

14 Fazit

Einleitend wurde nach alternativer Religiosität des Personals in der Palliative Care in Schweizer Spitälern gefragt, nach deren Merkmalen, Ausformungen und nach den Situationen, in denen auf alternativ-religiöse Handlungsstrategien und Vorstellungen zurückgegriffen wird. Mittels je einem Monat teilnehmender Beobachtung und insgesamt 27 halbstandardisierter Interviews mit dem Personal wurden diese Fragen in zwei Spitälern untersucht. Ein spezielles Interesse galt dabei den Umständen und Einflussfaktoren, die sich durch den Patientenkontakt und das institutionelle Umfeld ergeben. In diesem letzten Kapitel werden die gewonnenen Daten zuerst in einer prägnanten Form rekapituliert und auf dieser Basis die Fragen aus der Einleitung aufgegriffen und beantwortet.

14.1 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

Was von verschiedenen Religionssoziologen als alternative Religiosität bezeichnet wird, findet sich auch in den untersuchten Spitälern. Glaubensvorstellungen und religiöse Handlungsstrategien sind stark *subjektbezogen*. Das zeigt sich an deren Legitimierung durch Referenzen auf die persönliche Wahrnehmung und Gefühle. Nur selten wird dies über die explizite Rückbindung an religiöse Traditionen begründet. Hier ist anzumerken, dass auch Elemente aus dem institutionalisierten Christentum der Landeskirchen mittels Subjektbezug in den persönlichen Glauben aufgenommen werden. Teilweise identifizieren sich Akteure mit einer Religion, zum Beispiel die Seelsorgenden mit dem Christentum, und sehen sich als Vertreter einer Landeskirche, greifen aber trotzdem Handlungsstrategien oder Vorstellungen aus anderen Traditionen auf. Somit ist die Grenze zwischen alternativer und nicht-alternativer Religiosität nicht trennscharf. Der Subjektbezug kann im untersuchten Feld als Indiz für einen geringen Stellenwert religiöser Traditionen generell betrachtet werden. In diesem Zusammenhang ist die Verwendung des emischen Begriffs der »Spiritualität« zur Beschreibung des persönlichen Glaubens zu verstehen. Mit dem Subjektbezug hängt ein *geringer Institutionalisierungsgrad* der Vorstellungen und Strategien in Form von religiösen Gruppierungen zusammen. Nur wenige der interviewten Personen stellten sich

als Teil einer solchen dar. Die Inhalte gegenwärtiger alternativer Religiosität sind ebenfalls stark vom Fokus auf das Individuum geprägt. In der religionssoziologischen Literatur wird die Idee einer *persönlichen Entwicklung* und die damit verbundene Durchmischung von psychologischen Inhalten und religiösen Vorstellungen als wichtiges Element alternativer Religiosität herausgearbeitet. Diese zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung besonders klar in der Vorstellung des ruhigen Sterbeprozesses: In Anlehnung an Elisabeth Kübler-Ross stellen die Interviewten einen idealen Sterbeprozess so dar, dass die sterbende Person in der Sterbephase Erlebnisse verarbeite, Beziehungen kläre, das Leben loslasse und dadurch ruhig werde und sterben könne. Damit wird die Vorstellung, dass man sich bis zum Tod oder sogar darüber hinaus entwickle, verknüpft. Diese Vorstellung basiert auf einem *ganzheitlichen Menschenbild*, das eine den Tod überdauernde Komponente des Menschen einschließt und sich dabei nicht auf eine bestimmte religiöse Tradition bezieht. Auch die Vorstellung von *Energie* als Mischform zwischen einer immateriellen und einer materiellen Komponente wird in verschiedenen Ausprägungen aufgegriffen.

Was nur selten in den Interviews genannt wird, ist die Selbsteinschätzung als alternativ-religiös, da Traditionsbezüge und Abgrenzungen davon nur selten explizit gemacht werden. Auch wenn Elemente aus Traditionen übernommen werden, stellen die Interviewten diesen Bezug teils nicht her oder sehen die übernommenen Elemente nicht als Fortführung der Tradition, sondern als unabhängig davon und vielmehr als Teil der persönlichen Wahrnehmung. Die meisten Interviewpartner und -partnerinnen stufen die besagten Handlungen und Vorstellungen deshalb oft nicht als religiös ein, auch wenn sie religiösen Traditionen entstammen. Der Verweis auf die eigene Wahrnehmung zur Legitimierung der besagten Handlungen und Vorstellungen kann hingegen als eher implizite Abgrenzung zu kirchlich-christlicher Religiosität und zum Teil auch zu religiösen Traditionen allgemein betrachtet werden in dem Sinne, dass der Wahrnehmung mehr Aussagekraft zugesprochen wird als institutionalisierter Religion.

Der Religionsbegriff wird von Personen aus dem Feld nur selten gleich verstanden wie aus religionswissenschaftlicher Sicht. Das hat in diesem Kontext den Vorteil, dass der emische Begriff anhand des etischen reflektiert werden kann. Gerade in einem Umfeld, in dem Religion tabuisiert wird, werden religiöse Phänomene nicht als religiös bezeichnet, auch wenn sie einen religiösen Hintergrund haben. Das ist zum Beispiel bei den komplementären Therapien der Fall und auch im psychologisierten Religions- und Spiritualitätsverständnis. Diese Bias konnten mit dem religionswissenschaftlichen Begriffsverständnis überbrückt werden. Und auch Phänomene, die aus Sicht der Interviewten nicht als Religion gesehen wurden, sondern als Teil ihrer eigenen Wahrnehmung, was typisch für alternative Religiosität ist, hätten ohne den etischen Begriff nicht in die Analyse einbezogen werden können.

Der emische Religions- und Spiritualitätsbegriff wurde in der Abgrenzung zum etischen Verständnis in der Analyse ebenfalls mitberücksichtigt: Die Untersuchung zu den Gesprächen als Handlungsstrategien in Kapitel 6.2 basiert auf der Reflexion der Interviewten dieser Gespräche als religiös, spirituell oder auch psychologisch. So konnte festgestellt werden, dass in Spital Heckenbühl ein Tabu gegenüber Religion besteht, außer wenn sie in ihrem traditionell zugewiesenen Platz von den Seelsorgenden angesprochen wird, wenn sie mit psychologischen Deutungsmustern verknüpft wird und wenn sie nur aus etischer Sicht und nicht aus emischer als Religion deklariert wird. Daraus lässt sich folgern, dass alternative Religiosität in Spital Heckenbühl Verbreitung finden kann, gerade weil sie nicht als Religiosität benannt wird.

Alternativ-religiöse Handlungsstrategien und Vorstellungen

Alternativ-religiöse Elemente werden von Personen aus allen Berufsgruppen aufgenommen. Mit den oben genannten Merkmalen versehene Handlungsstrategien in den zwei Spitälern lassen sich nach dem Zeitpunkt, zu dem sie eingesetzt werden, unterteilen: Sie variieren in beiden Spitälern, je nachdem, wie die PatientInnen eingeschätzt werden, in welcher Phase des Sterbeprozesses sie stehen oder, in den Bezeichnungen der Palliative Care-Literatur ausgedrückt, ob die PatientInnen sich in der präterminalen Phase, in der terminalen und finalen oder in der postmortalen Phase befinden. Wenn jemand noch sprechen kann, wird er oder sie als weiter weg vom Tod eingeschätzt, als wenn jemand im Koma liegt. Die Phasen lassen sich nicht abschließend voneinander abgrenzen. Ab wann jemand sterbend ist und ab welchem Zeitpunkt jemand als tot gilt, also ab wann die finale Phase aufhört und die postmortale Phase anfängt, darüber ist man sich uneinig.

Wenn die PatientInnen als weiter weg vom Tod eingeschätzt werden, dann werden mehr Gespräche und körperbezogene Handlungen eingesetzt. Letztere sind in beiden Spitälern komplementäre Therapien, am wichtigsten ist die Aromapflege und in Spital Heckenbühl die Körpertherapie. Auch auf der persönlichen Ebene werden dort von den Mitarbeitenden sporadisch verschiedene Praktiken ausgeübt.

Handlungsstrategien, die die PatientInnen kurz vor dem Tod und während des Todes begleiten sollen, dienen zur Beruhigung der Sterbenden. In Spital Heckenbühl sind dies mehrheitlich »innerliche« Handlungen wie Gespräche auf Gedankenebene oder Meditationen. Diese werden vor allem im Zeitraum, wenn man nur noch da sein kann, praktiziert. In der Einfachheit des »Daseins« drückt sich einerseits eine Hilflosigkeit gegenüber dem Tod aus, aber andererseits auch die Haltung, dass man auch, wenn man nicht für biomedizinische Handlungen zuständig ist, noch etwas Wichtiges für die sterbende Person tun kann. In Spital Rotach wurden in dieser Phase bei Sterbenden Kristalllampen aufgestellt. In beiden Spitälern wurde ab diesem Zeitpunkt Aromatherapie in Form von Raum-

bedeutung eingesetzt. Bezüglich der Phase nach dem Tod werden in beiden Spätältern »innerliche« Gespräche beschrieben oder reinigende Handlungen. Diesen Handlungsstrategien wird eine andere Wirkung zugesprochen, je nach Sterbephase, der sie zugeordnet werden: In der präterminalen Phase sind sie eher auf Symptomlinderung ausgerichtet, während sie den PatientInnen in der terminalen und finalen Phase zu einem ruhigen Tod verhelfen sollen. In der postterminalen Phase haben sie zum Ziel, das jeweilige Zimmer zu reinigen oder die unsterbliche Komponente der PatientInnen gehen zu lassen. Darin zeigt sich der Fokus, den die Mitarbeitenden in ihrer Arbeit in den unterschiedlichen Phasen mit diesen Handlungsstrategien legen.

Die religiösen Vorstellungen lassen sich in vier Gruppen zusammenfassen. Sie hängen auf verschiedene Weisen zusammen:

- [1] Am häufigsten werden unterschiedlich ausdifferenzierte Vorstellungen einer Persönlichkeitsentwicklung genannt. Diese wird im Kontext eines Sterbeprozesses dargestellt und hängt damit zusammen, wie dieser Sterbeprozess idealerweise abläuft. Dabei spielt die immaterielle Komponente der Menschen und ein Weiterleben nach dem Tod eine große Rolle und es werden damit oft psychologische Konzepte verbunden.
- [2] Vorstellungen verschiedener Komponenten, aus denen der Mensch besteht. Ganz wichtig dabei ist die Vorstellung, dass mindestens eine Komponente nach dem Tod weiterexistiert. Auch die Vorstellung von Energie ist sehr präsent.
- [3] Vorstellungen davon, wie es nach dem Tod weitergeht. Diese sind meistens nicht detailliert ausformuliert.
- [4] Vorstellungen, dass es eine externe höhere Macht gibt, sind ebenfalls in den Daten zu finden, jedoch nicht sehr häufig. Der Fokus liegt auf dem weiterentwickelten Selbst in Punkt 1. Teilweise wird die »vollendete« Form des Selbst als höchste unanfechtbare Macht dargestellt oder das Aufgehen des Ichs in einer umfassenden Energie oder in der höheren Macht als Zielpunkt der Entwicklung. In diesen Fällen überschneiden sich Punkt 1 und 4.

Die Handlungen und Vorstellungen werden auf unterschiedlichste Weise miteinander verknüpft. So kommt es vor, dass dieselbe Handlung von verschiedenen Personen unterschiedlich gedeutet wird. Strategien, die während des »Daseins« ausgeführt wurden, beinhalten besonders viele Verknüpfungen zur Vorstellung einer unsterblichen Komponente, die sich entwickeln soll. Auffallend ist, dass die Vorstellung von Energie, die durch den Körper fließt, mit spezifischeren, weniger alltäglichen Techniken verknüpft wird als andere Vorstellungen. Man versucht zum Beispiel, den Energiefluss durch die richtige Haltung in der Meditation oder einen Fingerdruck an der richtigen Stelle zu fördern. Die Vorstellung einer »See-

le« hingegen wird mit weniger genau definierten Handlungen und alltäglichen, freier interpretierten Handlungen eingebunden, wie zum Beispiel, dass das Fenster geöffnet, gedanklich vom »Hinübergehen« gesprochen wird oder die Sterbenden weniger berührt werden.

Diese Handlungsstrategien und Vorstellungen wurden in der vorliegenden Arbeit entlang von drei Faktoren analysiert: Es wurde auf die institutionellen Voraussetzungen eingegangen, auf die Motivation des Personals selbst (im Kapitel zu den Copingstrategien) und auf den Einfluss des Zustandes der PatientInnen im Ideal des ruhigen Sterbens. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse, die hierzu erzielt wurden, präsentiert.

Institutionelle Voraussetzungen

Ein wichtiger Faktor, warum in den zwei Spitälern unterschiedliche alternativ-religiöse Handlungsstrategien ausgeübt werden, sind die institutionellen Bedingungen. Sie beeinflussen die Art und Weise, wie alternative Religiosität vom Personal eingebracht werden kann, maßgeblich. In Spital Rotach wird auch eine Wirkung in die andere Richtung, vom Personal auf die Institution, festgestellt. Es konnten durch die Analyse drei maßgebliche Faktoren festgestellt werden: 1) Die Handlungsmöglichkeiten sind stark abhängig vom Selbstverständnis des Spitals und vom Verhältnis, dass das jeweilige Spital zu Religion hat. Wichtig ist 2) die Zeit, die jemandem pro PatientIn zur Verfügung steht. Das ist u. a. vom Beruf abhängig. Ebenso sind die Handlungsmöglichkeiten 3) stark abhängig davon, wie viel Einfluss die einzelne Person auf die Institution hat.

- 1) Auf der Station der Inneren Medizin, die in Spital Heckenbühl untersucht wurde, nehmen die Mitarbeitenden, abgesehen von den Seelsorgenden, Religiosität eher als Tabu wahr als auf der untersuchten Palliativstation. In Spital Heckenbühl gelten hauptsächlich die Seelsorgenden als für religiöse Themen zuständig und von den anderen Berufsgruppen werden eher innerliche Techniken angewendet, die von außen weniger sichtbar sind, damit das Tabu gegenüber Religion nicht übertreten wird. Auf der Palliativstation in Spital Rotach gibt es mehr institutionalisierte alternativ-religiöse Handlungsstrategien, was mehr äußerliche Handlungen ermöglicht. Ihre ganzheitliche Ausrichtung, die sich im Leitbild des Spitals mit dem Fokus auf die psychischen Aspekte der Krankheiten zeigt, hat zur Folge, dass die PsychologInnen einen größeren Handlungsspielraum und einen stärkeren Religionsbezug haben. Es werden zudem nach dem Tod der PatientInnen vom Spital selbst Hilfsmittel zur »spirituellen Reinigung« des Raumes zur Verfügung gestellt.

Das Selbstverständnis der Spitäler zeigt sich auch bei der Umsetzung der komplementären Therapien. Mit den komplementären Therapien ist es auch in Spital Heckenbühl möglich, alternative Religiosität an die wachen Patient-

Innen heranzutragen, weil es sich dabei um Hybride zwischen schulmedizinischen Konzepten und religiösen Elementen handelt. Sie bedienen die Forderung nach Heilung oder Linderung über biochemische Wirkstoffe ebenso wie die Vorstellung von Energiebahnen im Körper und das alternativ-religiöse Streben nach persönlichem Wachstum. Sie fügen sich einerseits in das Selbstbild der Spitäler, bedienen andererseits aber auch alternativ-religiöse Vorstellungen.

Die Aromatherapie ist in vielen Schweizer Spitälern institutionalisiert. Diese ist mit ihrem Ursprung in der Phytotherapie, die sich, wie auch die Schulmedizin, auf Wirkstoffe beruft, in den Spitälern akzeptiert. Sie wird in der präterminalen Phase mehrheitlich symptomlindernd eingesetzt und die biochemischen Pflanzenwirkstoffe werden betont, während sie in der terminalen und finalen Phase mehr auf das ruhige Sterben zielt.

Auch die Körpertherapie in Spital Heckenbühl zeigt sich auf den physischen Körper orientiert und die Behandlung der Energiebahnen wird weniger betont. Trotzdem bedient die Körpertherapeutin erstens die Vorstellung einer Energie und zweitens ein ganzheitliches Menschenbild, das den PatientInnen durch die Verknüpfung von Psyche und Körper einen Einfluss auf die Krankheit zuspricht. Drittens schließlich deckt sie den Gesprächsbedarf von Personen, die sich nicht an die Seelsorgenden wenden wollen.

Wenn keine institutionellen Vorgaben mehr vorhanden sind, legitimiert das Personal seine Handlungsstrategien eher über das eigene Gefühl oder die Intuition. Die Tabuisierung von Religion fördert dies, da eine Argumentation, die sich auf religiöse Traditionen bezieht, in einem solchen Umfeld keinen Platz hat.

- 2) Der Einfluss des Berufs und der zur Verfügung stehenden Zeit zeigt sich stark im Konzept des »Daseins«. Je nach Aufgabe, die einer Person im institutionellen Umfeld zugesprochen wird, findet sich in einer anderen Situation der Zeitpunkt, an dem sie nur noch da sein kann. Für die Seelsorgenden ist das der Fall, wenn jemand nicht christlich und auch nicht mehr ansprechbar ist, sodass seine Bedürfnisse nicht mehr eruiert werden können. Die Freiwilligen in Spital Heckenbühl können von Anfang an nur da sein, da sie meistens in der Nacht gerufen werden, während die Freiwilligen in Spital Rotach öfters die Gelegenheit haben, mit den Sterbenden zu sprechen und so religiöse Themen einzubringen. Die Pflegenden in Spital Heckenbühl haben gar keine Zeit, einfach da zu sein. Deshalb stellen sie Duftlampen auf, um die PatientInnen zu beruhigen. Das ist gut neben den übrigen Tätigkeiten möglich. In Spital Rotach können sie sich ab und zu Zeit zum Zuhören nehmen.
- 3) Als letzter Punkt ist der Institutionalisierungsgrad alternativer Religiosität stark vom Einfluss der einzelnen Mitarbeitenden auf das jeweilige Spital abhängig. Auf der Palliativstation konnten einige vom Personal vorgeschlagene

Rituale institutionalisiert werden, weil die Station erst vor Kurzem entstanden ist und verschiedene Berufsgruppen in den Aufbau und die Strukturierung einbezogen wurden. Im anderen Spital wurde Körpertherapie sukzessive in den Spitalalltag aufgenommen, weil eine langjährige Pflegerin eine entsprechende Weiterbildung absolvierte.

Das Ideal des ruhigen Sterbens

Auffallend an den erhobenen Daten ist, dass der Sterbeprozess als Ablauf, der mit einem ruhigen Loslassen ende, beschrieben wird. Mit diesem Ideal rezipiert das Personal die angenommenen Erwartungen und Bedürfnisse der PatientInnen. Die PatientInnen werden aufgrund ihres physischen Zustandes so wahrgenommen, dass sie an unterschiedlichen Punkten im Sterbeprozess stehen. Es zeigt sich in der Wirkung, die den untersuchten Handlungsstrategien, insbesondere dem »Dasein«, beigemessen wird: Durch die alternativ-religiösen Handlungsstrategien sollen die PatientInnen ruhig werden und so sterben können.¹ Der Sterbeprozess solle mit »Ruhigwerden« und »Loslassen« abgeschlossen werden. Ohne diese zwei Bedingungen sei Sterben gar nicht möglich, wird häufig angenommen.

Die Ausrichtung auf einen ruhigen Sterbeprozess, während dem man zum Schluss sein Leben verarbeitet, loslässt und »gehen kann«, stellt einen Kontrast zur eingangs beschriebenen Lebensqualität dar, die als Ziel der Palliative Care hochgehalten wird. Das Ziel ändert sich, je näher die Sterbenden am Tod sind. Mit Lepsius konnte aufgezeigt werden, dass es sich beim Konzept des ruhigen Sterbens um eine Leitidee in der Palliative Care handelt, die im Gegensatz zur Ausrichtung auf die Lebensqualität in Todesnähe eine große Rolle spielt. Während in der präterminalen Phase der Sterbenden deren Lebensqualität im Zentrum steht, verschiebt sich mit dem fortschreitenden Sterbeprozess der Fokus von der Lebensqualität auf das ruhige Sterben, vom Körper und dem sozialen Umfeld auf eine nicht-empirische, immaterielle Komponente. Dies wird meistens diffus über die eigene Wahrnehmung legitimiert. Je näher die Sterbenden am Tod sind, umso weniger stehen schulmedizinische und körperorientierte Methoden im Zentrum und umso größer wird der Spielraum für alternativ-religiöse Handlungsstrategien, die einen ruhigen Sterbeprozess ermöglichen sollen. Mit deren Aufnahme als institutionalisierte Prozesse wird diesem Ideal eine immer größere Bedeutung zugesprochen.

1 In den Beobachtungen zeigen sich weitere Sterbeideale, zum Beispiel schmerzfrei und informiert über den baldigen Tod zu sein. Das ruhige Sterben war viel präsenter und auch mehr mit alternativer Religiosität verbunden, weshalb dieses hier in den Vordergrund gestellt wird.

Alternative Religiosität als Copingstrategie

Die Ohnmacht gegenüber dem Leiden der Sterbenden stellte sich als der häufigste Stressfaktor für das Personal heraus. Einer solchen Stresssituation begegnet das Personal damit, dass es versucht, ein ruhiges Sterben herbeizuführen, indem es »einfach da ist« und indem es andere alternativ-religiöse Handlungsstrategien einsetzt. Auch die Hinwendung von der Lebensqualität hin zum ruhigen Sterbeverlauf dient dem Personal zur Bewältigung dieser Situation. Da durch alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden ein ruhiges Sterben herbeigeführt werden kann, eröffnen sich so Handlungsmöglichkeiten, welche die Berufsrolle sonst nicht bietet.

Die Idee des Beruhigens wird oft mit der Vorstellung einer unsterblichen Komponente des Menschen, die den Körper loslassen sollte, und mit der Vorstellung einer Persönlichkeitsentwicklung bis zum Tod oder darüber hinaus verbunden. Durch die Entwicklung vor dem Tod und die Bewältigung von Konflikten wird Loslassen möglich. Diese Vorstellung wird im vorliegenden Zusammenhang als eine intrapsychische Bewältigungsstrategie, im Sinne einer positiven Umdeutung des Todes, eingesetzt. Die Entwicklung des Menschen wird als etwas Beeinflussbares gesehen, während das Leben nach dem Tod für die meisten zum nicht beeinflussbaren Bereich gehört. Dies führt dazu, dass Postmortalitätsvorstellungen viel weniger genau ausformuliert werden als die der Komponenten.

Wenn nichts mehr zur Steigerung der Lebensqualität getan werden kann, weil der sterbende Körper sich der Kontrolle entzieht, dann verschiebt sich der Fokus des Personals auf die nicht-empirische, unsterbliche Komponente. Dann versucht das Personal, sich um die immaterielle, unsterbliche Komponente zu kümmern. So können sie den Gefühlen des Versagens und der Hilflosigkeit entgehen. Die Situation wird umgedeutet, wodurch das Personal die Handlungsmacht behält. Das ruhige Sterben ist somit ein Ideal, das zur Überwindung unsicherer Situationen angewendet wird.

Anstatt Handlungsmöglichkeiten zu schaffen, reagieren einige wenige der Interviewten auf die Stresssituationen mit einer Interpretation, dass sie in gewissen Situationen nichts tun müssen, weil von einer höheren Macht für alles gesorgt sei oder weil ein Mensch sich durch das Sterben unweigerlich in ein höheres Selbst umwandle. Dies ist jedoch weitaus seltener anzutreffen als die Wiederherstellung der Handlungsmacht mittels des Ideals eines ruhigen Sterbens. Die Körpertherapie wurde nicht als Copingstrategie im engeren Sinne eingesetzt. Wenn die PatientInnen noch in der präterminalen Phase oder kurativ behandelbar waren, kam sie jedoch an Punkten zum Einsatz, an denen die Schulmedizin nicht mehr als wirksam wahrgenommen wurde. Auch diente sie der ausführenden Person als Möglichkeit, näher und auf eine »ganzheitliche« Art und Weise auf die PatientInnen einzugehen. Daraus lässt sich folgern, dass die biomedizinischen Behandlungsmethoden auch schon vor dem unmittelbaren Sterben als mangelhaft wahr-

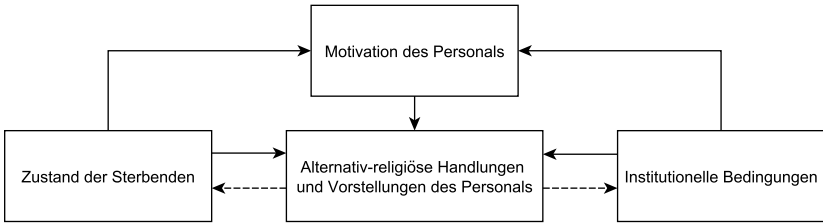
genommen und deshalb durch alternativ-religiöse Techniken ersetzt werden. Dass das Ideal des ruhigen Sterbens erst kurz vor dem Tod und während des Todes als Copingstrategie zur Sprache kommt, weist darauf hin, dass die Mitarbeitenden mit dem nahenden Tod der PatientInnen in eine Stresssituation kommen. Zu diesem Zeitpunkt gibt es seitens der Spitäler weniger Handlungsvorschriften, wodurch sie auf alternativ-religiöse Handlungen zurückgreifen müssen.

Die Tatsache, dass das ruhige Sterben ein Ideal und Teil eines Copingprozesses ist, der oft auf der impliziten persönlichen Ebene abläuft, zeigt auf, dass in der Palliative Care, trotz der bisherigen Bemühungen zur ganzheitlichen Betreuung, ein für das Personal wichtiger Teil des Sterbens nicht institutionell unterstützt wird. Das Personal ist wegen seiner Ausbildung und des Arbeitskontexts – trotz entsprechender Weiterbildungen – von einem Gesundheitssystem geprägt, das auf Heilung zielt. Die Rollen, die aus dem kurativ ausgerichteten Modell »Spital« stammen, sind nicht ganz an die palliativen Situationen angepasst. Somit besteht hier ein Hohlraum, der mit persönlichen Glaubensmustern und Intuition gefüllt wird. Drefße (2008: 219f.) deutet diesen Raum zum »Dasein«, der von den Institutionen für einige Berufsgruppen geschaffen wurde, als Versuch, individuell auf die PatientInnen eingehen zu können.² In den untersuchten Spitälern bedeutete das jedoch oft eine Stresssituation für das Personal. Die Mitarbeitenden waren mit Leiden konfrontiert, auf das sie nicht mehr mit vorgeschriebenen Handlungsstrategien eingehen konnten. Wenn nun Palliative Care-Institutionen diese Lücke füllen wollen, müsste die erste Frage sein, was genau hier die Bedürfnisse der Sterbenden sowie des Personals sind und wie diese im Einklang mit dem Selbstverständnis des Spitals gedeckt werden können.

Die Zusammenhänge der diskutierten Faktoren lassen sich gemäß Abbildung 12 grafisch darstellen. Einerseits hat der Zustand der Sterbenden Einfluss auf den Zeitpunkt der Handlungsstrategien, andererseits führt er zur Motivation der Mitarbeitenden, das Leiden der Sterbenden zu lindern, was wiederum das Ziel der Handlungen und die dazugehörige Vorstellung der Wirkung beeinflusst. Die institutionellen Bedingungen geben vor, welche Handlungsstrategien überhaupt ausgeführt werden können. In Spital Rotach wurden die institutionellen Bedingungen vom Personal und den persönlichen Vorlieben für gewisse Handlungsstrategien geprägt. Fehlende Vorschriften von den Spitälern führen zu Unsicherheit unter den Mitarbeitenden, was wiederum als Motivation für persönliche Handlungsstrategien und Vorstellungen dient.

2 Er nennt dabei jedoch nicht »Dasein« explizit, sondern »Zeithaben, Sitzwachen, Alltagsgespräche, Zuhören« (Drefße 2008: 220).

Abbildung 12: Einflussfaktoren für alternative Religiosität



14.2 Alternative Religiosität in der Spiritual Care

Es wurde einleitend angenommen, dass sich vorwiegend in der Spiritual Care die Gelegenheit bietet, alternative Religiosität zum Ausdruck zu bringen. Dies konnte jedoch in den Daten nicht bestätigt werden. In den untersuchten Spitälern war das eher neue Konzept der Spiritual Care zum Zeitpunkt der Untersuchung kein Thema. Insbesondere auf der Station der Inneren Medizin wird die religiöse Betreuung nach wie vor den Seelsorgenden überlassen und geschieht im Sinne einer traditionellen Seelsorge. Nebst der römisch-katholischen und der reformierten Konfession werden andere religiöse Traditionen über die Spitalseelsorgenden eingebunden, indem sie bei Bedarf SpezialistInnen aus anderen religiösen Traditionen kontaktieren. Sichtbare alternative Religiosität wird laut einigen interviewten Personen im Spitalumfeld belächelt. Wenn Seelsorgende selbst alternativ-religiöse Überzeugungen vertreten, so werden sie laut den Mitarbeitenden von den PatientInnen trotzdem vorwiegend als christlich wahrgenommen und oft gar nicht erst gerufen.

Von keiner der interviewten Personen wird Spiritual Care als Handlungsauftrag verstanden und auch in den Beobachtungen wird sie höchstens am Rand erwähnt. Spiritualität und spirituelle Betreuung ohne das Konzept der Spiritual Care sind den Interviewten näher. Während sich in den verschiedenen Palliative Care-Leitlinien Spiritualität auf ein psychologisches und ein christliches Verständnis beschränkt (s. Kap. 2.1), deckt sich der Spiritualitätsbegriff der Mitarbeitenden zum Teil mit dem der alternativen Religiosität, sofern er sich auf ihre eigenen Handlungen und Vorstellungen bezieht. Gegenüber den Sterbenden wird eher das Spiritualitätsverständnis aus den Leitlinien verwendet, das heißt, dass Sinnsuche oder der Wunsch nach einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin als Indikator für spirituelle Bedürfnisse gesehen wird. Das bewährt sich, weil das Pflegepersonal gemäß den Palliative Care-Leitlinien die spirituelle Komponente mitbetreuen soll, aber Religiosität insbesondere in Spital Heckenbühl abgelehnt und tabuisiert wird. Dadurch entsteht ein Spannungsfeld, das durch ein psycho-

logisches Spiritualitätsverständnis im Sinne von Beziehungsaufbau und Hilfe bei existenziellen Krisen umgangen werden kann, denn so wird Spiritualität nicht auf religiöse Handlungen und Vorstellungen beschränkt. Diesbezüglich ist anzumerken, dass die psychologische Komponente in jenem Verständnis ebenfalls als Teil alternativer Religiosität verstanden werden kann: Sinnsuche kann in den Kontext einer Persönlichkeitsentwicklung zu einem höheren Selbst gestellt werden.

Was als Spiritualität wahrgenommen wird, welche nicht nur auf der psychologischen Ebene gedacht ist, wird außer von den Seelsorgenden nur selten absichtlich an die PatientInnen herangetragen, wenn diese bei Bewusstsein sind. Ausnahmen bilden die PsychologInnen in Spital Rotach und der Arzt im selben Spital, der nach seiner eigenen Angabe aufgrund seiner Ausbildung in Palliative Care und seiner persönlichen Ausrichtung und Bemühungen explizit religiöse Inhalte anspricht. Sobald alternative Religiosität jedoch nicht als Spiritualität wahrgenommen wird, ist sie im Kontakt zu wachen PatientInnen durchaus möglich, so zum Beispiel mittels Aromatherapie und durch die Körpertherapeutin in Spital Heckenbühl. Die komplementären Therapien und psychologische Interpretationsmuster haben in den Spitälern mehr Berechtigung, weil beide auch auf naturwissenschaftlichen Konzepten beruhen.

Wenn die PatientInnen nicht bei Bewusstsein sind, fühlen sich die Mitarbeitenden freier und es gibt eine größere Bandbreite an Handlungsmöglichkeiten, die jedoch nicht als Teil der Spiritual Care gesehen werden können, da sie nicht zur direkten Betreuung der PatientInnen gedacht sind. Zudem ergeben sich dann unsichere Situationen, in denen nur wenige Vorschriften gegeben sind, was den Rückgriff auf die persönliche Wahrnehmung und subjektive Handlungsstrategien fördert.

Walters These, dass sich die Einbindung der Religion in den Spitälern vom modernen zum »postmodernen« Ansatz gewandelt habe, konnte nur teilweise bestätigt werden: Im modernen Ansatz wird Religion von den Seelsorgenden thematisiert, was sich in Spital Heckenbühl beobachten lässt. Zusätzlich wird sie jedoch auch durch die Komplementärtherapeutin eingebracht. In Spital Rotach wird die Arbeit der Seelsorgenden durch die PsychologInnen ergänzt und auch die Pflegenden fühlen sich verantwortlich für die spirituelle Betreuung als Sinnsuche. Die Einbindung durch diese Berufsgruppen kann nach Walters These in den »postmodernen« Ansatz eingeordnet werden, denn mit dem psychologisch aufgeladenen Verständnis von Spiritualität findet die Vorstellung einer Entwicklung am Lebensende – und über den Tod hinaus – Eingang in die Berufspraxis. Mittels alternativ-religiöser Handlungen und Vorstellungen wird versucht, die Sterbenden in ihrer Entwicklung am Lebensende zu unterstützen. In beiden Spitälern kommt mit dem Ideal des ruhigen Sterbens ein Aspekt hinzu, den Walter nicht genannt hatte.

14.3 Warum gerade alternative Religiosität?

Alternativ-religiöse Handlungen haben im untersuchten Kontext meistens das Ziel, ein ruhiges Sterben zu unterstützen und das Loslassen zu fördern. Dies wird in der vorliegenden Untersuchung als eine implizite »Leitidee« in der Palliative Care identifiziert. Die unterstützenden Handlungsstrategien werden meistens dann eingesetzt, wenn sonst nichts mehr getan werden kann, da die beruflichen Ressourcen erschöpft sind. Warum wird dann gerade auf alternative Religiosität zurückgegriffen?

Sowohl die Aufnahme der Palliative Care in öffentlichen Spitälern als auch die Bildung des New Age, welches ein essenzieller Teil der heutigen alternativen Religiosität darstellt, hat den 1960er Jahren stattgefunden.³ Das sind die Jahre der eingangs genannten »Death awareness«-Bewegung, in der das Ideal vorherrschte, dass man den Tod öffentlich diskutieren sollte (vgl. Knoblauch u. a. 2005: 18). Sowohl in der Palliative Care als auch im New Age gilt es als Ideal, des eigenen Todes bewusst zu sein und daran persönlich zu wachsen (vgl. Walter 1996a: 359 f.). Dem Ideal einer persönlichen psychischen Entwicklung kommt in Anbetracht des Todes ein besonderer Wert zu (vgl. ebd.: 359). Man solle gemäß den Sterbephasen nach Kübler-Ross das Leben abschließen und »loslassen« (vgl. Kübler-Ross 2009). Das wiederum entspricht dem Trend einer Individualisierung und Subjektivierung. Im Fall der alternativen Religiosität und auch der Palliative Care wird das Individuum hochgehalten. Beide bedienen das Konzept der Persönlichkeitsentwicklung in Auseinandersetzung mit dem Tod und haben den Anspruch, besonders auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen. Dies scheint gerade mittels eines psychologischen Ansatzes gut zu funktionieren. Mit komplementärtherapeutischen Anwendungen, die ebenfalls auf diese Entwicklung abzielen, werden zudem ganzheitliche Menschenbilder in der Palliative Care verankert (vgl. Walter 1996a: 359 f.).

Weitere Aspekte fördern, dass die Mitarbeitenden auf alternative Religiosität zurückgreifen. Die Palliative Care ist eine junge Disziplin, die in der Schweiz erst seit Kurzem stärker institutionalisiert wird (s. Kap. 1.2). Dadurch können persönliche Elemente alternativer Religiosität in die Strukturen aufgenommen werden. Trotzdem existieren noch Situationen ohne definierte Handlungsabläufe. Auch alternative Religiosität ist durch den Subjektbezug nur wenig institutionalisiert. Somit sind sowohl die Palliative Care als auch alternative Religiosität flexibel kombinierbar und sind nicht an einen institutionellen Überbau gebunden. Im

3 Walter (1996a) beschreibt diese Parallelen bezüglich des New Age und Hospizen. Was er unter »New Age Spirituality« versteht, trifft auch auf den hier verwendeten Begriff der alternativen Religiosität zu (s. Kap. 2.2.3). Seine Beobachtungen zu den Hospizen sind als generelle Elemente der Palliative Care identifizierbar.

Zuge der gegenwärtigen alternativen Religiosität wird eine Traditionszugehörigkeit oft abgelehnt, da lieber Elemente von verschiedenen religiösen Traditionen übernommen und stimmig mit der persönlichen Empfindung zusammengesetzt werden. Auch auf der untersuchten Station der Inneren Medizin und ansatzweise auf der Palliativstation wird Traditionszugehörigkeit eher tabuisiert. In Situationen im Spitalzimmer, wenn gerade jemand verstorben ist, ist es in einem säkular ausgerichteten Spital ein unverfänglicheres Argument, zu sagen, man spüre den oder die verstorbenen Personen noch, als sich auf den christlichen Seelenglauben zu berufen. In diesem Zusammenhang steht auch die Ersetzung des Wortes »Religion« durch »Spiritualität« – sowohl in der gegenwärtigen alternativen Religiosität als auch im Palliative Care-Kontext (vgl. ebd.: 359).

Dass erst in Todesnähe von PatientInnen eher auf religiöse Handlungsmuster und Interpretationen zurückgegriffen wird, kann als Weiterführung eines langjährigen Auseinanderdriftens der Spitäler und der Kirche in Europa gesehen werden (vgl. Bruchhausen 2011; Ferngren 2014; Ferngren 2012). Medizinische Handlungsstrategien und Erklärungen sind für das körperliche Wohlbefinden zuständig, religiöse für das Loslassen und Gehen der nicht-empirischen Komponente. Dies lag früher in der Zuständigkeit der Kirchen (vgl. Hofstätter 2013: 372) und die Schulmedizin stellt keine möglichen Handlungsstrategien dafür bereit. Dank der oben genannten Gründe wird diese Trennung mittels der psychologischen Betreuung, komplementärer Therapien und der Institutionalisierung religiöser Reinigungsrituale in der Palliative Care ein Stück weit durchbrochen.

