

1 Einleitung

1.1 Fragestellung

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Rolle alternativer Religiosität in der Palliative Care, in der Versorgung Sterbender im medizinischen Umfeld. Die Untersuchung basiert auf einer qualitativen Datenerhebung in Form von fokussierten Beobachtungen und problemzentrierten Interviews in zwei Spitälern in der Schweiz (s. Kap. 5). In einem Spital stand eine Station der Inneren Medizin im Fokus, in der die spezialisierte Palliative Care mit einem Konsiliardienst, einem spezifischen Beratungsteam, abgedeckt wird. In einem zweiten Spital wurde als Vergleichsgröße eine Palliativstation untersucht. Die so erhobenen Daten werden in Anlehnung an die Grounded Theory explorativ ausgewertet.

Es wird der Frage nachgegangen, ob und wie alternative Religiosität in dieses naturwissenschaftlich geprägte Umfeld einbezogen wird. In welchen Situationen und auf welche Art und Weise kann dies geschehen? Welche religiösen Handlungen und Vorstellungen finden darin Eingang und erfüllen sie eine bestimmte Funktion? Der Fokus liegt auf der Religiosität des Personals.

Im ersten Unterkapitel der Einleitung werden die Fragestellung und der Aufbau der Arbeit vorgestellt. Um die Fragestellung differenziert formulieren zu können, werden Hintergrundinformationen zu gegenwärtiger alternativer Religiosität und deren Verbindung zur Palliative Care eingebracht. In Unterkapitel 1.2 werden die aktuelle Form der Palliative Care in der Schweiz und ihr historischer Hintergrund umrissen. Im dritten Teil der Einleitung 1.3 wird die bisherige Forschung zu Religiosität in der Palliative Care vorgestellt.

Alternative Religiosität auf dem Vormarsch

Ein großer Anteil der Schweizer Bevölkerung hat alternativ-religiöse Glaubensinhalte und -praktiken angenommen.¹ Das zeigt sich in den Ergebnissen der quanti-

1 Für weitere Ausführungen zu alternativ-religiösen Glaubensinhalten s. Kapitel 2.2.3.

tativen Studie MOSAiCH 2009.² Rund 27 % der Schweizer Wohnbevölkerung halten gemäß der Studie ein Leben nach dem Tod für sicher und weitere rund 30 % für wahrscheinlich. Insgesamt 30 % halten zudem eine Wiedergeburt für sicher oder wahrscheinlich. 20 % der Schweizer Bevölkerung haben im Jahr 2009 esoterische Lektüre gelesen, rund 40 % haben eine Heilmethode der Traditionellen Chinesischen Medizin angewendet (Joye u. a. 2010). Von einigen ReligionssoziologInnen wird diese Tendenz in einen internationalen »spiritual turn« eingeordnet (s. Kap. 2.2.3). Stolz u. a. (2011: 7) bezeichnen ausgehend von der MOSAiCH-Studie 9 % der SchweizerInnen als »alternativ«. In der vorliegenden Arbeit werden demgegenüber nicht die Personen als Ganzes als alternativ klassifiziert, sondern einzelne Vorstellungen und Handlungen. Es wird davon ausgegangen, dass ein und dieselbe Person auf verschiedene religiöse Strömungen zurückgreifen kann, auch wenn sie sich nur einer oder auch gar keiner Strömung zugehörig fühlt. Dies zeigt sich ebenfalls in statistischen Daten: In der Schweiz nimmt die Religionszugehörigkeit seit den 1970er Jahren ab. Von 2000 bis 2014 stieg die Zahl an Konfessionslosen von rund 11 % auf 22 % an.³ Im Zeitraum von 1970 bis 2014 war das sogar ein Anstieg von 1,2 % auf 2,2 % (vgl. de Flaugergues 2016: 6). Die Konfessionslosen sind jedoch keineswegs alle religionslos: Die Prozentzahlen der MOSAiCH-Studie verteilen sich in allen Fällen gleichermaßen auf Konfessionslose, Protestanten und Römisch-Katholische. So glauben 22,1 % der Konfessionslosen an ein Leben nach dem Tod und 16 % sogar an eine Wiedergeburt. Auch unter den Protestanten und Römisch-Katholischen ist der Anteil derer groß, die an ein Leben nach dem Tod glauben: 33,6 % der befragten Römisch-Katholischen glauben allgemein an ein Leben nach dem Tod und 14,7 % an eine Wiedergeburt. Von den Protestanten sind es 29 % und 14,1 %. Fernöstlichen Meditationsstilen wenden sich 7,8 % der Gesamtbevölkerung zu. 39,4 % dieser Praktizierenden bezeichnen sich als konfessionslos, während hier die Protestanten 21 % und die Römisch-Katholischen 27,7 % ausmachen – dies, obwohl nur ein kleiner Teil der Gesamtbevölkerung konfessionslos ist und obwohl diese Meditationskurse zum Teil von kirchlichen Institutionen angeboten werden.

2 Befragt wurden in dieser Studie 1.129 Personen, die in der Schweiz wohnen und über 18 Jahre alt sind. Dazu gehören Menschen mit Schweizer Staatszugehörigkeit sowie AusländerInnen mit Kenntnis einer Schweizer Landessprache. Die Ziehung der befragten Personen geschah proportional geschichtet (Joye u. a. 2010). Es handelte sich dabei um eine Fragebogen-Erhebung mittels Face-to-Face-Interviews. Zum besseren Verständnis der quantitativ erhobenen Daten wurden zudem qualitative Tiefeninterviews geführt. Die hier aufgeführten Zahlen beziehen sich jedoch nur auf den quantitativen Teil der Untersuchung. Für weitere Angaben siehe ebd., zuletzt geprüft am 08.02.2016.

3 Vgl. https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/11382_3072_104_70/18896.html, zuletzt geprüft am 08.02.2016; https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/11382_3072_104_70/18896.html, zuletzt geprüft am 01.02.2016.

Die ganzheitliche Ausrichtung der Palliative Care

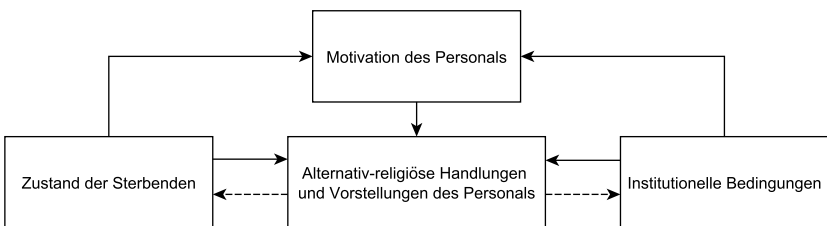
Ein zweiter wichtiger Punkt im Hintergrund der Fragestellung ist, dass sich das Palliative Care-Personal nach dem Selbstverständnis in den Leitlinien der World Health Organization und des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit⁴ auf eine ganzheitliche Art und Weise um die Sterbenden kümmern soll. Nebst der medizinischen Symptomlinderung sollen auch soziale, psychologische und – mittels der sogenannten Spiritual Care – spirituelle Anliegen berücksichtigt werden (s. u.). Es wird davon ausgegangen, dass alternative Religiosität in dieser ganzheitlichen Ausrichtung Platz einnimmt. Da die christlichen Seelsorgenden als die Spezialisten und Spezialistinnen für Spiritual Care gelten, stellt sich jedoch die Frage, ob versucht wird, auch auf die Bedürfnisse von PatientInnen mit alternativ-religiösen Glaubensvorstellungen einzugehen und auch, ob dabei die alternative Religiosität des Personals an die PatientInnen herangetragen wird. Das würde gemäß den obigen Zahlen manchen PatientInnen entgegenkommen, denn auch auf deren Seite muss es eine zunehmende Anzahl von Personen geben, die alternativ-religiös ausgerichtet sind. Dieses Thema wird in der vorliegenden Arbeit nicht aus der Sicht der PatientInnen untersucht, sondern es stehen die institutionalisierten Praktiken und die Einschätzung des Personals und dadurch auch dessen Religiosität im Zentrum. Die Religiosität der PatientInnen wird nur einbezogen, wenn die Mitarbeitenden über die Bedürfnisse der PatientInnen Vermutungen und Reflexionen anstellen. Die beiden Akteursgruppen stehen in enger Interaktion und die Mitarbeitenden richten ihre Arbeit auf die PatientInnen aus. Die Sichtweise des Personals wird so sehr durch die PatientInnen bzw., wie später ausgeführt wird, durch deren Zustand geprägt. Ebenso wird davon ausgegangen, dass die institutionellen Voraussetzungen, in denen sich das Personal bewegt, einen wichtigen Einfluss auf die Handlungen und Vorstellungen des Personals haben. Die alternative Religiosität des Personals wird, wie in Abbildung 1 dargestellt, abhängig vom Zustand der Sterbenden und vom jeweiligen institutionellen Umfeld untersucht sowie auffällige Rückwirkungen der Religiosität auf die beiden anderen Faktoren. Zudem wird die Motivation des Personals selbst betrachtet.

Die zwei Faktoren nebst dem Personal werden in die Untersuchung miteinbezogen, soweit sie in Interviews erwähnt werden. Die Sicht des Personals auf die Institutionen und die PatientInnen wird durch die Ergebnisse, die mittels teilnehmender Beobachtung erzielt wurden, und die konsultierten Dokumente eingeordnet, unterstützt oder relativiert. Welche Faktoren des Patientenkontakts und des institutionellen Umfelds die alternative Religiosität des Personals in welcher Weise prägen, wird im Laufe der Arbeit untersucht. Es wird zum Beispiel

4 Vgl. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, zuletzt geprüft am 03.02.2015; Binder u. a. 2009: 4.

darauf eingegangen, ob sie einen Einfluss auf die Form und den Zeitpunkt haben, zu dem alternative Religiosität gelebt wird. Der biografische Hintergrund des Personals wird nicht in die Beantwortung der Fragestellung einbezogen, da nur das unmittelbare Verhalten des Personals im Spitalumfeld untersucht werden soll bzw. die Reflexion des eigenen Verhaltens, sofern sie in den Interviews geäußert wird. Es werden nur aktive, in den Beobachtungen ersichtliche und in den Interviews genannte alternativ-religiöse Vorstellungen und Handlungen erfasst und analysiert.

Abbildung 1: Einflussfaktoren für alternative Religiosität



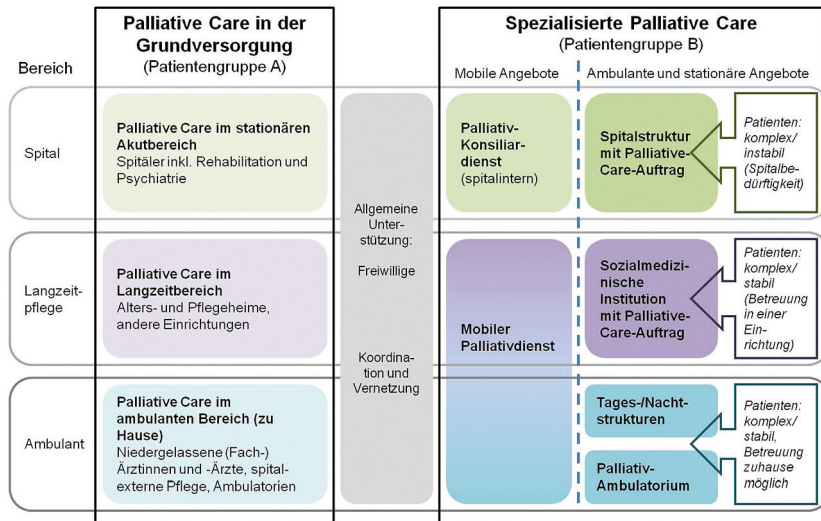
Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Untersuchung ist in drei Teile gegliedert. Im Rahmen des einleitenden Teils I werden die Grundlagen der Arbeit gelegt: Nach einer allgemeinen Definition der Palliative Care werden der Forschungsstand zu Medizin und Religion umrissen und grundlegende Begrifflichkeiten geklärt. Dabei wird insbesondere auf das Verständnis von Religiosität und alternativer Religiosität genauer eingegangen. Zudem wird die Methodik erläutert. In Teil II der Arbeit werden die Untersuchungsgegenstände vorgestellt und die erhobenen Daten mit Bezug auf die Fragen fokussiert dargestellt. In Teil III werden die Daten auf einer abstrakteren Ebene diskutiert und die Erkenntnisse aus Teil II in einen größeren Zusammenhang gebracht: Als Erstes wird darauf eingegangen, inwiefern sich alternative Religiosität in den Daten aufzeigen lässt und welche Aspekte davon besonders stark ausgeprägt sind. Dies wird in einen Zusammenhang mit dem institutionellen Rahmen der Spitäler gestellt und reflektiert. Wie beeinflusst das institutionelle Umfeld die Form, in der alternativ-religiöse Inhalte eingebracht werden können, und hat es einen Einfluss auf die Inhalte selbst? In einem weiteren Schritt wird auf Bedürfnisse des Personals eingegangen, die im Zusammenhang mit alternativer Religiosität geäußert werden. Es wird geprüft, ob alternative Religiosität als Copingstrategie dient, und falls ja, warum gerade auf alternative Religiosität zurückgegriffen wird.

1.2 Palliative Care

Die Palliative Care ist eine Teildisziplin der Medizin, in der Menschen betreut werden, die unheilbar chronisch oder akut lebensbedrohlich krank sind. Grundsätzlich wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care unterschieden. Die Einstufung wird aufgrund der Komplexität und des Pflegebedarfs eines Falles getroffen. Einerseits wird dazu auf der Ebene der PatientInnen die allgemeine Stabilität ihres Gesundheitszustandes, die Intensität der nötigen Betreuung sowie die Komplexität der Symptome eingeschätzt, andererseits die Kompetenzen und die Belastung des Personals. Während die allgemeine Palliative Care in der medizinischen Grundversorgung geleistet werden kann, werden für die spezialisierte Palliative Care dafür ausgebildete SpezialistInnen eingesetzt. Die spezialisierte Palliative Care kann ambulant zu Hause angeboten werden, wird vielfach jedoch stationär, das heißt in spezialisierten Institutionen wie Hospizen, Palliativstationen oder mittels eines Konsiliardienstes, erbracht (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Versorgungsstruktur der Palliative Care in der Schweiz



Quelle: palliative.ch u. a. 2012: o. S.

Der Übergang der zwei Einstufungen ist fließend und hängt von der jeweiligen Einschätzung des Personals vor Ort ab. Auch ist davon auszugehen, dass eine Person mit einer lebensbedrohlichen unheilbaren Krankheit zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliative Care alterniert. Es handelt sich somit um eine nicht einfach zu treffende Unterscheidung und es ist damit zu rechnen,

dass das einen Einfluss auf die Umsetzung der Palliative Care hat. Typisch für die Palliative Care ist die Frage, ab wann eine Krankheit als unheilbar eingestuft wird.

Anstelle der Heilung tritt in der Palliative Care die »Lebensqualität bis zum Tode« in den Vordergrund.⁵ Dieser Aspekt wird in verschiedenen öffentlichen Leitlinien und auch in der öffentlichen Kommunikation der Spitäler hochgehalten. So beschreibt zum Beispiel das Dokument der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW »Medizin-ethische Richtlinien Palliative Care«:

Ihr Ziel [der Palliative Care] ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. [...] Leiden soll optimal gelindert werden und entsprechend den Wünschen der Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW 2013: 6).

Auch in den untersuchten Spitalern liegt der Fokus der Palliative Care auf der Lebensqualität. Das erste Spital mit dem palliativen Konsiliardienst beschreibt das Ziel, mit der Palliative Care die verbleibende Zeit optimal zu gestalten (vgl. Internetseite Spital Heckenbühl,⁶ anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016).

Ebenso heißt es auf der Internetseite der untersuchten Palliativstation, dass Schmerzen und weitere Symptome interdisziplinär behandelt werden, um die Lebensqualität möglichst zu erhalten (vgl. Internetseite Spital Rotach, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016). In der Broschüre der Station wird mit einem Zitat von Cicely Saunders das friedliche Sterben als zusätzlicher Aspekt aufgegriffen:

Sie sind wichtig, weil Sie eben sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben [sic!] sondern auch bis zuletzt leben können (Saunders, zitiert in der Informationsbroschüre Spital Rotach).⁷

Mit dem Schwerpunkt auf der Lebensqualität soll »auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten umfassend eingegangen« werden (BAG u. a. 2010: 8). Es werden Werte wie »Personenwürde« und »Selbstbestimmung« hochgehalten. Deshalb sollen die Sterbenden in Anlehnung an Cicely Saunders⁸ Konzept der »Total Pain« (vgl. Saunders 1981: 194; Saunders u. a. 1983: 12 f., 53–66) in vier Be-

5 Vgl. BAG u. a. 2010: 8; www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, zuletzt geprüft am 03.02.2015.

6 Die Namen der Spitäler wurden zwecks Anonymisierung abgeändert.

7 Spital Rotach 2014b, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

8 Saunders gilt als Gründerin der modernen Hospizbewegung (s. u.).

reichen betreut werden: auf der physischen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen Ebene.⁹ Dafür wird ein interprofessionelles Team eingesetzt. Auf der körperlichen Ebene steht die Symptomkontrolle im Vordergrund, auf der psychischen sollen Stressfaktoren der sterbenden Person und ihrer Angehörigen abgefangen werden. Im sozialen Bereich wird zum Beispiel die Wohnsituation oder Finanzielles geklärt und im spirituellen Bereich soll die Frage nach dem Lebenssinn aufgenommen werden (vgl. Binder u. a. 2009: 13 f.). Diese Ebene soll einerseits von den Seelsorgenden als SpezialistInnen mit der sogenannten Spiritual Care eingebracht werden, aber auch anderen Berufen wird eine Rolle in der spirituellen Betreuung zugesprochen. Die Spiritual Care hat hauptsächlich zum Ziel, die PatientInnen am Lebensende bei der Sinnsuche zu unterstützen (vgl. z. B. palliative ch 2008).¹⁰ Laut der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Care basiert die spirituelle Betreuung auf persönlichen, spezialisierten und generellen Kompetenzen. Zu den persönlichen gehören Authentizität, aktives Zuhören, Dasein, die Intuition und das Einhalten von Grenzen. Die spezialisierten Kompetenzen bilden sich u. a. aus dem eigenen Erleben von Spiritualität, aus Fachkenntnissen zur spirituellen Betreuung und verschiedenen religiösen Traditionen sowie aus Kenntnissen zu religiösen Ritualen. Als generelle Kompetenzen gelten eine »Atmosphäre der Begegnung und Verfügbarkeit«, Kompetenzen verbaler und nonverbaler Kommunikation, Selbstreflexion und die Anerkennung des hohen Stellenwerts, den Spiritualität für PatientInnen haben kann. Die Spiritual Care soll in Gesprächen, Ritualen, die aus verschiedenen religiösen Traditionen oder aus der Psychologie stammen können, aber auch im Abspielen von Musik und im Einsatz von Bildmedien umgesetzt werden (vgl. palliative ch 2008: 4 f.). Spiritual Care hält auch in verschiedenen Universitäten Einzug: Beispiele sind der befristete Lehrstuhl für Spiritual Care 2010 bis 2015 an der Ludwig-Maximilian-Universität München oder die Professur für Spiritual Care an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich, die seit 2016 besetzt ist. An der Universität Bern wird ein Certificate of Advanced Studies (CAS) dazu angeboten, in Basel sogar ein Master of Advanced Studies (MAS).

1.2.1 Geschichtlicher Hintergrund und soziologische Einordnung der Palliative Care

Die Palliative Care entstand aus der Hospizbewegung, die sich aus der christlichen Sorge um Kranke und Sterbende entwickelt hatte. Ursprünglich war ein Hospiz eine Pilgerherberge. Schon ab dem 16. Jahrhundert n. Chr. wurde es zu einer Pflegeeinrichtung für Kranke und Sterbende (vgl. Kränzle u. a. 2010: 5). Ende 18.,

9 Vgl. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, zuletzt geprüft am 03.02.2015.

10 Zum Verständnis von Spiritualität in diesem Kontext s. Kapitel 2.1.

anfangs 19. Jahrhundert waren Hospize im Sinne einer christlich fundierten Einrichtung für heilbar Kranke gedacht, was aber trotzdem mit einer großen Anzahl Sterbender einherging (vgl. Stolberg 2011: 194 f.). In den sich daraus entwickelnden medizinisch ausgerichteten Krankenhäusern gab es im Laufe des 19. Jahrhunderts zwei Tendenzen: In den einen wurden immer weniger bis gar keine Sterbenskranke aufgenommen, um dem Ruf der Spitäler nicht zu schaden. Demgegenüber standen die »Unheilbarenhäuser«, die wiederum jegliche PatientInnen aufnahmen, was in diesen zu erhöhten Sterberaten führte (vgl. ebd.: 199–201). Von den Kirchen und Wohlfahrtsverbänden wurden reine Sterbehospize bis in die späten 1970er Jahre abgelehnt, weil sie die Tendenz der »Sterbeghettos« zu fördern schienen (vgl. Dreßke 2007: 77 f.).¹¹ Die ersten Hospize, die primär auf unheilbar Kranke ausgerichtet waren, entstanden gegen Ende des 19. Jahrhunderts in Irland und England. Das erste war 1878 das »Lady's Hospice for Dying« in Irland (vgl. Stolberg 2011: 229).

Ein Großteil der Ausarbeitung und Institutionalisierung der palliativmedizinischen Versorgung setzte nach dem Zweiten Weltkrieg ein. In dieser Zeit erlebte die medizinische Forschung allgemein viele Innovationen. Dazu kam, dass aufgrund veränderter Gesellschafts- und Familienstrukturen immer weniger Menschen zu Hause starben, sondern eher in den Spitälern (vgl. Stolberg 2011: 233 f.). Somit verschwand der Tod aus dem Alltag der meisten Menschen (vgl. Walter 1994: 13 f.; Dreßke 2007: 77 f.). Aus diesem Grund wurde der neuen Entwicklung in der Medizin eine Marginalisierung und eine Medikalisierung des Todes vorgeworfen. In deren Zuge seien Bedürfnisse, die nicht schulmedizinisch gestillt werden konnten, vernachlässigt worden. Das führte wiederum zu einer Gegenbewegung gegen die rein naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin ab den 1960er Jahren.

In der soziologischen Forschung werden diese Vorwürfe reflektiert und erklärt. Auch wenn eine Marginalisierung und Tabuisierung schon früh beobachtet worden war, wurden sie ein erstes Mal von Gorer (1955) mit dem Ausdruck »Pornography of Death« auf den Punkt gebracht. Eine Medikalisierung wird nicht nur in Zusammenhang mit dem Tod festgestellt, sondern als allgemeiner Trend der europäischen Gesellschaft gesehen (vgl. Conrad 2007). Verbunden mit der Tabuisierung wird von soziologischer Seite von einer Rationalisierung, einer Säkularisierung und einer Individualisierung des Todes gesprochen (vgl. Walter 1994: 9–22).¹²

Die Hospizbewegung und die Palliative Care lassen sich in ein darauffolgendes steigendes Interesse am Tod in der Öffentlichkeit einordnen, als dessen Anfangs-

11 Verändert hat sich das erst mit der Zeit durch den zunehmenden Fokus auf die PatientInnen als selbstständige Akteure sowie durch die wissenschaftliche Ausarbeitung und Profilierung der Palliativmedizin (vgl. Dreßke 2007: 80).

12 Einen differenzierten Blick auf das Verhältnis zwischen Medizin und Tod aus soziologischer Sicht bietet auch Streckeisen (2001: 30–48).

punkt die »Death-awareness«-Bewegung in den 1960er Jahren gesehen wird (vgl. Knoblauch u. a. 2005: 18), und in ein Bestreben nach einer ganzheitlichen Betreuung, im Gegensatz zur rein biomedizinischen Herangehensweise an Sterben und Tod (vgl. Walter 1996a: 369). Diese Bewegung wurde vom gehäuften Aufkommen von Krankheiten, die zu einer langen Sterbephase führen (z. B. Krebs und HIV/AIDS), vorangetrieben (ebd.: 354). Darauf reagierte die Soziologie mit verstärktem Interesse (vgl. Bernarz 2003: 17; Knoblauch u. a. 2005: 11) und diagnostizierte eine gesellschaftliche Enttabuisierung des Todes (vgl. Knoblauch 2001).¹³ Wichtig in dieser Gegenbewegung war die Forschung von Elisabeth Kübler-Ross, die die Aufmerksamkeit auf nicht-medizinische Bedürfnisse der Sterbenden lenkte (vgl. Knoblauch u. a. 2005: 18). Eine wichtige Figur zu dieser Zeit war auch die Pflegefachfrau Cicely Dame Saunders, die als Gründerin der modernen Hospizbewegung gilt.¹⁴ Das Ziel der modernen Hospizbewegung war die Betreuung von Sterbenden auf verschiedenen Ebenen, wie zum Beispiel auf der medizinischen, der emotionalen, der spirituellen und der pflegerischen (vgl. Stolberg 2011: 237). Knoblauch u. a. (2005: 18) sprechen diesbezüglich von einer Psychologisierung und einer Subjektivierung des Todes. Daraus geht die oben genannte Vierteilung der Palliative Care in eine körperliche, eine spirituelle, eine soziale und eine psychologische Betreuung hervor.

Ob in einem zum Teil christlich ausgerichteten Hospiz eine Person medizinisch fachgerecht gepflegt werden kann, war anfangs umstritten. Das wiederum führte zur Gründung von Palliativstationen innerhalb der Spitäler, welche sich einerseits auf eine ganzheitliche Betreuung, andererseits auf eine Spezialisierung auf Schmerztherapie ausrichteten. Als Vorreiter wurde im »Royal Victoria Hospital« 1973 in Montreal die erste Palliativstation gegründet, worauf bald weitere folgten (vgl. Stolberg 2011: 242–245). Zugleich entwickelten sich ambulante Palliativdienste (vgl. ebd.: 245–247). Der Begriff Palliative Care wurde 2002 von der World Health Organization definitorisch festgelegt.¹⁵

1.2.2 Palliative Care in der Schweiz

In der Schweiz entstand die erste gezielte Umsetzung von Palliative Care am »Centre des Soins Continus« im Kanton Genf. In den letzten Jahren gewinnt sie zunehmend an Brisanz, da eine demografische Veränderung prognostiziert wird, gemäß derer in den nächsten zwanzig Jahren in der Schweiz die Todesfälle von

13 Damit einher ging die Beschäftigung mit dem Tod durch die sogenannte Thanatosoziologie. Es wird sogar von einer »Geschwätzigkeit des Todes« gesprochen (vgl. Nassehi 2004).

14 Zu ihrer Person vgl. z. B. Hodler-Franz 2012.

15 Vgl. www.palliative.ch/de/palliative-care/die-geschichte-der-palliative-care/, zuletzt geprüft am 04.03.2016.

60.000 auf 80.000 pro Jahr steigen sollen. Wegen der weiteren Verbesserung der medizinischen Versorgung ist zudem davon auszugehen, dass die Lebenserwartung weiter steigt und somit die Anzahl der Menschen, die an multimorbiden Erkrankungen sterben, zunimmt (vgl. von Wartburg u. a. 2012: 9–11).

Trotzdem ist die Palliative Care in der Schweiz nicht gleichmäßig flächendeckend aufgebaut, wie der Bund nach einer Bestandesaufnahme festhält (vgl. Binder u. a. 2009). Ende 2011 bestanden in der Schweiz 29 stationäre Palliative Care-Einrichtungen mit spezialisierter Palliative Care. Ambulante Einrichtungen gab es nur vereinzelt. Besser ausgestattet waren in beiden Belangen die Regionen Nordost- und Nordwestschweiz, während die Zentralschweiz zu diesem Zeitpunkt nur über einzelne Palliativbetten verfügte. »Hospize« gab es Ende 2011 sechs (vgl. Junker 2012: 7f.). Diese waren jedoch in der Bezeichnung und dem dazugehörigen Leistungsangebot nicht einheitlich geregelt (vgl. palliative.ch u. a. 2012: o. S.). Finanziell werden die Leistungen der Palliative Care in der Schweiz von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Abgerechnet wird in Tagespauschalen.¹⁶ In der Bestandesaufnahme des Bundes wurde zudem festgehalten, dass nebst der flächendeckenden Versorgung auch in der Sicherstellung einer regional gleichmäßig verteilten Finanzierung, der Sensibilisierung in der Gesellschaft, der Bildung des Personals und der Forschung Lücken bestehen. Diese sollen mit der Umsetzung einer »Nationalen Strategie Palliative Care« aufgearbeitet werden (vgl. Binder u. a. 2009: 7).

1.3 Forschung zu Religiosität in der Palliative Care

Religiosität im Gesundheitswesen allgemein findet in der medizinischen und der theologischen Forschung unter dem Stichwort »Spiritualität« Beachtung.¹⁷ Seit den 1990er Jahren wurde in Studien im Gesundheitswesen der »Spiritualität« eine immer größere Rolle beigemessen (vgl. Puchalski u. a. 2009: 885; Klein u. a. 2011b: 12). In jenem Jahrzehnt kam es zu einer Häufung von Beiträgen zu Religion und Spiritualität in medizinischen Journalen. Der Begriff »Spiritual« wurde je nach Datenbank sogar bis zu sechs Mal häufiger genannt als in den 1980er Jahren (vgl. Sinclair u. a. 2006: 465f.).¹⁸ Nach einem Aufschwung im Bereich der Palliative Care verbreitete sich die Beachtung von Spiritualität auch im Rest des Gesundheitswesens (vgl. Walter 1996a: 354).

¹⁶ Für Details vgl. Furrer u. a. 2013.

¹⁷ Zur Wortwahl »Spiritualität« s. auch Kapitel 2.1.

¹⁸ Der Begriff »Religion« wurde im Vergleich zu den 1980er-Jahren in beinahe doppelt so vielen medizinischen Artikeln genannt.

Inhaltlich beschäftigte sich diese Forschung mit der Abgrenzung von Spiritualität und Religion, mit den Effekten von Spiritualität auf die Gesundheit der PatientInnen, den religiösen Bedürfnissen der PatientInnen sowie der Umsetzung von Spiritual Care (vgl. Sinclair u. a. 2006: 465–469). Die Religiosität des Personals wird weitgehend hinsichtlich des Bezugs auf Copingstrategien diskutiert. Darauf wird in Kapitel 13.2 genauer eingegangen werden. Die meisten dieser Studien bezogen sich auf Daten aus den USA (vgl. Klein u. a. 2011a: 12).

In den letzten Jahren wurden aus der medizinischen und der theologischen Forschung verschiedene Messinstrumente in Form von Frageanleitungen entwickelt, um die Relevanz der Religiosität von PatientInnen am Lebensende zu messen.¹⁹ Sie sind anwendungsbezogen und sollen dem Personal helfen, Gespräche über »Spiritualität« mit PatientInnen zu führen. Die Auswirkung von Spiritualität auf das psychische Wohlbefinden der PatientInnen ist auch heute noch ein viel untersuchtes Thema.²⁰ Mit der Umsetzung der Spiritual Care beschäftigen sich hauptsächlich theologische Arbeiten wie zum Beispiel jene von Weiher (2014) »Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende« oder verschiedene von Traugott Roser und Eberhard Frick, die 2010 bis 2015 den Lehrstuhl für Spiritual Care an der Ludwig-Maximilian-Universität München innehatten. Sie gaben u. a. den Sammelband »Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen« (Frick u. a. 2009) heraus.

Zur Religiosität in der Palliative Care wurde von religionswissenschaftlicher und religionssoziologischer Seite bisher nur wenig geforscht. Spiritual Care wurde lediglich vom Soziologen Tony Walter in die Forschung einbezogen. Walter untersucht in seinem Aufsatz von 1996 die Einbindung von Religion in die Hospize und Spitäler. Generell stellt er fest, dass sich der Umgang mit dem Tod von einer »traditionellen« in eine »moderne« und eine »postmoderne« Handhabung gewandelt hat. Während der traditionelle Umgang eine öffentliche, sehr häufige Konfrontation mit dem Tod beinhaltete, wurde dem Tod in der Moderne eher versteckt und säkularisiert begegnet. Das heißt, es wurde vermehrt im Krankenhaus gestorben, wo man den Tod mit allen Mitteln zu verhindern suchte (vgl. Walter 1996a: 353 f.; Walter 1993: 128–132). Hingegen in der Postmoderne, wie Walter die heutige Zeit bezeichnet, wird eine Auseinandersetzung mit dem Tod propagiert,

19 Die wichtigsten sind SPIR, HOPE, STIW und SMiLE (vgl. palliative ch 2008: 2 f.; Borasio 2009: 112). SPIR legt dabei den Schwerpunkt darauf, zu erheben, mit wem die PatientInnen darüber sprechen wollen (vgl. Frick u. a. 2006: 240), HOPE widmet sich eher den Auswirkungen von Religiosität (vgl. Anandarajah u. a. 2001), STIW wurde spezifisch für Seelsorgende entwickelt (vgl. palliative ch 2008: 2 f.) und bei SMiLE geht es um Sinnstiftung am Lebensende allgemein (vgl. Fegg u. a. 2008).

20 Vgl. zum Beispiel die Studien von Vallurupalli u. a. (2011); Daaleman u. a. (2008) und Büssing u. a. (2005). Einen Überblick geben Frick (2002) und Zwingmann (2005).

vor allem mit dem eigenen Tod, was den Menschen dazu verhelfen sollte, bewusster zu leben und sich zu entwickeln (vgl. Walter 1996a: 353 f.). Der Umgang mit dem Tod schlägt sich nach Walter in der Einbindung von Religion in den Gesundheitsinstitutionen nieder. Im Zusammenhang mit dem traditionellen Verhältnis zum Tod wurde Religion nach einem traditionellen religiösen Ansatz eingebunden, in dem die christlichen Seelsorgenden oder weiter gefasst auch SpezialistInnen anderer »Weltreligionen« für die religiösen Bedürfnisse der PatientInnen zuständig sind. Das wurde in den biomedizinisch ausgerichteten Spitälern, die Walter in die säkularisierte Moderne einordnet, übernommen. Dadurch, dass nur einzelne Personen des Spitalpersonals als Ansprechpartner für religiöse Themen gelten, wird Religiosität in einen klaren Rahmen verwiesen. Demgegenüber steht der »spirituelle Ansatz«, der mit der postmodernen Vorstellung einer Konfrontation mit dem Tod und dem Wachsen daran verbunden ist. Dieser sei typisch für Hospize. Er bringt Gedankengut in die Palliative Care, das nach Walter aus der New-Age-Bewegung stammt (Walter 1993: 132–142). Darin wird die psychologische Sinnsuche als Teil der Spiritualität verstanden (vgl. Walter 1996a: 357; s. auch Kap. 2.1), was wiederum ermöglicht, dem Anspruch der Palliative Care nach ganzheitlicher Betreuung gerecht zu werden: Gerade in den Spitälern, die sich generell als säkular verstehen, ist es ein Balanceakt, Religiosität einzubringen. Und der Forderung, die aus dem Selbstverständnis der Spiritual Care stammt, dass auch Berufsgruppen wie die Pflege spirituelle Betreuung anbieten sollen (vgl. palliative ch 2008), kann nur mit einem psychologischen – oder wie Walter es sagt »humanistischen« (Walter 1996a: 357) – Spiritualitätsverständnis begegnet werden (vgl. Walter 1997: 27 f.). Damit gehen jedoch Rollenkonflikte einher, insbesondere zwischen den Seelsorgenden und den Pflegefachkräften (vgl. ebd.: 28 f.).

In einem zweiten Bereich wird der Zusammenhang von Religion und Medizin religionswissenschaftlich analysiert: Mit Bezug auf die Systemtheorie Luhmanns wird das Verwischen der Systemgrenzen von Religion und Medizin diskutiert. Tiryakian (1992: 83) sieht Entdifferenzierung und Wiederverzauberung als dialektische Gegenbewegungen zur Moderne. Während die oben erwähnte Medikalisierung für die Ausdifferenzierung des Medizinsystems stand (vgl. Lüddeckens 2012: 283 f.), wird das Aufkommen der Alternativmedizin und die Thematisierung der »Spiritualität« als Verwischung oder »Entdifferenzierung« der Systeme Religion und Medizin gedeutet.²¹ Es wird auf eine »Spiritualisierung der Heilung zu einem Heilsein« (Koch 2006: 181) hingewiesen und angemerkt, dass »[d]ie Spiritualität auf eine Überwindung der funktionalen Differenzierung in der eigenen Lebenswelt« zielt (Knoblauch 2005: 129). Eine historische Abhandlung zum Verständnis von Gesundheit und Heilsein von der Frühgeschichte bis zum Beginn

21 Vgl. z. B. Lüddeckens 2013; Koch 2006; Knoblauch 2005: 129 f.

der Neuzeit liefert Bruchhausen (2011). Er spricht von einer breit gestützten Umdeutung des körperlichen »Gesund-Seins« zu einem ganzheitlichen »Heilsein«.²²

Die Palliative Care ist bis jetzt von der Religionswissenschaft und der Religionssoziologie nur marginal erforscht, obwohl das Thema auf nationaler und internationaler Ebene als dringlich erachtet wird. Das birgt ein großes Potenzial für eine explorative Studie. Die vorliegende Arbeit geht von Walters Annahmen aus, dass der Umgang mit dem Tod in den untersuchten Spitälern entweder auf eine »moderne« oder eine »postmoderne« Art und Weise geschieht. Aus einer religionssoziologischen Sichtweise wird die Einbindung von alternativer Religiosität auf der Ebene der Akteure und im Zusammenspiel von Institution und Individuum untersucht. Das Erkenntnisinteresse ist auf der Akteurebene zu verorten, da die Akteure als handelnde Individuen im Zentrum stehen.

22 Zur historischen Entwicklung vom Verhältnis von Krankenhäusern und Religion vgl. auch Hofstätter (2013). Eine historische Abhandlung zum Verhältnis von Medizin und Religion in Europa bietet auch Ferngren (2012).

