

2.2 Religion im Kontext von Gesundheit, Krankheit, Alter(n) und Migration

Nachdem das Setting organisierter Altenpflege skizziert wurde, in welchem Religion zum Tragen kommen kann, soll im Folgenden der Zusammenhang von Religion, Gesundheit, Krankheit, Alter(n) und Migration beleuchtet werden. Potenzielle Bedeutung gewinnt dieser Zusammenhang insofern, als es in den zu untersuchenden Einrichtungen um die professionelle Versorgung und Begleitung hilfebedürftiger, in der Regel älterer und oft schwer erkrankter Menschen geht und sich die Frage stellt, welche Rolle Religion in diesem Kontext zukommt bzw. zugerechnet wird.

Untersuchungen unterschiedlicher Disziplinen haben zu den Wechselwirkungen von Religion, Gesundheit, Krankheit, Alter(n) und Migration teils vielversprechende Erkenntnisse hervorgebracht. Aufgrund der großen Menge an entsprechenden Studien²⁶ sollen in diesem Kapitel lediglich zwei Fragestellungen fokussiert werden²⁷: Wie wirkt sich Religion auf Gesundheit, Krankheit und Alter(n) aus? Und: Wie hängen Religion und Migration zusammen?

Ausgehend von den vorliegenden Untersuchungsergebnissen ist anzunehmen, dass Religion potenziell Einfluss auf den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand und das Erleben des Alter(n)s nehmen kann. Bei der Beurteilung des Wirkungszusammenhangs lassen sich zwei grundsätzliche Tendenzen ausmachen: zum einen die problemzentrierte Betrachtung von Religion, insbesondere in Bezug auf krankmachende Wirkungen von Religiosität, zum anderen ressourcenorientierte Betrachtungen von Religion, respektive Religiosität, die zu einem Bestandteil vor allem psychologischer

²⁶ So verweisen Koenig et al. in ihrem *Handbook of Religion and Health* allein auf über 1.200 veröffentlichte Studien zum Wechselverhältnis von Religion und Gesundheit (vgl. Koenig et al. 2012).

²⁷ Diese Fragestellungen versprechen lediglich begrenzte, jedoch für das religionswissenschaftliche Untersuchungsvorhaben fruchtbare Erscheinende Einblicke. Selbstverständlich können und müssen unter einer anderen Forschungsfrage auch die jeweiligen Wechselwirkungen der Bereiche Gesundheit, Krankheit, Alter(n) und Migration in den Blick genommen werden. Dass allein schon der Begriff ›Altern‹ eine Reihe von Prozessen beschreibt (u.a. Altern als biologisch/geschlechtsspezifisch/ökonomisch etc. bestimmter Prozess), die wiederum mit anderen Phänomenen zusammenhängen, machen Wahl/Heyl deutlich (vgl. Wahl/Heyl 2004: 42).

und psychotherapeutischer Arbeit werden können. Während die problemzentrierte, oft pathologisierende Betrachtungsweise insbesondere Formen von Religiosität in den Blick nimmt, die eine Belastung im Umgang mit Krankheit darstellen können, wie z.B. ein negatives Gottesbild oder sich negativ auswirkende Formen der religiösen Vergemeinschaftung (vgl. z.B. Utsch 2012), haben ressourcenorientierte Ansätze in den vergangenen Jahren deutlich Aufschwung erfahren. Wegweisende Arbeit auf dem Gebiet der Psychologie hat Harold G. Koenig geleistet: Religion wird von ihm als multidimensionales Konstrukt verstanden (vgl. Koenig et al. 2012: 47), welches insbesondere im Alterungsprozess an Relevanz gewinne:

»The spiritual needs of medically ill elders are similar to those of healthy older persons: however, the stress of physical illness, often chronic and irreversible, and the need to confront the reality of death, force certain spiritual concerns into awareness.« (Koenig 1994: 284)

Dabei könne Glaube als Copingstrategie dienen, welche

»[...] in particular may help to reframe situations in more positive and meaningful ways so that they are more easily integrated and accepted, or otherwise adapted to.« (Koenig et al. 2012: 80)²⁸

Ähnlich argumentiert auch John H. Spreadbury, wenn er Glaubensinhalte und damit verknüpfte Rituale im Lebensverlauf betrachtet und zu dem Schluss kommt, dass sich diese – im Sinne von Copingstrategien – positiv auf die mentale Gesundheit alter Menschen auswirken können (vgl. Spreadbury 2013: 173-175).²⁹ Hilfreich ist in diesem Zusammenhang sicherlich die von Lars Charbonnier formulierte Erkenntnis, dass religiöse Traditionen durchaus ein Angebot für die Beantwortung existenzieller Fragen insbesondere in »Schwellensituationen des Lebens« (Charbonnier 2014: 245) bieten, jedoch keinesfalls als selbstverständlich in der Sinndeutung betrachtet werden dürfen. Vielmehr werde die etwaige Bedeutsamkeit religiöser Deutungsangebote im Hinblick auf eine »individuelle Lebensdienlichkeit« (ebd.) bewertet, die

²⁸ Ähnliches gilt auch für den Zusammenhang von Religion und Minderheitenstatus (vgl. Koenig et al. 2012: 102), was durchaus eine Rolle in den zu untersuchenden Einrichtungen spielen könnte.

²⁹ Empirisch basierte Einblicke in positive, aber auch negative Wirkungen von Religion geben Baumann-Neuhäus et al. in ihrer Studie *Religion im Heimalltag. Ältere Menschen erzählen* (vgl. Baumann-Neuhäus et al. 2012).

wiederum durch Individualisierung, Pluralisierung und Ästhetisierung der Lebenswelt geprägt sei.

Trotz der potenziellen Bedeutsamkeit von Religion im Alter und in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod, machen Studien jedoch auch immer wieder deutlich, dass sich nur wenige Praktiker im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich auf die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse vorbereitet fühlen und Belange dieser Art häufig auf den Seelsorger übertragen werden würden (vgl. etwa Heuft et al. 2006: 89). Dies legt die Vermutung nahe, dass Religion in den zu untersuchenden Einrichtungen zwar durchaus eine Relevanz besitzt, sich ihrer aber nur in eingeschränktem Maße und vornehmlich durch bestimmte Berufsgruppen angenommen wird.

Diskutiert wird bis heute, ob Religiosität mit dem Alter zunimmt: Während etwa Coleman et al. davon ausgehen, dass das Level von Religiosität im Alter davon abhänge, wie religiös ein Mensch in jüngerem Alter war und die Religiosität dementsprechend nicht proportional ansteige (vgl. Coleman et al. 2013: 4), verweist das Sprichwort »Mit dem Alter kommt der Psalter« auf einen häufig angenommenen Kausalzusammenhang zwischen Religion und Alter, der sich etwa durch den gehäuften Eintritt kritischer Lebensereignisse oder die Muße für religiöse Betätigung nach dem Erwerbsleben erklären lasse (vgl. Lois 2013: 12).

Während die genannten Ansätze Religion in der Regel vor dem christlichen Hintergrund diskutieren und es im Einzelnen zu klären gilt, was überhaupt unter Religion und Religiosität verstanden wird, gibt es auch Ansätze, die der im Gesundheitswesen zunehmenden kulturellen und religiösen Pluralisierung Rechnung tragen: So macht Ina Wunn auf eine mögliche Sonderrolle der islamischen Religion im Untersuchungsfeld aufmerksam, welche sich etwa in einem Diskurs um »das spezifisch Islamische« (Wunn 2011: 143) innerhalb ethnisch-religiöser Interessengemeinschaften zeige und welche zu einer besonderen Berücksichtigung von »Sittlichkeit (geschlechtsspezifische Pflege), koscheren (*halal*) Mahlzeiten und Gebetsmöglichkeiten« (ebd.) in der Pflege geführt habe.

Nicht zuletzt kann das Alter als Thema der Religionen selbst beleuchtet werden: So verweist etwa Frank Thieme auf die besondere Stellung alter Menschen insbesondere in den monotheistischen Religionen, indem diese, laut Altem Testament, mit einem biblischen Lebensalter gesegnet seien, in sehr hohem Alter noch Kinder gezeugt bzw. geboren hätten und damit ein Auserwähltsein durch Gott zum Ausdruck bringen würden. Thematisiert werde das Alter auch in Form göttlicher Gebote, die die jüngere Generation zu Achtung

und Fürsorge gegenüber den Älteren verpflichtete, wie es das 2. Buch Mose, Kap. 20 oder die Sure Isra, Ayat 20 nahelegen (vgl. Thieme 2008: 48f.).

Ergänzt werden können die Überlegungen zum Zusammenhang von Religion, Gesundheit, Krankheit und Alter(n) abschließend durch migrationsspezifische Fragestellungen: Vor dem Hintergrund migrationsbedingter Veränderungen der Bewohner – und Personalstruktur (vgl. z.B. Afentakis/Maier 2014, Prätor 2008, von Winter 2003), welche mit einer Pluralisierung religiöser Ideen, Deutungen und Praktiken einhergehen können, gilt es zu eruieren, inwiefern die in der Soziologie immer wieder thematisierten Prozesse der »Um- und Neugestaltung religiöser Traditionen« (Baumann 2004: 21) infolge von Migrationserfahrungen sowie der »funktionale Aspekt der Unterstützung und Stabilisierung des Einzelnen durch Religion« (ebd.: 22) eine Rolle in den zu untersuchenden Einrichtungen spielen. Möglicherweise sind es aber auch die identitätsstiftenden Funktionen von Religion, die u.a. zur Erklärung von Abgrenzungen ethnischer Gruppen untereinander und sich daraus ergebenen Konflikten im altenpflegerischen Setting herangezogen werden können (vgl. Fuhse 2006: 57). Übergreifend stellt sich schließlich die Frage, wie bestimmte Sachverhalte im altenpflegerischen Setting gelabelt werden: Wird eine bestimmte Praktik als religiös gedeutet und entsprechend gekennzeichnet oder wird beispielsweise auf nationale Zugehörigkeit, ethnische Abstammung etc. rekurriert? Wann wird eine religiöse Etikettierung vorgenommen, wann eine mit Bezug auf Migration? Diese Fragestellungen versprechen insbesondere Relevanz im Kontext des Umgangs mit der islamischen Religionstradition (vgl. etwa Tezcan 2012).

2.3 Diskurse und Strategien im Umgang mit kultureller Pluralität

2.3.1 Interkulturelle Öffnung

Mit dem unter anderem durch Migration bedingten demografischen Wandel gehen seit geraumer Zeit gesellschaftspolitische Diskurse darüber einher, wie soziale Dienste auf Veränderungen und entsprechende Bedarfslagen nachhaltig reagieren können. Gefasst werden die dazu entwickelten Konzepte und zunehmend auch handlungsleitenden Strategien häufig unter dem Begriff der *Interkulturellen Öffnung* von Organisationen (vgl. Griese/Marburger 2012: 1).