgabe sehen. Nur von den Seelsorgenden wurde auf Nachfrage das Konzept des »Daseins« auf die Bibel zurückgeführt (s. E-Mail von S2 am 16.03.2015) und auf die Gegebenheiten der Krisensituation, in denen sich die PatientInnen befinden (s. Notizen zum Telefonat mit S4 am 16.04.2015; E-Mail von S3 am 16.03.2015). S3 schreibt dort zudem, dass für die Freiwilligen keine schriftlichen Vorgaben dazu bestehen.

Die schweizerische Gesellschaft für Palliative Care, palliative ch, greift in der Leitlinie »Best Practice« von Spiritual Care das »Dasein« als Grundlage für die spirituelle Betreuung auf. Allerdings werden dort keine spezifischeren Angaben dazu gemacht, was dabei genau getan werden soll, außer, dass man offen zuhören soll (vgl. palliative ch 2008: 4). Der Bruch in der Arbeit entsteht aus der Absenz von Vorschriften der Spitäler. Palliativ ch geht zwar auf diese Situationen ein und schlägt das Instrument des »Daseins« vor, umreißt dieses aber auch nur ungenau.

der VerfasserInnen der entsprechenden Dokumente zugrunde. Auch bei denjenigen Handlungsstrategien, die in den Feldnotizen festgestellt wurden, handelt es sich um eine Verschriftlichung der Daten durch die Forscherin, die mittels der angewendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden so gegenstandsgemäß wie möglich ausfällt (s. Kapitel 3 zur Methode).

3 Wie ein Arzt von einem anderen Spital angemerkt hat, sieht er das In-sich-Gehen, wenn jemand im Koma liegt, als Teil seiner Aufgabe als Arzt (Gespräch vom 25.09.2015). Die wenigsten Interviewten haben sich dazu geäußert.

Dieses Papier wurde zudem von den interviewten Personen nicht erwähnt, was auf seine geringe Relevanz im Arbeitsalltag der Interviewten hindeutet. Klar ist deshalb, dass der Topos des »Daseins« einen freien Raum des eigenen Ermessens innerhalb der Spitalstrukturen eröffnet und eine Chance bietet, in Situationen zu handeln, in denen vorgeschriebene Handlungen nicht mehr greifen.

Die Gestaltung des »Daseins« basiert auf Berührungen und Präsenz, was nicht klar als institutionalisiert oder persönlich bezeichnet werden kann. Jedoch muss ein gewisses Quantum an Zeit zur Verfügung stehen: Die Seelsorgenden haben zwar nicht die Zeit, zu allen Patientinnen und Patienten im Spital zu gehen, sie rechnen jedoch pro Besuch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen relativ viel Zeit ein. Wenn die Sterbenden christlich sind, dann können sie während des »Daseins« christliche Rituale durchführen, wie es ihrem kirchlichen Auftrag entspricht. Wenn aber die zu Betreuenden nicht dem Christentum angehören, führt dies dazu, dass sie auf alternativ-religiöse Handlungsstrategien zurückgreifen, um diesen Situationen gerecht zu werden. Diese finden innerlich statt, sodass sie von außen nicht sichtbar sind. Die Freiwilligen praktizieren in dieser Zeitspanne alternativ-religiöse Meditationen und führen innerliche Gespräche. Beides kann problemlos durchgeführt werden, da von außen nicht sichtbar ist, was die ausführende Person »innerlich« macht. Dass alternativ-religiöse Handlungsstrategien während des »Daseins« meistens innerlich ausgeführt werden, indiziert ein Tabu im Umfeld der Handelnden. Dass sie den Sterbenden auf diese Art beim Loslassen helfen wollen, soll nicht gesehen werden. Als Ausnahme wird in Spital Heckenbühl von den Pflegenden in dieser Situation Aromatherapie in Form von Raumbeduftung angewendet. Die Mittel und Vorschriften dazu sind vom Spital vorgegeben und somit akzeptiert und können ohne viel Zeitverlust im stressigen Arbeitsalltag angewendet werden. Nur die Pflegenden in Spital Rotach können sich im »Dasein« Zeit zum Zuhören nehmen. Der befragte Arzt und die Ärztin verfügen nicht über die zeitlichen Ressourcen, um nur einfach da zu sein.

Die PsychologInnen in Spital Rotach verstehen Imaginationen als Teil des »Daseins«. Dabei werden Sterbende auf eine imaginierte Reise geführt. Im Gegensatz beispielsweise zu den Meditationen sind die Imaginationen von außen hörbar und finden somit im Einverständnis des Umfelds statt. Auch werden sie als Teil der Psychotherapie nach C. G. Jung verstanden (vgl. Baier 2009: 624f.), weshalb sie hier als institutionalisiert bezeichnet werden.

12.1.2 Gespräche als Handlungsstrategien

Dass Gespräche über Religiosität und Spiritualität zur Aufgabe bestimmter Berufsgruppen gehören, ist in den Spitälern zwar nicht schriftlich festgehalten, wird aber von den interviewten Personen so wahrgenommen. Die zwei Personen im Konsiliardienst für spezialisierte Palliative Care in Spital Heckenbühl sehen

sich in Form von Assessments für Gespräche zuständig, haben jedoch meistens keine Zeit für einen vertieften Austausch darüber hinaus. Dafür seien die Seelsorgenden, die PsychologInnen und die Körpertherapeutin kompetent. Diesen Berufsgruppen wird von den Spitätern auch mehr Zeit mit den einzelnen PatientInnen zugesprochen. Die Pflegenden sehen mehrheitlich die Seelsorgenden als verantwortlich für diese Gespräche, mit der Begründung, dass sie selbst nur über wenig Zeit verfügen oder sich keiner Religion zugehörig fühlen. Da sie laut den Palliative Care-Leitlinien auch auf die spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen eingehen sollen, versuchen sie die »spirituelle Ebene« über den Beziehungsaufbau zu erreichen. Auch laut der Vorlage zur »Best Practice« von palliative ch sollen Gespräche über religiöse Fragen zwar von allen geführt werden, aber die Seelsorgenden werden als die SpezialistInnen dargestellt (vgl. palliative ch 2008: 4). Die Seelsorgenden teilen diese Ansicht. Und auch die Komplementärtherapeutin in Spital Heckenbühl und die PsychologInnen in Spital Rotach sind einverstanden mit der Rolle, die ihnen zugeteilt wird. Nur die Psychologin in Spital Heckenbühl sieht sich nicht zuständig für Gespräche über »Spiritualität«, da sie unter »Spiritualität« etwas zutiefst innerliches versteht, was gar nicht in Gesprächen ausgedrückt werden könne. Die Freiwilligen F3 und F2 in Spital Heckenbühl führen nur selten Gespräche mit den PatientInnen, weil sie vorwiegend in der Nacht bei Schwerkranken eingesetzt werden. Sie wollen den Sterbenden zudem nichts aufdrängen und reagierten abwehrend, als sie in den Interviews nach Gesprächen über Religion gefragt wurden (F3: 417–419). Aus diesen Reaktionen wurde ersichtlich, dass das Thema Religion in Spital Heckenbühl ein Tabu darstellt. Dasselbe indiziert die abwehrende Reaktion der Pflegenden in Spital Heckenbühl. Religion soll ein Thema der Seelsorge bleiben und nicht vom medizinischen Personal übernommen werden. In Spital Heckenbühl, so die Ärztin im Konsiliardienst, würden Religiosität und Spiritualität gerade von jüngeren Ärzten oft belächelt (K2: 155–159). In Spital Rotach sind die Grundlagen anders, hier kommen Freiwillige auch tagsüber und zeigen sich offener für Gespräche oder auch Gebete mit Sterbenden. Auch der zuständige Arzt findet Zeit für Gespräche über religiöse Vorstellungen und Bedürfnisse.

Gespräche können je nach Berufsgruppe als institutionalisiert bezeichnet werden. Die wichtigste Grundlage dafür ist, dass den Mitarbeitenden die Zeit dafür zur Verfügung steht. Argumente gegen Gespräche sind die Haltung des Umfelds gegenüber Religiosität, die Wahrnehmung der eigenen Rolle, die keine Gespräche über Religion beinhaltet, fehlende persönliche Religiosität oder der Zustand und die Wünsche der Sterbenden. Für katholische Seelsorgende besteht zudem die Regelung der Landeskirche, dass sie nur PatientInnen der eigenen Konfession besuchen dürfen (vgl. Dienststelle Spital- und Klinikseelsorge 2007, anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt), was je nach Person eingehalten oder fallweise auf Wunsch der PatientInnen umgangen wird.

12.1.3 Komplementäre Therapien

Eine Komplementärtherapie ist in Spital Heckenbühl institutionalisiert, aber nicht unter dem ursprünglichen Namen, sondern als *Körpertherapie*. Sie hat nur unter der Bedingung, dass sie nicht als religiös aufgefasst wird, Platz in Spital Heckenbühl. Der Name »Körpertherapie« distanziert sich durch die Betonung des Körpers von den religiösen Inhalten. In der Präsentation nach außen wird die Körpertherapie auch nicht unter ihrem neuen Namen erwähnt: Auf der Webseite des Spitals wird sie nicht aufgeführt und auch die Abrechnung geschieht ohne explizite Nennung über die Pflege. Die Körpertherapie wurde personengebunden in Spital Heckenbühl aufgenommen.⁴ Eine langjährige Mitarbeiterin des Pflegefachpersonals hat sich in dieser Therapieform weitergebildet und dann langsam ihre Stellenprozente im neuen Beruf erhöht.

Die Argumente, weshalb Körpertherapie funktioniere, sind naturwissenschaftlich ausgerichtet. KT1 gibt im Interview auf eine abstrakte Weise Auskunft über die Herkunft der Techniken aus verschiedenen Traditionen im Schnittfeld von Religion und Medizin. »Energetische Blockaden« spielen im Spitalkontext nur eine sekundäre Rolle, auch wenn sie für andere Anbieter dieser Heilmethode eine zentrale Rolle spielen. Die Therapieform basiert nach der schweizerischen Gesellschaft dieser Komplementärtherapie auf der Überzeugung, dass sich jeder Mensch in einem zweipoligen Energiefeld befindet, in dem die Lebensenergie fließt. Durch deren Erhalt werde die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen gefördert.⁵

In den Beispielen fokussiert KT1 mehr auf die Wirkung, dass man sich wohl-fühle und entspannen könne. Aus dem Anfang des Interviews geht jedoch hervor, dass Auswirkungen auf die Psyche oder die Person als Ganzes für die Therapeutin selbst eine wichtigere Stellung einnehmen als die körperliche Behandlung (KT1: 18–32). In der Umsetzung der Arbeit selbst zeigte sich zudem, dass religiöse Konzepte auch hier präsent sind: Die Massage wurde nach der indischen Elementenlehre mit wellenförmigen Bewegungen ausgeführt, weil die Niere, an welcher der Behandelte Probleme hatte, für das Element Wasser stehe. Das weist darauf hin, dass diese Komplementärtherapie im Spitalkontext als körperliche und psychologische Technik ihren Platz hat, im Hintergrund und auch in der Umsetzung jedoch alternativ-religiöse Konzepte einfließen.

4 Da die Nachfrage zu komplementären Therapien steigend ist, wäre sie ohne diese Gelegenheit wohl auch im Spital aufgenommen worden, wie es auch in anderen Schweizer Spitälern passiert ist. Das kann jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht rekonstruiert werden.

5 Schweizerischer Verband dieser Komplementärtherapie: Internetseite anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

Aromatherapie ist in beiden Spitälern durch schriftliche Weisungen vorgegeben. Somit handelt es sich dabei um eine institutionalisierte Handlungsstrategie. Die Ausführenden sind immer die Pflegenden. Wie oben dargelegt, eignet sich die Aromatherapie für die Pflege in Spital Heckenbühl, weil gleichzeitig andere Handlungen ausgeführt werden können, was wieder den Zeitaspekt in Spital Heckenbühl betont. Interessant ist, dass in Spital Heckenbühl in der Umsetzung nur das aufgenommen wird, was sich auf körperliche Beschwerden bezieht, während in Spital Rotach Aromatherapie nur teilweise zur Symptombekämpfung eingesetzt wird. In Letzterem dient sie vorwiegend der Raumbeduftung, was die »Atmosphäre« reinige und das Loslassen fördere. Der medizinische Aspekt wird auf der untersuchten Palliativstation eher abgelehnt. Das kann, wie im Datenkapitel angesprochen, einerseits darauf zurückgeführt werden, dass die Pflegenden dort mehr mit PatientInnen konfrontiert sind, die Komplementärmedizin der Schulmedizin vorziehen, was teilweise zu großen Schmerzen führen kann. Andererseits lässt sich in Spital Rotach allgemein mehr Offenheit gegenüber Religiosität feststellen und somit hat Aromatherapie als Hilfe im Sterbeprozess seine Berechtigung.

Die komplementär-therapeutischen Anwendungen stehen in einer Zwischenposition: Dank ihres Ursprungs in der Phytotherapie, die sich, wie auch die Schulmedizin, auf biochemische Wirkstoffe beruft, wird insbesondere die Aromatherapie in den Spitälern akzeptiert. Dasselbe gilt für die Körpertherapie, welche über den Körper arbeitet und ebenfalls institutionalisiert wurde. Diese bedient zugleich alternativ-religiöse Vorstellungen wie Energiebahnen im Körper und medizinische Konzepte von Heilung oder Linderung. Ebenso bedient sie das Ideal der psychologischen Entwicklung bzw. des ruhigen Sterbens.

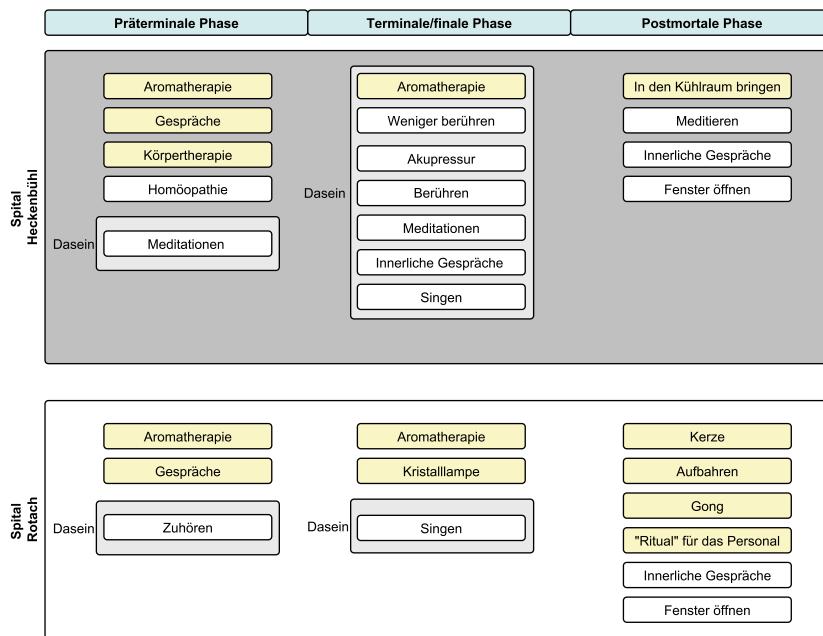
In Spital Rotach gibt es als zwei weitere institutionalisierte Handlungsstrategien den *Gong* und die *Kristalllampe*. Die beiden Gegenstände werden vom Spital zur Verfügung gestellt und sie wurden eingeführt, weil die Mitarbeitenden beteiligt waren, als die Abläufe festgelegt wurden. Dass das *Fenster* nach dem Tod geöffnet wird, ist nicht von den Institutionen geregelt und kann ganz einfach von den Akteuren ausgeführt werden, ohne dass dies auffällt.

Welche Handlungen institutionalisiert sind, wird im Anschluss an diese Ausführungen in Abbildung 11 dargestellt.

Bei dieser Grafik handelt es sich um eine ausdifferenzierte Form von Abbildung 10. Gelb hinterlegt sind die institutionalisierten Handlungen. Diese Darstellung lässt erkennen, dass die interviewten Personen in Spital Heckenbühl mehrheitlich nicht-institutionalisierte alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der terminalen Phase und während des Todes beschrieben, nämlich innerliche Gespräche, Meditationen und komplementär-therapeutische Techniken. Unter dem Topos des »Daseins« werden seitens der Mitarbeitenden ausschließlich in Spital Heckenbühl alternativ-religiöse Handlungen auf der persönlichen Ebene einge-

bracht. Da das »Dasein« stark mit einer Lücke in den Vorschriften in Verbindung gebracht wird, kann man daraus schließen, dass religiös konnotierte Handlungen mehr Raum einnehmen, sobald die Institution weniger medizinische Vorgaben macht. »Dasein« wird in Spital Heckenbühl vielfältiger eingesetzt als in Spital Rotach und in der präterminalen Phase werden die Sterbenden durch die Körpertherapeutin unterstützt, was wiederum eine institutionalisierte Handlung mehr darstellt als in Spital Rotach.

Abbildung 11: Alternativ-religiöse Handlungsstrategien unterteilt in institutionalisiert (gelb) – nicht-institutionalisiert



In Spital Rotach wurden alternativ-religiöse Handlungsstrategien vermehrt auf die Phase nach dem Tod einer Patientin oder eines Patienten bezogen. Auf der Palliativstation in Spital Rotach sind sie akzeptierter, deshalb sind äußerlich sichtbare Handlungen möglich und werden vom Spital sogar unterstützt. Dabei handelt es sich meistens um institutionell unterstützte reinigende Handlungen mittels Gegenständen.

Diese Unterschiede weisen auf die Relevanz der institutionellen Bedingungen hin. Bevor genauer auf diese Bedingungen eingegangen wird, werden noch die in den Interviews genannten Glaubensvorstellungen untersucht.

12.2 Glaubensvorstellungen in den Spitäler

Wie in Kapitel 10 beschrieben, spielt in den untersuchten Spitäler vor allem die Vorstellung einer unsterblichen Komponente des Menschen eine Rolle. Diese wurde mit den Handlungsstrategien der Mitarbeitenden in die Institution eingebbracht: Sie bildet die Grundlage für Strategien, die das ruhige Sterben fördern sollen, die wiederum mit einem psychologischen Ablösungsprozess erklärt werden. Wie in Kapitel 11 zum ruhigen Sterben ausgeführt wurde, handelt es sich dabei um eine teilweise institutionalisierte Leitidee in der Palliative Care. Insbesondere in den reinigenden Handlungsstrategien in Spital Rotach zeigte sich die Institutionalisierung: Die Handlungen wurden zum Zweck des Loslassens der Verstorbenen ausgeführt und vom Spital werden die benötigten Gegenstände zur Verfügung gestellt. Da diese Reinigung von einer postmortalen Präsenz ausgeht, ist dadurch auch die Vorstellung der unsterblichen Komponente institutionalisiert.

Während die meisten Berufsgruppen die Idee einer psychologischen Entwicklung am Lebensende in der Ausdrucksweise »gehen können« anstatt »sterben« nur implizit in ihre Arbeit einbringen, wird sie von den PsychologInnen in Spital Rotach in eine institutionalisierte Form gebracht, und ebenso mittels Komplementärtherapien: So setzt beispielsweise S1 sein homöopathisches Wissen ein und KT1 die komplementärtherapeutischen Anwendungen, um die PatientInnen psychologisch besser betreuen zu können. Gleichzeitig finden durch diese Handlungsstrategien ganzheitliche Menschenbilder Eingang in die Spitäler. Körperliche Behandlungen werden im Hinblick auf die psychische und »seelische« Gesundheit ausgeführt. Vice versa haben diese einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit.

12.3 Der Einfluss der Institution auf alternative Religiosität

Wie können obige Beobachtungen erklärt werden? Wovon sind die Formen alternativ-religiöser Handlungsstrategien und Vorstellungen und die Möglichkeiten, jene einzusetzen, abhängig?

Grundsätzlich unterscheiden sich die Spitäler Heckenbühl und Rotach darin, dass Rotach eine Palliativstation hat und Heckenbühl einen Konsiliardienst. Das heißt, dass die spezialisierte Palliative Care in Spital Heckenbühl auf das Gesamtspital verteilt ist, während sie in Spital Rotach auf einer einzigen Station ausgeführt wird. Das führt dazu, dass in Spital Heckenbühl immer ein Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten stattfinden muss, ab wann eine Person wirklich als »sterbend« eingeschätzt werden soll und diesen Dienst erhält. In Spital Rotach geschieht das schon vor der Aufnahme auf die Palliativstation, wodurch die Entscheidung mehr bei den direkt Betroffenen und deren Angehörigen liegt als beim Personal. Wie in Kapitel 5 zu den zwei Spitäler ausgeführt, gibt es noch weitere

Unterschiede in den Spitäler: Spital Heckenbühl ist viel größer als Spital Rotach und auf der Station der Inneren Medizin gibt es mehr PatientInnen pro Person zu betreuen, somit bleibt dort weniger Zeit pro Person. Auch bleiben die PatientInnen länger auf der Palliativstation als auf der Station der Inneren Medizin, was ein persönlicheres Verhältnis zum Personal ermöglicht. Die Palliativstation und der Konsiliardienst sind eher neu eingeführt, was bei der Palliativstation bedeutet, dass das Personal in der Strategieentwicklung mitgewirkt hat. Im Fall des Konsiliardienstes scheint das eher dazu beizutragen, dass er noch nicht so stark in die anderen Abläufe eingebunden ist. Vom Selbstverständnis her zeigt sich die spezialisierte Palliative Care in Spital Heckenbühl mehr auf die Lebensqualität ausgerichtet, während Spital Rotach in der Kommunikation auch die Unterstützung im Sterbeprozess ausformuliert (s. Kap. 1.2). Verschiedene religiöse Symbole und Gegenstände im Stationszimmer der Palliativstation weisen zudem auf ein entspannteres Verhältnis zu Religion hin als in Spital Heckenbühl (s. Kap. 5).

Wenn nun aus der obigen Schilderung der institutionalisierten Handlungsstrategien die wichtigsten institutionellen Voraussetzungen herangezogen werden, können als die wichtigsten organisatorischen und institutionsabhängigen Faktoren daraus die generelle Einstellung zu Religion im Rollenverständnis, die im Spital kultiviert wurde, die Zeit, die für die einzelnen PatientInnen eingesetzt wird und die Einbindung des Personals in strategische Entscheidungen innerhalb der Institution extrahiert werden.

12.3.1 Tabuisierung von Religion

Wie sich in der Reflexion der Gesprächssituationen zu Religiosität gezeigt hat, handelt es sich in Spital Heckenbühl beim Thema Religion generell um ein Tabu-Thema, und auch in Spital Rotach ist es nicht einfach, darüber zu sprechen. Einerseits wird alternative Religiosität gerade von jüngeren Ärzten und Ärztinnen in Spital Heckenbühl grundsätzlich belächelt. Andererseits wird das Tabu über die Patientenzentriertheit begründet. Man will nicht übergriffig sein und den PatientInnen keinen Glauben überstülpen. S3 und Psy2 beschreiben zum Beispiel, wie der/die Sterbende eine eigene Vorstellung entwickeln soll, da ja nichts aufgedrängt werden soll. Vermutlich aufgrund der Einstellung, die in Spital Heckenbühl gegenüber Religion kultiviert wird, ist die Komplementärtherapeutin nur unter der Bezeichnung »Körpertherapie« eingebunden und fokussiert sich auf die Symptomlinderung. Diese Vermutung bestätigt sich in den Interviews und Gesprächen mit der Therapeutin. Auch sie betonte klar die symptomlindernde Wirkung der Therapie; die religiös konnotierte Wirkungsweise über die körperlichen Energiebahnen erwähnte sie nur am Rand. Wie in Kapitel 12.1.3 ausgeführt wurde, verfügen die Komplementärtherapien über eine Sonderstellung. Weil in Spital Rotach Religion weniger tabuisiert war und die Palliativstation explizit auf

das Sterben ausgerichtet ist, musste sich der Arzt in diesen Gesprächen nicht auf körperliche Beschwerden beschränken, sondern war auch offen für Gespräche über Jenseitsvorstellungen.

Dieses Tabu steht im Kontrast zur Vorschrift aus den Palliativ Care-Leitlinien, nach denen das gesamte Personal offen für spirituelle Bedürfnisse der PatientInnen sein soll. Von den Pflegenden in Spital Heckenbühl wird dieses Dilemma so gelöst, dass sie für religiöse Themen die Seelsorgenden rufen, was die traditionelle Rollenverteilung fördert. In Spital Rotach greifen die Mitarbeitenden vermehrt auf den psychologisch gefüllten Spiritualitätsbegriff zurück. Somit steht auch das psychologische Verständnis von Spiritualität im Kontext des Tabus. Während die traditionsgebundenen Religionen über die Seelsorgenden und deren Kontakte abgeholt werden können, wird von den anderen Mitarbeitenden Spiritualität mit der Bewältigung von existenziellen Krisen gleichsetzt.

Dass die Spitäler naturwissenschaftliche Methoden anwenden, hat auch Auswirkungen auf die Erwartungen, die die PatientInnen mitbringen. Sie erwarten anscheinend nicht, dass sie mit den Pflegenden über ihre Religiosität sprechen können, und auch nicht, dass die Seelsorgenden für nicht-christliche Gespräche oder Rituale offen sind. Immer wieder wurde betont, dass PatientInnen nicht mit den Seelsorgenden sprechen wollten, weil diese einen christlich-kirchlichen Hintergrund haben. Die PatientInnen hatten offensichtlich allgemein Hemmungen, sich in Belangen ihrer alternativen Religiosität an das Personal zu wenden, wenn sie davon ausgehen, dass dieses nicht denselben Glauben hat wie sie. So bemerkte in Spital Rotach nur eine Pflegehilfe, die selbst hauptberufliche Homöopathin ist, dass verschiedene PatientInnen alternativ-religiöse Handlungen praktizieren, während die restlichen Pflegenden nichts davon wussten.

Dieses Selbstbild kann über den historischen Abgrenzungsprozess erklärt werden, mit dem sich die Spitäler vom christlichen Hintergrund gelöst und auf die Schulmedizin ausgerichtet haben (vgl. Hofstätter 2013: 372; Stolberg 2011). So entstand ein generelles Selbstverständnis von Spitäler als säkular. Wie stark dieses von den einzelnen Mitarbeitenden übernommen wird, variiert je nach Rollenverständnis und Berufsgruppe: Pflegende in Spital Heckenbühl sehen sich hauptsächlich medizinisch ausgerichtet und überlassen darum religiöse Themen den Seelsorgenden, während die Komplementärtherapeutin sich mindestens auf der Gesprächsebene auch auf religiöse Themen einlässt. Auf der untersuchten Station im Akutspital ist dieses Selbstbild stärker als auf der untersuchten Palliativstation, die in ihrer Entstehungsgeschichte mit der Hospizbewegung verbunden ist und somit über einen direkteren christlichen Hintergrund verfügt als die Station für Innere Medizin im Akutspital (vgl. Kränzle u. a. 2010: 5; Walter 1996a). Zudem verfügt Spital Rotach als Ganzes über ein ganzheitliches Konzept, was einerseits das Verhältnis gegenüber Religion entspannt, andererseits der Berufsgruppe der PsychologInnen Kompetenzen in der spirituellen Betreuung zugesteht.

Die Einstellung des Gesamtspitals zu Religiosität beeinflusst somit, von wem alternative Religiosität an die PatientInnen herangebracht wird und ob diese alternativ-religiösen Handlungsstrategien eher innerlich gelebt oder äußerlich sichtbar sind. Infolgedessen werden die alternativ-religiösen Handlungsstrategien in Spital Heckenbühl eher innerlich durchgeführt, während die Sterbenden im Koma liegen. Auch dass diese Handlungsstrategien und Vorstellungen über die eigene Wahrnehmung gerechtfertigt werden und nicht über religiöse Traditionen, kann in einem eher religionsfeindlichen Umfeld weniger kritisiert werden. Das hat zur Folge, dass Religiosität nur selten angesprochen wird, geschweige denn auf der rituellen Ebene Ausdruck findet.

12.3.2 Zur Verfügung stehende Zeit

Zeit wird in Spital Heckenbühl als ausschlaggebender Faktor wahrgenommen. Das »Dasein« wird von Personen ohne Zeit anders eingesetzt als von denen, die über viel Zeit verfügen, oder sogar ganz weggelassen. Die Pflegenden in Spital Heckenbühl führen während des »Daseins« Aromatherapie in Form von Raumbeduftung durch, damit sie gleichzeitig bei anderen Dingen weiterarbeiten können. Auch bei Gesprächen ist der Zeitfaktor essenziell. Sie werden nur von den Personen durchgeführt, denen die Berufsrolle es zeitlich erlaubt. Das führt zum Beispiel dazu, dass in Spital Rotach auch der Arzt A1, der für weniger Personen zuständig ist als die Ärzte in Spital Heckenbühl, Zeit hatte, länger mit Sterbenden zu sprechen.

Dieser Faktor erklärt, warum in Spital Heckenbühl so viele verschiedene Handlungsstrategien in der terminalen Phase durchgeführt werden und nach dem Tod fast keine. Die Verstorbenen werden nach ihrem Ableben sehr schnell in die Pathologie gebracht und danach muss der Arbeitsalltag weitergehen, der nicht auf die Phase nach dem Tod ausgelegt ist.

12.3.3 Einbindung des Personals

Die Einbindung des Personals ist ein wichtiger Punkt, wie alternativ-religiöse Elemente institutionalisiert werden können. Einerseits wählen die AkteurInnen und Akteure gerade bei nicht-institutionalisierten Praktiken die Praktik selbst aus, andererseits können sie, je nachdem, wie stark sie in die Strategieplanung eingebunden werden, dazu beitragen, dass Handlungsstrategien institutionalisiert werden.

Die Palliativstation in Spital Rotach ist noch sehr jung: Sie wurde Anfang 2010 eröffnet. Die Konzeptualisierung geschah interdisziplinär und es wurden Rituale eingeführt, die den Bedürfnissen der Mitarbeitenden entsprachen. Die Idee, einen Gong zur Zimmerreinigung einzusetzen, ging zum Beispiel von einer Pflegefachfrau aus, die zum Zeitpunkt der Erhebung immer noch in diesem Spital arbeitete. Sie hatte einen persönlichen Bezug zu Gongritualen. Auch die In-

stitutionalisierung der Kristalllampe fand auf diesem Weg statt. Deshalb muss das Bedürfnis des Personals nach alternativ-religiösen Ritualen⁶ nicht mehr in individuellen »innerlichen« Handlungen gestillt werden, sondern kann über die Institution eingebunden werden.

Die Körpertherapeutin wurde in Spital Heckenbühl eingebunden, weil sie schon vorher dort gearbeitet hat. In den schon länger festgesetzten Strukturen in Spital Heckenbühl war eine Änderung durch die Initiative von einer schon eingebundenen Person so vereinfacht möglich.

Insgesamt zeigen sich in den zwei Institutionen unterschiedliche Bilder: Während in Spital Heckenbühl die persönlichen religiösen Handlungen und Vorstellungen an den institutionellen Rahmen angepasst werden, wird in Spital Rotach gerade umgekehrt der institutionelle Rahmen an persönliche Praktiken angepasst.

Nachdem der Einfluss der institutionellen Rahmenbedingungen auf die alternative Religiosität ausgearbeitet wurde, wird im folgenden Kapitel die persönliche Motivation des Personals beleuchtet.

6 Aus der Häufung von alternativ-religiösen Handlungsstrategien kurz vor und nach dem Tod kann man schließen, dass das Personal zu diesen Zeitpunkten ein erhöhtes Bedürfnis nach solchen hat.