

I Religion in Altenpflegeorganisationen: Eine Einführung

1.1 Hinführende Beobachtungen

Die vorliegende Studie nimmt ihren Ausgangspunkt in der Beobachtung eines spannenden Phänomens: Neben ökonomischen und sozialpolitischen Fragestellungen scheint sich das deutsche Gesundheitssystem seit einiger Zeit vermehrt mit dem Thema Religion auseinanderzusetzen. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass religiöse Institutionen in der Vergangenheit maßgeblich an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligt waren und Träger des Gesundheitswesens teilweise bis heute ihr Handeln aus der Geschichte religiöser Fürsorge ableiten (vgl. Seidler/Leven 2003: 75ff.), ist Gesundheit bzw. Medizin in einer funktional differenzierten Gesellschaft grundsätzlich von Religion zu unterscheiden (vgl. Luhmann 2009a: 18). Diese Unterscheidung wird auch bei der *World Health Organization* deutlich, welche den Genuss des höchsten erreichbaren Gesundheitszustandes zu »one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition« (WHO 2020) macht.

Ein Blick auf die Praxis hingegen offenbart eine Verzahnung von gesundheitlichen und religiösen Fragestellungen und Thematiken: So soll Ratgeberliteratur den ärztlichen und pflegerischen Umgang mit muslimischen Patienten¹ in Krankenhäusern erleichtern (vgl. Becker et al. 2006, Köck et al. 2009). Verlage wie *de Gruyter* publizieren Zeitschriften zur sogenannten Spiritual Care in Gesundheitsberufen (vgl. Frick/Peng-Keller 2018) und auch architektonisch schlägt sich die Beschäftigung mit dem Thema Religion in Einrichtungen des Gesundheitswesens nieder: Mittlerweile verfügen nicht wenige Kran-

1 Mit Nennung der männlichen Funktionsbezeichnung ist in diesem Buch, sofern nicht anders gekennzeichnet, immer auch die weibliche Form mitgemeint.

kenhäuser neben ihren traditionellen Kapellen über Räume der Stille², die den Patienten und Mitarbeitern unterschiedlicher Religionszugehörigkeit einen Raum für religiöse Praxis eröffnen sollen. Ein eindrucksvolles Beispiel ist hier sicherlich das katholische *St. Josef-Hospital* in Bochum, dessen Raum der Stille kalligrafische Bilder mit Gebeten aus dem Hinduismus, Buddhismus, Judentum, Christentum und Islam zeigt. Weiterhin gibt es Kliniken, die Stationen speziell für muslimische Patienten einrichten – so auch die *Berta-Klinik* in Hannover, welche dieses Angebot seit 2004 bereithält und trotz des Vorwurfs der Desintegration bestimmter Patientengruppen zum Vorbild für andere Einrichtungen wurde (vgl. Engel 2005). Nicht zuletzt nehmen Leistungserbringer im Gesundheitssystem die Berücksichtigung religiöser Vorstellungen und Bedürfnisse unter dem Leitbegriff der kultursensiblen Pflege in ihren Leistungskatalog auf: Von ambulanten Pflegediensten häufig angeboten werden dann spezifische Formen der Körperpflege, Sterbebegleitung und Totenwaschung für religiös sozialisierte Patienten (vgl. z.B. Deta-Med 2018).

Einbetten lassen sich diese Beobachtungen in allgemeine Überlegungen zu demografischen und religiösen Wandlungsprozessen: Während erstere sich u.a. in einem Trend zur Alterung der Gesellschaft widerspiegeln, zeigen sich letztere in Individualisierungs³- und Enttraditionalisierungstendenzen, die unter dem Stichwort der religiös-weltanschaulichen Pluralisierung diskutiert werden können (vgl. Jähnichen et al. 2016: 9). Zuwanderung darf dabei als ein wesentlicher Faktor betrachtet werden, der sich sowohl auf die demografische Entwicklung als auch auf die Veränderung der religiösen Landschaft in Deutschland auswirkt (vgl. Krech 2007: 33). Dass die Untersuchung dieser Wandlungsprozesse nicht nur aus wissenschaftlicher Perspektive interessant ist, sondern auch gesellschaftspolitische Relevanz besitzt, zeigt nicht zuletzt die Förderung anwendungsbezogener Forschung in

-
- 2 So macht der Religionswissenschaftler Alexander-Kenneth Nagel in einem Sample von 70 Krankenhäusern der Region Rhein-Ruhr 14 Einrichtungen aus, die explizit über einen Raum der Stille verfügen (vgl. Nagel 2017: 156).
 - 3 Volkhard Krech schlägt eine weitergehende Unterscheidung zwischen Individualisierung in der Sozial- und in der Sachdimension vor: Während erstere auch als Privatisierungsprozess verstanden werden kann, indem Religion »mehr und mehr zur Sache des einzelnen« (Krech 1999: 66) und damit zur »Sache der subjektiven Überzeugung« (ebd.: 67) wird, meine Individualisierung in der Sachdimension, dass »das Selbst zentraler Gegenstand religiöser Sinnbildung« (ebd.) wird. Dies zeige sich u.a. in religiösen Praktiken, die Selbsterfahrung und Selbstverwirklichung zum Ziel hätten (vgl. ebd.).

den Forschungskollegs NRW durch das *Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen*. Als Teil des Forschungskollegs *RePLiR (Religiöse Pluralität und ihre Regulierung in der Region)* wurde auch die vorliegende Studie dankenswerter Weise durch das Ministerium gefördert.⁴

Blickt man nun auf die gesundheitliche Versorgungslandschaft in Deutschland, fällt ein Setting ins Auge, welches sich in besonderer Weise mit sowohl demografischen als auch religiösen Wandlungsprozessen auseinanderzusetzen hat: das der organisierten Altenpflege. Während einerseits davon ausgegangen werden kann, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren kontinuierlich ansteigen wird (vgl. BiB 2019), muss andererseits damit gerechnet werden, dass diese pflegebedürftigen Menschen heterogene Lebensentwürfe und Deutungsmuster mit sich führen. Nicht zuletzt befinden sich unter ihnen auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund. Die größte Gruppe dürften dabei aktuell die im Rahmen von Anwerbeabkommen der 1950er bis 1970er Jahre immigrierten Menschen ausmachen, die mittlerweile ein Alter erreicht haben, welches eine Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich macht (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015: 4, Prätör 2008: 334f.).⁵ Betrachtet man die organisierte Altenpflege nun als Kristallisationspunkt der genannten Wandlungsprozesse, welche primär die Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Menschen zur Aufgabe hat, stellt sich die Frage, wie in diesem Setting mit Religion umgegangen wird.

1.2 Untersuchungsgegenstand und Forschungsfragen

Auch wenn es mittlerweile zahlreiche Studien zu Einrichtungen der Altenpflege und darin relevanten Berufen gibt, liegt bisher noch keine Studie vor, die sich aus religionswissenschaftlicher Perspektive, d.h. bekenntnisunabhängig und methodisch kontrolliert, mit dem Thema Religion in gegenwärtigen Einrichtungen der Altenpflege in Deutschland beschäftigt. Nicht sel-

4 Hervorgegangen ist aus der Arbeit des Forschungskollegs weiterhin ein Praxishandbuch (vgl. Jahn/Stander-Dulisch 2021), das u.a. Fallstudien der Promovenden enthält. Der entsprechende Aufsatz der Autorin (»Stationäre Altenpflegeeinrichtungen«) baut auf ausgewählten Befunden und Themen dieser Dissertationsschrift auf.

5 Genaue Zahlen zur Pflegebedürftigkeit von Migrant*innen gibt es bisher nicht, da das Merkmal der Staatsangehörigkeit bzw. des Migrationshintergrundes bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nicht erhoben wird (vgl. Kohls 2012: 92).