

## 6 Handlungsstrategien in der Palliative Care – vor dem Tod und während des Todes

---

Obwohl auf den untersuchten Stationen eine Vielzahl medizinischer Handlungen stattgefunden haben, werden sie nur in die Analyse aufgenommen, wenn sie im Zusammenhang mit alternativer Religiosität oder Religiosität im Allgemeinen stehen. Das heißt, dass Handlung selbst entweder aus einer religiösen Tradition stammt oder mit einer religiösen Vorstellung verbunden wird. Als alternativ werden zunächst jene Handlungsstrategien bezeichnet, die Merkmale einer subjektiven Religiosität aufweisen und die von den Interviewten nicht als traditionell christlich aufgefasst werden. Dies wird in Kapitel 10 diskutiert.

Zentral im Hinblick auf die Betreuung von Sterbenden wird das »Dasein« genannt. Im »Dasein« wird der körperlichen Präsenz der Betreuenden ein besonderer Stellenwert beigemessen. Bei anderen Handlungsstrategien steht im Kontrast dazu der verbale Austausch im Vordergrund oder dass Gegenstände als Hilfsmittel eingesetzt werden.

Analysiert wurden alle Handlungsstrategien mittels der Codes »Strategie«, »Bedingungen«, unter denen sie ausgeführt werden, und der »Wirkung«, die ihnen zugeschrieben wird. Ähnliche Aussagen zu Handlungsstrategien und Interpretationsweisen des Personals wurden gebündelt präsentiert und dann mit anderen Varianten verglichen. Zu den Bedingungen gehören die Unterscheidungen zwischen »institutionalisiert« und »nicht-institutionalisiert« und die Einschätzung des Zustandes der Patienten und Patientinnen. Ebenso wurde erfasst, ob die Mitarbeitenden selbst die Handlungsstrategie als religiös oder spirituell betrachten.

### 6.1 Körperliche Präsenz: »Dasein« als Handlungsstrategie

»Dasein« wurde zuerst als In-Vivo-Code in den Interviewtranskripten erfasst<sup>1</sup> und wegen seiner Prominenz als wichtiges Konzept erkannt. Das »Dasein« bildet eine Schlüsselkategorie in den erhobenen Daten, weil es, wie im Folgenden gezeigt wird, über weitreichende Unterkategorien verfügt und mit diversen Konzepten in

---

1 Unter Berücksichtigung der Dialekte.

Verbindungen steht. Zur Veranschaulichung werden jeweils jene Interviewstellen zitiert, die das Beschriebene besonders gut verdeutlichen.

Der Ausdruck »Dasein« wird, wie aus den Interviews hervorgegangen ist, von Personen aller berücksichtigter Berufsgruppen verwendet. In 14 von 21 ausgewerteten Interviews wurde wörtlich von »Dasein« gesprochen. Die Zeit, in der das Personal »da ist«, wird vielfältig ausgefüllt und interpretiert. Was unterscheidet es aber von anderen Handlungen? Auch beim Setzen einer Spritze ist die zuständige Person körperlich anwesend. »Einfach da sein« bedeutet in erster Linie eine körperliche Ko-Präsenz, während die Mitarbeitenden bei den PatientInnen anwesend sind, ohne etwas Sichtbares zu tun. Das körperliche Präsentsein macht das »Dasein« aus. Dem Personal geht es beim »Dasein« um die Wirkung ihrer Anwesenheit an sich. Die Analyse der Kategorie öffnet den Blick auf eine Bruchstelle im Spitalalltag, die ausgeleuchtet werden soll.

### 6.1.1 Der Bruch im Arbeitsalltag

Die Strategie, einfach da zu sein, setzt das Personal in beiden Spitälern ab einem Zeitpunkt im Sterbeprozess der PatientInnen ein, ab dem keine institutionellen Vorgaben mehr gemacht werden.<sup>2</sup> In diesen Situationen, in welchen das normale Vorgehen nicht mehr funktioniert – zum Beispiel keine medizinische Unterstützung mehr möglich ist –, geschieht ein Bruch in der gewohnten Arbeit.

In den meisten Fällen wird dabei auf Situationen referiert, in denen die PatientInnen nicht sprechen können, also entweder kurz vor dem Tod stehen, im Koma liegen oder schlafen.<sup>3</sup> Dies wird oft als verunsichernde Situation wahrgenommen. Trotzdem werden die Situationen in der Interaktion nicht als einseitig erfahren: In der Regel geht das Personal davon aus, dass diese Sterbenden wahrnehmen, was mit ihnen selbst und in ihrem Umfeld geschieht. Obwohl sie nicht mehr verbal kommunizieren, werden ihnen Wahrnehmungsfähigkeiten zugesprochen und Reaktionen auf einer nonverbalen Ebene auf das »Dasein« des Personals werden beschrieben. Gemäß S2 (56–58), S3 (69), S4 (308–322) und Psy 1 (248) ist das Gehör das noch aktive Organ, nach P1 (190–194) die taktile Körperwahrnehmung. So sagt zum Beispiel S4:

Also das Gehör ist, was zuletzt eigentlich stirbt. [...] Weil [...] es ist ja ein Schwingungsorgan. [...] Und Schwingungen sind ja sehr immateriell. Ist ja nicht ma- nicht

2 Ob diese Handlungsstrategie dennoch zum Berufsbild der Angestellten gehört, war nicht eindeutig bestimmbar. In diesem Unterkapitel wird hauptsächlich mit den Codes der Handlungsbedingungen gearbeitet.

3 Vgl. S3: 68, 79, 162–179; S2: 314; S4: 326–328; F2: 76, 80; Psy1: 248; P1: 190; P8: 69.

mehr materielle. Ist ja schon ganz nahe an der Seele [...]. Die nur aus Schwingung besteht (S4: 316–318).<sup>4</sup>

In diesem Zitat wird zudem deutlich, inwieweit diese Annahmen mit Vorstellungen von immateriellen anthropologischen Komponenten zusammenhängen können – die Fähigkeit, zu hören, scheint für S4 näher an der »Seele« zu stehen als andere Sinneswahrnehmungen. Dass das »Dasein« an einer Bruchstelle eingesetzt wird, zeigt sich beispielsweise bei zwei Seelsorgenden in einer Grundunterscheidung, die sie in den Interviews ziehen: Sterbende werden in jene unterteilt, die noch sprechen können,<sup>5</sup> gegenüber denjenigen, die näher am Tod sind und nicht mehr sprechen können.<sup>6</sup> Es handelt sich um eine Unterscheidung, die einerseits mit dem Zeitverlauf, andererseits mit dem Zustand der Sterbenden zusammenhängt. S4 stellt das so dar:

[D]ementsprechend ist es manchmal ä äh: (1) so, dass man Personen trifft, denen es noch gut geht, und die brauchen die Auseinandersetzung. Die brauchen einen Gesprächspartner (S4: 17).

[Das] Kennzeichen von denjenigen, die ganz nahe beim Sterben sind, ist, dass sie in der Regel nicht mehr sprechen (S4: 304).

Bei S4 lösen die Situationen, in denen die PatientInnen nicht mehr sprechen können, Unsicherheit aus, was dazu führt, dass er »einfach da ist«:

Und damit rechne ich sehr. Dass alle Sterbenden, obwohl sie nicht mehr sprechen (.) und scheinbar auch nicht mehr groß reagieren (.) sehr wohl noch hören. [...] und DANN ist die Frage, was passiert dann. [...] Und es gibt Leute (2) bei denen ist es einfach gut, dort zu sein. [.] Ich merke selber. Dort bin ich schon in einem gewissen Sinn Maß unsicher. [...] Dort muss ich mich sehr auf mein Gefühl verlassen (S4: 322–330).

Wie in seinen Erklärungen deutlich wird, ist diese Unsicherheit besonders prägnant, wenn die PatientInnen nicht christlich sind und sich nicht mehr zu ihren Bedürfnissen und Wünschen äußern können:

Bei den Nicht-Christen oder bei den Personen, die sich nicht mehr ähm zum Christentum zählen, merke ich manchmal, dass es noch SCHWIERIG ist, weil wir wenig, ich sage mal Wortschatz, haben. Ritualen (.) Wortschatz (S4: 382).

4 Die Zitate wurden zwecks Anonymisierung vom Dialekt ins Schriftdeutsche übersetzt.

5 Vgl. S2: 34–54, S4: 17.

6 Vgl. S2: 56, S4: 21, 303 f.

Also ich muss entweder die Patientin schon vorher gekannt haben, und dann kann ich aufgrund von ähm (3) was ich von ihr erfahren habe, ja (.) erspüren, was passen könnte (S4: 372).<sup>7</sup>

Die Psychologin Psy<sub>1</sub> in Spital Rotach beschreibt das »Dasein« ebenfalls in Situationen, in denen das Gegenüber im Koma liegt oder nicht mehr sprechen kann. Es wird jedoch nicht ersichtlich, ob das für sie einen Bruch darstellt oder nicht. In Spital Heckenbühl hat die Psychologin Psy<sub>3</sub> nur wenig mit Sterbenden zu tun (Psy<sub>3</sub>: 25).

Für die Pflegenden in Spital Rotach steht der Bruch an einer anderen Stelle. P<sub>5</sub> spricht beispielsweise von »Dasein«, wenn sie jemandem zuhört, der bei Bewusstsein ist und Sinnfragen hat (vgl. P<sub>5</sub>: 33–35).<sup>8</sup> Für sie hat das »Dasein« mit Situationen zu tun, in denen die PatientInnen noch verbal interagieren können. Trotzdem ist dies ein Kontrast zu ihrer gewohnten Arbeit und der Ausbildung.

[D]as, was du in der Ausbildung gemacht hast, oder, in [...] meiner ganzen Arbeit hat mich das begleitet, das (.) das Schnell- das Schnelllebiges. [...] und dann zu merken, ja okay, der Patient braucht jetzt Ruhe. Und der braucht jetzt, da kannst du nicht einfach schnell fragen, was er zu essen will, sondern. Der möchte jetzt vielleicht einfach mal, dass du mal ein bisschen dort sitzt (P<sub>5</sub>: 174).

Die Körpertherapeutin KT<sub>1</sub> ist »einfach da«, wenn jemand näher am Tod ist (KT<sub>1</sub>: 86–94). Während sie bei den Anderen körperliche Techniken anwendet und auch Gespräche zu ihrer Aufgabe zählt (s. z. B. KT<sub>1</sub>: 48, 80–84), wird bei den Sterbenden ihrer Ansicht nach der Körper weniger wichtig und sie empfinden Berührungen sogar als störend und behindernd im Prozess des Sterbens (KT<sub>1</sub>: 88, 102). Dieser Prozess gehe ohne ihre Hilfe. Sie könne lediglich »den Rahmen geben« (KT<sub>1</sub>: 88–94):

[W]enn Leute am Sterben sind, dann fasse ich sie eigentlich nicht mehr groß an. [...] Dann habe ich oft den Eindruck, dass sie wie selbst (.) mit dem Prozess beschäftigt sind, dass sie, ähm, dass es ihnen zu viel ist. Wenn jetzt jemand von außen kommt und auch noch etwas mit einem macht (KT<sub>1</sub>: 86–88).

Für die Pflegenden in Spital Heckenbühl spielt das »Dasein« nur eine marginale Rolle, dies ist aber ebenso wie für KT<sub>1</sub> im Kontext zu sehen, dass Sterbende Berührungen nicht mehr als angenehm empfinden und somit weniger pflegerische Handlungen gemacht werden können (P<sub>1</sub>: 190–104).

<sup>7</sup> Vgl. auch S<sub>4</sub> (330, 382) und Kapitel 6.1.2.

<sup>8</sup> Vgl. auch P<sub>6</sub>: 15–17; P<sub>8</sub>: 69.

Für die Freiwilligen hingegen ist die Situation anders. »Dasein« ist für sie die Hauptaufgabe und gehört zu ihrem Auftrag. So formuliert zum Beispiel F3:

Weil man einen Befund hat, einen, äh medizinischen, der halt tragisch ist (.) und dann kann man in der Nacht nicht schlafen, und wir machen ja, eben die Nacht- und Krisenbegleitung, nichts, ähm, HILFE oder in medizinischer Hinsicht (.) und wir sind wirklich einfach nur DA (F3: 29).<sup>9</sup>

Die Freiwilligen in Spital Heckenbühl sehen diesen Teil ihrer Arbeit als besonders relevant: Die Aufgaben, wenn die PatientInnen Angst haben oder kurz vor dem Tod nicht mehr ansprechbar sind, nehmen sie als befriedigender wahr, als Situationen, in denen »äußerlich« etwas für den Körper getan werden kann.<sup>10</sup> Situationen, in denen die PatientInnen wach sind und man zum Beispiel ein Getränk bringen muss, werden als »einfach« (F2: 290–292) oder »banal« (F2: 180–182, F5: 93–95) beschrieben. Nur die interviewte Freiwillige in Spital Rotach setzt das »Dasein« mit äußerlichen Handlungen wie zum Beispiel mit Körperpflege gleich (F6: 93–99), die mit ihrer Präsenz »mit allen Sinnen« einhergehen (F6: 55, 91).

Das ärztliche Personal machte in den Interviews entweder explizit, dass es keine Zeit zum »Dasein« habe (K2: 247f.), was Frust auslöse, oder es wurde keine entsprechende Situation beschrieben (A1).

Der Verweis auf das »Dasein« ermöglicht einen Rückschluss auf das Rollenverständnis der Mitarbeitenden, weil es in den Situationen ausgeführt wird, in denen die berufstypischen Tätigkeiten nicht möglich sind. So sehen sich die interviewten Seelsorgenden als Gesprächspartner vor allem für christliche PatientInnen, während das Pflegepersonal generell für körperliche Belange zuständig ist und Zeit zum Zuhören als Ausnahme erlebt. Auch die Körpertherapeutin sieht den Körper als Ansatzpunkt, wo sie im Gegensatz zu den Pflegenden Gespräche mit einbindet, und beschreibt das »Dasein«, ohne etwas zu tun, als Seltenheit, weil sie in solchen Fällen gar nicht mehr gerufen wird. Das interviewte ärztliche Personal hat hingegen generell wenig Zeit, weshalb es nie »einfach nur da sein« kann. Die Freiwilligen sind hingegen nicht für medizinische Aspekte, sondern nur zum »Dasein« bei den Sterbenden.

## 6.1.2 Erkennen der Bedürfnisse unter erschwerten Bedingungen

Das Personal will die Handlungsstrategien, die unter dem Begriff »Dasein« subsumiert werden, so gut wie möglich den Bedürfnissen der PatientInnen anpassen. Da sich diese jedoch nicht mehr verbal äußern können und die Handlungen weit-

<sup>9</sup> S. auch die E-Mail von S3 vom 16.03.2015; F6: 45.

<sup>10</sup> Vgl. F2: 296; F3: 27, 152; F5: 99.

gehend nicht über die Institutionen geregelt sind, ist das Personal auf die eigene Einschätzung der Situation angewiesen.<sup>11</sup> Diese wird meistens mit Referenz auf das eigene Gefühl getroffen.<sup>12</sup> Dies wird von S4 explizit ausgeführt, weshalb er im folgenden Abschnitt nochmal als Beispiel dient:

Also entweder muss ich entweder die Patientin eben schon vorher gekannt haben, und dann kann ich aufgrund aufgrund von dem ähm (3) was ich äh erfahren habe (.) erspüren, was passen könnte (S4: 372).

Der Intellekt werde dann bewusst nicht eingesetzt:

Es geht echt nicht ohne [Intuition]. Weil mit Überlegen, weißt du (1) \*atmet aus\* es ist in diesem Moment ist so viel Dynamik da. Wenn ich da nach einem Konzept gehen würde. Sage ich mal. Nach einem Papierkonzept. Dann hält das manchmal dieser Dynamik, die in einem solchen Zimmer drin stattfindet, nicht stand. [...] Das musst du nicht aus dem Kopf überlegen. Da musst du aus dem Bauch raus (.) handeln können. Sonst bläst es dich weg (S4: 408–412).

Intuition und das eigene Gefühl werden somit als Gegenüberstellung zum Intellekt und zur Rationalität verstanden. So formuliert zum Beispiel P5 explizit, dass sie für gewisse Handlungen gar keine rationale Erklärung will:

JA, viel machst du wirklich einfach so, weiß auch nicht (.) aus einem Gefühl heraus. Kannst es gar nicht erklären. [...] Ich finde, es braucht auch nicht alles eine Erklärung. [...] Du musst auch gar nicht danach suchen. [...] Vielleicht irgendwann hast du dann ein Aha-Erlebnis oder sonst halt nicht (P5: 218–222).

Einige der Interviewten spezifizieren, was sie unter dem »eigenen Gefühl« verstehen: Teils schätzen sie anhand kleiner Körperbewegungen oder der Atmung des Gegenübers ein, ob die eigene Handlung für die andere Person angenehm oder unangenehm ist,<sup>13</sup> teils verknüpfen sie die Referenz auf das Gefühl mit »Intuition«, die wiederum mit religiösen Vorstellungen verbunden werden kann.<sup>14</sup> S4 übernimmt beide Positionen.<sup>15</sup> Einerseits beschreibt S4 die Intuition als etwas, das er

11 In diesem Abschnitt wurde hauptsächlich mit den Codes der Referenzen gearbeitet. So wurde erfasst, auf welche Instanz zur Begründung der Handlungsstrategien referiert wurde.

12 Vgl. u. a. F2: 206; S3: 81; P1: 202; F3: 106; F5: 129; Psy1: 252; S4: 330. Ein Ausnahmefall unter den interviewten Personen ist F2: Er bezieht sich sehr häufig auf seine tibetisch-buddhistischen Lehrer.

13 Vgl. u. a. P1: 208; F2: 206; F3: 378; A1: 85–92.

14 Vgl. u. a. S3: 73; F3: 370; S4: 408–412.

15 Ebenso wie A1 (100–102) und F3 (370–378).

durch Selbsterkundung mittels religiöser Praktiken üben kann: »Die Intuition ist ein Geschenk und das andere ist, dass ich das natürlich ÜBE« (S4: 416). S4 tut dies mittels einer japanischen Kampfkunst (vgl. S4: 442, 462) und dem Enneagramm (vgl. S4: 424–430). Auch Meditation und die Selbstreflexion im Theologiestudium (vgl. S4: 418) oder im Gespräch mit anderen (vgl. S4: 416) haben ihm geholfen, die Intuition zu entwickeln.

Das andere ist schon einfach diese Schulung, sei es im Bereich Kontemplation (.) ich habe eine Zeit lang viel meditiert [...]. In letzter Zeit habe ich mehr, weniger Meditation oder Kontemplation im engeren Sinn gemacht. Habe mehr [Kampfkunst]<sup>16</sup> gemacht (S4: 440–442).

Ganz trennscharf ist die Unterscheidung »Beobachtung« und »Intuition« jedoch nicht. So formuliert S4 andererseits, wie er an körperlichen Reaktionen der PatientInnen erkenne, was für diese gut sei.

Ich muss dann (.) auf die feinen Handbewegungen, wenn ich meine Hand auf seine Hand lege. Dann spüre ich, wann jemand sie wie leicht zurückzieht, darf ich nicht. [...] Oder ich spüre manchmal auch, ob es wie einen Widerstand dagegen gibt oder ob es gut ist. [...] Das ist schon ein wenig wirklich Schulung der Intuition, oder (S4: 332 f.).<sup>17</sup>

Religiöse Vorstellungen zeigen sich beispielsweise bei F5, die Intuition auf einer feinstofflichen Ebene verortet. Sie ist somit Teil eines bestimmten Menschenbildes.

Und dass er [der Mensch] einen Körper hat, und dass dazwischen so verschiedene feinstoffliche: ähm (1) ja also mehr das Emotionale zum Beispiel. Und dann hat äh das das Verstandesmäßige: äh dann gibt es glaub gibt es noch einen höheren (.) also der der Teil des Intellectes, der der die Intuition ist, oder? Der der schon ein wenig das Ganze erfasst (F5: 159).<sup>18</sup>

### 6.1.3 Mit dem »Dasein« verbundene Handlungsstrategien

Die Ko-Präsenz während des »Daseins« wird als Zeitraum für verschiedenste Handlungsstrategien genutzt. Erfasst wurden diese mit den Codes der Strategien. Diese gehen von reinem Anwesendsein, Zuhören oder Berühren über innerliche

16 Zur Anonymisierung wurde der Name der Kampfkunst hier durch den Überbegriff [Kampfkunst] ersetzt.

17 Vgl. auch F3: 372–378.

18 Auch F3 (370) ordnet die Intuition auf dieser Ebene ein.

Kommunikation mit den Sterbenden bis hin zu Meditationstechniken und Gebeten aus verschiedenen religiösen Traditionen. Die Anwesenheit bei den Sterbenden bildet die Grundlage für die anderen Handlungsstrategien und wird von den Interviewten fast immer genannt.<sup>19</sup> Oft werden feine Berührungen angewendet, zum Beispiel wird die Hand gehalten.<sup>20</sup> Intensivere Berührungen wie Massagen werden eher vermieden, wenn eine Person nach der Einschätzung des Personals nahe beim Tod ist. Diese Maßnahme wird über das eigene Gefühl begründet und mit unterschiedlichen Vorstellungen verknüpft. Bei KT1 (112), F2 (82–86, 102–112) und F5 (131) hat das mit der Vorstellung zu tun, dass das Immaterielle nicht mit der Materie zurückgehalten werden soll. P1 (185–232) hingegen berührt die PatientInnen weniger häufig und weniger stark, weil sie aus den Gesichtszügen herausliest, dass dies mehr den Bedürfnissen entspricht und weniger stört. Das heißt zum Beispiel, dass statt des ganzen Körpers nur das Nötigste gewaschen wird.

Die Seelsorgenden greifen während des »Daseins« auf christliche Rituale zurück, wenn sie wissen, dass eine Person christlich ist. S3 und S4 beschreiben, wie sie bei Personen, die im Koma liegen, eine Segnung vornehmen, die ähnlich wie eine Krankensalbung abläuft.<sup>21</sup> S2 praktiziert hingegen in dieser Situation das Herzensgebet, eine Meditation, in der man sich gedanklich auf den Namen Jesus Christus fokussiert.

Und da bin ich aber, und das mache ich wirklich nur bei Personen, von denen ich weiß, dass, dass äh, dass Glaube eine Rolle spielt. Gespielt hat in ihrem Leben (S2: 70).

Interessant ist, dass auch bei diesen christlichen Praktiken nicht-christliche Elemente einfließen können: S2 beschreibt eine Situation in der Intensivstation, in der er »da ist« (S2: 106) und das Herzensgebet praktiziert. Für diese Meditation nimmt er eine Körperhaltung ein, die gemäß seiner Beschreibung aus dem Zenbuddhismus stammt. Er habe diese Technik im Lassalle-Haus erlernt und sie helfe ihm, die »Energie« fließen zu lassen.

Eine [...] ist ja so der Lotussitz, oder die Lotushaltung. Und auch dann sind zwar die Hände nicht zusammen, aber auch dann hat man die beiden Finger=[Ja] zusammen, einfach damit, damit es einen Kreislauf gibt. Im Körper. [...] Damit die Energie nicht dann irgendwo blockiert ist [...]. Also damit, damit es rund fließen kann (S2: 531–533).

19 Vgl. S2: 324; S3: 87; KT1: 88, 94; F2: 206; F3: 154; F6: 91; Psy1: 212, 246, 264. Eine Ausnahme bildet F5, die unter »Dasein« nur Zuhören versteht.

20 Vgl. S2: 324; S3: 75; S4: 328; F2: 206; F3: 182, 184, 103; P1: 200; Psy1: 264.

21 Vgl. S3: 89; S4: 326–342, 350.

Wenn die Seelsorgenden wissen, dass die sterbende Person nicht christlich war, oder wenn keine Informationen diesbezüglich zur Verfügung stehen, wollen sie nicht auf christliche Handlungsstrategien zurückgreifen, um ihr nichts aufzudrängen. Das wird als schwierige Situation beschrieben. So formuliert zum Beispiel S4:

Dann: ist man so ein bisschen rituell (.) sprachLOS. [...] Und das ist zum einen (.) eine Einladung zur Innovation. [...] Aber manchmal auch eine Not. Dass man dann wirklich äh sprachlos ist. Das ist nicht angenehm (S4: 386–390).

Er versucht, seine Intuition mittels des Enneagramms und der Kampfkunst zu schulen, um in diesen Situationen besser reagieren zu können (s. o.), das heißt, dass er in diesem Zusammenhang alternative Techniken anwendet. S3 löst das Problem, indem sie sich an ihre Vorschriften als katholische Seelsorgerin hält und nur Personen besucht, die christlich sind oder die ihren Besuch explizit wünschen. Letzteres geht jedoch nur, wenn sie noch sprechen können oder wenn S3 schon vorher mit ihnen in Kontakt war (vgl. S3: 303–317). S2 nimmt bei nicht christlichen PatientInnen dieselbe buddhistische Meditationshaltung wie beim Herzensgebet ein, versucht aber, anstatt den Namen Jesus Christus zu rezitieren, in einen inneren Kontakt mit der Person zu treten (vgl. S2: 84–92, 172).

Und wenn ich, wenn ich mir unsicher bin und wenn ich es nicht weiß, dann (2) dann probier ich so mit dieser Person in Kontakt zu kommen – das tönt jetzt vielleicht sehr abstrakt und komisch – aber wie, wie auf einer, also dann spreche ich mit dieser Person, aber, aber (2) nur innerlich (S2: 172).

Die Seelsorgenden haben demgemäß in den Situationen, in denen sie nicht auf ihre gewohnten Ressourcen zurückgreifen können, die Möglichkeit, die Situation zu umgehen oder aber auf Alternativen umzuschwenken.

Das »Dasein« öffnet nicht nur S2 einen Zeitraum zum Meditieren. F2, der zum tibetischen Buddhismus konvertiert ist, beschreibt, wie er zur Unterstützung der Sterbenden tibetisch-buddhistische Praktiken ausführt.

Auch ein Werkzeug (.) das ich bekommen durfte, von einer Lehrerin, äh, vorbei bei Bewusstseinsübertragung im Zeitpunkt des Sterbens. Oder. S- sie sagen, das Bewusstsein, sie sprechen, ich weiß nicht, ob du schon davon gehört hast, von diesen Energiezentren, auch, wie die Chinesen von Chakras und so, und das Bewusstsein darin, es hat e- vorteilhaft sollte das Bewusstsein beim Sterbezeitpunkt zum ähm, Scheitelchakra, zum Scheitelchakrazentrum HINAUS=[Mhm.], oder. Und

dann gibt es gewisse: (.) äh, Visualisierungstechniken, wo du wie das Gegenüber, das am Sterben ist, das damit positiv unterstützen kannst (F2: 68).<sup>22</sup>

F5 praktiziert während des »Daseins« eine weitere Art der Meditation: Wenn jemand im Koma liegt oder schläft, stellt sie sich vor, wie sie nach der Phyllis-Krystal-Methode ein Energiedreieck um die Sterbenden bildet.

Also [man] setzt sich ins Zentrum (.) macht einen Lichtkreis um den, um den Patienten oder um den Sterbenden oder was auch immer (.) oder (.) und ein Lichtdreieck nach oben. [...] Aber das Ganze soll ein Symbol sein und äh die Spitze von, von dem Dreieck symbolisiert ä:hm (.) das höhere Selbst, oder Gott oder was [...]. Einfach das, was unser äh unser beschränktes Individuelle übersteigt und viel größer ist. Also von dem wir eben auch ein Teil sind [...]. [U]nd dann war ich einfach, wie unter einer Energied- und ah, die die gelegen ist, hat total gestöhnt und es ging ihr nicht gut, oder (.) äh und dann war ich, wie untere einer Energiedusche (F5: 71–73).

Als letzte Art von Meditation im Kontext des »Daseins« werden von Psy1 Imaginationsübungen genannt. Diese unterscheiden sich von den anderen insofern, dass Psy1 dabei laut mit der sterbenden Person spricht:

Oder wenn es ums Sterben geht, du kannst dir das ja vorstellen, dann gehst du und kommst zu einem kleinen Bach und gehst jetzt diesem Bach nach und je nachdem beschreibe ich nur, wenn jemand nicht mehr sprechen mag, oder ich frage, wo denn dieser kleine Bach hinführt, gehen Sie dem mal nach (.) und dann erzählt die Patientin, was sie jetzt sieht, jetzt kommt sie unter einer Brücke durch (.) jetzt (.) fließt sie durch ein Städtchen, jetzt (.) kommt das und das, bis sie am Schluss am Meer ist. [...] Und das ist natürlich ein Bild, wo: quasi (.) das Sterben als der Fluss im Meer endet (Psy1: 274–276).

Mit den Meditationstechniken werden Postmortalitätsvorstellungen und Vorstellungen davon, woraus der Mensch bestehe, verknüpft. Das wird in Kapitel 8 wiederaufgenommen und ausgeführt. Ansonsten sind Singen<sup>23</sup> und Beten wichtige Techniken, während denen man »einfach da ist«. Mit Beten wird jedoch nicht immer das christliche Gebet bezeichnet: F2 bezieht sich mit diesem Wort auf tibetisch-buddhistische Mantras und F5 deutet an, dass sie darunter eine »Lichtmeditation« versteht (s. u.).<sup>24</sup> Auch mit Singen können religiöse Vorstellungen verbunden sein. Psy1 verweist auf ihr Verständnis von Psychotherapie: Es sei »nicht

22 Neben den Visualisierungen rezitiert er Mantras (vgl. F2: 90).

23 Vgl. S2: 114, 58–62; S4: 338; Psy1: 245, 250, 252.

24 Vgl. S3: 77; S4: 342; F2: 90, 238–240; F5: 110.

Psychotherapie im klassischen Sinne« (Psy1: 258), sondern im »ursprünglichen Sinn«, dass *therapeyon* »der Seele dienen« bedeute. »Und wenn ein Lied ihrer Seele dient, dann ist das das Richtige für sie« (Psy1: 258–260).

F3 (154) und Psy1 (265) kombinieren ihre Präsenz am Krankenbett wie S2 (s. o.) mit einer innerlichen Kommunikation mit den Sterbenden. F3 (154) führt an einem Beispiel aus, wie sie einer Patientin von einem Buch von Monika Renz erzählt und vom Konzept des »Hinübergehens« (F3: 182, 184, 192), um ihr das Sterben zu erleichtern. F3 vertritt somit die Idee, dass Gedankenübertragung etwas bewirkt und dass, wie weiter unten ersichtlich, eine nicht-materielle Komponente der sterbenden Person dadurch »gehen« kann. Damit bezieht sie sich nicht explizit auf eine religiöse Tradition, sondern auf ihre persönliche Wahrnehmung. Auch die Freiwillige F6 aus Spital Rotach beschreibt, wie sie innerlich zum »Äther« spricht, der sich zwischen den Menschen befinde (F6: 154, 156), um den Sterbenden zu helfen. Sie deklariert das als »spirituelle Gedanken«. Auch atmet sie mit den PatientInnen, damit diese und sie selbst in eine ruhige Schwingung hineinkommen (F6: 176–204). Dies erklärt sie mit dem Tibetischen Totenbuch, nach dem das Luftelement zuletzt losgelassen werde (F6: 196, 213, 227–241).

Während die bisher genannten Berufsgruppen eher Handlungsstrategien erwähnen, die in Gedanken ausgeführt werden, schildert das Pflegefachpersonal äußerlich sichtbare Handlungen. Von einer Pflegefachfrau P1 wird Aromatherapie in Form von Raumbeduftung mit »Dasein« in Verbindung gebracht (vgl. P1: 188, 194), von P5 (33, 35) und P8 (161) das Zuhören. Sie haben in der Regel weniger Zeit, bei den PatientInnen zu sitzen, wenn diese im Koma liegen, denn auch dann gibt es aus pflegerischer Sicht noch viel zu tun. Wenn aber die PatientInnen das Bedürfnis zu sprechen haben und man zuhören muss, können pflegerische Tätigkeiten nicht mehr ausgeführt werden. Raumbeduftung hat den Vorteil, dass sie gleichzeitig mit anderen Tätigkeiten ausgeführt werden kann. Zuzuhören wird von den Pflegenden nicht mit religiösen Glaubensvorstellungen in Verbindung gebracht.<sup>25</sup> Die Freiwillige F5, die unter »Dasein« ebenfalls Zuhören versteht (F5: 525), interpretiert dies jedoch religiös: Das Zuhören habe ihr ermöglicht, zu einem »Medium« zu werden.

[D]ann reicht's eigentlich schon, dass jemand da ist und wirklich zuhört- Dann muss man nicht irgendwie (.) gut, als ich dann gefragt habe <Sie, dann haben Sie die Erfahrung gemacht=[Mhm.], dass Sie nicht der Körper sind.> Oder? DA hatte ich das Gefühl, DAS hätte mir sei mir irgendwie in den Mund gelegt worden, dass ich, dass ich ihm die Frage gestellt habe (F5: 254).

25 Inwiefern Aromatherapie einen Bezug zu alternativer Religiosität hat, wird in Kapitel 6.3.1 ausgeführt.

Ein Element, das bezüglich dieser Handlungsstrategien immer wieder genannt wird, ist die Betonung des Wortes »einfach«. Damit spezifizieren die interviewten Personen die ausgeführten Handlungen. Einfach ist der Gegensatz zu kompliziert. Das Wort »einfach«<sup>26</sup> weist darauf hin, dass die Interviewten denken, sie hätten etwas Komplexeres tun sollen oder dass sie das »Dasein« als Gegensatz zu komplexen Handlungsstrategien erleben. Es wird aber je nach Kontext noch mit anderen Dimensionen aufgeladen. Für F3 (29, 182, 192) steht es im Zusammenhang damit, dass sie in einer Situation nicht weiß, was sie tun soll. Deshalb tut sie das Naheliegendste und hält die Hand, die diese Frau ihr entgegenstreckt. Sie beschreibt damit Hilflosigkeit ihrerseits und auch die Überraschung, dass ihre simple Handlung dieser Person gut tue und diese sich beruhigen könne (F3: 184–186). Das bestätigt sich auch in der zweiten Stelle, in der F3 das »Dasein« mit dem Wort »einfach« verknüpft: Sie ist bei einer unruhigen Person und will etwas tun. Sie steht immer wieder auf, bis sie merkt, dass das »Dasein« zur Beruhigung der sterbenden Person ausreicht (F3: 150–162). Der einfachen Handlung wird eine beruhigende Wirkung zugesprochen (vgl. auch S3: 79). Für S4 (322–330) hat das »einfach« damit zu tun, dass er nichts Kompliziertes tun soll. Er will damit ausdrücken, dass er nicht lange überlegen muss, sondern sich auf sein Gefühl verlassen kann. Auch P5 drückt mit »einfach« (P5: 218, 222) einen Gegensatz zu rational und erklärbar sowie zu schnell und effizient aus. Zudem verweist sie damit auf das Bedürfnis der Sterbenden nach dieser Einfachheit (P5: 174). Der Begriff »einfach« betont zusammengefasst den Gegensatz von »Dasein« zu komplex, hektisch und auch zu biomedizinischen Handlungen. Zudem kann damit Hilflosigkeit und auch Überraschung über die Wirkung des »Daseins« ausgedrückt werden.

Die meisten der bis jetzt genannten religiös konnotierten Strategien, wie beispielsweise die Meditationen und das innerliche Sprechen, werden in Spital Heckenbühl durchgeführt, dem Spital ohne Palliativstation. Auf der Palliativstation werden eher diejenigen Handlungsstrategien zum »Dasein« gezählt, die sich auf einer empirischen Ebene bewegen, also nicht mit Glauben verbunden werden, so zum Beispiel das Zuhören vonseiten der Pflege oder Singen von der Psy1 und dem Seelsorger S4. Auch die F6 (93–99) zeigt anfangs ein sehr praktisches Verständnis von »Dasein«. Daran lässt sich die Differenz zwischen den Handlungsstrategien in Spital Heckenbühl und in Spital Rotach präzisieren: In Spital Heckenbühl werden religiös konnotierte Strategien, abgesehen von der Aromatherapie, eher innerlich durchgeführt und meistens über das persönliche Empfinden legitimiert. In Spital Rotach hingegen nennen die interviewten Personen bezüglich des »Daseins« nur äußerlich sichtbare Handlungsstrategien, die zudem über einen Traditionsbezug verfügen.

26 Vgl. z. B. F3: 154, 184; S3: 79; S4: 326; Psy1: 274–276; P5: 174, 216.

### 6.1.4 »Dasein« zur Unterstützung des Sterbeprozesses

Was wird nun den Handlungsstrategien, die im Konzept des »Daseins« gefasst werden, für eine Wirkung zugeschrieben? Dieser Frage wird mittels einer Codierung der »Wirkung« der Handlungsstrategien nachgegangen. Fast alle Interviewten betonten, dass sie durch ihre Präsenz die betreuten PatientInnen beruhigen konnten.<sup>27</sup> Die Mitarbeitenden erklären diese beruhigende Wirkung auf verschiedene Arten. Ganz praktisch beschreiben F2 und F3, wie die PatientInnen dadurch, dass jemand da ist, weniger Angst haben, weil sie nicht alleine sind (F2: 262) und auch, weil »er [der Patient] muss nicht zuerst klingeln und lange warten, bis jemand kommt« (F3: 170). Ganz selten findet sich ein Beispiel, bei dem schon dem »Dasein« selbst eine beruhigende Wirkung zugesprochen wird: Die freiwillige Mitarbeiterin F3 in Spital Heckenbühl berichtet von einem Fall, in dem sie nur anwesend war.

Und e-er war sehr unruhig [...] und immer, wenn er erwachte äh (.) bin ich auch aufgestanden [...] und mit der Zeit in den acht Stunden habe ich auch gemerkt, dass ich nicht immer aufstehen muss (.) und es hat ihm einfach gereicht zu sehen, dass jemand da ist (F3: 154).

Die meisten der Interviewten referieren auf eine immaterielle Ebene: Zum Beispiel S3 (79) und F3 (154, 160–162) schildern, wie sich durch ihr »Dasein«, also die körperliche Präsenz, die »Atmosphäre« im Raum verändere.

Mir scheint, das ist schon recht irrational, aber die Atmosphäre (.) verändert sich oft. [...] Es ist oft, wird friedlicher, wenn, wenn jemand kommt und einfach dableibt (S3: 79).

Obwohl ein Bruch in der Arbeit stattfindet, durch den das Personal nur noch da sein kann, sieht es sich weiterhin als handlungsfähig. Der Einfluss geht so weit, dass zum Teil angenommen wird, erst diese ruhige Akzeptanz ermögliche es, zu sterben. Man muss sie also erreichen, um sterben zu können. Die oben erwähnte F3, welche einer Patientin »innerlich« von einem Buch und dem darin thematisierten »Hinübergehen« erzählt, sieht den darauffolgenden Tod der Patientin als die Wirkung dieses Gesprächs:

[D]ie eine Frau, die äh (.) Mühe hatte zum Sterben und AUCH sehr unruhig war [...]. Habe das wirklich einfach nur (.) ihre Hand gehalten und dann so (.) mit ihr äh (.)

27 Vgl. S2: 106–110; S3: 79–81; F2: 206, 90; F5: 107, 285–287; F6: 166; P1: 194–198, 188; P8: 153; Psy1: 284; so auch KT1: vgl. Beobachtungsprotokoll 12.03.2014.

nonverbal kommuniziert (.) und dann [...] ist sie dann tatsächlich also gestorben (F3: 182, 184, 192).<sup>28</sup>

S4 sieht den Tod als Übergang und versteht dementsprechend sein »Dasein« bei Sterbenden, ebenso wie die Krankensegnung, als Hilfe bei diesem Übergang.

Indem [...] ich den Menschen klar segne (.) dass etwas wie [...] hin und her ist. Das Sterben selbst ist ja (.) so wie ein Übergang. Auf einer Brücke, oder. Zwischen dem einen Ufer und dem anderen. Gehöre ich jetzt noch da hin, auf (.) die Welt sage ich jetzt mal (.) oder gehöre ich schon ins Jenseits. Oder. Das ist das IST ja der Übergang. Und für mich hat das<sup>29</sup> so eine klärende Funktion. Ja jetzt ist gut (S4: 350).

Für F2 ist die Meditation, die er beim »Dasein« praktiziert, mit der Jenseitsvorstellung von einem »reinen Land« verknüpft (F2: 242–244) sowie mit der Vorstellung einer »Seele«, die durch Körperkontakt dabehalten werden kann.

Sie [die Buddhisten] gehen davon aus, dass das Bewusstsein aus dem Körper tritt, und dann irgendwann später [unverständlich] vierzig Tage in einem neuen (.) Körper gebir- äh geb- geboren werden (.) ob das menschlich ist oder was auch immer (F2: 106).

Und durch die Meditation will er diesen Prozess unterstützen:

[Das sind] so gewisse Silben, die du äh, die du dann ausstößt (.) eine zentrale Silbe, die du dann sagst. Und damit hilfst du eigentlich dem Patienten (.) also sagt man, man hilft damit [...] das Bewusstsein zu übertragen (F2: 238–240).

Diese Einstellung beeinflusst auch Handlungen, die F2 nach dem Tod der betreuten Person ausführt:

[W]enn du den Körper überall anfasst, dann ist das Bewusstsein noch nicht, es ist ein wenig ein Prozess, das nicht ganz draußen ist, dann holst du es wieder in den Körper zurück [...] und störst den Prozess- [...] zumindest für zwei Stunden habe ich das zuerst mal ruhen lassen, die Frau [...] und wieder zwei Stunden für mich Zeit genommen, noch mehr zu zu versuchen zu beten, versucht sie zu unterstützen. [...] In dem Prozess. Und nachher habe ich das ganze Karussell kommen lassen, oder (F2: 106–112).

28 Vgl. auch F6 (154, 156), die innerlich zum »Äther« spricht, damit die Sterbenden loslassen können.

29 Mit »das« bezieht er sich auf die vorgehend ausgeführten Handlungen, das »Dasein«, das Singen, Beten und Segnen (S4: 326–344).

Durch intensive Berührungen halte man die verstorbene Person im Körper zurück. Wenn die Berührung unterlassen werde, könne die immaterielle Komponente »gehen«.<sup>30</sup>

Einige der Interviewten beschreiben auch eine positive Wirkung vom »Dasein« auf sich selbst: Es wirke beruhigend,<sup>31</sup> gebe Raum für ihre religiöse Praxis<sup>32</sup> und sei persönlich befriedigender als andere Handlungen.<sup>33</sup> Insbesondere Meditationen wird eine Wirkung auf die ausführende Person zugeschrieben. F2 will durch sie Auswirkungen auf seinen eigenen Sterbeprozess und seine Wiedergeburt erlangen:

Und, dass unsere Handlungen, das ist jetzt meine Überzeugung, also unsere Handlungen im jetzigen Leben schon Auswirkungen haben (.) [...] ich behaupte auf den Sterbeprozess [...]. Und, sich- SICHER, für MICH auch auf meine zukünftige, zukünftige Wiedergeburt (F2: 312–314).

Auch F3 beschreibt die Wirkung ihrer Meditation auf sie selbst:

[E]s ist wirklich einfach wie eine Energiedusche und ich habe so zutiefst aufgetankt. Oder. Ich habe da gewusst, eben vorher hatte ich das Gefühl, eben ich sei eine absolute Zumutung für jeden=[Mhm] Sterbenden im Moment. Ich habe mich selbst so verstrickt in mein Zeug so dass: <Was ist jetzt mit meiner Tochter und überhaupt.> Und so. Und ALLES WEG. Einfach nur aufgehoben. Einfach nur (t) es ist ALLES GUT. [...] Und da habe ich gewusst, es kommt gar nicht so darauf an, was ICH jetzt da mache. [...] sondern es ist auf ALLEN Ebenen ist einfach gesorgt für die Frau (F5: 75–83).

Sie sieht diese Methode als eine Möglichkeit, wie sie selbst Energie tanken und Einfluss auf die Situation nehmen kann.<sup>34</sup>

Zusammenfassend werden während des »Daseins« Handlungsstrategien ausgeführt, die wenig bis gar nicht institutionalisiert sind und deshalb in einem hohen Maß von der ausführenden Person abhängig sind. Die fehlenden Vorgaben der Institution kombiniert mit PatientInnen, die sich meistens nicht mehr verbal äußern können, eröffnen einen Raum, in dem das Personal die eigenen, zum Teil religiösen Vorstellungen und Handlungen einbringen kann. Die Wirkung, die

30 Vgl. KT1: 86–88, 102–104; F2: 82–86, 102–112; F5: 131.

31 Vgl. S3: 79; F5: 75; F6: 184.

32 Vgl. F2: 80; S2: 66–70.

33 Vgl. F2: 80; F3: 154; K2: 247–252.

34 Auch wenn Meditation für sie gleichzeitig mit der Vorstellung einer höheren Macht verbunden ist, die für alles sorgt. Vgl. hierzu auch Kap. 8 und Kap. 13.

dem »Dasein« beigemessen wird, zeigt auf, welche Rolle die interviewten Personen sich selbst im Sterbeprozess der PatientInnen zuschreiben, wenn sie nicht mehr die gewohnte Funktion in der Arbeit ausführen können: Sie sehen sich weiterhin als handlungsfähig an und fühlen sich in der Lage, den Sterbeprozess zu unterstützen.

## 6.2 Handeln durch Gespräche

Gespräche sind ein wesentlicher Bestandteil der psychologischen, sozialen und gerade auch der spirituellen Betreuung (s. S. 14). Im Rahmen der Spiritual Care sollen sich jedoch auch die anderen Berufsgruppen, im Besonderen die Pflegefachpersonen, auf »religiöse Gespräche« einlassen, wenn dies nötig sein sollte (vgl. palliative ch 2008: 4). Das vorliegende Kapitel soll ausloten, inwiefern in diesem Bereich alternative Religiosität in diesen Gesprächen von Bedeutung ist. Es wird hauptsächlich mit den Codes »Strategie: Gespräch«, »Bedingungen« (institutionelle Voraussetzung, Einschätzung Patient, Aufgabe, Rollenverständnis) und dem Religiositäts- und Spiritualitätsverständnis der Interviewten gearbeitet.<sup>35</sup> Analysiert werden nicht die Gespräche selbst, sondern deren Reflexion während der Interviews. Zuerst werden die institutionellen Bedingungen in den beiden Spitälern angesprochen, danach wird auf die Umsetzung der Gespräche eingegangen. In der Auswertung hat sich gezeigt, dass die Ansichten, wie diese Gespräche geführt werden und geführt werden sollten, sich in den verschiedenen Berufen stark unterscheiden und diesbezüglich starke Rollenvorstellungen vorliegen. Zur Gegenüberstellung und Unterscheidung dieser Auffassungen werden Daten nach Berufsgruppen sortiert dargestellt.

In der folgenden Darstellung werden Konversationen untersucht, die im Zusammenhang mit Religion oder alternativer Religiosität stehen. Diese werden – wenn auch nicht ganz trennscharf – vom Personal inhaltlich in Gespräche über religiöse Themen und Gespräche über psychologische Themen unterteilt. Manche werden von den Interviewten im Nachhinein explizit als religiös oder spirituell bezeichnet, auch wenn der Inhalt nicht genauer benannt wird. Außerdem werden Gespräche über Postmortalitätsvorstellungen einbezogen, die von den Interviewten oft explizit als religiös wahrgenommen werden und zudem auch nach der Religionsdefinition von Hervieu-Léger in diese Kategorie gehören. Diese nehmen in den Interviews einen besonderen Stellenwert ein, weil sie in dieser Lebensphase offensichtlich als wichtig erachtet werden. Unter »psychologischen Gesprächen« werden zum Beispiel »Entlastungsgespräche« gefasst oder solche, in denen man Lebensereignisse, inklusive der momentanen Situation, zu verarbeiten versucht.

35 Die Wirkung der Gespräche wurde von den Interviewten nur selten erwähnt.

Dieser Themenbereich kann unter das vorliegende Verständnis von Religion und alternativer Religiosität subsumiert werden, insofern er mit religiösen Deutungen und Glauben verknüpft wird. Wie im Kapitel zu den Begriffen erwähnt wurde, kann gerade in der subjektivierten alternativen Religiosität die psychologische Entwicklung von Bedeutung sein (s. Kap. 2.2.3). Während die unter »Dasein« beschriebenen Handlungen eher dann ausgeführt werden, wenn die PatientInnen nicht mehr sichtbar reagieren können, handelt es sich bei den Gesprächen um einen empirisch nachvollziehbaren Kontakt zwischen PatientInnen und Mitarbeitenden.

### 6.2.1 Vorbedingungen für Gespräche

Nicht alle Berufsgruppen erachten sich als zuständig für ausführliche Gespräche, die über körperliche Symptome hinausgehen, und in ihrem Arbeitsalltag ist zudem keine Zeit dafür einberechnet. Die institutionellen Voraussetzungen und die Zuständigkeit für die Gespräche sind in den beiden Spitälern nicht ganz dieselben.

Der Konsiliardienst in Spital Heckenbühl für spezialisierte Palliative Care führt Gespräche in Form von Assessments zu verschiedenen Themen. Auch Fragen zur Religiosität gehören in das Aufgabenprofil, längere Gespräche darüber seien aber nicht möglich. Gemäß Aussagen der Zuständigen finden diese zudem nur selten statt, weil sie in der Regel erst zu spät gerufen werden, wenn die Sterbenden nicht mehr ansprechbar oder sogar schon tot sind (vgl. Beobachtungsprotokolle 28.03.2013, 12.03.2013). Oft werden sie erst einige Minuten vor dem tatsächlichen Tod oder erst danach gerufen, um die Situation mit den Angehörigen zu deeskalieren (vgl. Beobachtungsprotokoll 28.03.2013). Dafür werden dann die Seelsorgenden, PsychologInnen oder die Körpertherapeutin gerufen.<sup>36</sup>

[W]ir als Konsiliardienst haben schon so eine Triagefunktion, und ich glaube, glaube eigentlich, ähm, die Leute sind, sind für das ausgebildet, und das ist ihre Rolle. So die Seelsorge, die Psychologin (K2: 132).

Die Zuständigkeit der Körpertherapeutin wird wie folgt begründet:

[D]a ist die Seelsorge, die Psychologin, die haben einfach rein von, von, von ihrem Auftrag her einfach die Zeit, gell. [...] [D]ann haben wir dann auch noch eine Körpertherapeutin, die eigentlich auch, die hat einen anderen Ansatz. Die beginnt zum Beispiel mit einer Fußmassage, dann aber sprechen manche Leute, die sonst nämlich nie sprechen, sprechen plötzlich (K1: 152–154).

---

36 Vgl. K1: 36–38, 149–154, 224; K2: 132, 252, 254.

In diesem Zitat wird einerseits deutlich, dass die Körpertherapeutin in diesem Spital nicht nur für den Körper zuständig ist, andererseits, dass Gespräche als sehr wichtig erachtet werden – die Sterbenden sollen sprechen. Dass die Körpertherapeutin als Gesprächspartnerin genannt wird, ist erstaunlich, denn der Name »Körpertherapie« vermittelt den Eindruck, es handle sich hier nur um körperliche Anwendungen. Trotzdem wird die Körpertherapeutin vom Konsiliardienst sogar mit Fokus auf ihre Funktion als Gesprächspartnerin erwähnt (K1: 152; K2: 132).

In Spital Rotach zeigt sich ein anderes Bild: Der Arzt A1 in Spital Rotach sieht sich nicht nur für medizinische Themen zuständig, sondern auch für Gespräche über religiöse oder psychische Belange (A1: 13–21). Die Arztvisiten nehmen dementsprechend in Spital Rotach viel mehr Zeit in Anspruch als in Spital Heckenbühl (s. Kap. 5.2). Ebenso erachtet er die Seelsorgenden als AnsprechpartnerInnen in diesem Bereich (A1: 59).

## 6.2.2 Umsetzung der Gespräche

Umgesetzt werden diese Gespräche gemäß den interviewten Personen nur, wenn das Personal über die zeitlichen Ressourcen verfügt,<sup>37</sup> Sympathie zwischen den Beteiligten besteht und wenn die PatientInnen davon ausgehen, dass das Gegenüber dasselbe glaubt wie sie selbst.<sup>38</sup> In beiden Spitälern wird das Attribut »religiös« für christliche Inhalte oder für Postmortalitätsvorstellungen verwendet.<sup>39</sup> Auf der Palliativstation in Spital Rotach werden gemäß der Selbstdarstellung der Interviewten häufiger Themen angesprochen, die als religiös wahrgenommen werden, als in Spital Heckenbühl.

Trotz entsprechender Vorgabe seitens der Spiritual Care wird aus Sicht der interviewten Mitarbeitenden nur selten über »Religiöses« oder »Spirituelles« gesprochen. Gemäß der patientenzentrierten Pflege ist der Duktus vorherrschend, dass der Glaube des Personals nicht in diese Gespräche einfließen soll und die Sterbenden ihren eigenen Glauben entwickeln sollen. Die Initiative für die Gespräche solle von den PatientInnen selbst ausgehen (vgl. z. B. F3: 417). Deshalb werden – vor allem in Spital Heckenbühl – Gespräche über Religion nur sehr vorsichtig angegangen und eher den Seelsorgenden überlassen.<sup>40</sup> Aus der Sicht der interviewten Pflegenden sind hauptsächlich die Seelsorgenden für diese Gespräche zuständig und zum Teil auch die PsychologInnen.<sup>41</sup> Von den einen wird dies als Defizit wahrgenommen (K2: 252, 254), für andere scheint es eine Erleichterung

37 Vgl. K1: 152; P4: 32.

38 Vgl. Beobachtungsprotokoll 13.08.2014; F6: 74–76; S1: 65.

39 Vgl. z. B. K1: 108; S4: 47; P3: 74; F3: 63, 78; F2: 18; Psy2: 68.

40 Vgl. z. B. F3: 228; P4: 36–38; P1: 352.

41 Vgl. P1: 92–96; P3: 63 f.; P4: 28–38; P6: 23.

zu sein (vgl. P4: 38; P6: 19). Einfacher sind zumindest für die Pflegefachfrau P5 psychologische Gespräche, die sie zur spirituellen Betreuung zählt.

Ich bin jetzt auch nicht die, die (1) also wenn mich jetzt jemand um ein Gebet bitten würde, dann dann bin ich daneben und und und leiste ihm Gesellschaft. Das ist bis jetzt noch nie vorgekommen=[Mhm.] aber (2) ich finde das noch schwierig äh, wenn man das so: am Patienten da, ja. Ist das für mich dann auch nicht mehr so (.) \*leise: weiß auch nicht\*. (3) Ich (.) Spiritualität beginnt ja auch schon ganz an einem anderen Punkt. Es geht ja nicht nur um diese Dinge. Oder irgendwie so (1) die haben ständig also das Thema, warum warum bin ich krank. Was ist der Grund für meine Krankheit. Oder. Alles=[Mhm.] so Sachen und (1) das hat ja schon (.) so mit Spiritualität zu tun (P5: 33).

Während ein Großteil des Personals die Seelsorgenden als offen für verschiedene Glaubensrichtungen erlebt,<sup>42</sup> schildert A1 (59–67), dass genau die Seelsorgenden Hemmungen hätten, über Postmortalitätsvorstellungen zu sprechen. Die Seelsorgenden in beiden untersuchten Spitälern beschreiben sich selbst jedoch als empfänglich für Gespräche über Jenseitsvorstellungen und empfinden sich als offen gegenüber Personen aus verschiedenen Glaubensgemeinschaften. S3 beschreibt ihren Umgang mit Postmortalitätsvorstellungen in einem Beispiel, in welchem eine Patientin sie fragt, was nach dem Tod komme. S3 antwortet ihr, das müsse jeder für sich selbst herausfinden (s. auch Psy2: 86):

Ich (.) das kann sie nicht vom Papst und von MIR nicht erWARTEN! Das kann ihr niemand vorgeben. DU machst den Prozess in dir drin [...] das Bild musst du selber malen (S3: 564).

In diesem Zitat erscheint ihre Offenheit gegenüber anderen Postmortalitätsvorstellungen mit einer persönlichen Hilflosigkeit verknüpft. Noch expliziter bringt sie es in folgender Äußerung auf den Punkt:

Und ich habe ihr wie ihre Vorstellungen lassen wollen, und ich hatte dann selbst eine Phase, ich meine jeder Mensch hat so Phasen, wo wo du mehr Hoffnung hast, oder mehr glaubst und wo du mehr Probleme damit hast. [...] [U]nd die ist so WÜTEND geworden. Die hat mich ANGESCHRIEN. Das war eines der ersten Male, an denen ich dort war. Die hat mich ANGESCHRIEN. <Nicht mal SIE können mir die Hoffnung bringen. Bringen Sie mir die Hoffnung!> (S3: 552–560).

42 Vgl. S2: 330–344; S3: 337–343; S4: 290–296.

Einerseits will sie der sterbenden Person nicht ihren eigenen Glauben aufzwingen, andererseits ist sie selbst nicht sicher, ob das Leben nach dem Tod weitergeht. Dies prallt mit der Verzweiflung der Sterbenden und deren Erwartung, die Theologin könne ihr da Hoffnung geben, zusammen. S3 hält die Auseinandersetzung mit dem Leben nach dem Tod für eine persönliche Entwicklung, die jeder Mensch selbst durchlaufen müsse.

Die Beispiele von Gesprächen der Seelsorgenden zu Postmortalitätsvorstellungen, die in den Interviews genannt werden, beschränken sich meistens auf christliche Inhalte.<sup>43</sup> Nur S1, der sich selbst nicht mehr zum Christentum zählt, geht im Interview auch auf »energetische Erlebnisse« der PatientInnen ein. Er beschreibt, dass seine Gespräche meistens in der Schnittstelle zwischen körperlicher und psychologischer Ebene stattfinden. Er illustriert das an einem Beispiel, in dem klar seine ganzheitliche Vorstellung des Menschen zum Vorschein kommt:

[U]nd dann hat die Seelsorge, das war ganz spannend (.) die hatte ganz viele körperliche Beschwerden [...]. Dann kommt so es ist was unerledigt, dann wird irgendwas aus der Kindheit erzählt [...] und äh, da kommt mir was in den Sinn <Aha, da da sind Sachen verklebt, ja Tränen könnten ja lösen.> Und dann sieht man bei ihr auch, das sind Tränen, die sie zurückhalten. Die kommen nicht. War ne (.) äh super Sportlerin, weiß ich, Schweizermeisterin, weiß ich was und so (.) u:nd kann jetzt kaum laufen=[Mhm], alles verklebt, und dann erzählt sie so ne Geschichte. (t) Und wer weiß, vielleicht wird sie auch wieder gesund, oder kann jedenfalls anders sterben (S1: 111–117).

S1 geht von einem psychologischen Problem aus, das ein körperliches Symptom auslöst. Somit kann er über eine psychologische Intervention das Symptom beeinflussen.

Die Körpertherapeutin beschreibt im Gegensatz dazu, dass sie über die Körperbehandlung an Ängste der PatientInnen herankommt (vgl. KT1: 64–66; 76–84). Dies sei möglich, weil Körper, Psyche und »Seele« zusammenhängen. »Der Körper und die Psyche sind nicht etwas Getrenntes. Das gehört alles zusammen« (KT1: 66). Die körperlichen Techniken seien zwar gut, um den Körper zu entspannen und energetische Blockaden zu lösen, aber auch, um die Psyche zu entlasten. Dann komme es oft vor, dass nach einer Körperbehandlung Gespräche zur psychologischen Verarbeitung folgen. Hier wird ein ganzheitliches Menschenbild herangezogen, das typisch für alternative Religiosität ist (s. Kap. 2.2.3). Die Körpertherapeutin erzählt, dass sie mit ihren PatientInnen über religiöse Themen spricht, über die mit den Seelsorgenden nicht gesprochen wird:

43 Vgl. S2: 270–286; S3: 550–572; S4: 197–199, 217–223.

[D]ie spricht vielleicht lieber mit mir darüber als mit einem Seelsorger. [...] Weil der Seelsorger für sie etwas mit der Kirche zu tun hat, und da wollen sie nichts damit zu tun haben (KT1: 216–218).<sup>44</sup>

Trotz der Selbstwahrnehmung der Seelsorgenden und der Darstellung im Team als offen für jegliche Glaubensrichtungen werden zum Teil Termine mit Seelsorgenden wegen ihres christlichen Hintergrunds abgelehnt.<sup>45</sup> Dass sich KT1 im obigen Zitat von den Seelsorgenden abgrenzt, zeigt, dass ihrer Ansicht nach eigentlich die Seelsorgenden dafür zuständig wären.

Die Psychologin Psy3 in Spital Heckenbühl führt manchmal Gespräche über christliche Religiosität, wenn sie sie als Ressource für die PatientInnen oder als etwas, das Angst auslöst, wahrnimmt. Wenn es sich um »innerlich erlebte Spiritualität« handle, dann sprächen die Leute nur selten mit ihr darüber, weil diese schwierig zu verbalisieren sei (Psy3: 52–58). Zudem seien Sterbende oft nicht mehr in der Lage zu sprechen, weshalb sie keinen Auftrag bekomme, zu ihnen zu gehen, oder sie selbst nicht wisse, was sie dann noch tun könnte (Psy3: 27–31). Das verdeutlicht wiederum den Einfluss der Frage, ab wann jemand als »sterbend« eingestuft wird. Die Selbstwahrnehmung der Psychologin steht im Widerspruch mit dem Anspruch des Konsiliardiensts, dass die Psychologin mit Sterbenden sprechen solle. Zudem kommt hier die Relevanz des Rollenverständnisses einzelner Personen zum Vorschein. Die Psychologin selbst sah sich zum Zeitpunkt des Interviews ausschließlich für Gespräche zuständig, die mit Sterbenden kurz vor dem Tod aber nicht mehr möglich waren.

In der Palliativstation besteht die Problematik, dass unklar ist, ab wann jemand spezialisierte Palliative Care bekommen soll, nicht. Viele Personen, die als PatientInnen auf diese Station kommen, sind zumindest anfangs noch in der Lage, zu sprechen. Die interviewten PsychologInnen präsentieren sich offen für religiöse Themen. Mit Psy1 sprechen die PatientInnen jedoch nur selten darüber, was nach dem Tod kommt, Psy2 (76–82) passiert das hingegen häufig. Dies, obwohl die Psychologin Psy1 die PatientInnen ganz direkt fragt:

Ja, jetzt haben Sie mir erzählt, wie's ihrem Körper geht. Und wie geht's denn in dem allen ihrer SEELE (Psy1a: 64).<sup>46</sup>

---

44 In der Beobachtung hingegen ist sie genau auf den Versuch einer Patientin nicht eingegangen, als diese über ein Nahtodeserlebnis oder einen Zauberstab sprechen wollte (vgl. Beobachtungsprotokoll 12.03.14).

45 Vgl. S2: 318; S4: 273–292; KT1: 216–218.

46 Darauf, was sie unter »Seele« versteht, wird in Kapitel 8 eingegangen.

Die Gespräche der PsychologInnen in Spital Rotach sollen das Abschließen des Lebens und das Loslassen unterstützen:

Aber es geht wie so um Entlastung. Oder einfach darum, das abschließen zu können (Psy2: 228).

Psy1 (210) sieht das als »unerledigte Geschäfte«. Manchmal dienen die Gespräche jedoch auch zur Entlastung der Familie, was Psy2 als Unterstützung im Sterbeprozess interpretiert (Psy2: 228).

[E]s kann ein philosophisches Gespräch sein, es kann ein Entlastungsgespräch sein, es kann ähm: ein Gespräch mit der Familie sein. Häufig geht es darum, dass die Leute in unterschiedlichen Phasen, in unterschiedlichen Phasen im Trauerprozess sind (.) also [...]. Oder im: Sterbeprozess: Der der geht ist häufig weiter als die Angehörigen. Die wollen dann noch, dass der noch kämpft, oder noch etwas tut, oder nochmal eine Therapie macht (.) dass man da wie vermitteln kann zwischen denen (Psy2: 60–62).

Die Freiwilligen in Spital Heckenbühl lehnen Gespräche über »Religion« explizit ab, weil diese nicht zu ihrer Aufgabe gehören.

Mag mich jetzt nicht erinnern [dass sie über Sachen spricht, die sie als spirituell bezeichnen würde]. Auf jeden Fall würde ich das nicht a- äh i- ich würde nicht den Anfang machen. [...] Das würde ich nicht. Also ich glaube fast, ich beschränke mich wirklich einfach auf die Schmerzen (.) oder eben auch schon wegen den Träumen (F3: 417–419).

Diese Freiwillige sagt ausdrücklich, dass sie sich nicht über religiöse Themen unterhalte, sondern sich auf die körperliche Ebene beschränke, mit Ausnahme von Gesprächen über Träume. Die anderen Freiwilligen in diesem Spital beschreiben Gespräche über Religion generell nicht als ihre Aufgabe – wenn, dann eher solche über psychologische Belange.

Die Freiwillige in Spital Rotach hingegen scheint in diesem Bereich offener zu sein. Sie spricht mit PatientInnen über die Heilwirkung von Steinen (F6: 70–86) und betet je nach Wunsch für sie (F6: 24–30). Auch der Chefarzt (A1: 13–21) der Palliativstation in Spital Rotach beschreibt, wie er in den Visiten über Religiöses spricht. Er beschreibt, wie er die PatientInnen »als Ganzes« wahrnehmen möchte (A1: 13) und fragt in den Visiten deshalb bewusst nicht als Erstes nach körperlichen Belangen (A1: 15; vgl. auch Beobachtungsprotokolle 05.05.2014, 20.05.2014, 21.05.2014).

Das Interesse der PatientInnen für religiöse Fragen wird vom Personal tendenziell als gering eingeschätzt.<sup>47</sup> Das beschreibt zum Beispiel der Seelsorger S2:

[A]lso in ganz vielen Fällen sind das nicht explizit religiöse Gespr- oder das Thema Religion (.) hat nicht einen, einen speziellen Stellenwert. Im Gespräch. [...] Sondern sie schauen wirklich auf ihr Leben zurück (S2: 42–44).

Eine der Pflegenden sagt dazu:

Die Müdigkeit (.) die die Leute haben (.) sie mögen nicht mehr (.) und dann ist alles andere ist wie nicht ein wieder- sie haben einfach das Gefühl von <Ich mag nicht mehr>. Und ich frage mich, wie wichtig DANN in dem Moment einfach noch diese FRAGEN sind (P8: 39).

Ob Gespräche über Religiosität möglich sind, ist in den genannten Beispielen vom persönlichen Rollenverständnis der Mitarbeitenden und ihrem Umfeld abhängig, von den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und von der Zeit, die den Mitarbeitenden zur Verfügung steht, aber auch von den PatientInnen und wie klar sie ihr Bedürfnis nach einem Gespräch äußern. Während Gespräche über Religion oft nicht angemessen scheinen, so sind Gespräche, die als psychologisch wahrgenommen werden, eher möglich. Gerade im Bereich der psychologischen Gespräche kann man klar eine Durchmischung psychologischer und religiöser Konzepte feststellen: P5 sieht psychologische Gespräche als etwas Spirituelles, für die Psyze und S1 beeinflussen und ermöglichen diese Gespräche den Sterbeprozess<sup>48</sup> und KT1 schreibt den energetischen Behandlungen und psychologischen Gesprächen dieselbe Wirkungsweise zu.

### 6.3 Komplementärmedizinische und -therapeutische Verfahren

Auch in der Analyse der komplementärtherapeutischen Verfahren wurde mit den Codes »Bedingung«, »Strategie« und »Wirkung« gearbeitet. Von Interesse waren zudem die Legitimierungsstrategien und das Verhältnis zur Schulmedizin. Ein Schwerpunkt liegt auf den institutionellen Bedingungen, die diesen Handlungsstrategien zugrunde liegen:<sup>49</sup> In beiden Spitälern ist die Aromatherapie die häu-

47 Vgl. S2: 42–44, 138–144; P8: 39; K2: 20.

48 Inwiefern dies mit religiösen Weltbildern verbunden werden kann, wird weiter unten ausgeführt.

49 Im Fokus dieses Kapitels stehen die Handlungsstrategien. Mit Komplementärmedizin verknüpfte Menschen- und Weltbilder werden in Kapitel 8 herausgearbeitet.

figste komplementärtherapeutische Anwendung. Sie wird in beiden Spitälern von den Pflegenden ausgeführt – ob sie eingesetzt wird, ist jedoch individuell. In Spital Rotach muss das gesamte Pflegepersonal einmal pro Jahr einen Ausbildungstag in Aromapflege absolvieren. Bezüglich ihrer Anwendung bestanden zum Zeitpunkt der Erhebung schriftliche Weisungen. In Spital Heckenbühl ist die zweithäufigste Anwendung die sogenannte »Körpertherapie«. Für die Körpertherapie gibt es keine schriftliche Grundlage, auch auf der Webseite des Spitals wird sie nicht erwähnt. Trotzdem wird sie hier in einem eigenen Kapitel behandelt und zwar aufgrund der Präsenz, die sie in Spital Heckenbühl hat. Mit 60 Stellenprozenten ist sie eine häufig eingesetzte Komplementärtherapie. Beide Komplementärtherapien bestehen nicht wie in den oben beschriebenen Handlungsstrategien aus einzelnen Handlungen, sondern um Handlungskomplexe. Daneben werden von einzelnen Personen punktuell individuelle Techniken eingesetzt.

Die Kategorie der Komplementärtherapie wurde in den Interviews meistens durch spezifische Sondierungen eingebracht, es ist also keine Kategorie, welche die Interviewten selbst thematisieren. Nur P1 betrachtet dieses Thema von sich aus als Bestandteil von Spiritualität.

### 6.3.1 Aromapflege und Wickel- und Kompressenanwendung

Als Quellen liegen bezüglich der Aromapflege bzw. der Wickel- und Kompressenanwendung von beiden Spitälern schriftliche Weisungen vor. Zuerst werden die Vorschriften analysiert, danach ihre Umsetzung, wie sie in den Interviews beschrieben wurde.<sup>50</sup> So können die Interpretation und die religiösen Weltbilder der Mitarbeitenden bezüglich der Wirkung dieser Handlungsstrategien eruiert werden.

#### Institutionelle Grundlagen

Obwohl sich die Weisungen der beiden Spitäler in ihrem Titel unterscheiden, sind sie vergleichbar. Die eine trägt den Titel »Gesamtspitalweisung – Aromapflege«, die andere »Ergänzende pflegerische Maßnahmen/Alternative Methoden«. In beiden geht es im Hauptteil um »Wickel- und Kompressenanwendung«.

In der Gesamtspitalweisung zur Aromapflege von Spital Heckenbühl wird die Aromatherapie in die Phytotherapie eingeordnet. Ätherische Öle werden in Form von Raumsprays, bei Massagen, Wickeln, Kompressen, Inhalationen und Waschungen eingesetzt. Das Ziel der Aromapflege ist entsprechend der Weisung des Spitals Heckenbühl, das Wohlbefinden zu fördern (vgl. Gesamtspitalweisung, Spital Heckenbühl 2011: 2, anonymisierte Quelle). Der Hauptteil des Dokuments besteht aus einer Tabelle, die von den Anwendungsbereichen, auch Indikationen

<sup>50</sup> Zur Aromapflege liegen keine Beobachtungen vor.

genannt, ausgeht. Sie ist in die drei Bereiche »Geburtshilfe«, »Anwendung Kinder und Jugendliche« und »Anwendung Erwachsene« unterteilt und alphabetisch geordnet. Ein Anwendungsschwerpunkt liegt demgemäß auf der Geburtshilfe, die als einziges spezifisches Anwendungsgebiet genannt wird. Den verschiedenen Anwendungsbereichen werden besonders geeignete Techniken, bestimmte ätherische Öle, Wirkungen und Einschränkungen zugeordnet. »Individuelle Pflegeprobleme und Bedürfnisse des Patienten« gelten als Voraussetzung für die Anwendung (ebd.: 2). Ausschlaggebend ist zudem, ob die PatientInnen den Duft als angenehm empfinden. Zusätzlich wird ein Allergietest durchgeführt und eine Anpassung an eventuell eingenommene homöopathische Mittel berücksichtigt. Mögliche negative Wechselwirkungen mit homöopathischen Mitteln sind als Kontraindikation ausschlaggebend (vgl. ebd.: 3 f.). Das ist insofern erstaunlich, als dass Homöopathie sonst in der Schulmedizin nicht als wirkungsvoll anerkannt wird. Und auch der Patientenmeinung wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben.

Wann welches Aroma-Öl eingesetzt werden soll, wird aufgrund von emotionalen oder körperlichen Beschwerden entschieden, wobei die körperlichen Kriterien überwiegen.<sup>51</sup> Emotionale Indikatoren gehen von Unruhe über Angst bis hin zu Trauer oder Krisen generell. Körperliche Indikationen sind zum Beispiel Blähungen, Erkältungssymptome und Fieber.<sup>52</sup> Als Wirkung werden ebenfalls psychische und körperliche Merkmale genannt. Als »psychologisch« lassen sich zum Beispiel die Wirkung »angstlösend« oder »stimmungsaufhellend« einordnen, als »körperlich« beispielsweise »verdauungsanregend« oder »wärmend« (Spital Heckenbühl 2011: 7). Auffallend ist, dass die Wirkungen »entspannend« und »beruhigend« in der Weisung überproportional vertreten sind. Wirkungen von Ölen, die sich für die Situation des nahen Todes eignen, fallen weder in die Kategorie der körperlichen noch der psychischen Symptomkontrolle. In der Situation des unmittelbaren Sterbens können gemäß dem Leitfaden »Neroli«, »Rose damascena« oder »Rose bulgarisch« eingesetzt werden. Nebst derer körperlichen und psychischen Wirkungen werden auch solche genannt, die als religiös bezeichnet werden können, weil sie sich auf einen Glauben beziehen und Vorstellungen einer immateriellen Welt miteinschließen. Darunter fallen »harmonisierend«, »schützend« und »Raumluft reinigend«. »Harmonisierend« kann zwar ähnlich einer Beruhigung verstanden werden, es klingt aber ein ganzheitliches Menschenbild mit, das typisch für die gegenwärtige alternative Religiosität ist. »Schützend« spricht eine transzendente Instanz oder Energien an, die schützen oder vor denen geschützt werden muss. Dass die Raumluft mit einem Duft gereinigt werden kann, wird in diesem Zusammenhang kaum im Sinne einer Desinfektion verstanden werden,

---

51 Neun von 52 Indikationen sind emotional oder psychisch. Manchmal ist diese Unterscheidung nicht ganz trennscharf, beispielsweise bei Schlafstörungen und Neurophagie.

52 Für weitere Anwendungen vgl. Spital Heckenbühl 2011: 11–23.

da das im Zusammenhang mit einer sterbenden Person nur wenig sinnvoll ist. Vielmehr weist diese Eigenschaft ebenfalls auf die Vorstellung von »Schwingungen« hin, die auf eine bestimmte Art positiv gestimmt sein müssten. Als mögliche Anwendungen von Neroli und den Rosen werden »Trockeninhalation, Kompressen und Waschung« genannt (ebd.: 20), was wiederum auf einer physischen Ebene stattfindet.

Spital Rotach beruft sich in der Weisung der »ergänzenden pflegerischen Maßnahmen/alternativen Methoden« auf das »Wohlbefinden«, das gefördert werden soll. In jenem Papier wird das Verständnis davon genauer ausgeführt:

Ein Grossteil der Pflegearbeit bezieht sich auf die menschlichen Grundbedürfnisse, deren Ausmass an Erfüllung einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden leistet. Wohlbefinden oder Missbehagen sind ihrerseits wiederum vertraute menschliche Erfahrungen einer Körper, Seele und Geist umgreifenden Befindlichkeit (Gesamtspitalweisung, Spital Rotach 2010: 1, anonymisierte Quelle).

Auch hier wird die Entscheidungshoheit der PatientInnen betont: »Selbstverständlich werden ergänzende Maßnahmen nur nach Rücksprache mit dem Patienten bzw. der Patientin oder auf Wunsch angewendet« (Spital Rotach 2010: 2). Ziel ist gemäß diesem Papier auch, dass »Eigenes berührt werden [soll] im Berühren von Patientinnen und Patienten« (ebd.: 1). Es geht bei diesen Anwendungen demgemäß nicht nur um das Wohlbefinden der PatientInnen, sondern auch darum, dass die Anwendenden Nähe zulassen, und eventuell wird mit dieser Aussage auch eine eigene »spirituelle« Entwicklung angesprochen.

In dieser Leitlinie legt das Spital Rotach, im Gegensatz zu Spital Heckenbühl, durch den Aufbau den Schwerpunkt auf die verschiedenen Anwendungen und Pflanzen und nicht auf die Indikationen. Hier werden warme und kalte Wickel sowie Kompressen mit verschiedenen Pflanzen und Zusatzstoffen, Kneippbäder und innere Anwendungen beschrieben. Danach werden die verschiedenen Pflanzen porträtiert. Ihre Wirkung wird hier explizit in eine physische und eine psychische Wirkung unterteilt. Den Pflanzen und der korrekten Anwendung wird dadurch ein größerer Stellenwert zugesprochen, was wiederum auf eine ernsthafte Anwendung hinweist. Wenn wichtig ist, dass beispielsweise der Wickel korrekt gelegt wird, bedeutet das, dass eine falsche Anwendung nicht die gleiche Wirkung erzielen würde. Es fällt auf, dass dieser Leitfaden nicht gänzlich in einer sachlichen Sprache geschrieben, sondern stellenweise blumig ausgeschmückt ist. Am Anfang jedes Pflanzenporträts steht ein Satz über den »Charakter« der Pflanze. So wird die Rosengeranie zum Beispiel beschrieben als »Ein Segen für die Haut und eine Freude für das Herz« (ebd.: 48), oder der Thymian »unterstützt Körper und Seele« (ebd.: 53). Das signalisiert ein nicht ausschließlich rationales Weltbild, das über diese Leitlinie in das Spital Eingang gefunden hat.

Die Rose wird auch in dieser Weisung als unterstützend bei Übergängen dargestellt. Indikationen für die Anwendung von Rosenöl sind nach diesem Papier Herzbeschwerden, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Geburtsvorbereitung, Stress, Angst, Trauer und Sterbebegleitung. Auf der psychischen Ebene sei sie beruhigend, stabilisierend, stimmungsaufhellend, wirksam gegen Ängste, löse seelischen Schmerz und schenke Trost. In den Anmerkungen heißt es: »besonders wirksam in der Schwangerschaft und bei der Sterbebegleitung, führt Frau zu sich selbst« (ebd.: 47). Diese Beschreibungen lassen auf eine ganzheitliche Ausrichtung schließen, die über die Schulmedizin hinausgeht. Bei der Verwendung des Begriffs »Seele« und in der Darstellung des Todes als Übergang werden religiöse Weltbilder einbezogen.

Der jährliche Weiterbildungstag zu diesem Thema wird von den Pflegenden selbst mit dem ganzheitlichen Konzept des Spitals in Zusammenhang gebracht, das die ethische Grundlage des Spitals bildet (vgl. Beobachtungsprotokoll 05.03.2014, s. Kap. 5). Die Weiterbildungen und auch die Ausführlichkeit der Weisung von Spital Rotach (77 Seiten) im Gegensatz zu Spital Heckenbühl (33 Seiten) weisen darauf hin, dass die Aromatherapie in Spital Rotach ernsthafter angewendet wird und besser implementiert ist. Die Häufigkeit der Anwendung kann in dieser qualitativen Studie nicht überprüft werden. Es kann jedoch anhand der Interviews festgestellt werden, welche Teile der Weisungen die Mitarbeitenden übernehmen und wie sie zur Aromatherapie stehen.

## Umsetzung in den Spitälern

Im Folgenden wird untersucht, wie die oben vorgestellten Weisungen zur Aromatherapie von den Pflegenden umgesetzt werden. Als Indikation für Aromatherapie werden in Spital Heckenbühl innere Unruhe (P1: 168) oder körperliche Symptome wie Schmerzen und Fieber genannt, die mit schulmedizinischen Mitteln nicht unter Kontrolle gebracht werden können.<sup>53</sup> Damit ein bestimmter Duft angewendet wird, werden einerseits die Weisungen konsultiert (vgl. z. B. P1: 170), andererseits wird geprüft, ob der Duft den PatientInnen zusagt (P1: 130). Begründet wird dies über den »olfaktorischen Sinn«, also mittels naturwissenschaftlicher Argumentation (P1: 178). Als weitere Bedingung nennt die Pflegende P3, dass sie genügend Zeit brauche, um die Aromapflege überhaupt anwenden zu können (P3: 198, 214). Sie wird in der präterminalen Phase nämlich in Form von Wickeln und Kompressen eingesetzt, was zeitaufwendige Anwendungen sind.<sup>54</sup> Bei Sterbenden in der terminalen Phase werde eher Beduftung eingesetzt, wodurch der Körper nicht mehr berührt wird (P1: 186–190).

---

53 Vgl. P1: 168; P3: 192; P5: 292.

54 Vgl. P1: 102; P3: 214; P5: 294.

In Spital Heckenbühl wird gemäß den interviewten Personen die aromatherapeutische Anwendung sowohl bei körperlichen als auch bei psychischen Symptomen eingesetzt. Sie wird in Spital Heckenbühl mit einer ähnlichen Wirkung und Wirkungsweise wie die Schulmedizin bedacht – oder wie P3 (192) meint, zum Teil sogar mit einer besseren. Die Pflegenden in Spital Heckenbühl betonen, dass die Anwendungen aufgrund der Komposition der Pflanzen beruhigend (P1: 186), schmerzlindernd (P1: 170) oder fiebersenkend (P3: 192) wirken. Zusätzlich wirken die Anwendungen nach dem Verständnis von P3 (58) im Gegensatz zur Schulmedizin über menschliche Nähe. Rose soll nach den Weisungen bei Übergängen helfen. Dies wird in den Interviews in Spital Heckenbühl nur mit Zweifeln erwähnt. P3 (192) habe »diese Erfahrung bis jetzt noch nicht gemacht«, P1 distanziert sich von dieser Wirkung: »man SAGT's, ich weiß halt nicht, wie das wissenschaftlich belegt ist« (P1: 112, 114). Dieselbe Formulierung gilt für die Wirkung bei Angst und »innerer Unruhe« (P1: 214). Stellen in der Weisung, die nicht auf rein körperliche Wirkungsweisen bezogen sind, werden demnach in Spital Heckenbühl mit Skepsis betrachtet. Dann bezieht sich das Pflegepersonal eher auf die persönliche Erfahrung. Die Vorschrift hat Deutungsmacht in naturwissenschaftlichen und körperlichen Belangen. Alles, was darüber hinausgeht, steht in Spital Heckenbühl in der Deutungshoheit des Individuums.

In Spital Rotach hat diese Art der Wirkung mehr Platz. P5 (266) sagt, sie habe schon schöne Erlebnisse mit Aromatherapie gehabt, und P6 (73–79) nennt die beruhigende Wirkung, die auf eine unterstützende Wirkung für Übergänge hinweisen könnte. Dort steht man der medizinischen Wirkung der Aromatherapie und komplementärer Therapien allgemein eher kritisch gegenüber. Dort werden die Unterschiede zur Schulmedizin betont und dass die Aromatherapie nur ergänzend dazu eingesetzt werde. Die Aromatherapie könne im Fall von Krebserkrankungen nicht heilen, deshalb müsse sie als »komplementär« gesehen werden und nicht als Ersatz für schulmedizinische Behandlungen (P5: 268).

Über die Wirkungsweise von Aromatherapie gibt es zwei Grundannahmen, die in beiden Spitälern genannt werden: Erstens wird gesagt, dass ein Großteil der Wirkung von der Zuwendung zu einer kranken Person kommt, also davon, dass sich jemand Zeit nimmt.<sup>55</sup> Diese Zuwendung manifestiert sich in der investierten Zeit und darin, dass mehr auf die Empfänger eingegangen wird. Zweitens wird auf die Pflanzenbestandteile und -inhaltsstoffe verwiesen, die dann zum Beispiel zur Fiebersenkung beitragen (P3: 216–218). Dass die Aromapflege wirklich wirkt, wird über die eigene Erfahrung bestätigt.<sup>56</sup> In den beiden Spitälern ist man sich über die »ganzheitlichen« Wirkungsmechanismen einig, die u. a. auf der Menschlichkeit, Zuwendung und Zeit beruhen, die für die Anwendungen nötig sind. Es

55 Vgl. P1: 124; P3: 192, 208, 214, 220; P6: 47.

56 Vgl. P1: 120; P3: 192, 196; P5: 266.

fällt auf, dass die Interviewten immer wieder den Kontrast der Aromatherapie zur Schulmedizin betonen. Das bedeutet, dass hier eine Ähnlichkeit gesehen wird und ein Abgrenzungsbedürfnis besteht. Und auch wenn P1 und P3 die Aromapflege in manchen Fällen als wirksamer als die Schulmedizin einstufen, stellen sie klar, dass die Schulmedizin die Vormachtstellung hat. In beiden Spitälern wird die zwischenmenschliche Komponente der Aromapflege betont, die Zuwendung, welche die Schulmedizin nicht habe – oder nicht in dem Maß.

Da Spital Rotach eher ganzheitlich ausgerichtet ist, wäre naheliegend gewesen, dass dort der Aromatherapie mehr medizinische Wirkung zugeschrieben wird als Spital Heckenbühl. Die interviewten Personen beschreiben das aber genau umgekehrt: In Spital Rotach ist man eher skeptisch gegenüber dieser Wirkungsweise, während sie in Spital Heckenbühl betont wird. Dies kann einerseits auf die Ausrichtung des Spitals zurückgeführt werden: Da das Spital mit der ganzheitlichen Ausrichtung offener für komplementäre Therapien ist, kam es schon vor, das PatientInnen sich mit alternativen Methoden heilen wollten und deshalb größere Schmerzen erlebten, als wenn sie Schulmedizin angewendet hätten. Andererseits hängt es mit dem Zustand der PatientInnen zusammen. Ist jemand noch ansprechbar und nach Einschätzung des Personals noch nicht direkt vor dem Tod, werden körperorientierte, symptomlindernde Wirkungsweisen verfolgt; demgegenüber ist die Aromatherapie in der terminalen Phase auf das Sterben ausgerichtet, also darauf, dass die PatientInnen ruhig werden und loslassen sollen. Auf der Palliativstation in Spital Rotach liegen eher Sterbende in der terminalen Phase und auf der Inneren Medizin in Spital Heckenbühl gibt es PatientInnen in verschiedenen Stadien, darunter auch solche, die kurativ behandelt werden.

Eine ganz andere Position vertritt K1 (307–313), die im palliativen Konsiliar-dienst des Spitals Heckenbühl die Pflegenden vertritt. Sie sieht die Aromatherapie als eine Handlungsstrategie, die aus einer Hilflosigkeit heraus gemacht wird und angesichts der »Radikalität des Todes« den Tod zu »harmonisierend« darstellt.

Dass jemand stirbt und wie jemand stirbt. Gell, das ist, das ist eigentlich eine, eine extreme S- Erfahrung. Ist ja extrem, dass man da zuschauen muss, ist eine extreme Hilflosigkeit [...] ich zum Beispiel mach nichts mit Düften oder solchen Dingen. [...] [D]as ist für mich z-zu: harmonisierend. Ja. und man kann das so was Radikales nicht überdecken mit solchen Dingen. Finde ich. [...] Die Düfte heißen dann »Verwandlung« oder so irgendwas=[Mhm], aber für mich persönlich ist das so: zu: (.) NETT, gell (K1: 307–313).

### 6.3.2 Körpertherapie

Bei der »Körpertherapie« handelt es sich nicht um eine einzelne Handlungsstrategie, sondern um eine Vielzahl von Strategien, die von der eigens dafür angestellten Therapeutin in Spital Heckenbühl ausgeführt werden.<sup>57</sup> »Körpertherapie« ist die spitalinterne Bezeichnung für eine bestimmte Richtung der Komplementärtherapie, eingebettet in das Spitalumfeld.<sup>58</sup> Die ausgeführten Handlungsstrategien und das dahinterstehende Weltbild stammen demnach aus dieser Therapieform.

Die Körpertherapie wird in Spital Heckenbühl hauptsächlich bei chronisch Kranken und KrebspatientInnen eingesetzt, mehrheitlich jedoch bei solchen, die kurativ behandelt werden. In der terminalen Phase ist die Körpertherapeutin nur dann anwesend, wenn sie diese Personen schon vorher betreut hatte. Gerufen wird sie dann entweder vom palliativen Konsiliardienst oder von der Pflege. Grundsätzlich ist es KT1 wichtig, dass die PatientInnen die Therapie ausdrücklich wünschen (KT1: 142). Die körperlichen Beschwerden gelten als Ausgangslage für ihre Besuche. Jemand ist zum Beispiel durch den medizinischen Eingriff oder die Krankheit angeschlagen, oder sie hilft, in ihren Worten, »weil das Nervensystem [...] dann sehr überlastet [ist]« (KT1: 46). Dann gebe es zum Beispiel »energetische Blockaden« im Körper (KT1: 60–62) oder jemand habe Rückenschmerzen vom Liegen (KT1: 72). Das Ziel der Körpertherapie generell sei jedoch nicht die körperliche Heilung (KT1 541–557), sondern eine »ganzheitliche Erfassung« (KT1: 18–24, 44) und Begleitung des Menschen, damit sich dieser auf allen Ebenen wohler fühlt (KT1: 64) und die Lebensqualität steigt (KT1: 559).

[D]as heißt, dass eben nicht nur die körperlichen Symptome (.) also i- ich schaue nicht nur die körperlichen Symptome an, sondern schaue auch immer, wo steht der Mensch. [...] Mit Psyche, ähm, mit der Seele, was für Bedürfnisse hat er? (KT1: 20–22).

Unter der seelischen Unterstützung versteht KT1 Gespräche, die im Verlauf der Behandlung dazukommen können. So gehe sie auf »spirituelle Bedürfnisse« ein (KT1: 394–402), obwohl sie ihre Arbeit am Körper nicht als etwas Spirituelles betrachtet.

Im Rahmen der Interviews mit dem palliativen Konsiliardienst und mit der Körpertherapeutin selbst zeigt sich also, dass zwei Handlungsausrichtungen zentral sind: Auf der einen Seite werden körperbezogene Techniken ausgeführt, auf der anderen Seite nehmen Gespräche eine wichtige Rolle ein. Der Körper ist

57 Die institutionellen Bedingungen der Körpertherapie wurden in Kapitel 5.1 und am Anfang des Kapitels zu komplementärmedizinischen und -pflegerischen Anwendungen aufgeführt.

58 Deren spezifische Bezeichnung wird jedoch zur Anonymisierung weggelassen.

hier nicht wie beim »Dasein« durch die reine Präsenz wichtig, sondern er wird als Hilfsmittel eingesetzt, einen Zugang zu den PatientInnen zu gewinnen. Da die Gespräche schon im entsprechenden Kapitel analysiert wurden, werden hier die körperbezogenen Techniken im Zentrum stehen. Erhoben wurden die zugrunde liegenden Daten mittels Interviews, fokussierter Beobachtung und grauer Literatur.

Die körperbezogenen Techniken haben gemäß den Ausführungen der Therapeutin die körperliche Entspannung und somit die Symptomlinderung als primäres Ziel (vgl. Beobachtungsprotokoll 10.03.2014). Als Wirkung beschreibt KT1 ein gesteigertes körperliches Wohlbefinden (KT1: 64, 102, 108, 215). Das bedeutet, dass die PatientInnen weniger Schmerzen erleiden (KT1: 46), ein besseres Körpergefühl entwickeln (KT1: 102) oder leichter atmen können (KT1: 70). Wichtig sind auch Entspannung und Beruhigung (KT1: 273, 280), welche teils auf der körperlichen, teils auf der psychischen Ebene geschehen sollen (KT1: 64, 80, 278).

Für KT1 liegt der Schwerpunkt dieser Therapierichtung auf ihrer beobachtbaren Wirkung und deshalb ist ihre Arbeit für sie nichts Religiöses oder Spirituelles. Dies, obwohl dabei Techniken aus verschiedenen medizinischen und religiösen Traditionen eingesetzt werden,<sup>59</sup> so zum Beispiel aus der chinesischen Medizin, der indischen Elementenlehre, der Phytotherapie oder der Osteopathie (KT1: 312–359).<sup>60</sup> Wegen dieser Traditionsbezüge basieren die Anwendungen auf der Vorstellung einer alles umfassenden Energie, die jedoch für KT1 nicht im Vordergrund steht. Sie wird im Interview nur zweimal erwähnt (KT1: 60–62, 312) und auch während der fokussierten Beobachtung liegt der Schwerpunkt ihrer Erklärungen auf körperlicher Entspannung und Schmerzlinderung (vgl. Beobachtungsprotokoll 30.07.2014). Auffallend ist, dass die Legitimierung der Handlungsstrategien meistens durch Verweise auf die oben genannten Traditionen geschieht. Das einzige Mal, bei dem sich die Therapeutin auf ihre Erfahrung beruft, ist in der Einschränkung, dass sie niemanden heilen könne (KT1: 561). Das steht im Gegensatz zu den Handlungsstrategien, die unter »Dasein« gefasst werden, welche meistens auf Erfahrungswerte beruhen.

Bei körperlichen Beschwerden setzt KT1 vorerst körperorientierte Techniken wie Massagen oder Ernährungstipps ein. Die Wahl der Handlungsstrategie steht im Zusammenhang mit dem erkrankten Organ, so massiere sie zum Beispiel bei Nierenproblemen eher in Wellen, da die Niere nach der indischen Elementenlehre zum Wasserelement gehöre (vgl. Beobachtungsprotokoll 30.07.2014). Körperliche Beschwerden haben gemäß dem »ganzheitlichen« Ansatz von KT1 oft mit dem Lebensstil und den darin zum Ausdruck kommenden Charakterzügen zu tun (KT1:

---

59 In diesen Fällen ist »religiös« und »medizinisch« nicht klar voneinander abgrenzbar.

60 Aufgrund dieser Bezüge wird die Körpertherapie in der vorliegenden Arbeit als alternativ religiös eingestuft, s. Kap. 2.2.3.

338–354). So haben gestresste, erfolgsorientierte Personen eher Herzprobleme, da beides mit dem Feuerelement zusammenhänge (KT1: 344). Durch die körperbezogene Behandlung würden den PatientInnen psychologische Themen bewusst, auf die KT1 dann im Gespräch eingeht (KT1: 76–84). Somit wird die indische Elementenlehre zur Mittlerin zwischen dem Körper und dem Charakter und verknüpft die körperbezogenen Techniken mit den Gesprächen (KT1: 38–56; 352).

### 6.3.3 Individuell eingesetzte komplementärmedizinische und -therapeutische Verfahren

Weitere komplementärmedizinische und -therapeutische Verfahren werden im Rahmen der Palliative Care entweder auf Wunsch der PatientInnen vermittelt oder durch einzelne Personen des Personals individuell eingebracht. Gegenüber jenen TherapeutInnen, die den PatientInnen direkt vermittelt werden, zeigt man sich in Spital Heckenbühl eher skeptisch, wie K2 beschreibt. Sofern es die schulmedizinischen Verfahren nicht störe, würden jedoch Personen vermittelt, wenn es jemand wünsche (K2: 272–286). Auch in Spital Rotach besteht die Pflegerin P5 darauf, dass Komplementärmedizinisches und -therapeutisches auf keinen Fall anstelle der Schulmedizin eingesetzt werden solle, sondern nur unterstützend dazu.

In den Daten aus Spital Heckenbühl gibt es zwei Beispiele von individuell eingesetzter Komplementärtherapie. Das eine ist die Pflegerin P1, das andere der Seelsorger S1. P1 (138) setzt bei Sterbenden zum Teil das Berühren von Akupressurpunkten ein, die sie von einer Therapeutin gelernt habe. Dies wirke insbesondere, wenn PatientInnen unruhig oder angespannt seien oder wenn sie Angst hätten. Die Wirkung sei dementsprechend, dass es ihnen gut tue und sie ruhiger würden (P1: 140, 144). Die Wirkung dieser Handlungsstrategie begründet sie über ihre Beobachtung und nicht über den Glauben an die Existenz von Energiebahnen (P1: 140). Die Zuwendung, die mit Akupressur einhergehe, sei dabei ausschlaggebend (P1: 146). Mit dem Religionsverständnis von Hervieu-Léger betrachtet, fehlt hier das Element des Glaubens und das der Kontinuität einer Tradition. P1 übernimmt lediglich die tradierte Handlungsstrategie und gibt ihr durch ihre eigene Interpretation Sinn.

S1 macht genau das Gegenteil: Er setzt sein homöopathisches Wissen und das Weltbild, das er damit verbindet, in den Seelsorgegesprächen ein, die in der Regel nicht mit der Vergabe eines Mittels enden. Er lebt also einen aktiven Glauben und sieht sich in der Kontinuität einer Tradition, aber den Kern der Tradition führt er nicht aus. Es helfe ihm jedoch herauszufinden, was der Patient oder die Patientin brauche (S1: 294–302), und damit könne er über die psychologische Unterstützung das Sterben verändern (S1: 117).

Also mit den Leuten kannst du [mit homöopathischem Wissen] anders sprechen. Also es hilft wirklich, dieses Wissen. Und dann könnt ich ja im Idealfall noch ein homöopathisches Kügelchen geben (.) und dann, hm, würde so n Mensch plötzlich viel ruhiger, wäre nicht mehr so getrieben, vielleicht auch nicht mehr so krank [...]. [D]as hilft WIRKLICH, also den Menschen zu beGEGNEN, und, und den Menschen auch vielleicht viel schneller so zu sehen, wo ist er, was könnt es sein (St: 299).

Die Homöopathie ist ein Mittel in seinem ganzheitlichen Menschenbild, das an einem Schnittpunkt von psychischer und körperlicher Wirkung steht. Auffallend ist, dass beide erwähnten individuell eingesetzten komplementärtherapeutischen Handlungsstrategien sehr unauffällig ausgeübt werden können. Diese Beobachtung soll an späterer Stelle wieder aufgegriffen werden. Die Akupressurpunkte werden nur kurz berührt und die Homöopathie fließt in die Gesprächsführung ein. So können sie unbemerkt ausgeführt werden.

