MIRJAM MEZGER

# RELIGION, SPIRITUALITÄT, MEDIZIN

## ALTERNATIVE RELIGIOSITÄT UND PALLIATIVE CARE IN DER SCHWEIZ

[transcript] Religionswissenschaft

Mirjam Mezger
Religion, Spiritualität, Medizin

**Religionswissenschaft** | Band 10

**Mirjam Mezger**, geb. 1984, promovierte am Religionwissenschaftlichen Seminar der Universität Zürich. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Rolle gegenwärtiger Religiosität im Gesundheitswesen und die gemeindenahe, integrierte Gesundheitsversorgung.

Mirjam Mezger

# Religion, Spiritualität, Medizin

## Alternative Religiosität und Palliative Care in der Schweiz

[transcript]

Die Druckvorstufe dieser Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Die vorliegende Arbeit wurde von der Theologischen Fakultät der Universität Zürich im Frühlingssemester 2017 auf Antrag von Prof. Dr. Dorothea Lüddeckens als Dissertation angenommen.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 Lizenz (BY-NC-ND). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, gestattet aber keine Bearbeitung und keine kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de
Um Genehmigungen für Adaptionen, Übersetzungen, Derivate oder Wiederverwendung zu kommerziellen Zwecken einzuholen, wenden Sie sich bitte an rights@transcript-verlag.de
Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

**© 2018 transcript Verlag, Bielefeld**

Umschlagkonzept: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Korrektorat: Eltje Böttcher, Laatzen
Satz: Michael Rauscher, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-4165-3
PDF-ISBN 978-3-8394-4165-7
https://doi.org/10.14361/9783839441657

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *https://www.transcript-verlag.de*
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter: *info@transcript-verlag.de*

# Inhalt

## Teil I
## Grundlagen


**1 Einleitung** ... 11
1.1 Fragestellung ... 11
1.2 Palliative Care ... 15
1.2.1 Geschichtlicher Hintergrund und soziologische Einordnung der Palliative Care ... 17
1.2.2 Palliative Care in der Schweiz ... 19
1.3 Forschung zu Religiosität in der Palliative Care ... 20

**2 Begriffsverständnis** ... 25
2.1 Spiritualität ... 25
2.2 Religiosität ... 27
2.2.1 Vorstellungen und Handlungsstrategien ... 28
2.2.2 Hervieu-Légers Religionsbegriff ... 29
2.2.3 Alternative Religiosität ... 32

**3 Methode** ... 39
3.1 Überblick über die Forschungsphasen ... 39
3.2 Grundsätze der Grounded Theory ... 41
3.3 Sampling ... 45
3.4 Datenerhebung ... 47
3.4.1 Beobachtung ... 47
3.4.2 Ethnografische Interviews ... 48
3.4.3 Problemzentrierte Interviews ... 49
3.5 Auswertung ... 51

# Teil II
# Datenauswertung


**4 Einleitung** ... 59

**5 Untersuchungsobjekte** ... 61
5.1 Spital Heckenbühl mit Konsiliardienst Palliative Care ... 61
5.2 Spital Rotach mit Palliativstation ... 63

**6 Handlungsstrategien in der Palliative Care – vor dem Tod und während des Todes** ... 67
6.1 Körperliche Präsenz: »Dasein« als Handlungsstrategie ... 67
6.1.1 Der Bruch im Arbeitsalltag ... 68
6.1.2 Erkennen der Bedürfnisse unter erschwerten Bedingungen ... 71
6.1.3 Mit dem »Dasein« verbundene Handlungsstrategien ... 73
6.1.4 »Dasein« zur Unterstützung des Sterbeprozesses ... 79
6.2 Handeln durch Gespräche ... 82
6.2.1 Vorbedingungen für Gespräche ... 83
6.2.2 Umsetzung der Gespräche ... 84
6.3 Komplementärmedizinische und -therapeutische Verfahren ... 89
6.3.1 Aromapflege und Wickel- und Kompressenanwendung ... 90
6.3.2 Körpertherapie ... 96
6.3.3 Individuell eingesetzte komplementärmedizinische und -therapeutische Verfahren ... 98

**7 Handlungsstrategien in der Palliative Care – nach dem Tod** ... 101
7.1 Abschied mit Gegenständen als Hilfsmittel ... 102
7.2 Individuelles Abschiednehmen ... 104

**8 Welt- und Menschenbild** ... 107
8.1 Sterben als Prozess ... 108
8.1.1 Das Ideal des ruhigen Sterbens ... 108
8.1.2 Sterben als Weg zum Loslassen ... 110
8.1.3 Todeszeitpunkt ... 112
8.2 Komponenten des Menschen ... 114
8.2.1 Immaterielle Komponente ... 114
8.2.2 Unterscheidung von Psyche und »Seele« ... 116
8.2.3 Rolle des Körpers ... 117
8.2.4 Energie ... 119

8.3 Komponenten der Welt ..... 122
8.3.1 Jenseitsvorstellungen ..... 122
8.3.2 Höhere Macht ..... 123

**9 Zwischenfazit** ..... 125
9.1 Überblick über die Ergebnisse ..... 125
9.2 Zusammenhänge von Handlung, Vorstellung und Legitimierung ..... 129

## Teil III
## Diskussion der Ergebnisse

**10 Alternative Religiosität in der Palliative Care** ..... 133
10.1 Alternativ-religiöse Inhalte ..... 134
10.1.1 Energie ..... 134
10.1.2 Psychologische Inhalte und die persönliche Entwicklung ..... 134
10.1.3 Alternativ-religiöse Handlungsstrategien ..... 134
10.2 Subjektbezug ..... 136
10.3 Selbstbezeichnung als »alternativ« ..... 139
10.3.1 Abgrenzung zum offiziellen Christentum ..... 139
10.3.2 Verwendung des Spiritualitätsbegriffs als Abgrenzungsstrategie ..... 141
10.4 Reflexion zum etischen Religionsverständnis ..... 144

**11 Ruhiges Sterben in der Palliative Care** ..... 147
11.1 Abhängigkeit des Sterbeideals vom Zustand der Sterbenden ..... 148
11.2 Das ruhige Sterben als Leitidee im Umgang mit Sterbenden ..... 150

**12 Die Rolle der Institution** ..... 155
12.1 Handlungsstrategien in den Spitälern ..... 156
12.1.1 »Dasein« ..... 156
12.1.2 Gespräche als Handlungsstrategien ..... 157
12.1.3 Komplementäre Therapien ..... 159
12.2 Glaubensvorstellungen in den Spitälern ..... 162
12.3 Der Einfluss der Institution auf alternative Religiosität ..... 162
12.3.1 Tabuisierung von Religion ..... 163
12.3.2 Zur Verfügung stehende Zeit ..... 165
12.3.3 Einbindung des Personals ..... 165

**13 Alternative Religiosität als Copingstrategie** ..... 167
13.1 Theoretische Grundlagen des Copingbegriffs ..... 167
13.2 Coping in der Palliative Care ..... 170
13.3 Copingstrategien in den untersuchten Spitälern ..... 172
13.3.1 Alternativ-religiöse Handlungsstrategien zur Stressbewältigung ..... 173
13.3.2 Sinngebung durch Vorstellungen ..... 181
13.3.3 Schlussfolgerungen und Bezug zur theoretischen Diskussion ..... 183

**14 Fazit** ..... 185
14.1 Zusammenfassung der Analyseergebnisse ..... 185
14.2 Alternative Religiosität in der Spiritual Care ..... 194
14.3 Warum gerade alternative Religiosität? ..... 196

**Literatur** ..... 199
Internetquellen ..... 211

**Abbildungsverzeichnis** ..... 213

**Interviewleitfaden** ..... 215

# Teil I
# Grundlagen

# 1 Einleitung

## 1.1 Fragestellung

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

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

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

### Alternative Religiosität auf dem Vormarsch

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

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

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

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

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

## Die ganzheitliche Ausrichtung der Palliative Care

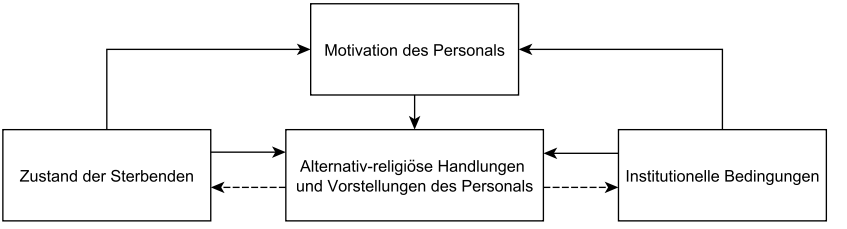
Ein zweiter wichtiger Punkt im Hintergrund der Fragestellung ist, dass sich das Palliative Care-Personal nach dem Selbstverständnis in den Leitlinien der World Health Organization und des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit[4] auf eine ganzheitliche Art und Weise um die Sterbenden kümmern soll. Nebst der medizinischen Symptomlinderung sollen auch soziale, psychologische und – mittels der sogenannten Spiritual Care – spirituelle Anliegen berücksichtigt werden (s. u.). Es wird davon ausgegangen, dass alternative Religiosität in dieser ganzheitlichen Ausrichtung Platz einnimmt. Da die christlichen Seelsorgenden als die Spezialisten und Spezialistinnen für Spiritual Care gelten, stellt sich jedoch die Frage, ob versucht wird, auch auf die Bedürfnisse von PatientInnen mit alternativ-religiösen Glaubensvorstellungen einzugehen und auch, ob dabei die alternative Religiosität des Personals an die PatientInnen herangetragen wird. Das würde gemäß den obigen Zahlen manchen PatientInnen entgegenkommen, denn auch auf deren Seite muss es eine zunehmende Anzahl von Personen geben, die alternativ-religiös ausgerichtet sind. Dieses Thema wird in der vorliegenden Arbeit nicht aus der Sicht der PatientInnen untersucht, sondern es stehen die institutionalisierten Praktiken und die Einschätzung des Personals und dadurch auch dessen Religiosität im Zentrum. Die Religiosität der PatientInnen wird nur einbezogen, wenn die Mitarbeitenden über die Bedürfnisse der PatientInnen Vermutungen und Reflexionen anstellen. Die beiden Akteursgruppen stehen in enger Interaktion und die Mitarbeitenden richten ihre Arbeit auf die PatientInnen aus. Die Sichtweise des Personals wird so sehr durch die PatientInnen bzw., wie später ausgeführt wird, durch deren Zustand geprägt. Ebenso wird davon ausgegangen, dass die institutionellen Voraussetzungen, in denen sich das Personal bewegt, einen wichtigen Einfluss auf die Handlungen und Vorstellungen des Personals haben. Die alternative Religiosität des Personals wird, wie in Abbildung 1 dargestellt, abhängig vom Zustand der Sterbenden und vom jeweiligen institutionellen Umfeld untersucht sowie auffällige Rückwirkungen der Religiosität auf die beiden anderen Faktoren. Zudem wird die Motivation des Personals selbst betrachtet.

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

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

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

*Abbildung 1: Einflussfaktoren für alternative Religiosität*



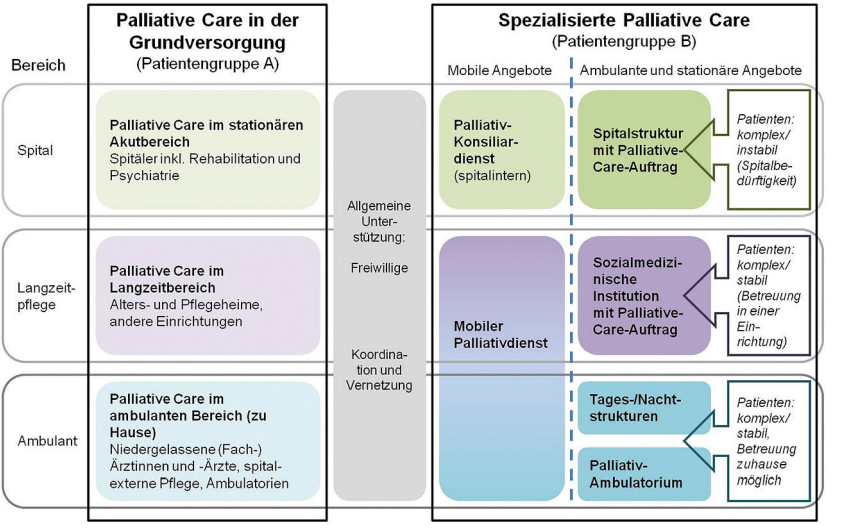

## Aufbau der Arbeit

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

## 1.2 Palliative Care

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

*Abbildung 2: Versorgungsstruktur der Palliative Care in der Schweiz*




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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 Die Namen der Spitäler wurden zwecks Anonymisierung abgeändert.

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

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

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

### 1.2.1 Geschichtlicher Hintergrund und soziologische Einordnung der Palliative Care

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.2.2 Palliative Care in der Schweiz

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

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

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

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

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

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

## 1.3 Forschung zu Religiosität in der Palliative Care

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 2 Begriffsverständnis

## 2.1 Spiritualität

»Spiritualität« ist sowohl im emischen als auch im etischen Sprachgebrauch ein verbreiteter Begriff für die Beschreibung gewisser Strömungen in der heutigen Religiosität (vgl. Knoblauch 2005: 123). Im Folgenden wird dargelegt, weshalb er in der vorliegenden Dissertation nur als feldinterner Begriff verwendet wird und auf der wissenschaftlichen Metaebene von »Religiosität« gesprochen wird.

Der Spiritualitätsbegriff wird – ebenso wie der Religionsbegriff – mit verschiedenen Bedeutungen gefüllt. Gerade im Gesundheitswesen und spezifisch auch in der Palliative Care ist seit den 1960er Jahren ein erhöhtes Interesse an Religiosität und Spiritualität zu beobachten. Die religiöse Dimension in Selbstbeschreibungen wird vermehrt mit dem Begriff der »Spiritualität« anstatt mit »Religiosität« bezeichnet (vgl. Nassehi 2009: 35; Knoblauch 2010: 20; Puchalski u. a. 2009: 885). Sinclair u. a. (2006: 465) beobachten eine starke Zunahme der Begriffsverwendung in medizinischen Zeitschriften. Spiritualität wird in diesem Kontext meist als anthropologische Konstante gesehen (vgl. palliative ch 2008: 1) und gilt als erfahrungsorientiert und subjektbezogen (vgl. Knoblauch 2010: 21). Mit der Selbstbezeichnung »spirituell« will man sich meistens von »religiös« abgrenzen, denn »Religion« wird als die institutionalisierte Form der subjektiv erlebbaren Spiritualität verstanden.[1] Auch gilt Spiritualität als etwas viel Offeneres als Religion. In Anlehnung an Viktor Frankl und Cicely Saunders wird damit im Kontext der Palliative Care »alles, was Sinn erzeugt« bezeichnet (vgl. Walter 1996a: 356; Nassehi 2009: 39). Empirische Untersuchungen zeigen, dass auch PalliativpatientInnen Spiritual Care[2] mit zwischenmenschlichen Begegnungen in Verbindung bringen, das heißt als relationale Dimension in der Pflege verorten (vgl. Edwards u. a. 2010; palliative ch 2008: 1). Die Begriffsverwendung ist somit offen formuliert und immanent orientiert. Trotzdem weist sie oft eine christliche Prä-

1 Das beobachtet u. a. Walter 2002: 135. Für Reflexionen dazu aus der emischen Sicht vgl. palliative ch 2008: 1; Frick 2011: 407 f.; Kunz 2012: 54.

2 Wie in Kapitel 1.2 ausgeführt, wird mit »Spiritual Care« die spirituelle Betreuung in der Palliative Care bezeichnet.

gung auf. So wird Spiritualität zum Beispiel im Lehrbuch für Palliative Care (vgl. Knipping 2007) von Weiher als »was ihnen [den Menschen] heilig ist« beschrieben (Weiher 2007: 440). Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Care bezeichnet Spiritualität u. a. als den Bezug zu Gott: »Spiritualität wird erlebt in der Beziehung zu sich selber, zu andern und zum Transzendenten (Gott, höhere Macht, Geheimnis, …)« (palliative ch 2008: 1).

In der Praxis sollen trotz der interdisziplinären Ausrichtung die christlichen Seelsorgenden die SpezialistInnen in religiösen bzw. »spirituellen« Belangen bleiben (vgl. ebd.: 4; Roser 2009: 81–84; Weiher 2007: 448). Dies ist einerseits auf die Begriffsgeschichte zurückzuführen, andererseits stammen prominente Akteure in der Palliative Care aus einem christlichen Kontext, angefangen bei der »Gründermutter« Cicely Saunders (vgl. Walter 2002: 135) bis hin zu Erhard Weiher im aktuellen Lehrbuch für Palliative Care. Im Gegensatz dazu wird in der Religionswissenschaft der Begriff »Spiritualität«, sofern er im Kontext gegenwärtiger Religiosität steht, weniger mit christlichen Konzepten als vielmehr mit buddhistischen und solchen aus dem »New Age« assoziiert (vgl. Knoblauch 2005: 128; Sutcliffe u. a. 2000; Sutcliffe 2004; Heelas u. a. 2003; Heelas u. a. 2005), was an den angelsächsischen Begriffsdiskurs anschließt (vgl. Bochinger 1999: 360).[3] Dass nicht weiterhin der Religionsbegriff verwendet wird, geschieht in Anlehnung an das Feld: Hubert Knoblauch bezieht sich zwar auf den troeltschen Typus des »Spiritualismus«, doch das wichtigste Argument, den Spiritualitätsbegriff zu verwenden, ist für ihn die zunehmende Verwendung im Feld (vgl. Knoblauch 2005: 123 f.). Er will »diesen […] Akteursbegriff als Ausgangspunkt für weitere Konzeptualisierungen […] nehmen, die wissenschaftlich anschlussfähig sind« (ebd.: 125). Ähnlich argumentieren u. a. Steven Sutcliffe und Marion Bowman (2000: 2) sowie Linda Woodhead (2010: 38) und Heelas u. a. (2005: 1). Die Verwendung des Begriffs »Spiritualität« anstelle von »Religiosität« soll jeweils darauf hinweisen, dass es sich um individuellen bzw. subjektivierten Glauben[4] handelt.[5] Damit einhergehend wird »Spiritualität« mit Erfahrungsbezogenheit, Anti-Institutionalismus, »religiöser Autonomie« (Knoblauch 2005: 123) und Ganzheitlichkeit in Verbindung gebracht.[6] Der Spiritualitätsbegriff wird somit im religionswissenschaftlichen Diskurs zu gegenwärtiger Religiosität anders verwendet als im vorliegenden

3 Der Spiritualitätsbegriff wird in der schon älteren französischen Begriffstradition auch im Zusammenhang mit christlicher Frömmigkeit verwendet (vgl. Bochinger 1994: 525 f.; Knoblauch 2006: 91). Für einen Überblick zum Spiritualitätsbegriff im Zusammenhang mit verschiedenen religiösen Kontexten siehe RGG 2004: 1589–1599). Oft wird deshalb von »alternativer Spiritualität« in Abgrenzung zur christlichen Spiritualität gesprochen (vgl. zum Beispiel Knoblauch 2007 und 2010; Sutcliffe 2004; Heelas u. a. 2005: 5–6).

4 Zum Begriff des Glaubens s. Kap. 2.2.2.

5 Vgl. z. B. Walter 1993: 138; Hanegraaff 2000: 292; Lüddeckens u. a. 2010: 43; Heelas u. a. 2005.

6 Vgl. z. B. Knoblauch 2005; Sutcliffe u. a. 2000; Heelas u. a. 2005: 2–6.

Untersuchungsfeld. Dasselbe ist auch beim Religionsbegriff der Fall, dieser ist jedoch im wissenschaftlichen Diskurs tiefgreifender reflektiert und abstrahiert worden als der neu im Trend liegende Spiritualitätsbegriff.

Um eine Unterscheidung vom feldinternen emischen Begriffsverständnis zu gewährleisten, wird »Spiritualität« in der vorliegenden Arbeit nur in der Beschreibung der Selbstbezeichnung der Akteure im Feld verwendet und in der Metasprache wird mit dem Begriff der »Religiosität« bzw. der »alternativen Religiosität« gearbeitet, auch wenn inhaltlich das miteinbezogen wird, was oben genannte ReligionswissenschaftlerInnen als »alternative Spiritualität« bezeichnen. Dies hat den Vorteil, dass der emische Spiritualitätsbegriff als moderner Trend in der breiteren Gesellschaft und auch spezifisch in der Palliative Care thematisiert und in Bezug zu alternativer Religiosität gesetzt werden kann.

## 2.2 Religiosität

Davon ausgehend, dass Religion keinen Gegenstand a priori bezeichnet, sondern ein Produkt aus Diskursen ist,[7] ist das Ziel dieses Kapitels nicht, eine umfassende allgemeingültige Definition von Religion, sondern eine Arbeitsdefinition von alternativer Religiosität zu formulieren. Diese dient dazu, Vorstellungen und Handlungen in der Palliative Care zu beschreiben, die im oben dargestellten Diskurs um Religion und Medizin aus religionswissenschaftlicher Sicht dem Bereich Religion zugeordnet werden können. Das Ziel ist dabei nicht die klare Zuordnung der Phänomene in Religion und Nicht-Religion, sondern die Beschreibung eines bislang nur wenig untersuchten Feldes.

Als Ausgangspunkt dient das Religionsverständnis von Danièle Hervieu-Léger, die ein Phänomen als Religion bezeichnet, wenn es die drei Aspekte Glauben, Tradition und Kontinuität der Tradition aufweist (vgl. Hervieu-Léger 2000: 10 f.).[8] Mit dem Konzept des Glaubens grenzt sie sich von naturwissenschaftlichem Wissen ab. Das eignet sich in diesem Kontext besonders, da Religion in der Palliative Care von der Schulmedizin[9] abgegrenzt werden muss. Auch zum Beispiel aus evidenzbasierter schulmedizinischer Sicht gilt der Glaube als Abgren-

7 Vgl. u. a. von Brück 2007; von Stuckrad 2012; Stausberg 2012.

8 Damit grenzt sich Hervieu-Léger sowohl von substanziellen als auch funktionalen Religionsbegriffen ab (vgl. Hervieu-Léger 2000: 76).

9 Der Begriff »Schulmedizin« wird verwendet, auch wenn er in seiner Entstehungsgeschichte aus der Abgrenzung der Naturheilkunde und der »Alternativmedizin« zum staatlichen Medizinsystem entspringt (Bruchhausen 2010: 514 f.). Die wertende Komponente soll damit nicht übernommen werden. Der Begriff wird dem der »Biomedizin« vorgezogen, weil er im deutschsprachigen Raum weiterverbreitet ist. Damit soll die Medizin, wie sie an den Schweizer Universitäten gelehrt wird, bezeichnet werden, im Bewusstsein, dass sich eine solche nicht klar eingrenzen lässt.

zungspunkt.[10] Zusätzlich integriert Hervieu-Léger das Konzept der Tradition sowie deren Kontinuität in ihren Religionsbegriff, was ihn wiederum einschränkt und ihn so griffiger macht.

Auch wenn sich Hervieu-Léger vertieft mit Religiosität in der individualisierten Moderne[11] und den damit einhergehenden Besonderheiten aus religionswissenschaftlicher Sicht auseinandersetzt, muss ihr Religionsverständnis zur Spezifizierung mit dem gegenwärtigen religionswissenschaftlichen Diskurs zu alternativer Religiosität und Spiritualität erweitert werden. Trotzdem eignet sich ihr Religionsverständnis gerade durch die drei Punkte zu klareren Aussagen über alternative Religiosität, weil sich diese in einem Grenzbereich bewegt, der klarer strukturiert werden soll. Dies wird im vorliegenden Kapitel auf der theoretischen Ebene reflektiert. Eine weitere Analyseeinheit in diesem Kontext bildet die Unterscheidung von Vorstellungen und Handlungen. Auf diese wird als Erstes eingegangen werden, da sie für die Reflexion des Religionsbegriffs eine Basis bildet.

### 2.2.1 Vorstellungen und Handlungsstrategien

Zur Analyse der Daten im Kontext der Palliative Care ist in Anbetracht der methodischen Mittel die Aufteilung in Vorstellungen und Handlungsstrategien sinnvoll. Diese Unterscheidung geht auf Durkheim (1994: 61 f.) zurück; dabei soll aber nicht Durkheims funktionales Verständnis von Religion übernommen werden. Die Unterscheidung bietet sich an, weil aufgrund der Erhebungsmethoden einerseits Handlungen beobachtet werden, andererseits in den Interviews dieselben Handlungen oder Handlungsstrategien reflektiert und Glaubensvorstellungen ausformuliert werden (s. Kap. 3).

Handeln wird nach Weber als eine Spezialform von Verhalten verstanden. Die Akteure verbinden es mit einem Sinn. Das heißt, sie schreiben ihm entweder eine Bedeutung oder einen Zweck zu (vgl. Miebach 2014: 20).

> »Handeln« soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden (Weber 1972: 1).[12]

---

10 Zum Selbstverständnis der evidenzbasierten Medizin siehe z. B. www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/ (zuletzt geprüft am 19.11.2015), Evidence-Based Medicine Working Group u. a. (1992) oder Bundesärztekammer u. a. (2010: 68–72).

11 Die Bezeichnung »Moderne« steht im Sinne Hervieu-Légers gerade für individuelle und subjektive Glaubensvorstellungen, die im Zusammenhang mit einer von Rationalität gekennzeichneten Gesellschaft stehen (vgl. Hervieu-Léger 2004: 15, 24).

12 Weber unterscheidet zwischen »Handeln« und »sozialem Handeln«: »Soziales‹ Handeln aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten

Die Bezeichnung »Strategie« in der vorliegenden Arbeit lehnt sich an Strauss (1998), der für die Analyse von Schlüsselkategorien die Berücksichtigung von Strategien, Bedingungen, Wirkung und Interaktionen vorschlägt (s. Kap. 3.2). Zudem geht der Begriff »Handlungsstrategie« einen Schritt weiter als der Begriff »Handlung« und zieht planerisches Handeln mit ein. Da der Fokus der Analyse auf den Interviewdaten liegt und nicht auf der Beobachtung der Handlungen, kann man davon ausgehen, dass durch die Verbalisierung schon ein Reflexionsprozess der vollzogenen Handlungen stattgefunden hat.

### 2.2.2 Hervieu-Légers Religionsbegriff

Damit etwas als Religion bezeichnet wird, muss es aus Hervieu-Légers Sicht aus folgenden drei Komponenten bestehen: dem Glauben,[13] der Anbindung an eine Tradition und dem Selbstverständnis einer Kontinuität derselben (vgl. Hervieu-Léger 2000: 10 f.).

Unter »Glauben« versteht Hervieu-Léger Folgendes:

> The term [believe] denotes the body of convictions – both individual and collective – which are not susceptible to verification, to experimentation and, more broadly, to the mode of recognition and control that characterize knowledge, but owe their validity to the meaning and coherence they give to the subjective experience of those who hold them (ebd.: 72).

Hervieu-Léger grenzt mit diesem Begriff Religion von Wissenschaft ab, die über Beweisbarkeit funktioniert und deren Erkenntnisse somit mit neuen entgegengesetzten Beweisen neu formuliert werden (vgl. ebd.: 99 f.). Glauben hingegen beschreibt sie als Überzeugung, die nicht auf Wissen, sondern auf dem eigenen Erleben basiert. Hervieu-Léger spricht von zwei Arten von Glauben: dem intuitiven und dem rationalen. Intuitives oder praktisches Glauben liegt vor, wenn »one is so unaware that one thinks of them [the convictions] as being inborn: anything which is a product of ›what appears to be self-evident in the experience of living‹ belongs to believing« (Hervieu-Léger 2000: 72). Sie bezieht sich damit auf Pierre Bourdieus Vorstellung von einverleibtem Glauben:

---

Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist« (Weber 1972: 1). Diese Unterscheidung hat für die vorliegende Fragestellung keine Relevanz.

13 Hier wird bewusst von Glauben als nominalisierter Verbform gesprochen, da es sich in den Beobachtungen jeweils um in Handlungen ausgedrückte Glaubenskonzepte handelt.

> Der praktische Glaube ist kein »Gemütszustand« und noch weniger eine willentliche Anerkennung eines Korpus von Dogmen und gestifteten Lehren […], sondern […] ein Zustand des Leibes (Bourdieu 2014: 126).

Nach ihm ist Glaube ein Habitus, der entweder seit der Geburt oder sonst durch einen langen Prozess einverleibt wurde. Unter »einverleibt« versteht Bourdieu im wörtlichen Sinne, dass der Glaube Teil des Körpers wurde und sich somit auch über den Körper ausdrückt. So wird das, was man glaubt, als Wirklichkeit gesehen und nicht mehr infrage gestellt. Es wird zu einem Weltbild, von dem man nicht mehr merkt, dass es sich um einen persönlichen Glauben handelt (vgl. ebd.: 122–146).

Das rationale Glauben beschreibt Hervieu-Léger als »the range of formalized, rationalized beliefs of which people are mindful and from which they consciously draw practical implications for their lives« (Hervieu-Léger 2000: 72). Der Begriff »Glauben« wird somit nicht im christlichen Verständnis angewendet, sondern im Sinne einer starken einverleibten oder durchdachten Überzeugung.[14]

Damit nach Hervieu-Léger ein Phänomen als »Religion« oder »religiös« gilt, soll der Glaube sich auf eine Tradition beziehen.

> There is no religion without the authority of a tradition being invoked (whether explicitly, half-explicitly or implicitly) in support of the act of believing (ebd.: 76).

Zudem soll er als Fortsetzung dieser Tradition empfunden werden (vgl. ebd.: 10 f.).

> It is not the continuity in itself, that matters but the fact of its being the visible expression of a lineage which the believer expressly lays claim to and which confers membership of a spiritual community that gathers past, present and future believers (ebd.: 81).

Kontinuität bedeutet, dass Glaube als die Fortsetzung einer Tradition gesehen wird, wodurch man selbst Handlungs- und Gestaltungsmacht in Bezug auf diese Tradition bekommt. Tradition kann einerseits als Quelle von Symbolen dienen, andererseits als Grund für Gruppenzusammenhalt (vgl. ebd.: 81). Elemente aus Traditionen können übernommen werden, weil man sich aus sozialen Gründen einer Gruppe zugehörig fühlt, weil man deren ethische Werte gutheißt, weil sich

14 Als Grund für Glauben nennt Hervieu-Léger die Ungewissheit im Leben und im Tod, die in der Moderne sehr ausgeprägt sei, da alte Sicherheiten nicht mehr gültig seien (vgl. Hervieu-Léger 2000: 73). Sie geht damit in Anlehnung an Durkheim in Richtung einer funktionalen Religionsdefinition, was für die vorliegende Arbeit nicht übernommen werden soll.

kulturelles Allgemeingut daraus entwickelt hat oder weil man emotionale Erlebnisse damit gemacht hat (vgl. Hervieu-Léger 2004: 47 f.).

Auch in der Moderne,[15] in der vermehrt individualisierte und subjektivierte Arten von Glauben auftreten,[16] ist die Berufung auf Traditionen wichtig: Typisch sind die sogenannten »Bastelkompetenzen« der Individuen im Sinne von Grace Davies' »Believing without belonging« (zitiert in Hervieu-Léger 2004: 32). Damit werden die einzelnen Elemente aus den Traditionen fluide.

> In the fluid, mobile domain of modern belief liberated from the hold of all-embracing institutions of believing all symbols are interchangeable and capable of being combined and transposed. All syncretisms are possible all retreads imaginable (Hervieu-Léger 2000: 75).

Dadurch werden Institutionen weniger wichtig und die Ressourcen der Glaubensvorstellungen und Praktiken werden vielfältiger (vgl. Hervieu-Léger 2004: 24–31). Diese Ressourcen werden nicht mehr als das jeweils einzig Wahre gesehen, sondern als »persönliche Vorliebe« (vgl. ebd.: 33). Sie werden entweder durch Austausch mit anderen, durch Institutionen oder Personen oder auch über das eigene Gefühl validiert. Wenn diese Validierung nur noch über die eigene Person geschieht, bezeichnet Hervieu-Léger diesen Glauben nicht mehr als Religion (vgl. ebd.: 125–132).[17]

Auch wenn Hervieu-Léger explizit versucht, die Subjektivierung der Religion in ihre Definition aufzunehmen, stehen die Aspekte des Traditionsbezugs und die Voraussetzung, dass sich die Akteure in einer Fortsetzung zu dieser Tradition verstehen, in einer Spannung zu dem, was von anderen als »alternative Religiosität« bezeichnet wird, und somit auch zum vorliegenden Forschungsgegenstand. Gleichzeitig weist Hervieu-Légers Forderung nach einem Traditionsbezug auf die Notwendigkeit hin, diesen Aspekt genauer zu beleuchten. Anhand der theoretischen Diskussion zum Feld alternativer Religiosität, die in der Religionssoziologie stattfindet, wird das Religionsverständnis dem Gegenstand angemessen ausdifferenziert. Ziel des nächsten Kapitels ist die Erarbeitung eines Begriffs alternativer Religiosität, der Hervieu-Légers Religionsverständnis reflektiert.

---

15 Hervieu-Léger übernimmt das Konzept der Postmoderne nicht, sondern bezeichnet die heutige Zeit als Moderne.

16 Zugleich stellt Hervieu-Léger auch eine Gegenbewegung, nämlich das Wiederaufleben der Konfessionen, fest (vgl. Hervieu-Léger 2004: 33).

17 Der subjektivierte, affektive Glaube stehe jedoch selbst in einer Tradition, nämlich der Beschäftigung mit mystischen Quellen im 18. Jahrhundert, zum Beispiel in kabbalistischen und theosophischen Schulen (vgl. Hervieu-Léger 2004: 121 f.).

### 2.2.3 Alternative Religiosität

Nachdem in der Religionswissenschaft und Religionssoziologie lange die These einer Säkularisierung im Sinne eines Bedeutungsschwundes von »Religion« propagiert worden war (vgl. Jaeschke 2001: 15), wurde ab den 1960er Jahren eine Verschiebung der Religion von der institutionellen Ebene auf die private und somit auf die subjektive Ebene der persönlichen Erfahrung festgestellt. Einen wichtigen Beitrag leistete Thomas Luckmann (1967) mit seinem Buch »The Invisible Religion: The Problem of Religion in Modern Society«.[18] Dieser Befund wird bis heute von verschiedenen Theoretikern im Sinne einer Subjektivierung von Religion rezipiert.[19] In der Schweiz verzeichnen die Landeskirchen und auch die neuen religiösen Bewegungen einen Mitgliederschwund, individuelle Formen von Religion werden hingegen vermehrt praktiziert. Nur die Migrationsgemeinschaften[20] (vgl. de Flaugergues 2016: 6; Bundesamt für Statistik 2003: 70; Baumann u. a. 2007; Baumann 2012) und die Freikirchen, die erlebnisorientiert sind und somit einen subjektiven Bezug ermöglichen, haben zugenommen (vgl. Stolz u. a. 2014: 203; Lüddeckens u. a. 2010: 9, 31). Durch die zunehmende Deutungshoheit des Individuums haben herkömmliche Glaubensvorstellungen, Praktiken und Institutionen an Anhängern verloren (vgl. Hervieu-Léger 2000: 74).[21] Glaubensinhalte werden nur angenommen, wenn sie mit dem eigenen Gefühl und Erleben übereinstimmen (vgl. Bochinger u. a. 2009: 51, 77–81; Hervieu-Léger 2004: 123). Ob diese Glaubensinhalte von den Akteuren trotzdem noch auf Traditionen zurückgeführt werden, wird sich in den Daten zeigen. Nach dem Begriff des Glaubens von Pierre Bourdieu, auf den sich Hervieu-Léger bezieht, können traditionelle Elemente, zum Beispiel Werte, so tief einverleibt werden, dass sie von den Akteuren selbst nicht mehr auf die Tradition zurückgeführt, sondern als körperliche Wahrnehmung bestehen und somit als Wirklichkeit angenommen werden (vgl. Bourdieu 2014: 128). Dadurch werden sie aus der Ursprungstradition dekontextualisiert und in die eigene Weltsicht integriert. Diese subjektive Weltsicht stellt Hervieu-Légers zweiten Punkt, die Anbindung des Glaubens an religiöse Traditionen, infrage. Die Traditionsanbindung wird im Folgenden unabhängig von der Einschätzung der Akteure verstanden, sondern stattdessen im Hinblick auf den

18 Vgl. auch Luckmann 1991; Luckmann 1999: 25 f.

19 Bezüglich der erhobenen Daten wird im Verlauf dieser Arbeit jedoch nicht von einer »Subjektivierung« gesprochen, sondern von »Subjektivität«, da es sich hier nicht um eine Verlaufsstudie handelt, sondern die Daten nur zu einem Zeitpunkt erhoben wurden.

20 Die römisch-katholische Kirche hat zwar dank der Zuwanderung ebenfalls neue Mitglieder gewonnen, aber trotzdem verzeichnet sie insgesamt eine abnehmende Mitgliederanzahl (vgl. de Flaugergues 2016).

21 Diese Handlungsmacht und Deutungshoheit wird jedoch durch ökonomische, soziale und kulturelle Determinanten beschnitten (vgl. Hervieu-Léger 2000: 74).

Hintergrund des Glaubensinhalts betrachtet. Wenn zum Beispiel jemand eine Seele »spürt«, sie aber nicht als christlichen Glaubensinhalt sieht, dann wird dies aufgrund des religionsgeschichtlichen Hintergrunds der Vorstellung doch mit in die Analyse aufgenommen. Unter Einbezug der Unterscheidung von Vorstellungen und Handlungsstrategien ist es auch denkbar, dass Handlungen, die nicht aus einer religiösen Tradition stammen, mit religiösen Deutungen versehen werden. Diese sind ebenso von Interesse. Damit fällt der dritte Punkt Hervieu-Légers, nämlich das Selbstverständnis, dass mit dem Glauben eine Tradition fortgeführt wird, gänzlich weg. Paul Heelas und Linda Woodhead sprechen im Zusammenhang mit dem Relevanzgewinn der persönlichen Wahrnehmung von einem »subjective turn« (Heelas u. a. 2005: 2–5):

> It is a turn away from life lived in terms of external or »objective« roles, duties and obligations, a turn towards life lived by reference to one's own subjective experience. […] The subjectivities of each individual become a, if not the, unique source of significance, meaning and authority (ebd.: 2).

Das Individuum gilt als entscheidungsfähig und verantwortlich für das eigene Leben (vgl. Stolz u. a. 2014: 10; Sutcliffe u. a. 2000: 7; Bochinger u. a. 2009: 77). Das »Transzendente«[22] wird nicht mehr außerhalb, sondern innerhalb des eigenen Selbst gesucht und anhand der eigenen Empfindung festgestellt (vgl. Heelas u. a. 2005: 4 f.). Von verschiedenen Autoren wird diese subjektive Religiosität als »alternative Religiosität« oder »alternative Spiritualität« bezeichnet.[23] Diese soll im Folgenden beschrieben werden. Wie die Wortwahl »alternativ« andeutet, wird damit Religiosität bezeichnet, die aus emischer und/oder etischer Sicht als Alternative zu »traditioneller« Religiosität verstanden wird. Meistens bedeutet dies, dass sich die Akteure im Feld von den lokalen Haupttraditionen und -institutionen abgrenzen. Aus etischer Sicht wird diese alternative Religiosität auch in Abgrenzung zu traditioneller (in unserem Kontext kirchlich-christlicher) Religiosität verstanden.[24] Diese Grenze zwischen »alternativ« und »traditionell« verläuft aber nicht zwischen den Individuen, sondern ein und dieselbe Person kann sich beider Arten von Glaubenskonzepten und -praktiken bedienen. Das Wort »alternativ« sagt

22 Transzendenz wird im Sinne Luckmanns (1999) verstanden. Der Glaube an eine Transzendenz wird somit ebenfalls ein möglicher Teil des Religionsverständnisses, insofern es sich dabei um einen Glauben handelt, der an verschiedene religiöse Traditionen anbindet. Der Fokus in den Analysen wird jedoch nicht darauf gelegt, um welche Tradition es sich dabei genau handelt, da dies mittels eines einmaligen Interviews wohl nur selten nachvollziehbar sein wird.

23 Zum Verhältnis dieser Bezeichnungen zum Begriff der Volksreligiosität vgl. Bowman (2000).

24 Insbesondere Sutcliffe (2004: 467) betont, dass alternative Religiosität kein neues Phänomen sei und deshalb jeweils von der gegenwärtigen alternativen Religiosität gesprochen werden müsse.

auch nichts darüber aus, wie verbreitet diese Formen von Religion sind. Sutcliffe (2004: 479) beschreibt zum Beispiel, wie diese Formen zu einer Populärkultur werden, und auch Heelas u. a. (2003: 230, 233–235) zeigen, wie die »New Age-Spiritualität« in die breitere Gesellschaft aufgenommen wird.[25]

Als Teil dieser »alternativen Religiosität« wird eine Diffusion von Inhalten und Praktiken aus verschiedenen Traditionen in die breitere Gesellschaft festgestellt: Ein wichtiger Referenzpunkt ist die New-Age-Religiosität. Sie wurde ursprünglich vor allem von einer Minderheit in der »Babyboom-Generation« gelebt, die in den 1960er Jahren erwachsen wurde. Mit dem Generationenwechsel, so Heelas und Seed, wurden deren Glaubensinhalte und Praktiken von einem breiteren Teil der Gesellschaft akzeptiert und übernommen (vgl. ebd.: 230; Sutcliffe 2004: 481; Knoblauch 2010).

Spezifisch aus dem New Age-Diskurs sind das Streben nach persönlicher Entwicklung und Heilung, der Ansatz der »Ganzheit« von Körper, Geist und Seele (vgl. Sutcliffe 2004: 468; Woodhead 2010: 38) sowie die Vorstellung einer alles durchdringenden Energie (vgl. ebd.: 39) in der breiteren Gesellschaft adaptiert worden (vgl. Sutcliffe 2004: 467 f., 478; Heelas u. a. 2005: 7; Woodhead 2010: 38). Es wird in diesem Feld auch ein vermehrtes Interesse an psychologischen Belangen festgestellt (vgl. Sutcliffe u. a. 2000: 5; Knoblauch 2005: 128; Heelas u. a. 2003: 239; Bochinger u. a. 2009: 59–63). »Psychische Heilung« und »innere Freiheit« sollen durch meditative Übungen, komplementärmedizinische und -therapeutische Techniken, Selbstreflexion und Austausch erreicht werden (vgl. ebd.: 60–69). Eine wichtige Rolle in der Popularisierung spielen nach Hubert Knoblauch die Massenmedien und deren Vermarktung (vgl. Knoblauch 2010: 23). Dasselbe passiert auch mit anderen Formen von »alternativer« Religiosität, nicht nur mit jener aus dem New Age, denn durch die zunehmende Mobilität und Globalisierung ist der Kontakt zu und die Adaption von verschiedensten religiösen Ideen und Praktiken einfacher möglich geworden (vgl. Sutcliffe u. a. 2000: 7). Vieles ist auch von den Neuen Religiösen Bewegungen (NRB) in die weitere Gesellschaft eingeflossen (vgl. Lüddeckens u. a. 2010: 19 f., 31; Sutcliffe 2004: 481; Sutcliffe u. a. 2000: 8; Knoblauch 2010). In besonderem Maße trifft dies zum Beispiel auf Reinkarnationsvorstellungen, aber auch Praktiken wie Yoga oder buddhistische Meditationsformen zu (vgl. Knoblauch 2005: 128; Knoblauch 2010; Bochinger u. a. 2009 u. a.).

Diese Unabhängigkeit und Mobilität ermöglicht die Übernahme von religiösen Elementen zum Beispiel in der Komplementärmedizin bzw. -therapie (vgl. Heelas u. a. 2003: 234 f., 242; Heelas u. a. 2005; Hanegraaff 2000: 301; Heelas u. a. 2005; Knoblauch 2005: 123 f.; Stolz u. a. 2011: 3 f.; Lüddeckens 2012) und auch in

25 Jörg Stolz hingegen misst in der Schweizer Gesellschaft nur 13,4 % »Alternative«, wobei zu beachten ist, dass Stolz mit einem ausschließenden Begriff arbeitet, in dem er die Menschen als Ganzes verschiedenen Typen zuordnet (vgl. Stolz u. a. 2014: 71).

christlichen Kreisen (vgl. Gebhardt u. a. 2005).[26] Diese komplementärmedizinischen und -therapeutischen Praktiken finden sich u. a. im Angebot palliativer Pflege (vgl. z. B. Huber u. a. 2011). Alternative Religiosität gehört inzwischen nicht mehr zu einer Gegenkultur, sondern ist weit verbreitet und wird oft als selbstverständlich angenommen (vgl. Heelas u. a. 2003: 233–235).

Die dekontextualisierten Inhalte und Praktiken werden nicht von allen Akteuren als religiös wahrgenommen (vgl. Bochinger u. a. 2009: 52). Voas u. a. (2016) bezweifeln deshalb, dass »ganzheitlich« orientierte komplementärmedizinische Praktiken[27] oder auch westliches Yoga aus wissenschaftlicher Sicht als spirituell bzw. religiös bezeichnet werden sollten, da sich die Konsumenten selten wegen des eigenen »spirituellen Wachstums« dafür interessieren, sondern aus gesundheitlichen Gründen (vgl. ebd.: 51). Im vorliegenden Projekt werden solche Praktiken trotzdem zur alternativen Religiosität gezählt, denn sie sind in religiösen Kontexten entstanden, das heißt sie beruhen auf Glaubenskonzepten aus religiösen Traditionen (vgl. Walthert 2012: 181). Und auch wenn die Akteure die Praxis nicht als religiös empfinden, so haben diese Praktiken doch häufig ein Klientel, das sich selbst als ganzheitlich ausgerichtet wahrnimmt (vgl. Heelas u. a. 2005: 30).[28] Damit wird Hervieu-Légers zweiter Punkt ausgeweitet, in dem Handlungsstrategien nicht nur dann untersucht werden, wenn die Akteure selbst glauben, sondern wenn die Praktiken in ihrer Entstehung durch Glauben bedingt waren. Trotzdem ist in den Analysen von großem Interesse, ob und was die interviewten Personen glauben und mit welchen Deutungen sie die Handlungen versehen.

Die Diffusion einzelner Elemente aus religiösen Traditionen hat Einfluss auf die Organisationsform von alternativer Religiosität. Es wird im Gegensatz zur umstrittenen Prognose einer New Age-Bewegung[29] bei der gegenwärtigen alternativen Religiosität nicht von einer zusammenhängenden Bewegung gesprochen, sondern ihre hohe Fluidität hervorgehoben (vgl. Lüddeckens u. a. 2010: 10 f.; Hervieu-Léger 2000: 75): Sie basiert auf einem Netzwerk aus verschiedenen Anbietern und Vereinigungen ohne zentrale Organisation oder Führungspersonen. Individuen werden nicht über feste Zugehörigkeit, sondern über temporäre Gruppierungen einbezogen. Es kann also in den Worten von Hervieu-Léger von einer wechselseitigen Glaubensvalidierung oder sogar von einer Auto-Validierung ge-

26 Dasselbe ist auch in anderen Gesellschaftsbereichen der Fall, die aber in diesem Kontext nicht relevant sind (vgl. Heelas u. a. 2003).

27 Die Begriffsverwendungen »komplementärmedizinisch« oder »-therapeutisch« sind insbesondere in der Schweiz geläufig und auch in der Schweizer Verfassung verankert (vgl. Institutsrat des Schweizerischen Heilmittelinstituts 22. Juni 2006).

28 Heelas u. a. (2005) sprechen in diesem Zusammenhang von einem »holistischen Milieu«, in dem sich viele der Praktizierenden bewegen.

29 Beispielsweise nach Sutcliffe kann das New Age nicht als Bewegung bezeichnet werden (vgl. Sutcliffe 2004: 467).

sprochen werden (vgl. Hervieu-Léger 2004: 125–132). Dass diese Validierung noch zu einer Gruppenidentifikation führt, ist jedoch im vorliegenden Kontext unwahrscheinlich. Diese steht auch nicht im Fokus, da nur das Arbeitsumfeld der interviewten Personen in die Analyse einbezogen wird und nicht deren gesamtes soziales Netz.

Als typische Figur gegenwärtiger alternativer Religiosität wird in emischer und etischer Literatur »der Suchende« genannt. Sutcliffe (2004) beschreibt, wie die Sucher-Figur schon früher existiert hat, beispielsweise in der Beschreibung des Exodus und der Figur des Siddhartha Gautama. Mit dem New Age habe sich dieses Schema von der religiösen Elite hin zu einer Figur verschoben, mit der sich jeder identifizieren könne (vgl. ebd.: 474 f.). Dementsprechend wurde das Suchen popularisiert: »the role of seeker and the tactic of seeking, enacted within a broader quest culture that has increasingly shifted from the cultural margins into contemporary popular cultures« (ebd.: 474). Bochinger u. a. (2009: 31–82) beschreiben mit dem Idealtypus des »spirituellen Wanderers« den Eingang subjektivierter Elemente auch in die kirchlich-christliche Religiosität und auch Hervieu-Léger (2004: 64–107) beschreibt die Übertragung dieser Elemente in verschiedene religiöse Traditionen in den Figuren des Pilgers und des Konvertiten.[30]

Sutcliffe beschreibt drei Typen von »Suchstrategien«: die singuläre, die serielle und die multiple. Die Suche kann in zwei Dimensionen stattfinden, die meistens zusammen auftreten, nämlich in der inneren Erfahrung und der äußeren geografischen Bewegung (vgl. Sutcliffe 2004: 478). Der singulär Suchende, der sich nur *einer* religiösen Tradition zuwendet, sei im Zusammenhang mit alternativer Religiosität nicht sehr verbreitet. Durch die große Wahlmöglichkeit in der Moderne sind die anderen zwei Typen vermehrt anzutreffen. Der seriell Suchende probiert in unterschiedlichen Abständen verschiedene Wege nacheinander, der multipel Suchende dekontextualisiert die einzelnen Praktiken und Konzepte und stellt sie für sich selbst neu zusammen. Der letzte Typ sei in der gegenwärtigen alternativen Religiosität der häufigste (vgl. ebd.: 475–478). Diese Suchenden gehen nicht von *einer* Wahrheit aus, sondern von vielen (vgl. Bochinger u. a. 2009: 38; Sutcliffe 2004: 477). Diese für die Suchenden selbst im Moment stimmigen Wahrheiten werden anhand des eigenen Gefühls und der eigenen Erfahrung ausgewählt. Diese Erfahrung manifestiere sich oft über den Körper. Materie, Geist und Psyche werden darum von »Suchenden« oder »Wanderern« als zusammenhängend beschrieben. Deshalb kann von einer »ganzheitlichen« Weltsicht gesprochen werden (vgl. Bochinger u. a. 2009: 50 f.).

Aus dieser Beschreibung gegenwärtiger alternativer Religiosität und basierend auf Hervieu-Légers Religionsverständnis wird folgende Arbeitsdefinition von alternativer Religion extrahiert:

30 Siehe auch Gebhardt u. a. 2006 zu verschiedenen Formen von Bewegung in der Moderne.

1. Der Traditionsbezug tritt durch die Diffusion der religiösen Elemente in die weitere Gesellschaft in den Hintergrund. Somit können Handlungen aus religiösen Traditionen übernommen werden, ohne dass man sie in der Kontinuität einer Tradition verortet.
2. Wenn sie dennoch vorkommen, wird Bezug auf Traditionen genommen, die nicht dem offiziellen Christentum der Landeskirchen entsprechen. Daraus resultiert, dass gewisse Inhalte als typisch für alternative Religiosität gelten: Dazu gehört die Vorstellung von Energie oder einer Entwicklung des Selbst.
3. Eine Ausrichtung auf das Subjekt marginalisiert die Stellung der Traditionen zusätzlich. Es kann also Glauben ohne direkten Traditionsbezug existieren. Zudem begünstigt der Subjektbezug die Aufnahme psychologischer Inhalte in religiöse Glaubensvorstellungen.
4. Ebenso ist es aufgrund der Diffusion möglich, dass nur die Handlungsstrategie übernommen wird, nicht aber der dahinterstehende Glaube.
5. Alternativ-religiöse Elemente werden von den Akteuren als Alternative zur Mehrheitsreligion wahrgenommen.
6. Daraus resultiert ebenfalls eine marginalisierte Stellung der organisierten Gemeinschaft.

Diese Elemente sollen nicht als strikte Ausschlusskriterien für Handlungsstrategien und Vorstellungen dienen, sondern als Richtlinien zur Auswahl der zu präsentierenden Daten. Es wird untersucht, ob sich diese Merkmale in den erhobenen Daten finden, und zugleich werden die hier erarbeiteten Merkmale alternativer Religiosität anhand der Datenanalyse reflektiert und deutlicher herausgearbeitet.

# 3 Methode

In diesem Kapitel werden die Methoden der Datenerhebung und -auswertung der vorliegenden Dissertation beschrieben. Als Erstes wird ein Überblick über die Arbeitsschritte präsentiert. Danach werden die Grundsätze der Grounded Theory-Methodologie vorgestellt, da diese die Grundlage der Erhebung und der Auswertung bilden. In einem weiteren Schritt wird auf die einzelnen Verfahren der Datenerhebung und der Datenauswertung eingegangen: Dazu gehören das Verfahren des Samplings, der teilnehmenden Beobachtung und die Interviewtechnik. Zum Schluss werden das Codierverfahren und die verwendeten Codes dargestellt. Jedes Kapitel besteht jeweils aus einer theoretischen Einführung und einem anwendungsbezogenen Teil.

## 3.1 Überblick über die Forschungsphasen

Das Kernstück der Untersuchung bilden zwei Feldaufenthalte und 27 Interviews mit Fachkräften. Das Vorgehen in der Datenerhebung und der Auswertung war in drei Schritte unterteilt: 1. Die Einstiegs- und Kontextualisierungsphase, 2. die Fallstudien und 3. die Theoriebildung. Gemäß dem Paradigma der Grounded Theory standen diese drei Schritte in Wechselwirkung zueinander, es kann also nicht von einem linearen Vorgehen gesprochen werden (s. auch Kap. 3.3). Trotzdem kann diese Unterteilung gemacht werden, denn die einzelnen Schritte machten abwechslungsweise den primären Fokus der Arbeit aus und wurden mit unterschiedlichen Methoden angegangen:

1. Kontexterhebung: Am Anfang des Projekts fand eine Start- und Überblicksphase statt, in der statistische, repräsentative Daten im Bereich Sterben und Tod in der Schweiz konsultiert wurden. Als Datensätze dienten die MOSAiCH-Studie (vgl. Joye u. a. 2010) sowie Ergebnisse der eidgenössischen Volkszählung im Jahr 2000 und die Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur (ESRK) im Jahr 2014, die beide vom Schweizer Bundesamt für Statistik durchgeführt wurden (vgl. de Flaugergues 2016; Bundesamt für Statistik 2003).

2. Fallstudie: Die Fallstudie wurde in den zwei Spitälern durchgeführt, die oben vorgestellt wurden. Eines davon führt eine Palliativstation, das andere einen Palliative Care-Konsiliardienst. Die Fallstudie beinhaltete je zwei Schritte.
   a) Als Erstes wurde mittels fokussierter Ethnografie (vgl. Knoblauch 2001; Beer 2003) ein Feldüberblick erstellt und der praktische Umgang des jeweils interdisziplinären Teams mit der Religiosität der PatientInnen kennengelernt. Dabei lag der Fokus auf der Kompetenzenverteilung. Ebenso wurden ethnografische Interviews geführt (vgl. Spradley 1979; Flick 2005: 141 f.).
   b) Als zweiter Schritt fanden Interviews mit dem Fachpersonal statt. Es handelt sich dabei um problemzentrierte Interviews nach Witzel (2000) mit einem teilstandardisierten Leitfaden. Das Personal wird zu seiner Sichtweise auf die eigenen Handlungen befragt und zu seiner Einstellung zu alternativer Religiosität, seinen Glaubenskonzepten sowie der Einschätzung zuvor erhobener Abläufe und Praktiken. Ebenfalls interessieren Abläufe und von den Interviewten wahrgenommene Schwierigkeiten.[1]
3. Theoriebildung: Die Fallstudien wurden im Hinblick auf die Rolle von Religiosität und alternativer Religiosität im Arbeitsalltag der Akteure ausgewertet und verglichen, mit besonderem Augenmerk auf institutionelle Vorbedingungen. Die Theoriebildung fand während der Datenerhebung und -auswertung mittels Memos und auch in der Konsolidierung der Codes statt. Zum Schluss des Forschungsprojekts wurde nochmals fokussiert im Hinblick auf eine zu bildende Theorie gearbeitet.

Diese drei Schritte bedienten sich unterschiedlicher qualitativer Methoden, die im Sinne einer Methodentriangulation kombiniert wurden und einander in zweierlei Hinsicht gegenseitig ergänzen (vgl. Flick 2011: 41 f., 51–57). Erstens ergänzen sich die verschiedenen Daten, die erhoben wurden: In der teilnehmenden Beobachtung und den ethnografischen Interviews wurden das Feld abgesteckt und Informationen zum Arbeitsumfeld in der Palliative Care gesammelt. So wurden die Grundlage für das Datensample der Interviews geschaffen und erste relevante Themen eruiert. Ebenso ließen sich die Daten der Interviews durch die teilnehmende Beobachtung kontextualisieren. Zweitens wurden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsphasen durch die Triangulation wechselseitig überprüft. Aussagen der Interviewten konnten hinsichtlich ihres Realitätsgehalts geprüft werden. Danach konnte bestätigt oder auch bestimmt werden, dass es sich bei gewissen Aussagen um Ideale handelte und bei anderen um die Beschreibung konkreter Erlebnisse.

1 Es wurden zudem Interviews mit PatientInnen zu deren religiösen Bedürfnissen geführt. Als Methode diente das narrative Interview nach Schütze (1983). Diese Interviews wurden jedoch aus verschiedenen Gründen nicht in das Auswertungssample aufgenommen (s. Kap. 3.3).

## 3.2 Grundsätze der Grounded Theory

Die vorliegende qualitative Studie basiert auf den Grundsätzen der Grounded Theory. Die Grounded Theory gibt Richtlinien für die Erhebung und die Auswertung qualitativer Daten vor, wenn eine offene Fragestellung vorliegt und das Ziel ist, eine Theorie zu entwickeln. Dies ist hier der Fall: Palliative Care wurde von religionswissenschaftlicher Seite erst wenig erforscht. Es bestehen bislang nur wenig Material und wenige Theorien zu Religiosität in diesem Sektor der Medizin. Im Folgenden werden zwei Grundsätze der Grounded Theory vorgestellt und kritisch reflektiert: 1) die induktive Vorgehensweise und 2) die nicht-lineare Vorgehensweise.

1) Die Grounded Theory grenzt sich mit der Bezeichnung »induktiv« vom quantitativen Ansatz ab.[2] Es soll aus den Daten selbst eine Theorie generiert, nicht die Theorie an den Daten geprüft werden. Dies hängt mit dem Entstehungskontext der Grounded Theory zusammen. Sie wurde von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss in den 1960er Jahren in den USA im Forschungskontext von Sterbenden im Spital entwickelt. 1967 kam Glasers und Strauss' erstes Buch »The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research« zur Grounded Theory heraus. In den USA wurde qualitative Forschung zu dieser Zeit nur sehr selten durchgeführt, während quantitative Methoden florierten. Letztere gingen positivistisch und deduktiv an die Daten heran. Sie wurden zur Überprüfung und nicht zur Generierung von Theorien eingesetzt (vgl. Strübing 2014: 56; Przyborski u. a. 2014: 196; Flick 2005: 21).

> Social researchers who adopted the positivist paradigm aimed to discover causal explanations and to make prediction about an external, knowable world. Their beliefs in scientific logic, a unitary method, objectivity, and truth legitimized reducing qualities of human experience to quantifiable variables (Charmaz 2006: 4 f.).

Wie »induktiv« aus den Daten Konzepte und später daraus Theorien abgeleitet werden können, zeigt Strauss in seinem Konzept-Indikator-Modell (vgl. Abbildung 3).

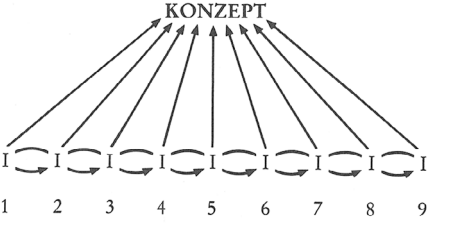



*Abbildung 3: Das Konzept-Indikator-Modell*
Quelle: Strauss 1998: 54

2 Charmaz (2006: 8) wirft Strauss und Corbin, mit der Strauss die Grounded Theory nach einem Bruch mit Glaser weiterentwickelt hat, jedoch vor, ebenso positivistisch zu arbeiten.

Strauss veranschaulicht damit, wie

> eine Reihe von *empirischen Indikatoren* nach *Konzepten* codiert werden kann. Empirische Indikatoren sind konkrete Daten wie Verhaltensweisen und Ergebnisse, die in Dokumenten und in Interviewtexten beobachtet oder beschrieben werden. Diese Daten sind Indikatoren für ein Konzept, das der Forscher zunächst vorläufig, später aber mit mehr Sicherheit aus den Daten ableitet (vgl. Strauss 1998: 54, Hervorhebung im Original).

Damit den Daten keine Theorie übergestülpt wird, wird Sekundärliteratur vorwiegend nach der Datenerhebung und Auswertung beigezogen (vgl. Charmaz 2006: 6). Dieses Konzept der induktiven Datengenerierung muss jedoch kritisch hinterfragt werden, denn in der Anfangsphase der Grounded Theory stand die Idee dahinter, »man bräuchte […] die Theorie nur zu ›entdecken‹, ohne dass dabei das theoretische Vorwissen der Forscher eine Rolle spielte« (Przyborski u. a. 2014: 196). Von den damaligen Vertretern der quantitativen Forschungsrichtung übernahmen Glaser und Strauss die Vorstellung, das Vorwissen des Forschers oder der Forscherin könne vollständig ausgeblendet werden und so eine objektive Theorie gebildet werden (Charmaz 2006: 5). Der Einbezug von Vorwissen führt dazu, dass die Forschenden die Analyse ihrer Forschungsgegenstände in eine bestimmte Richtung entwickeln. Durch das Weglassen des Vorwissens werde demnach eine induktive Analyse objektiv. Nach dem heutigen Forschungsstand kann Vorwissen jedoch gar nicht vollständig ausgeblendet werden.[3] Später gingen Glaser und Strauss u. a. an dieser Thematik auseinander und entwickelten die Grounded Theory in zwei unterschiedliche Richtungen weiter. Strauss und dessen spätere Mitarbeiterin Corbin banden später das Vorwissen in die Methodologie ein (vgl. Przyborski u. a. 2014: 196; Kelle u. a. 2010: 21),[4] während Glaser weiterhin die Haltung vertrat, man könne das Vorwissen ausblenden (vgl. Glaser 2007: 58). Die vorliegende Arbeit basiert klar auf Vorwissen[5] und der Forschungsprozess geschieht im Bewusstsein, dass es sich bei der Codierung und der Interpretation im Sinne einer Theoriebildung immer um einen »Akt der Kreativität« handelt (Strübing 2014: 58). Es wird davon ausgegangen, dass die Konzepte und Theorien zwar an-

3 Darin besteht der Hauptvorwurf anderer qualitativ Arbeitender (vgl. z. B. Kelle u. a. 2010: 18–21; Strübing 2014: 58–60).

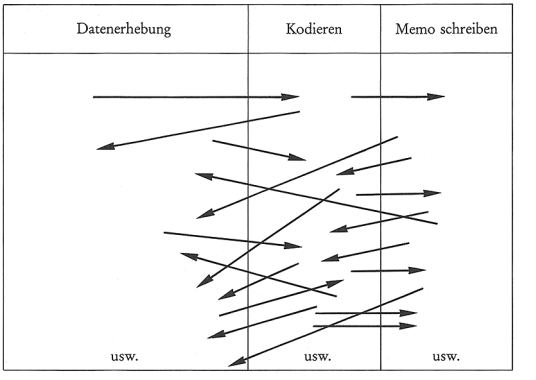
4 Trotzdem hat Strauss das Vorwissen nicht in das Konzept-Indikator-Modell einbezogen, weshalb es von Strübing (2014: 52 f.) kritisch hinterfragt wird. Zu Strauss' Verständnis von Vorwissen s. Strauss (1998: 36 f.) und Strübing (2014: 60–64).

5 Für eine Beschreibung von verschiedenen Arten von Vorwissen und deren Integration in die Forschungsarbeit s. Kelle u. a. (2010: 28–40). Das Vorwissen hat nach Kelle u. a. (ebd.: 40) einen Einfluss auf das Sample, die Strukturierung des Datenmaterials, die Bildung von Kategorien und somit auch auf die Theorie- und Typenbildung.

hand von Indikatoren aus den Daten selbst generiert werden, wie es im Konzept-Indikator-Modell dargestellt wird, jedoch hängen die gebildeten Konzepte und Theorien mit dem Vorwissen und dem Fokus der Forscherin zusammen. Es wird nach dem Duktus Induktion, Deduktion und Verifikation gearbeitet (vgl. Strauss 1998: 37–40). Das heißt, dass auf der Grundlage einer offenen Fragestellung aus der Datenanalyse Hypothesen gebildet und erste Kategorien erstellt werden. Diese werden über ständige Vergleiche und deduktive Anwendung verifiziert. Dabei ist klar, dass die Kategorien »induktiv« und »deduktiv« nicht gänzlich voneinander abgegrenzt werden können, wie in der Entstehungszeit der Grounded Theory postuliert wurde.[6] Durch die später folgende Offenlegung der Codes und des Codierprozesses werden die gebildeten Theorien nachvollziehbar.

2) Ein zweiter wichtiger Punkt der Grounded Theory ist die nicht-lineare Vorgehensweise (s. Abbildung 4).

*Abbildung 4: Die Forschungsphasen*




Quelle: Strauss 1998: 46

Um aus der Fülle an Daten eine Theorie entwickeln zu können, werden die Arbeitsschritte der Datenerhebung, der Datenanalyse und der Theoriebildung parallel zueinander und voneinander abhängig durchgeführt (vgl. ebd.: 46). Aufgrund der offenen Fragestellung bietet es sich zum Beispiel an, erste Ideen einer Theorie schon am Anfang der Datenerhebung oder während des Zusammenstellens des Samplings (s. Kap. 3.3) in Memos zu sammeln.[7] Diese nicht-lineare Vorgehenswei-

6 Nach Strübing entspricht das von Strauss vorgeschlagene Vorgehen dem, was Pierce eine abduktive Analyse nennt (vgl. Strübing 2014: 55 f.; zur Abduktion s. auch Kelle u. a. 2010: 25).

7 Memos sind Notizen, die während des ganzen Forschungsprozesses geschrieben werden sollen, also schon vor und während der Datenerhebung, zum Beispiel im Postscript (vgl. Strauss 1998: 151–199). Es geht dabei um »das Festhalten zunächst vager Ideen, die später, wenn sie sich als brauchbar erwiesen haben, weiter ausgebaut, detailliert und mit anderen Aspekten der Theorie

se ermöglicht einen ständigen Vergleich, die dritte Idee der Grounded Theory, die hier vorgestellt wird.

Vergleiche spielen in der Grounded Theory eine wichtige Rolle – vom Datensample bis hin zu den verschiedenen Codierstufen. Es werden Textstellen, Codes oder Fälle mit ähnlichen und auch mit sehr unterschiedlichen Beispielen verglichen (vgl. Przyborski u. a. 2014: 217 f.). Einerseits werden dadurch Hypothesen und Theorien gebildet, andererseits lassen die Hypothesen sich auch mittels Vergleichen überprüfen und erhärten. Wie im Konzept-Indikator-Modell gezeigt (s. Abbildung 3), sollen aus Indikatoren in den Daten Konzepte gebildet werden, woraus wiederum abstraktere Kategorien abgeleitet werden. Die Indikatoren werden über Codes festgehalten. Vergleiche werden auf allen Vorgehensstufen, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, eine zentrale Rolle einnehmen. Sie werden auf der Ebene der Fallauswahl, der Codes, der Konzepte und der Kategorien durchgeführt, um ihre Dimensionen, Ausprägungen und Grenzen auszuloten. Möglichst ähnliche und möglichst divergierende Codes, Konzepte und Kategorien werden miteinander verglichen (vgl. Przyborski u. a. 2014: 204 f.; Strübing 2014: 19–24). So können Hypothesen zu deren Vorkommen und deren Zusammenhängen gebildet und Phänomene in ihrer größtmöglichen Varianz erhoben werden (vgl. ebd.: 30 f.; Przyborski u. a. 2014: 181 f.; Kelle u. a. 2010: 43, 48–48). Das Ziel ist die sogenannte *theoretische Sättigung*.

> Mit Sättigung ist der Punkt im Verlauf der Analyse gemeint, an dem zusätzliches Material und weitere Auswertungen keine neuen Eigenschaften der Kategorie mehr erbringen. Die Idee dieses Abbruchkriteriums liegt also darin, festzustellen, ab wann sich die Beispiele für ein Konzept oder eine Kategorie im Material wiederholen (Strübing 2014: 32).

Eine Sättigung ist jedoch in der Praxis nicht in allen Fällen möglich. Insbesondere wenn aufgrund der Erhebungsbedingungen keine weitere Datenerhebung mehr möglich ist, muss ab einem gewissen Punkt mit den vorhandenen Daten gearbeitet werden, auch wenn damit keine theoretische Sättigung erreicht wurde. Strübing weist zudem darauf hin, dass die Sättigung nicht belegt werden kann und stark von der Einschätzung der forschenden Person abhängt (vgl. Strübing 2014: 33).

Nachdem diese methodischen Grundsätze vorgestellt wurden, wird nun auf die Vorgehensweise in der Datenerhebung und -auswertung eingegangen.

---

zusammengeführt, andernfalls aber verworfen werden können und sollen« (Strübing 2014: 34). Die Memos können verschiedener Art sein, z. B. die Daten betreffen, die man als nächstes erheben will, oder Ergebnisse und Zusammenhänge zwischen Kategorien (Strauss 1998: 151 f., 174). Durch das Festhalten dieser Gedanken werden Theorien generiert, geprüft und intersubjektiv nachvollziehbar.

## 3.3 Sampling

Die Auswahl der Untersuchungseinheiten folgte dem Paradigma des Theoretical Samplings, also der theoriegeleiteten Auswahl nach der Grounded Theory. Das Theoretical Sampling bedeutet, dass das Sample nicht schon am Anfang, sondern erst im Verlauf der Arbeit zusammengestellt wird. Ausgehend von einer grundlegenden Fragestellung wird mit einer Fallauswahl begonnen. Anfangs werden die Daten offen gesammelt und möglichst viele Fälle ausgewählt. Nach und nach wird der Fokus verengt. Um eine Sättigung zu erreichen, wird das Sample mit möglichst ähnlichen Fällen begonnen. Nachdem so alle verfügbaren Informationen zu einer Theorie oder einer Kategorie erhoben worden sind, wird nach dem Paradigma des ständigen Vergleichs zu maximal divergierenden Fällen übergegangen. So kann die Forschungsfrage präzisiert und generierte Theorien können immer weiterentwickelt, geprüft und in neuen Dimensionen dargelegt werden, um die Sättigung zu erreichen (vgl. Strauss 1998: 70 f.; Przyborski u. a. 2014: 181 f.; Strübing 2014: 29). Durch die Dimensionalisierung der untersuchten Phänomene werden Grenzen der Hypothesen aufgedeckt: Wenn sie durch das Hinzuziehen von weiteren Fällen nicht verifiziert werden können, müssen sie verworfen oder angepasst werden.[8]

Dieses Vorgehen findet sich in der vorliegenden Arbeit auf der Ebene der Fallauswahl, der Wahl der zu interviewenden Personen und der Wahl der Codiereinheiten, sofern dies die äußeren Umstände zuließen. Die zwei Spitäler wurden aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Einbindung der spezialisierten Palliative Care als Kontrastfälle ausgewählt.

Während das erste Spital sie mittels eines Konsiliardiensts im gesamten Spital anbietet, war sie in zweiten Spital zum Zeitpunkt der Erhebung als stationäres Angebot vorhanden.[9] Zudem weisen die beiden Spitäler auch andere Unterschiede auf, auf die in Kapitel 5 eingegangen wird. Das zweite Spital war noch nicht von Anfang an als Untersuchungsgegenstand gesetzt, sondern wurde ausgewählt, weil das Personal im ersten Spital es als typisches Gegenbeispiel nannte.

Kriterien für das Sample der zu interviewenden Personen wurden durch die teilnehmende Beobachtung offensichtlich: Berufliche Voraussetzungen spielten eine wichtige Rolle für die Art, wie die Religiosität der Mitarbeitenden in die Arbeit eingebracht werden konnte, da durch den Beruf unterschiedliche institutionelle Voraussetzungen gegeben sind. Deshalb bot sich eine Kontrastierung verschiedener Berufsgruppen an, die in die Palliative Care involviert sind. In die

8 Zur Güteprüfung eines Forschungsprojekts mittels Vergleichen s. Strübing (2014: 74–76, 79–95). Die »klassische Trias« Reliabilität, Repräsentativität und Validität wird in der Grounded Theory durch das Erarbeiten einer gesättigten Theorie mittels ständiger Vergleiche abgelöst (ebd.: 80–84).

9 Ein Konsiliardienst war jedoch bereits in Planung.

Auswahl der zu Interviewenden wurden die Pflegenden, die Seelsorgenden, die Ärzteschaft, der Konsiliardienst, Freiwillige und PsychologInnen einbezogen. Diese wurden den Umständen entsprechend auf verschiedene Weisen rekrutiert: Da für den Konsiliardienst Palliative Care zwei Personen die Hauptverantwortung trugen, war es von Anfang an klar, dass diese Personen interviewt werden sollten. Sie waren die Kontaktpersonen, welche die teilnehmende Beobachtung ermöglicht hatten, und waren deshalb leicht für ein Interview zu gewinnen. Die Freiwilligen wurden zum Beispiel durch eine Anzeige in einem internen Newsletter rekrutiert. Im Spital Heckenbühl wurden alle Personen interviewt, die sich auf diese Anzeige gemeldet hatten. Die Pflegenden wurden über die Stationsleitung kontaktiert. Die Herausforderung dabei war, eine Einladung zu formulieren, die ansprechend klingt, aber nur so viele Informationen wie nötig beinhaltet, um die möglichen Interviewpartner und -partnerinnen nicht zu beeinflussen. Der erste Seelsorger wurde ausgewählt, weil er sich sehr am Thema interessiert gezeigt hatte. Weitere wurden im Sinne eines Schneeballsamplings[10] rekrutiert. Insgesamt wurden im ersten Spital vier Pflegende, die zwei Personen vom Konsiliardienst, darunter eine Ärztin, eine Psychologin, eine Komplementärtherapeutin und fünf Freiwillige interviewt.

Im zweiten Spital wurden die Interviews ebenfalls nach Berufsgruppen geführt. Die Auswahl fiel selektiver aus, da die Auswertung der vorherigen Interviews schon fortgeschritten war und klare Kriterien zur Auswahl vorlagen, um Vergleiche ziehen zu können. So wurden zum Beispiel fast keine Freiwilligen mehr interviewt, dafür zwei Psychologinnen. Nur mit den Pflegenden wurden ebenso viele Interviews geführt, da aus der Beobachtung ihres Arbeitsalltags nicht immer klar wurde, inwiefern sie sich für Religiosität interessieren. Zudem fanden zwei Interviews mit Seelsorgenden und eines mit einem Arzt statt. Weitere Kriterien nebst dem Beruf waren, dass sich jemand in einem Gespräch zu einer alternativen religiösen Technik äußerte, zum Ideal des Sterbens oder sich spezifisch für komplementäre Therapien interessierte. Ebenso wurde darauf geachtet, dass zum Vergleich Personen interviewt wurden, die sich explizit nicht als religiös empfinden.

PatientInnen konnten nur im zweiten Spital interviewt werden, da die Zusage der Kantonalen Ethikkommission erst zu diesem Zeitpunkt vorlag. Im ersten Spital gestaltete es sich schwierig, nach dem Feldaufenthalt noch PatientInnen zu interviewen. Einerseits verhinderte dies ihr schlechter Gesundheitszustand, andererseits sind die Aufenthalte im Spital Heckenbühl nur kurz und mit vielen Terminen besetzt. Aus diesen Gründen wurden die PatientInneninterviews nicht ausgewertet und die Forschung fokussierte sich auf die Sicht der Mitarbeitenden.

10 Ein Schneeballsampling bedeutet, dass eine interviewte Person andere anfragt oder empfiehlt (vgl. Przyborski u. a. 2014: 184 f.).

Insgesamt wurden 27 Interviews in die Auswertung aufgenommen. Die Interviews und Interviewstellen wurden nach einem theoretischen Sampling ausgewählt.[11]

## 3.4 Datenerhebung

### 3.4.1 Beobachtung

Nach der Literaturrecherche wurde eine teilnehmende Beobachtung in zwei Spitälern eingesetzt. Sie fand in Form von zwei Praktika statt: In beiden Spitälern konnte eine einmonatige Praktikumszeit organisiert werden. Im ersten Spital fand sie in Form eines Pflegepraktikums statt, zudem konnten einzelne Tage mit weiteren Berufsgruppen, die in die Palliative Care involviert waren, organisiert werden. Im zweiten Spital fand ebenfalls ein Praktikum statt, dort war aktive Mitarbeit jedoch weniger gefragt. So konnten gleichzeitig schon viele Interviews geführt werden.

Die Beobachtungen dienten dazu, das zu untersuchende Feld kennenzulernen. Durch die teilnehmende Perspektive wurde Hintergrundwissen erworben und es wurden Eckpunkte und erste Memos für das theoretische Sampling zusammengestellt. Die so erhobenen Daten halfen, die in den Interviews beschriebenen Handlungen in einen größeren Kontext zu setzen. So konnten zum Beispiel die Fragen beantwortet werden, wie das Handlungsumfeld aussah und ob dieselbe Handlung auch von anderen ausgeführt wird. Gerade bei systematischen Beobachtungen ging es darum, festzustellen, inwiefern »*Ideal und Verhalten* […] auseinander gehen [sic!]« (Beer 2003: 126, Hervorhebungen im Original).

Die Beobachtungen lassen sich in zwei Phasen aufteilen: Am Anfang des jeweiligen Monats war die Beobachtung eher unstrukturiert und ging dann immer mehr in eine strukturierte, systematische Beobachtung über. Aus ethischen Gründen fanden die Beobachtungen offen statt.[12] In der ersten Phase war das Ziel, den Handlungskontext besser kennenzulernen (vgl. Lamnek 1995: 243), Beziehungen und Zusammenhänge im Feld nachzuvollziehen, Vertrautheit aufzubauen sowie mögliche Interviewpartner und -parterinnen auszuwählen. In der zweiten

11 16 Interviews wurden vollständig transkribiert. Bei fünf weiteren wurden nur einzelne Stellen für die Transkription ausgewählt. Sechs Interviews mit Angestellten wurden nicht transkribiert, weil sie keine neuen Aspekte mehr einbrachten. Auf das theoretische Sampling in der Codierung wird in Kapitel 3.5 genauer eingegangen. Die Transkription erfolgte im Dialekt der Interviewten, die Zitate in der vorliegenden Arbeit wurden jedoch zur Anonymisierung ins Schriftdeutsche übersetzt.

12 Für eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Arten von Beobachtung s. Lamnek (1995: 248–255) und Beer (2003: 121–125).

Phase war das Vorgehen fokussierter, d. h. einzelne Handlungen wurden beobachtet, um einzelne Berufsgruppen und Abläufe besser kennenzulernen.[13] Diese Beobachtungen fanden teilweise ebenfalls im dafür vorgesehenen Monat statt, teilweise wurden sie später gezielt durchgeführt.

Insbesondere die zweite Phase verfolgte das Konzept der fokussierten Ethnografie (vgl. Knoblauch 2001) und der systematischen Beobachtung (vgl. Beer 2003). Beide Ansätze zeichnen sich durch kurze, vorgeplante und deshalb datenintensive Feldaufenthalte aus (vgl. Knoblauch 2001: 130; Beer 2003: 119). Sie können im eigenen Kulturkreis stattfinden und sind auf bestimmte Problemstellungen fokussiert (vgl. Knoblauch 2001: 125). Sie dienen zur »Analyse von Strukturen und Mustern von Interaktion, Kommunikation und Situationen« (ebd.: 132) und stellen »eine praktische Vertrautheit mit dem untersuchten Gegenstand« her (ebd.: 133). Diese Vertrautheit ist nötig, um eine gezielte Fragestellung formulieren zu können (vgl. ebd.: 134).

Die Daten wurden mittels eines Beobachtungsprotokolls pro Tag festgehalten.[14] Es wurde in Anlehnung an den Vorschlag von Przyborski u. a. (2014: 50–52) aufgebaut und jeweils mit Datum, Wochentag und Rahmen (Praktikum, Berufsgruppe) markiert. In den Protokollen wurde der chronologische Ablauf als Überblick skizziert, einzelne Abläufe wurden genauer ausgeführt. Zudem wurden institutionelle Vorgaben und Strukturen festgehalten. Abschließend wurden erste theoretische und methodische Reflexionen notiert. Zusätzlich wurde bei Bedarf ein separates Forschungstagebuch zur persönlichen Verarbeitung des Erlebten geführt. Niedergeschrieben wurde stichwortartig während der Arbeitspausen. Erst nach der Beobachtungsphase wurden die Notizen detaillierter ausgeführt und digitalisiert.

### 3.4.2 Ethnografische Interviews

Während der teilnehmenden Beobachtung fanden ethnografische Interviews (vgl. Spradley 1979; Flick 2005: 141 f.) statt, in denen die Interviewten in einem informellen Kontext zu Handlungen, ihrem Handlungskontext und Begrifflichkeiten befragt wurden. Ethnografische Interviews zeichnen sich durch ihren expliziten Zweck und »ethnografische Fragen« aus. Gleichzeitig soll offengelegt werden, warum diese Fragen gestellt werden, also dass sie im Rahmen eines Forschungs-

13 Allgemeine Beobachtungen wurden ebenfalls durchgeführt, waren aber wegen der aufgebauten Vertrautheit nicht mehr ganz so differenziert möglich (vgl. Lamnek 1995: 247 f.).

14 Nach dem Vorgehen, das Knoblauch für die fokussierte Ethnografie vorsieht, sollen die Begebenheiten mittels technischer Hilfsmittel wie zum Beispiel einer Videokamera aufgenommen werden. Im Rahmen der vorliegenden Forschung wurde nur punktuell mit Audioaufnahmen gearbeitet, um den Situationen ihre Natürlichkeit zu lassen.

projekts stattfinden (vgl. Spradley 1979: 55–68). Zu den ethnografischen Fragen gehören

> […] beschreibende Fragen, strukturelle Fragen (deren Beantwortung zeigen soll, wie Informanten ihr Wissen über den Gegenstand organisieren) und kontrastive Fragen (aus denen Informationen resultieren sollen über Bedeutungsdimensionen, die Informanten verwenden, um Gegenstände und Ereignisse in ihrer Welt zu unterscheiden) (Flick 2005: 142).

In der Umsetzung wurden Fragen zu beobachteten Handlungen gestellt, wie diese genau ablaufen und was sie bezwecken, zum strukturellen Rahmen der Handlung und vor allem zu ihrer Bedeutung in den Augen der Akteure.

Diese Gespräche fanden oft in kurzen Pausen auf dem Flur oder im Stationszimmer statt oder manchmal sogar während der Behandlungen. Deshalb war es nur in einem Fall möglich, das Gespräch aufzunehmen und die Interviewanalyse in transkribierter Form aufzunehmen. Die restlichen ethnografischen Interviews wurden anhand von Notizen in den Beobachtungsprotokollen des jeweiligen Tages dokumentiert.[15]

### 3.4.3 Problemzentrierte Interviews

Für die Interviews mit dem Personal wurde das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel eingesetzt.[16] Dieses eignet sich besonders zur Evaluation der subjektiven Sichtweise und des Erlebens der Interviewten, da es einerseits zu narrativen Passagen anregt, andererseits leitfadengestützte Nachfragen beinhaltet. Ebenso eignet es sich zur Theoriegenerierung aus den Daten, da es über einen offenen Einstieg verfügt und im Verlauf dennoch auf bestimmte Themen fokussiert werden kann. Witzel entwickelte das problemzentrierte Interview in Bezug auf die Grounded Theory. Trotzdem wird damit nicht rein induktiv gearbeitet, sondern es soll ein »induktiv-deduktives Wechselverhältnis« hergestellt werden (Witzel 2000: 3). Der Interviewaufbau basiert auf einem erzählungsgenerierenden Teil und auf einem verständnisgenerierenden Teil, die beide auf vorgängig gesammelten Informationen zum Forschungsgegenstand basieren (vgl. ebd.: 3). Zu narrativen Passagen soll vor allem der Einstieg anregen, weshalb hier eine offene Frage gestellt wird. Durch »allgemeine Sondierungen« und »ad-hoc-Fragen« soll

15 Vgl. zum Beispiel die Beobachtungsprotokolle 04.03.2013, 15.05.2014, 10.03.2014; Gesprächsnotizen 16.04.2015 und andere.

16 Die Interviews mit den PatientInnen wurden als narrative Interviews geführt. Da diese jedoch nur in Form von Hintergrundwissen in die Auswertung aufgenommen wurden, werden sie nicht mit in das Methodenkapitel aufgenommen.

der Erzählfluss weiter angeregt und durch Details ergänzt werden. Der offene narrative Einstieg eignete sich besonders für das vorliegende Forschungsanliegen, weil das Religionsverständnis der Interviewten stark von der etischen Perspektive abwich: Was in Kapitel 2.2.3 als »alternative« Religiosität bezeichnet wurde, wurde von den interviewten Personen oft nicht als religiös aufgefasst. Wie sich in den Beobachtungen zeigte, verfügten die meisten Mitarbeitenden über ein Religionsverständnis, das sich auf die »Weltreligionen« beschränkte.[17]

Die Leitfäden für das vorliegende Forschungsprojekt wurden in allen Interviews nach dem gleichen Schema des problemzentrierten Interviews und mit der gleichen thematischen Ausrichtung aufgebaut. Trotzdem variieren sie je nach Berufsgruppe und je nach Vorwissen der interviewten Person.[18] Im Einstieg wurde zunächst nach dem persönlichen Erleben der Arbeit mit Sterbenden gefragt. So wurde das Interview von einer technischen Abhandlung weggeführt, eine Plattform für die persönlichen Sichtweisen geöffnet und die Ausführungen beschränkten sich nicht auf die Beschreibung von christlichen und muslimischen PatientInnen. Ebenso bewährte sich in der ersten Interviewhälfte beim medizinischen Personal eine Frage nach »nicht-medizinischen Handlungen« bei den Sterbenden. Im zweiten Teil des Interviews wurden »spezifische Sondierungen« eingebracht. Sie wurden durch das Vorwissen und spezifische Interessen zu bestimmten, im Vorfeld festgelegten Aspekten ausgearbeitet. Ebenso wurden im zweiten Interviewteil klärende Verständnisfragen gestellt sowie eine Schärfung der Position des Gegenübers durch Zurückspiegelungen und Konfrontationen gefördert (vgl. ebd.: 6–8). Mit den »ad-hoc-Fragen« und den spezifischen Sondierungen wurde sichergestellt, dass in den Interviews vergleichbare Inhalte erhoben wurden. Das Gespräch wurde auf bestimmte Themen gelenkt, nämlich das Weltbild der interviewten Personen, persönliche religiöse Praktiken an den PatientInnen und die Anwendung von komplementären Therapien. In diesem zweiten Teil wurde spezifisch nach dem Erleben von Religiosität und Spiritualität in der Palliative Care und am Lebensende der PatientInnen allgemein gefragt.[19] Durch den Einbezug des Wortes »Spiritualität« sollte die nicht-institutionalisierte Religiosität zur Sprache kommen und geprüft werden, was die Interviewten unter Spiritual Care verstehen. Es wurde einerseits der Umgang mit der Religiosität von PatientInnen abgefragt, andererseits die eigene Religiosität der Interviewten und deren

17 Diese Wortwahl stützt sich auf die Begrifflichkeit im Feld. Zum Religionsbegriff und zum Spiritualitätsverständnis im Feld s. auch Kapitel 10.

18 Die standardisierte Vorlage des Leitfadens findet sich im Anhang.

19 Bei den Seelsorgenden floss das Thema Religiosität in der Regel ohne das Zutun der Interviewerin schon von Anfang an mit ein. Speziell am Spital Heckenbühl war, dass viele Situationen, in denen ein Patient oder eine Patientin im Sterben lag, nicht als palliativ eingestuft wurden. Dementsprechend wurden die Interviewfragen bezüglich des Lebensendes im Spital gestellt und nicht bezüglich der Palliative Care.

Einfluss auf die Arbeit. Bei den Seelsorgenden wurde die Grenze der christlichen Handlungsstrategien und Vorstellungen ausgelotet. In den Interviews mit den Pflegenden und dem ärztlichen Personal lag ein thematischer Schwerpunkt auf der Anwendung von komplementären Therapien. Abschließend wurde jeweils nach dem individuellen Umgang mit der täglichen Konfrontation mit dem Tod gefragt und so eine Grundlage zur Bearbeitung der Frage nach dem Coping gelegt.

Die Interviews wurden in allen Fällen außer einem auf einen Tonträger aufgenommen und danach transkribiert, um die Auswertung intersubjektiv nachvollziehbar zu machen. Die Transkription geschah mittels Microsoft Word, angelehnt an die Transkribierregeln der »Talk in Qualitative Social Research« (TiQ). Diese eignete sich für eine rekonstruktive Auswertung, da Betonungen, Gesten, die Intonation, Pausen und Veränderungen in der Lautlänge aufgezeichnet werden. Trotzdem ist sie nicht so detailliert wie Regelsysteme für sprachwissenschaftliche Auswertungen (vgl. Przyborski u. a. 2014: 169 f.).

Die Interviews wurden jeweils mit einer Einführung in das Forschungsthema begonnen und mit einer Einverständniserklärung und einem Datenblatt mit demografischen Daten abgeschlossen. Nach dem Interview wurde ein Postscript nach Vorgabe von Witzel (2000: 5 f.) geführt. Es beinhaltete jeweils die Skizze zum Gesprächsinhalt, Schwerpunktsetzung durch die Interviewten, Situation, nonverbale Aspekte, anderen Auffälligkeiten, Interpretationsideen und methodische Notizen zum Verbesserungspotenzial in der Interviewführung.

## 3.5 Auswertung

Im Fokus der Auswertung standen die Interviewtranskripte. Die Beobachtungsprotokolle wurden zur Auswahl der Interviewten, zur Generierung von Hypothesen und zur Prüfung der Thesen beigezogen, aber nur punktuell codiert. Die Codierung wurde mit der Software *Atlas ti* durchgeführt. Alle ausgewerteten Interviews wurden zuerst in thematische Abschnitte unterteilt, damit ein Überblick gewonnen werden konnte. Danach wurden sie nach dem Codiervorgang der Grounded Theory ausgewertet. Strauss unterscheidet drei Arten von Codierungen: das offene, das axiale und das selektive Codieren. Dieser Vorgang soll eine den Daten angemessene Interpretation ermöglichen. Es werden aus den Daten zuerst Konzepte generiert und daraus Kategorien und Schlüsselkategorien gebildet, welche wiederum zu einer Theorie führen.

Das »offene Codieren« bezeichnet Strauss (1998: 57) als »uneingeschränktes Codieren«, durch das provisorische Konzepte gebildet werden. Es wurde im Sinne des Theoretical Sampling entschieden, welche Stellen genauer codiert werden und welche Elemente mit Codes abgefasst werden sollen. Dies basiert

auf dem Material und, wie oben ausgeführt, auf dem Vorwissen und der Interessenlage der Forscherin (vgl. Kelle u. a. 2010: 40). In den Prozess der offenen Codierung wurden viele Textstellen einbezogen, damit eine breite Auswahl von Konzepten erarbeitet werden konnte (vgl. Strübing 2014: 30). Anfangs wurden die Interviews gänzlich offen codiert, später nur noch dichte Stellen und Kontraststellen. In der Anfangsphase wurden so viele Codes wie möglich aufgenommen (vgl. Strauss 1998: 57–61). Von 13 Interviews wurde zunächst je eine Einzelauswertung erstellt, danach wurde Interview-übergreifend ausgewertet. In der offenen Codierung fiel auf, dass das Sterben der PatientInnen im Sinne eines Sterbeprozesses diskutiert wurde. Wichtig war den Interviewten dabei, wie sie selbst damit umgehen können, welche Handlungsstrategien ihnen zur Verfügung stehen.

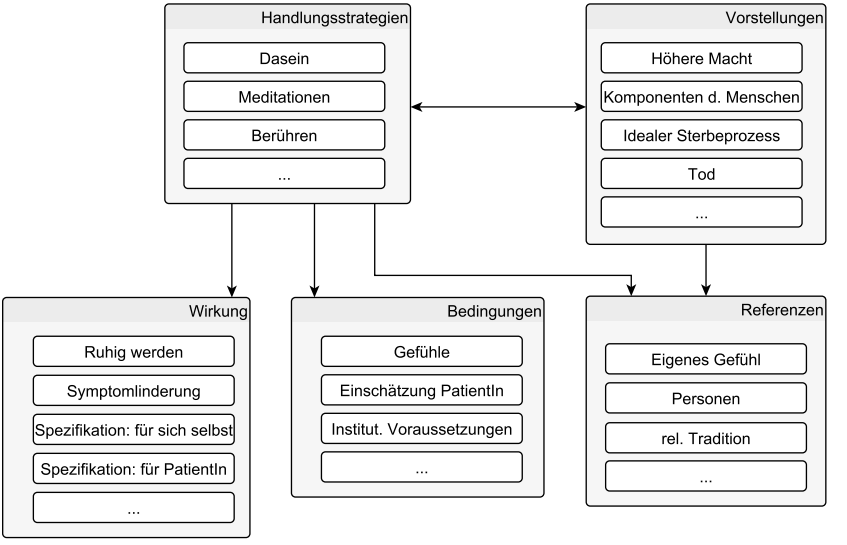
In einem zweiten Schritt wurden die Interviews axial codiert. Mit dem »axialen Codieren« werden zusammenhängende Codes und Konzepte zu Kategorien und Subkategorien zusammengefasst und mit dem sogenannten »Codierparadigma« genauer untersucht: Die Handlungsstrategien wurden nach ihren Bedingungen, Strategien und Wirkungen untersucht, sofern diese in den Daten genannt werden (vgl. ebd.: 56 f., 63, 101–106).[20] Diesen Codes wurden spezifischere Untercodes zugeordnet; die Bedingungen wurden in institutionelle Voraussetzungen, die Einschätzung der PatientInnen oder auch in verbalisierte Gefühle des Personals, die als Handlungsantrieb genannt wurden, ausdifferenziert.[21] Als weitere wichtige Dimension wurden religiöse Vorstellungen (Menschen- und Weltbilder) und die Referenzen auf verschiedene Instanzen zur Legitimierung von Handlungen und Vorstellungen aufgenommen.[22] Letztere interessieren, weil sie darüber Aufschluss geben, welche Relevanz religiöse Traditionen im untersuchten Feld haben. Daraus ergab sich ein Bild, wie es in Abbildung 5 dargestellt ist.

20 Im Original nach Strauss (1998) wurden die Kategorien Bedingungen, Interaktionen, Strategien und Konsequenzen genannt. Diese Unterteilung wurde später von Strauss und Corbin abgeändert in »›ursächliche Bedingungen‹, ›Phänomene‹, ›intervenierende Bedingungen‹, ›Handlungs- und interaktionale Strategien‹ sowie ›Konsequenzen‹« (Strauss u. a. [1996], zitiert nach Strübing 2014: 24). Sie wurden für die vorliegenden Daten angepasst.

21 Die Untercodes hatten wiederum Untergruppen, wie die spezifischen Gefühle oder die Einschätzung der PatientInnen als unruhig, zufrieden usw. Sie wurden aus pragmatischen Gründen nicht in die Darstellung aufgenommen.

22 Wenn zum Beispiel argumentiert wird, dass die Aromatherapie wegen ihrer chemischen Zusammensetzung wirke, dann wurde die Referenz auf die chemische Zusammensetzung als Referenz codiert.

*Abbildung 5: Die Grundstruktur der Codes*




Die Kategorien werden in den verschiedenen Interviews gesucht und nach einem theoretischen Sampling verglichen. Mit dem axialen Codieren wird die Auswahl der zu codierenden Textstellen spezifischer und mit Textstellen anderer Interviews in einen Zusammenhang gebracht (vgl. Strübing 2014: 30).

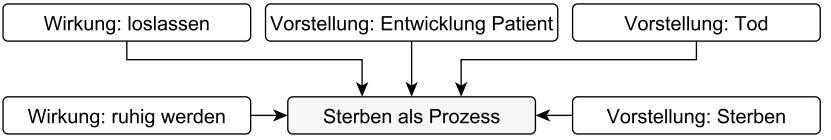
In der axialen Codierung zeigte sich, dass im Umgang mit Sterbenden die Vorstellung eines idealen Sterbeprozesses und die Handlungsstrategie »Dasein« von größter Relevanz ist. Diese Kategorien wurden zunächst als In-Vivo-Codes aufgenommen und später mittels einer »selektiven Codierung«[23] zu Schlüsselkategorien ausgearbeitet (vgl. Strauss 1998: 63).[24] Der »ideale Sterbeprozess« steht für die Mitarbeitenden im Mittelpunkt der alternativ-religiösen Handlungsstrategien. Sie sind größtenteils darauf ausgerichtet (s. Abbildung 6). Anfangs wurde der Sterbeprozess als In-Vivo-Code abgefasst, später wurde er durch die Wirkung vieler der Handlungsstrategien (Codes: »ruhig werden« und »loslassen«) sowie die Vorstellungen vom Sterben und Tod sowie einer Entwicklung der PatientInnen

23 Selektives Codieren bezeichnet das spezifische Untersuchen einer wichtigen Kategorie und deren Zusammenhänge zu anderen Kategorien (Strauss 1998: 63 f.).

24 Eine Kategorie eignet sich als Schlüsselkategorie, wenn sie zentral ist, also »einen Bezug [hat] zu möglichst vielen anderen Kategorien« (ebd.: 67), wenn sie häufig vorkommt und wenn sie »klare Implikationen im Hinblick auf eine formale Theorie« besitzt (ebd.: 67). Strauss nennt an der zitierten Stelle noch andere Kriterien für eine Schlüsselkategorie, welche sich aber mit den bereits aufgeführten Punkten überschneiden.

(Codes: »Vorstellung: Tod«, »Vorstellung: Sterben« und »Vorstellung: Entwicklung Patient«) erhärtet.

*Abbildung 6: Erhärtung des Codes »Sterben als Prozess«*




Das »Dasein« wurde in seinen Dimensionen der Bedingungen, der Strategien und der Wirkungen erfasst.[25] Durch diese Dimensionalisierung wurde eine genauere Analyse der anderen Handlungsstrategien und ihrer Dimensionen möglich, die wiederum die Dimensionen des »Daseins« schärften und theoretische Schlüsse ermöglichten. Mit dieser Schlüsselkategorie und den Handlungsstrategien waren verschiedene Vorstellungen verbunden, zum Beispiel jene, wie ein idealer Sterbeprozess abläuft, aus welchen Komponenten ein Mensch besteht oder was nach dem Tod kommt. Diese Konzepte wurden ebenfalls detailliert analysiert.

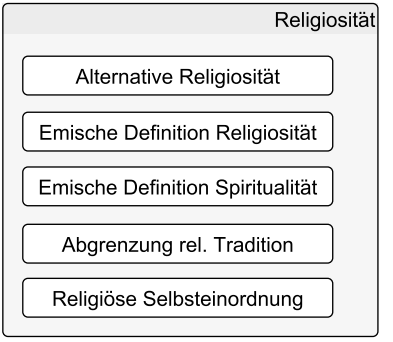
Die verschiedenen Schritte des Codierens fanden nicht separiert voneinander statt. Auch wenn die Anfangsphase eher die Phase des offenen Codierens war, wurde auch später noch offen codiert. Ebenso begann schon am Anfang des Auswertungsprozesses die Theoriebildung. Dafür wurden Memos eingesetzt (s. Abbildung 4).

Zur Ergänzung der genannten induktiv entwickelten Codes wurden deduktive hinzugefügt. Der wichtigste war der Code der alternativen Religiosität. Um die Fragestellung der Arbeit zu formulieren, musste ein Vorverständnis von Religiosität bestehen. Dieser Code und auch die Bezeichnung einiger der induktiven Codes wurden gemäß dem einleitend vorgestellten Religionsverständnis vergeben. In der Anwendung auf die Daten wurden sie differenziert und mit dem emischen Verständnis von Religiosität und Spiritualität verglichen: Die Codes »religiöse Selbsteinordnung« und »-distanzierung«, die emische Definition von

25 Was hier als »Wirkung« bezeichnet wird, wird von Strauss (1998: 57) »Konsequenzen« genannt. Die Strategie fällt in diesem Fall mit dem zu beschreibenden »Phänomen« zusammen. Weil es sich bei den meisten Daten um Interviews handelt, in denen das Gegenüber seine Weltsicht und Interpretationen kundtut, handelt es sich bei diesen Dimensionen immer um die Sichtweise der interviewten Personen. Die Dimension der Interaktionen wurde nur spärlich aufgenommen, weil sie in den Interviews nur sehr selten genannt wurde. Die Dimensionen waren zudem nicht immer klar unterscheidbar.

Spiritualität und Religiosität sowie Bedingungen, die nötig sind, um Spiritualität einbringen zu können, wurden als Vergleich hinzugezogen (s. Abbildung 7).

*Abbildung 7: Codes zu Religiosität*

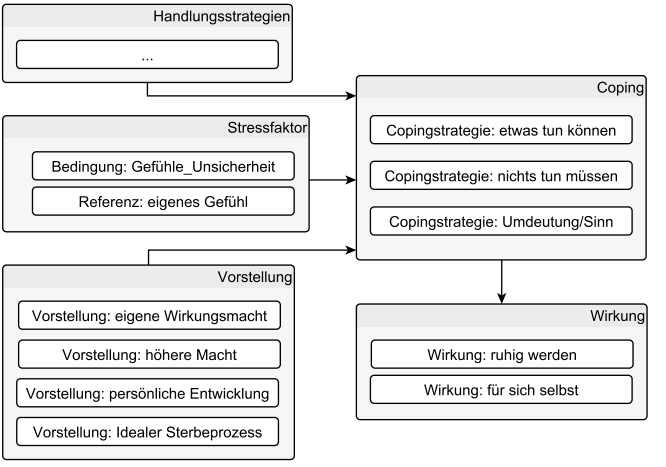



Das zweite Thema, an das deduktiv herangegangen wurde, sind die Copingstrategien. Kategorien und Codes zu diesem Thema wurden mittels Sekundärliteratur erstellt und in einem weiteren Abstraktionsschritt wurden induktive Codes in deduktive zusammengefasst. Die Handlungsbedingungen, zum Beispiel ein unsicheres Gefühl zu haben, sowie die Legitimierung einer Handlung über das eigene Gefühl mangels institutioneller Vorgaben wurden als »Stressfaktoren« codiert. Die darauf basierenden Handlungsstrategien konnten in die Copingstrategien »etwas tun können«, »nichts tun müssen« und »Umdeutung/Sinn« gefasst werden. Als damit zusammenhängend zeigten sich die Vorstellungen einer höheren Macht, einer Persönlichkeitsentwicklung und die eines idealen Sterbeprozesses (s. Abbildung 8).[26]

In den Bedingungen für die Handlungsstrategien wurden Stressfaktoren erkannt. Aus dem Umgang damit, aus der zugeschriebenen Wirkung und den damit verbundenen religiösen Vorstellungen wurden Copingstrategien abgeleitet.

26 Wie sie genau zusammenhängen, wird in Kapitel 13 gezeigt.

*Abbildung 8: Codes zum Coping*




Die Ausarbeitung und Dimensionalisierung der Schlüsselkategorie »Dasein« und der Handlungsstrategien ermöglichte eine Unterscheidung der zwei Spitäler und eine Ausarbeitung der Differenzen, die sich aus den institutionellen Rahmenbedingungen ergeben. Durch das Generieren und Hinzuziehen von deduktiven Codes und einer entsprechenden Einordnung der bereits vorhandenen Codes wurde die Schlüsselkategorie deduktiv eingeordnet.

# Teil II
# Datenauswertung

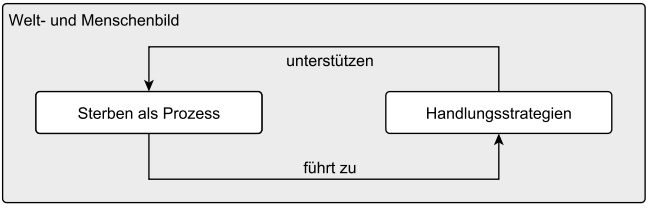
# 4 Einleitung

In diesem Teil der Arbeit werden die gewonnenen Daten analysiert und dargelegt. Das Ziel ist, damit einen auf die Fragestellung ausgerichteten Überblick zu schaffen und erst in Teil III »Diskussion der Ergebnisse« tiefer in die Daten zu gehen und sie auf bestimmte Themen hin zu interpretieren sowie sie anhand soziologischer Theorien zu diskutieren.

Die Daten dieser Analyse stammen hauptsächlich aus den Interviews mit dem Personal der zwei untersuchten Spitäler. Daten aus den Beobachtungsprotokollen werden ebenfalls in die Argumentation einfließen. In der Auswertung zu komplementärmedizinischen und -pflegerischen Praktiken werden zudem die schriftlichen Weisungen der Spitäler einbezogen. Die Datenerhebung im Feld fand in den Jahren 2013 und 2014 statt. Die Interviews waren auf die Frage nach alternativer Religiosität in der Arbeit in der Palliative Care bzw. mit Sterbenden ausgerichtet. Um dieser Frage in der Analyse gerecht werden zu können, wurden zwei Ansätze verfolgt: Einerseits wurden wie beschrieben im Sinne der Grounded Theory in der Datenanalyse induktive Kategorien entwickelt. Andererseits wurden die Konzepte »Religiosität« und »alternative Religiosität« als deduktive Kategorien aus religionswissenschaftlicher und religionssoziologischer Literatur hinzugezogen. Durch die induktiven Codes und Kategorien soll das Feld umrissen werden und mittels der deduktiven Kategorien wird herausgearbeitet, welchen Platz alternative Religiosität darin einnimmt. Die verwendeten Codes werden jeweils am Anfang der Kapitel genannt. Die Daten werden fokussiert auf die Elemente dargestellt, die mit alternativer Religiosität zusammenhängen. So soll gezeigt werden, welchen Platz sie in den untersuchten Spitälern einnimmt. Das Konzept der alternativen Religiosität wird in der Diskussion der Daten wieder aufgegriffen und reflektiert. Dort werden auch die in der Einleitung gestellten Fragen anhand der Datenauslegung beantwortet.

Die Datendarstellung folgt gemäß dem induktiven Prinzip Kategorien aus den Interviews und den Beobachtungen. Thematisch wichtig war für die Interviewten die Wahrnehmung des Sterbens als Prozess. Daraus ergeben sich Handlungsstrategien, die über ihre Wirkung den Prozess beeinflussen sollen. Ebenso basiert diese Wahrnehmung auf Menschen- und Weltbildern, die mit denen der Handlungsstrategien übereinstimmen. Letztere zwei werden unter den Begriff »Vorstellungen« gefasst. Diese Themen sind in Abbildung 9 dargestellt.

*Abbildung 9: Zusammenhänge der wichtigsten Kategorien*




Nachdem die zwei untersuchten Spitäler vorgestellt wurden, folgt die Darstellung der Ergebnisse diesem Bild: Als Erstes werden die Handlungsstrategien präsentiert. Diese sind – insbesondere über die ihnen zugeschriebene Wirkung – mit der Vorstellung verbunden, wie ein Sterbeprozess im Idealfall ablaufe. Darin wird ein zweiter thematischer Schwerpunkt in der Analyse liegen. In einem dritten Schritt wird auf die Welt- und Menschenbilder eingegangen, die mit dem Vorhergehenden verknüpft sind. Aus welchen Komponenten besteht der Mensch und welche Rolle wird diesen Komponenten im Sterbeprozess zugeschrieben? Übergreifend wird danach gefragt, welche Handlungsstrategien unter welchen Bedingungen institutionalisiert sind und welche nur auf der privaten Ebene zum Tragen kommen.[1] Die Kürzel für die interviewten Personen beruhen auf ihrem Beruf, den sie im Kontext der Palliative Care ausüben: »S« steht für Seelsorgende, »Psy« für Psychologen und Psychologinnen, »P« für das Pflegefachpersonal, »KT« für komplementär-therapeutisch Arbeitende, »Pat« für Patienten und Patientinnen, »K« für Konsiliardienst, »F« für ehrenamtlich Mitarbeitende[2] und »A« für das ärztliche Personal.

1 Das geschieht entlang der Kriterien, die in Kapitel 2.3 ausgearbeitet wurden.

2 F steht für Freiwillige.

# 5 Untersuchungsobjekte

Bevor auf die Interviewdaten eingegangen wird, werden die zwei Spitäler mit Fokus auf die Station porträtiert, auf der jeweils die teilnehmende Beobachtung durchgeführt wurde. Zudem werden auch die Professionen vorgestellt, die in der weiteren Datenanalyse von Relevanz sein werden. Die Namen der Spitäler sind aus Anonymitätsgründen abgeändert. Der Schwerpunkt beider Spitäler liegt auf patientenzentrierter Betreuung,[1] trotzdem ließen sich gerade in der Praxis der spezialisierten Palliative Care erhebliche Unterschiede feststellen. Die Daten stammen aus den Beobachtungsprotokollen, aus Broschüren und Leitlinien der Spitäler und aus den Webseiten. Die Zahlen werden zur Wahrung der Anonymität jeweils in gerundeter Form präsentiert, ebenso wird nicht auf Primärquellen verwiesen. Diese liegen der Verfasserin jedoch vor.

## 5.1 Spital Heckenbühl mit Konsiliardienst Palliative Care

Spital Heckenbühl ist ein öffentliches städtisches Spital in der Schweiz. Es wurde in den 1970er Jahren eröffnet und verfügte zum Zeitpunkt des Forschungsaufenthalts 2013 insgesamt über etwa 500 Betten. Das Einzugsgebiet umfasst ungefähr 360.000 Personen. Insgesamt traten in jenem Jahr 2,4 % der PatientInnen durch Tod aus (vgl. Jahresbericht, Spital Heckenbühl 2014, anonymisierte Quelle). Laut Angabe des Pflegepersonals werden die Sterbenden oft in eine geeignetere Institution verlegt, das heißt auf eine Palliativstation oder in ein Pflegeheim (P3: 70).

Die teilnehmende Beobachtung fand im Spital Heckenbühl auf einer Station der Inneren Medizin statt. Es gibt darin 20 Betten und eine diplomierte Pflegeperson betreut je nach Dienst und Belegung tagsüber fünf bis zehn und nachts alle PatientInnen. Das Pflegepersonal hatte nur wenig Zeit pro PatientIn.

Die spezialisierte Palliative Care wird in Spital Heckenbühl seit einigen Jahren in Form eines interdisziplinären Konsiliardienstes angeboten. Dieser hat in jenem

1 Das bedeutet, dass die Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen im Zentrum stehen sollen (vgl. Eißing 2012). Spital Heckenbühl: vgl. Beobachtungsprotokoll vom 01.03.2013; Ausschreibung für Pflegestudierende, Spital Rotach (2015a), anonymisierte Quelle.

Spital gemäß den internen Richtlinien folgende Aufgaben: Bewältigung komplexer und/oder instabiler Situationen bei fortgeschrittener Krankheit, Symptomlinderung, Beratung der PatientInnen und Angehörigen, Netzwerkaufbau und interne Schulungen.

Die Symptomlinderung besteht meistens aus Schmerzbehandlungen und Linderung von Atemnot, Übelkeit, Angst und Verwirrung. Beratungen werden oft wichtig, um Vor- und Nachteile einer möglichen Therapie abschätzen zu können. Ebenso liegt der Aufbau eines sozialen und betreuenden Netzes zu Hause in der Verantwortung des Konsiliardienstes (vgl. Internetseite Spital Heckenbühl, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016). Er ist durch zwei Personen mit einer spezialisierten Ausbildung besetzt – eine davon kommt aus der Ärzteschaft, die andere aus der Pflege, die je zu 50 % im Konsiliardienst arbeiten. Diese sind im gesamten Spital tätig. In der Umsetzung der Richtlinien kommt den zwei Personen vom Konsiliardienst vor allem die Funktion von Gesprächen wie eines Abklärungsgesprächs, des Erklärens der Situation und der Medikation oder der Koordination des restlichen Teams zu (vgl. Beobachtungsprotokoll 15.03.2013). Es liegen keine Daten vor, von wie vielen PatientInnen das Palliative-Care-Angebot genutzt wird. Die zwei zuständigen Personen werden von den OberärztInnen der jeweiligen Station bei Bedarf gerufen. Die Pflegenden können Vorschläge einbringen, PatientInnen als palliativ einzustufen. Der Konsiliardienst koordiniert ein interdisziplinäres Team, das aus einer Psychologin, Seelsorgenden, dem Sozialdienst und einer Körpertherapeutin, einer Ergotherapeutin, einer Ernährungsberatung und dem Freiwilligendienst besteht (vgl. Beobachtungsprotokoll 28.03.2013; Internetseite Spital Heckenbühl, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016). Die Psychologin ist für psychologische Beratung, Psychotherapie, Krisenintervention und Therapieplatzvermittlung verantwortlich. Freiwillige Mitarbeitende sind in Spital Heckenbühl hauptsächlich in Form einer Sitzwache in der Nacht in die Palliative Care eingebunden. Diese ist als eine Gruppe organisiert, die je zwei Nächte pro Monat bei PatientInnen verbringen, die mehr Begleitung brauchen, als das Pflegepersonal bieten kann, darunter auch bei Sterbenden.[2] Sie werden einmal pro Jahr ausgebildet und während ihrer Tätigkeit von den Seelsorgenden durch Supervisionen und Weiterbildungen unterstützt (vgl. Internetseite Spital Heckenbühl, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016). Die »Körpertherapie« ist ein komplementärtherapeutisches Angebot im Spital Heckenbühl.[3] Sie wird mit dem palliativen Konsiliardienst verbunden eingesetzt, kann aber auch unabhängig davon von der Pflege und vom ärztlichen Personal gerufen oder direkt von den PatientInnen gewünscht werden (KT1: 136). Die ausführende Person ist eine ehemalige Pflegefachfrau, die sich über Weiter-

2 Vgl. Internetseite Spital Heckenbühl, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

3 Die Therapierichtung wird zur Wahrung der Anonymität nicht explizit benannt.

bildungen die Fähigkeiten zur Ausübung der Komplementärtherapie angeeignet hat. Die Weiterbildung wurde vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) angeboten. Dies konnte in immer ansteigenden Stellenprozenten in dem Spital, in dem sie schon früher gearbeitet hatte, eingebracht werden (KT1: 177–195; Beobachtungsprotokoll 10.03.2014). Abgerechnet wird sie über die Pflege, damit auch Personen ohne die entsprechende Zusatzversicherung von diesem Angebot profitieren können. Die Seelsorgenden sind in Spital Heckenbühl von den Landeskirchen angestellt. Es handelt sich um ein Team von mehreren in Teilzeit arbeitenden Personen, von denen zwei Drittel römisch-katholisch und ein Drittel reformiert sind. Grundsätzlich sind sie für PatientInnen der eigenen Konfession zuständig, gehen auf ausdrücklichen Wunsch aber auch zu anderen Personen (S3: 237, 309–311). Sie koordinieren zudem den Kontakt zu SpezialistInnen anderer religiöser Traditionen (vgl. Internetseite Spital Heckenbühl, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016). Die Pflegenden sind durch den direkten Kontakt mit den PatientInnen sehr stark in die Palliative Care der Grundversorgung eingebunden. Zum Teil verfügen sie über eine Weiterbildung in Palliative Care (vgl. Beobachtungsprotokoll 13.03.2013).

## 5.2 Spital Rotach mit Palliativstation

Der zweite Untersuchungsgegenstand bildet einen Kontrastfall zum ersten. Es wurde eine Palliativstation in einem kleineren Regionalspital untersucht. Das Spital wurde Anfang des 20. Jahrhunderts als Krankenasyl gegründet und umfasst heute rund 300 Betten und Betreuungsplätze in akutmedizinischen sowie stationären Abteilungen, also ungefähr ein Drittel weniger als Spital Heckenbühl. Die Palliativstation stellt zehn Betten zur Verfügung. Dieses Spital hat einen kantonalen Leistungsauftrag und ist für die medizinische Grundversorgung der Region zuständig. Zu den Eintritten und den Todesfällen liegen keine öffentlichen Statistiken vor. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 2014, im Jahr der teilnehmenden Beobachtung, betrug im Gesamtspital mehr als fünf Tage. Auf der Palliativstation wurden circa 2.500 Pflegetage gezählt (vgl. Jahresbericht, Spital Rotach 2015b, anonymisierte Quelle). Das Spital verfügt über ein übergreifendes Konzept, das sich nach dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit richtet. Im Kurzporträt auf der Webseite des Spitals wird betont, dass Körper, Seele und Geist in diesem Spital als Einheit betrachtet werden.[4] Im Jahresbericht 2012 wird das genauer ausgeführt:

> [Das bedeutet,] dass Pflege, Ärzteschaft und Therapeuten den Blick offen halten für die Seele des Menschen, das heisst, die psychischen und sozialen Bedürfnisse

4 Vgl. Internetseite Spital Rotach, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

> mit einbeziehen [sic!]. […] Mit unserer Psychotherapie versuchen wir, den tieferen, seelischen Dimensionen einer körperlichen Beschwerde, des Krankseins, auf die Spur zu kommen (Jahresbericht, Spital Rotach 2013b, anonymisierte Quelle).

Den PsychologInnen wird darin eine spezielle Expertise für die ganzheitliche Betreuung zugesprochen. Sie kultivieren nicht nur Gespräche als Ausdrucksformen für die PatientInnen, sondern bieten auch verschiedene Arten von Musik- und Maltherapien an. Sie sind, gemäß der Präsentation auf der Internetseite des Spitals, für die »seelisch-geistigen« Auswirkungen von Krankheiten auf den Menschen zuständig. Ihre Aufgaben werden dort in Bezug auf deren Ziele und Indikationen aufgelistet. Der psychologische Dienst soll zur »Einordnung der Krankheit in die eigene Lebensgeschichte«, für »persönliche Wandlungsprozesse, Sinnfragen, Beeinträchtigungen und Behinderungen«, zum »Umgang mit Schmerzen, traumatische[n] Erlebnisse[n]«, mit Endlichkeit, Sterben und Trauer sowie zur Unterstützung in Entscheidungsprozessen eingesetzt werden (vgl. Internetseite Spital Rotach, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016).

Die untersuchte Station ist eine junge Palliativstation, ausgezeichnet als Kompetenzzentrum Palliative Care. Sie wurde eröffnet, kurz bevor der Konsiliardienst in Spital Heckenbühl eingeführt wurde. Das Ziel der Palliativstation wird in der öffentlichen Kommunikation folgendermaßen beschrieben:

> Ziel ist sowohl die Linderung von körperlichen Symptomen wie beispielsweise Schmerzen und Atemnot wie [sic!] auch die Begleitung in der Bewältigung der Krankheit und im Sterben (Broschüre Palliative Care, Spital Rotach 2014b, anonymisierte Quelle).

Zudem wird die »Betreuung von stationären Patientinnen und Patienten mit dem Ziel der Verbesserung ihrer Lebensqualität, zur vorübergehenden Entlastung der pflegenden Angehörigen und wenn möglich zur Vorbereitung auf eine Rückkehr nach Hause« angestrebt (Broschüre Palliative Care, Spital Rotach 2014b, anonymisierte Quelle).

Auf der Palliativstation in Spital Rotach verfügen die Pflegefachkräfte über erheblich mehr Zeit pro Person als diejenigen in Spital Heckenbühl. Bei voller Belegung in der Frühschicht sind die diplomierten Pflegefachkräfte nur für drei bis vier PatientInnen zuständig (Gespräch mit der Pflegedienstleiterin am 11.02.2016). Die Stimmung auf der Station war allgemein viel weniger hektisch als auf der Inneren Medizin in Spital Heckenbühl. Das wird durch aktive Maßnahmen gefördert: Bei der Schichtenübergabe am Nachmittag findet beispielsweise auf dem Stationszimmer eine Schweigeminute statt (vgl. Beobachtungsprotokoll 03.05.2014). Auch das ärztliche Personal nimmt sich viel Zeit für die Visiten und die Vorbesprechung mit dem Pflegefachpersonal. Bei einer nicht ausgelasteten

Palliativstation[5] dauerten die Visiten inklusive Vorbesprechung ungefähr zwei Stunden (vgl. Beobachtungsprotokolle 05.05.2014, 06.05.2014). Die Vorbesprechung mit dem Pflegepersonal findet im Stationszimmer oder im Sozialraum statt. In Spital Heckenbühl hingegen werden diese Vorgespräche auf dem Flur vor dem jeweiligen Zimmer geführt und dauern nur wenige Minuten. Während der Visite stehen in Spital Heckenbühl das ärztliche Personal und die zuständige Pflegeperson neben dem Bett, in Spital Rotach setzen sich alle Anwesenden. A1 setzt sich dabei sogar auf die Bettkante.

Die Pflegenden richten sich ebenfalls nach dem ganzheitlichen Ansatz. Sie sollen alle Dimensionen des Menschen einbeziehen, denn Krankheit, so ein internes Papier zu den Grundsätzen der Akutpflege, entstehe durch ein Ungleichgewicht zwischen Körper, Seele und Geist.[6] In der Umsetzung absolvieren alle Pflegefachpersonen einen Weiterbildungstag pro Jahr zu Aromatherapie und Wickeln (vgl. Beobachtungsprotokoll 03.05.2014). Speziell an der Palliativstation sei, so beschreiben die Pflegenden, dass sie hier die PatientInnen besser kennenlernen, weil sie mehr Zeit mit ihnen verbringen (vgl. Beobachtungsprotokoll 03.05.2014, 23.05.2016). Im Stationszimmer fällt auf, dass verschiedene religiös konnotierte Gegenstände aufgestellt sind. So finden sich auf einem kleinen Gedenktisch Engelsfiguren und unter jedem Bildschirm steht ein Rosenquarz, der gemäß einer Pflegenden die Strahlung neutralisieren soll (vgl. Beobachtungsprotokoll 03.05.2014; 16.05.2014). Diese Gegenstände weisen auf ein entspanntes Verhältnis zu Religion hin.

Die Freiwilligen in Spital Rotach sind einem externen regionalen Begleitdienst angegliedert. Sie durchlaufen ein Auswahlverfahren, verfügen aber über keine spezifische Ausbildung. In Spital Rotach werden die Freiwilligen, im Gegensatz zur Praxis in Spital Heckenbühl, nicht nur in der Nacht eingesetzt, sondern auch stundenweise tagsüber (Broschüre Freiwilligendienst, Spital Rotach 2014a, anonymisierte Quelle). Die Seelsorgenden sind, wie auch im ersten Spital, jeweils für mehr als nur für die Palliative Care zuständig und sind von den Landeskirchen angestellt. Ihre Aufgaben in beiden Institutionen werden von den Spitälern nicht klar definiert, sondern sind von der Kirche vorgeschrieben.[7] Auf der Palliativstation werden die Seelsorgenden stärker eingebunden als in Spital Heckenbühl.

---

5 Nicht ausgelastet bedeutet weniger als zehn Patienten und Patientinnen. Diese Situation lag während der Beobachtungstage vor.

6 Vgl. Internetseite Spital Rotach, anonymisierte Quelle, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

7 Die reformierte Spitalseelsorge wird über die Verordnung über die reformierte Spitalseelsorge (vgl. Kantonsrat des Kantons X o. D., anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt) geregelt. Die römisch-katholische Seelsorge verfügt über ein Konzeptpflichtenheft (vgl. Dienststelle Spital- und Klinikseelsorge 2007, anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt).

# 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[1] 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.[2] 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.[3] 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).[4]

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,[5] gegenüber denjenigen, die näher am Tod sind und nicht mehr sprechen können.[6] 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. Rituellen (.) 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).[7]

Die Psychologin Psy1 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 Psy3 nur wenig mit Sterbenden zu tun (Psy3: 25).

Für die Pflegenden in Spital Rotach steht der Bruch an einer anderen Stelle. P5 spricht beispielsweise von »Dasein«, wenn sie jemandem zuhört, der bei Bewusstsein ist und Sinnfragen hat (vgl. P5: 33–35).[8] 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 Schnelllebige. […] 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 (P5: 174).

Die Körpertherapeutin KT1 ist »einfach da«, wenn jemand näher am Tod ist (KT1: 86–94). Während sie bei den Anderen körperliche Techniken anwendet und auch Gespräche zu ihrer Aufgabe zählt (s. z. B. KT1: 48, 80–84), wird bei den Sterbenden ihrer Ansicht nach der Körper weniger wichtig und sie empfänden Berührungen sogar als störend und behindernd im Prozess des Sterbens (KT1: 88, 102). Dieser Prozess gehe ohne ihre Hilfe. Sie könne lediglich »den Rahmen geben« (KT1: 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 (KT1: 86–88).

Für die Pflegenden in Spital Heckenbühl spielt das »Dasein« nur eine marginale Rolle, dies ist aber ebenso wie für KT1 im Kontext zu sehen, dass Sterbende Berührungen nicht mehr als angenehm empfinden und somit weniger pflegerische Handlungen gemacht werden können (P1: 190–104).

---

7 Vgl. auch S4 (330, 382) und Kapitel 6.1.2.

8 Vgl. auch P6: 15–17; P8: 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).[9]

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.[10] 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: 247 f.), 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 berufsüblichen 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-

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

10 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.[11] Diese wird meistens mit Referenz auf das eigene Gefühl getroffen.[12] 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,[13] teils verknüpfen sie die Referenz auf das Gefühl mit »Intuition«, die wiederum mit religiösen Vorstellungen verbunden werden kann.[14] S4 übernimmt beide Positionen.[15] 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][16] 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.).[17]

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 Intellektes, der der die Intuition ist, oder? Der der schon ein wenig das Ganze erfasst (F5: 159).[18]

### 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.[19] Oft werden feine Berührungen angewendet, zum Beispiel wird die Hand gehalten.[20] 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.[21] 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 be- bekommen durfte, von einer Lehrerin, äh, vorbei bei Bewusstseinsübertragung im Zeitpunkt des Sterbens. Oder. S- sie sagen, das Bewusststein, 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).[22]

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[23] 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.).[24] Auch mit Singen können religiöse Vorstellungen verbunden sein. Psy1 verweist auf ihr Verständnis von Psychotherapie: Es sei »nicht

22 Nebst 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.[25] 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«[26] 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, rational, 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.[27] 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).[28]

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[29] 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«.[30]

Einige der Interviewten beschreiben auch eine positive Wirkung vom »Dasein« auf sich selbst: Es wirke beruhigend,[31] gebe Raum für ihre religiöse Praxis[32] und sei persönlich befriedigender als andere Handlungen.[33] 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 zukünfti- äh, 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 (1) 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 A:LLen 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.[34]

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.[35] 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.[36]

> [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,[37] Sympathie zwischen den Beteiligten besteht und wenn die PatientInnen davon ausgehen, dass das Gegenüber dasselbe glaubt wie sie selbst.[38] In beiden Spitälern wird das Attribut »religiös« für christliche Inhalte oder für Postmortalitätsvorstellungen verwendet.[39] 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.[40] Aus der Sicht der interviewten Pflegenden sind hauptsächlich die Seelsorgenden für diese Gespräche zuständig und zum Teil auch die PsychologInnen.[41] 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,[42] 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.[43] 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. (1) 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).[44]

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.[45] 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).[46]

---

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.[47] Das beschreibt zum Beispiel der Seelsorger S2:

> [A]lso in ganz vielen Fällen sind 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 Psy2 und S1 beeinflussen und ermöglichen diese Gespräche den Sterbeprozess[48] 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:[49] 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.[50] 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

50 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:[51] Emotionale Indikatoren gehen von Unruhe über Angst bis hin zu Trauer oder Krisen generell. Körperliche Indikationen sind zum Beispiel Blähungen, Erkältungssymptome und Fieber.[52] 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, Kompresse 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.[53] 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.[54] 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.[55] 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.[56] 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 Konsiliardienst 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.[57] »Körpertherapie« ist die spitalinterne Bezeichnung für eine bestimmte Richtung der Komplementärtherapie, eingebettet in das Spitalumfeld.[58] 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,[59] so zum Beispiel aus der chinesischen Medizin, der indischen Elementenlehre, der Phytotherapie oder der Osteopathie (KT1: 312–359).[60] 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 ru:higer, 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 (S1: 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.

# 7 Handlungsstrategien in der Palliative Care – nach dem Tod

Nach dem Tod gibt es in beiden Spitälern einige institutionalisierte Handlungsstrategien, um die Verstorbenen zu verabschieden. In diesem Kapitel werden die Abläufe zunächst grob skizziert, später werden einzelne davon genauer beschrieben und analysiert. Für die Analyse wurde weiterhin mit den Codes »Strategie«, »Bedingungen« und »Wirkung« gearbeitet.

In Spital Heckenbühl werden die Verstorbenen vom Pflegepersonal gewaschen und sorgfältig angezogen. Das Spital stellt Rosen zur Verfügung, um sie ihnen beizulegen. Danach kommen die Leichen in den Kühlraum der Pathologie. Geregelt sind die Abläufe über das Dokument »Todesfall und notwendige Massnahmen« (Spital Heckenbühl 2008, anonymisierte Quelle). Das Dokument selbst wird im Gegensatz zur Praxis als unpersönlich und kalt wahrgenommen:

> Ja also es gibt noch viel Arbeit, gell, bei uns. Und jetzt fangen wir mal an zu erledigen, so eins nach dem anderen (2) und, äh und dort steht schon drinnen, man muss die spirituellen Gebräuche von den Angehörigen beachten und so. Aber das ist auch ne Maßnahme, gell. Und eben, wie man damit UMgeht (3) also, ob WIR jetzt, also, ob es sich zum Beispiel lohnen würde, di:e, der Weisung, die sie da haben, einen anderen Titel zu geben, und das Ganze nicht technisch abzuhandeln […] so Weisungen sind ja Ausdruck eben von einer Haltung […] man gibt sich da eben betont neutral, säkular (K1: 364–371).

Nach K1 passt diese technische Abhandlung nicht zur Situation, in der sich die Pflegenden befinden, wenn jemand gestorben ist.

In Spital Rotach werden die Verstorbenen ebenfalls hergerichtet, können aber mangels eines eigenen Kühlraums in der Palliativstation aufgebahrt werden, bis die BestatterInnen kommen. Im Eingangsbereich der Station wird, solange der Leichnam im Zimmer liegt, eine Kerze angezündet. Das Zimmer wird mit Blumen geschmückt und es werden elektrische Kerzen oder eine Salzkristalllampe aufgestellt. Die Angehörigen oder auch das Personal können etwas in ein Buch schreiben, in dem für jede verstorbene Person einige Seiten reserviert sind. Das Zimmer wird manchmal, wenn es wieder frei ist, »ausgegongt« (s. Kap. 7.1). Für das Perso-

nal selbst gibt es im Stationszimmer einen Gedenktisch, auf dem Trauerkärtchen, Blumen, Engelsfiguren und Kristalle aufgestellt sind. Zudem gibt es einmal im Monat »das Ritual«, in dem man sich von den Verstorbenen verabschiedet. In Spital Rotach sind der Einsatz von Kerzen, Blumen und dem Gong schriftlich festgehalten (vgl. internes Dokument zum Vorgehen bei einem Todesfall Spital Rotach 2012, anonymisierte Quelle).

Zudem existieren in beiden Spitälern schriftliche Richtlinien, wie jemand hergerichtet werden soll, wie die Leichenmaße gemessen werden und wo jemand aufgebahrt wird.[1] Nebst den institutionell festgelegten Handlungen gibt es viele individuelle Arten, sich zu verabschieden. Auf diese wird ebenfalls weiter unten eingegangen.

## 7.1 Abschied mit Gegenständen als Hilfsmittel

Folgende Handlungsstrategien zeichnen sich dadurch aus, dass sie Gegenstände als Hilfsmittel einbeziehen und dass sie nach dem Begriffsverständnis, wie es in Kapitel 2.2 ausgeführt wurde, als alternativ-religiös bezeichnet werden können. Von der Vielzahl von Handlungen soll hier nur das Aufstellen der Kristalllampe, das Reinigen mit dem Gong und das Öffnen des Fensters beschrieben werden.

Die Reinigung des Zimmers mit dem Gong und das Aufstellen einer Kristalllampe im Zimmer der Verstorbenen sind institutionalisierte Handlungen in Spital Rotach – institutionalisiert in dem Sinne, als dass das Spital die Gegenstände zur Verfügung stellt, wobei aber nur die Reinigung mit dem Gong schriftlich festgehalten ist (vgl. internes Dokument zu Abschiedsritualen, Spital Rotach 2013a, anonymisierte Quelle). Das Fenster wird individuell von Mitarbeitenden in beiden Spitälern nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin geöffnet.

Auffallend ist, dass nur wenige der Mitarbeitenden das Aufstellen der Kristalllampe in den Interviews reflektieren. Einzig P5 und P6 gehen genauer darauf ein. Der Kristall werde während des Sterbens bis nach dem Tod eingesetzt, wenn eine sterbende Person unruhig sei (P5: 210).

> Und das ist ja auch irgendwie völlig also das ist ja extrem so: (.) spirituell. Oder. Der der (.) der Kristall. Der Salzkristall. Den hat glaub ich mal ei- eben Nora [Name geändert], die hier gearbeitet hat, hat hat den Salzkristall angeschafft. […] Gerade wenn es jemandem nicht gut geht. Stell ich eine Steinlampe hinein. […] JA, viel machst du irgendwie wirklich einfach so, weiß auch nicht (.) aus dem Gefühl he-

1 Vgl. interne Dokumente zum Vorgehen bei einem Todesfall: Spital Heckenbühl 2008; Spital Rotach 2012; internes Dokument zum Messen der Leichenmasse, Spital Rotach 2004, anonymisierte Quellen.

> raus. Kannst es gar nicht erklären. […] Ich finde, es braucht auch nicht für alles eine Erklärung (P5: 206–218).[2]

P6 beschreibt, wie es durch den Kristall eine »andere Atmosphäre« gebe, was für die Sterbenden und auch für die Angehörigen beruhigend sei und beim »Gehen« helfe (P6: 73–84). Beide beziehen sich in der Argumentation auf Gefühle und ihren persönlichen Eindruck, wie das wirke.

Die Reinigung mit dem Gong wird eingesetzt, da er in dieser Institution eine geeignete Möglichkeit zur Reinigung der Zimmer sei. Die Idee stammt von einer Pflegefachfrau, die von Beginn an auf dieser Station gearbeitet hat. Räuchern gehe nicht wegen der Rauchmelder, deshalb habe man sich nach einer Alternative umsehen müssen. Der Gong werde eingesetzt, wenn jemand einen schweren Tod gehabt habe, oder auch sonst von Zeit zu Zeit, wenn sich die Räume »so dicht und drückend« anfühlen. Ein weiterer Grund, dass gerade diese Methode gewählt wurde, ist die persönliche Erfahrung, die P8 schon außerhalb des Spitals damit gemacht hatte (vgl. Gesprächsprotokoll 14.08.2014). Die Auswahl des Gongs wird auf die Verstorbenen abgestimmt: P8 nimmt einen anderen Gong je nach Person. Sie wählt ihn nach ihrem Gefühl. Einige Verstorbene bräuchten »den kleinen, feinen Gong«, andere den großen, die meisten aber den mittleren, so die Pflegefachfrau.

Das Fenster wird geöffnet, um zu lüften, wenn jemand gestorben ist.[3] Das wird unterschiedlich begründet. Psy2 argumentiert:

> [M]anchmal gibt es Zimmer, in denen ich das Gefühl habe, da ist noch Präsenz oder irgendwie da. Also ich kann es (.) man kann das nicht begründen. Das ist einfach wirklich so das Gefü:hl oder so (Psy2: 184).

P5 beschreibt diese Handlung wie folgt:

> Ich glaube das habe ich das erste Mal bei meinem ersten Toten gemacht. Und erst irgendwann habe ich es gemerkt, dass ich das mache. […] Also nicht bewusst gemacht. […] Es ist einfach irgendwie so ein Drang, den ich habe (P5: 129–135).

Die Legitimierung der Handlung geschieht bei Psy2 und P5 über das eigene Gefühl. P5 referiert zudem auf einen naturwissenschaftlichen Beweis, dass eine Seele existiere. Den habe sie im Film »21 Grams« gesehen, in dem die Ergebnisse einer Studie verfilmt wurden, nach welcher der Körper nach dem Tod 21 Gramm

2 Auf den hier vertretenen Spiritualitätsbegriff wird in Kapitel 10.3.2 eingegangen.

3 Vgl. P1: 278–280; P5: 24, 129–135; Psy2: 182–184.

weniger wiege als vorher, was das Gewicht der Seele ausmache (P5: 115–117). Psy2 betont im Gegensatz dazu, dass dieser Brauch aus dem Christentum stamme.

P1 hingegen schildert, nachdem sie sich zuerst auf eine Seele bezogen hat und dies dann wieder verneint, »dass gelüftet wird, dass die (3) wie so ein bisschen die Giftstoffe, die auch so die kranken Körper irgendwie ausscheiden, die hinausgehen« (P1: 280). Psy2 und P5 konnotieren das Öffnen des Fensters anders. Sie betonen ganz klar, dass sie an eine Seele glauben, die so gehen könne (P5: 24–26; Psy2: 182).

Diesen drei Handlungsstrategien ist gemeinsam, dass sie zur Reinigung des Zimmers beitragen sollen. Der Kristall diene dazu, die »Atmosphäre zu ändern« (P6: 75–84). Mit dem Gong werde die »dichte Stimmung« wieder gelöst und die Herzenergie gestärkt sowie »Harmonie hergestellt«. Wenn ein Zimmer ausgegongt sei, spüre man das – und jene, die es nicht spüren, bei denen »wirkt [es] auf einer anderen Ebene« (vgl. Gesprächsprotokoll 14.08.2014). Warum das Fenster geöffnet werden soll, darüber gehen die Meinungen auseinander. Trotzdem ist auffällig, dass hier das Gefühl der Handelnden eine große Rolle spielt, während beispielsweise der Körpertherapeutin die Tradition, nach der sie behandelt, wichtig ist und bei der Anwendung der Aromatherapie die persönliche Erfahrung ausschlaggebend ist.

## 7.2 Individuelles Abschiednehmen

Neben den institutionalisierten Handlungsstrategien haben viele Personen auch ihre eigene Art, Abschied zu nehmen.[4] Bei den meisten handelt es sich bei ihrem persönlichen Abschied um einen inneren Dialog, in dem man eine gute Reise wünscht.[5] Psy2 sieht dieses Verabschieden als eine Hilfe für den Verstorbenen, zu »gehen«.[6] Dies unterstützt sie u. a., indem sie innerlich selbst loszulassen versucht (Psy2: 148) oder ausspricht: »So. Jetzt darfst du gehen. Darfst loslassen« (Psy2: 190). Auch die Angehörigen sollen dies aussprechen. Sogar wenn jemand schon gestorben ist und sie spüre, dass noch jemand im Raum sei, dann versucht sie das »Gehen« zu unterstützen mit Gedanken wie »Ich wünsche eine gute Reise« (Psy2: 144) oder »Jetzt darf ich es darf ich es loslassen, und Sie dürfen loslassen« (Psy2: 148).

4 Darin kommen Glaubensvorstellungen in den materiellen und immateriellen Komponenten des Menschen zum Ausdruck sowie Vorstellungen des (idealen) Sterbeprozesses und davon, was nach dem Tod kommt. Darauf wird im nächsten Kapitel eingegangen.

5 Vgl. S4: 498; Psy2: 144; Psy1: 272, 389; P5: 182; K1: 287; P3: 136.

6 Psy2 (66–68) sieht sich grundsätzlich in der Rolle, dass sie den Sterbenden und auch deren Angehörigen helfen will, loszulassen und zu einer Akzeptanz im Sinne von Kübler-Ross zu kommen.

S4 kombiniert den Abschied mit einer körperlichen Geste, die er der Kampfkunst entnommen hat: Er verneigt sich – eventuell als Zeichen von Respekt den Verstorbenen gegenüber. Er selbst interpretiert dies wie folgt:

> Und (.) es gibt solche, wo ich mich stumm einfach wie (.) mich verneige. So. […] Einfach die Verbeugung. […] Wo ich wie so: das Gefühl habe, meine Seele grüßt deine Seele (S4: 506).

K1 (339–349) beschreibt, wie sie, wenn sie die Leute in den Kühlraum schieben muss, sich vorstellt, sie schiebe sie auf einen Fluss oder See.

> Und dann hab ich für mich schon so was gefunden, es Bild vom, also für mich innerlich, [dass] es nicht so radikal ist. Jetzt, ich schieb da wie ein Boot, auf einen Fluss (K1: 337–339).

Dies formuliert sie als direkte Folge vom unpersönlichen Abhandeln der »Maßnahmen nach dem Todesfall«:

> Und darum finde ich Ritua:le, ja, man muss finden, wie man (2) damit umgehen lernt, dass man mit dem- das man nicht das Gefühl kriegt, das ist wie ne- die Arbeit ist dann auch irgendwann wie Fließband. Wie macht man das? […] Dass man nicht abstumpft dabei. Muss man schon für sich selber ä (2) einen (.) Umgang finden (K1: 325–327).

Auffallend ist, dass in den Interviews im Spital Heckenbühl fast keine Abschiedsrituale genannt wurden. Die Verstorbenen werden lediglich hergerichtet, bevor sie in den Kühlraum geschoben werden. Die Möglichkeiten, die Spital Heckenbühl dazu bietet, werden, wenn sie überhaupt erwähnt werden, als unbefriedigend und abstumpfend wahrgenommen. In Spital Rotach hingegen bestehen einige Handlungsmöglichkeiten. Diese sind von Einzelpersonen eingeführt worden und werden mit persönlichem Engagement eingesetzt.

# 8 Welt- und Menschenbild

In diesem Kapitel werden die Vorstellungen zu Welt- und Menschenbildern der interviewten Personen ausgearbeitet. Als Erstes wird auf die Vorstellung von Sterben und Tod eingegangen, in einem zweiten Schritt auf das Menschenbild und als Letztes werden die Weltbilder thematisiert. Schon im vorhergehenden Kapitel hat sich gezeigt, dass diesen Vorstellungen im Zusammenhang mit verschiedenen Handlungsstrategien ein hoher Stellenwert zukommt. Wie die Vorstellungen und die Handlungsstrategien zusammenhängen, wird anschließend in Kapitel 9 genauer untersucht.

In dieser Analyse ist zwischen den im Feld verwendeten Begriffen und den Konzepten, die hinter den Begriffen stehen, zu unterscheiden. Die hier angewendete Begrifflichkeit für die Konzepte stützt sich auf jene der interviewten Personen. Da diese jedoch stark variiert, werden Überbegriffe eingesetzt, außer es wird von einem spezifischen Beispiel gesprochen: Als »Körper« wird das bezeichnet, was von den Interviewten »Körper«, »Materie«, »Irdisches«, »Hülle«, »Atome« usw. genannt wird. Unter »Psyche«/»psychisch« wird gefasst, was in den Daten mit »Psyche«, »Emotion« oder das »Verarbeiten der Lebensgeschichte oder von Ereignissen« bezeichnet wird. Von der »immateriellen Komponente« wird gesprochen, wenn von den Interviewten ein Gegensatz zum »Körper« oder zur »Materie« aufgespannt wird. Unter »Referenz auf die Naturwissenschaft« werden Bezüge auf physikalische Kräfte oder Physik allgemein, chemische Prozesse, medizinische Studien, Evolution, anatomische Körperkomponenten wie das Gehör, Venen, Arterien, auf den olfaktorischen Sinn oder auf Atome gefasst. Wenn die Begrifflichkeiten der interviewten Personen wörtlich einfließen, werden sie durch Anführungszeichen gekennzeichnet. So wird manchmal von »Seele«, »Energie« und »Geist« gesprochen werden.

## 8.1 Sterben als Prozess

Im Arbeitsalltag in den untersuchten Spitälern wird nur selten von »Sterben« gesprochen, sondern entweder von »Gehen«[1] oder, auf einer abstrakteren Ebene reflektiert, von einem »Sterbeprozess«. In diesem Kapitel wird die Vorstellung des idealen Sterbeprozesses untersucht. Sterben als Prozess wurde zuerst als In-Vivo-Code erfasst, in einem zweiten Schritt wurde diese Vorstellung durch andere Beschreibungen und Vorstellungen von Sterben und vom Tod ausdifferenziert. Wichtig für die Interviewten ist die eigene Rolle im Sterbeprozess der PatientInnen. Somit wurde der Code der »Wirkung« zu einer relevanten Analysehilfe. Ebenso hängt die Vorstellung des Sterbeprozesses mit dem Menschenbild der jeweiligen Person zusammen.

### 8.1.1 Das Ideal des ruhigen Sterbens

Auffallend ist insbesondere das Ziel mehrerer Handlungsstrategien, dass die PatientInnen ruhig werden und sterben können, was dann in den Augen der Beteiligten auch erreicht werden kann. Das trifft zum Beispiel auf einige der Meditationen, das innerliche Sprechen (s. Kap. 6.1.4), die Aromatherapie in terminalen Phasen und die Salzkristalllampen (s. Kap. 6.3.1 und 7.1) zu. Dieses Ziel steht in einem scharfen Kontrast zu unruhigen Sterbesituationen, wie sie zum Beispiel in der teilnehmenden Beobachtung vom 16.05.2014 erlebt wurden (vgl. Beobachtungsprotokoll 16.05.2014). Der Kontrast weist darauf hin, dass es sich bei diesem Ziel um einen Versuch der Bewältigung dieser Situationen handelt. Zudem verdeutlicht er, dass es sich bei den Schilderungen des ruhigen Dahinscheidens um ein Ideal handelt.

Beispielhaft kann mit einem Interviewausschnitt illustriert werden, wie eine unruhige Sterbesituation in eine ruhige umgedeutet wird. Psy2 beschreibt ein Beispiel eines unruhigen Sterbens, bringt es aber im Verlauf des Gesprächs wieder in das Schema des Ideals zurück:

> M: [Kommt es vor,] dass die Leute im Unfrieden sterben? Oder so?
> Psy2: Das gibt es auch. Also da ist so meine idealisierte Vorstellung, dass am Schluss ist (1) ähm Friede und man ist bei sich und (.) das wäre ja so, was wir uns vorstellen. Und man macht diesen Prozess bewusst und das ist (.) das ist nicht immer so.
> M: Mhm:.

1 Vgl. z. B. Beobachtungsprotokoll 23.05.2014; S3: 111; F2: 132.

Psy2: [Es] gibt auch Leute, die wirklich ähm (.) hässliche Konflikt noch haben, mit Expartner oder weiß auch nicht. Und aber das halt ganz bewusst nicht mehr klären wollen.
M: Mhm.
Psy2: Und wirklich so, so gehen. (2) Ja. Ohne ohne die Sache geklärt zu haben. Das geht auch. […] Gerade wenn die Verletzungen zu groß sind. Ist manchmal auch so. In dem, in dem Moment, wo man (.) physisch und psychisch eigentlich schon geschwächt ist, dass man sich wie nicht mehr mit dem bew- nochmal konfrontiert. Oder so sich in dieser in dieser schwachen Position eigentlich auch nochmal zeigt. […] Das ist häufig so. Und dann was dann passiert, ist halt, dass man so ähm, mit sich innerlich einen Frieden schließt. Oder und sagt, <Ich lasse die Situation los.> und da: da können wir dann schon Rituale anbieten, wo man sagt, man kann sich au mit dieser Situation oder mit dieser Person versöhnen, wenn sie nicht gegenwärtig ist. Wenn sie nicht anwesend ist.
M: Mhm:. Ja.
Psy2: Also sagen <So, ich schließe das jetzt ab.> Oder äh, da gibt's ganz viele verschiedene Möglichkeitne. Also (1) um, um da es gibt verschiedene Rituale um das die Situationen loszulassen oder zu sagen, ich versöhne mich mit dem, was war.
M: Mhm.
Psy2: So. Ja. Aber es ist ni- lange nicht immer so, dass dann die quasi die Versöhnung immer am Sterbebett noch stattfindet (Psy2: 203–224).

Auf die Frage der Interviewerin, ob es auch Leute gebe, die in Unfrieden sterben, antwortet sie zwar mit Ja und reflektiert, dass der »ruhige Tod« ein idealisiertes Bild sei. Mit Unfrieden assoziiert sie persönliche Konflikte. So räumt sie ein, dass man in der Situation des Sterbens verletzlicher sei als sonst und diese deshalb nicht mehr klären wolle. Doch auch wenn sie zuerst von einem unruhigen Tod ausgegangen ist, beschreibt sie einen »inneren Wendepunkt«. Auch wenn der Konflikt äußerlich nicht angegangen wird, kann er innerlich aufgelöst werden. So spezifiziert sie das ruhige Sterben als eine innere Haltung. Erreichbar sei sie durch Rituale, die Psy2 selbst anbietet. Damit beschreibt Psy2, was sie als ihre Rolle in diesem idealen Sterbeprozess versteht. Durch sie kann er überhaupt erreicht werden. Sie schildert hier eine Vorstellung, die auch von den meisten anderen Interviewten vertreten wird.

Das Sterben wurde nur selten als Kampf beschrieben und das Bild des »ruhigen Sterbens« durchbrochen. Der erste besteht im Sterbebild, das S4 äußerte, nachdem eine Patientin während des Feldaufenthalts der Autorin sehr unruhig gestorben ist. S4 erklärte der Forscherin dies nun mit einem anderen Muster, mit dem »individuellen Tod«. Diese Patientin sei ihrem Charakter gemäß gestorben. Diese Frau habe viel Energie gehabt und habe deshalb auch gegen den Tod gekämpft und geschrien (S4: 141–155):

> Sie war eine Energiegeladene. Also eine Herzliche. […] ihre Zeit vor dem Tod war wirklich auch geprägt, vom jetzt vom vom Kämpfen gegen gegen und MIT dem Schicksal, das ihr da jetzt auferlegt war. […] Und die Dynamik, die das gegeben hat. Ist AUSDRUCK von dieser SEELE. Von dieser Frau. […] Und es gibt andere Leute, die sterben ganz le:ise wie ein Windhauch. *haucht* (S4: 141–151).

Eine zweite Ausnahme ist K1: Sie beschreibt den Tod als »radikalen Bruch«. Auf der einen Seite lehnt sie damit explizit Beschönigungen ab, die aus ihrer Sicht mit komplementärmedizinischen Methoden verbunden sind (K1: 307–315). Auf der anderen Seite führt diese Wahrnehmung des Todes dazu, dass sie eine verschönernde Vorstellung braucht:

> Und dann habe ich für mich so was gefunden, ein Bild von, also für mich innerlich, dass […] es nicht so radikal ist. Jetzt, ich schiebe da wie ein Boot auf einen Fluss=[Ja] rauf. […] Dass es mir selber nicht mehr so: schrecklich vorkommt. Ja, dann Kühlschranktür ZU (K1: 337–339, 349).

Trotz dieser zwei Fälle ist das ruhige Sterben in den vorliegenden Daten das häufigste Ideal vom Sterbeprozess. Wie dieser auszusehen hat, wird im folgenden Unterkapitel ausgeführt.

### 8.1.2 Sterben als Weg zum Loslassen

Einheitlich in den Beschreibungen der Sterbeprozesse sind folgende Momente: 1. Ein Patient oder eine Patientin ist unruhig, 2. es gibt einen Wendepunkt, der meistens mit einer Intervention der Interviewten unterstützt wird, 3. auf diesen Wendepunkt folgt eine innerliche und/oder äußerliche Beruhigung, 4. dank dieser Beruhigung kann der Patient oder die Patientin loslassen und dadurch sterben (s. Kap. 6.1.4).[2] Ebenso stimmen die Ansichten der Interviewten darin überein, dass im Sterbeprozess die Materie zurückgelassen wird.[3] Die Bezeichnungen des Sterbens als »Loslassen« und »Gehenkönnen« deuten darauf hin, dass Sterben nicht primär als ein Ableben der Materie gesehen wird, sondern als Prozess, in den weitere Komponenten des Menschen involviert sind: Einige Komponenten werden zurückgelassen, während andere weiterleben. Eine rein körperliche Vorstellung dieses Sterbeprozesses zeigte allein P1 (18–22, 154–156). Doch auch sie be-

2 Vgl. S3: 121; S4: 348; F2: 132; F5: 39; P3: 28; P5: 37; Psy1: 186; Psy2: 66 u. a. mit Ausnahmen von P1: 18–22.

3 Vgl. S1: 203; KT1: 98, 102; F2: 106; F3: 206, 218; F5: 139; Psy1: 128–130. In diesen Beispielen wird ausdrücklich nicht von einem »Sterben« des Körpers, sondern von »Loslassen« gesprochen.

schreibt das Ziel, die Sterbenden am Schluss zu beruhigen (P1: 138–140, 158–160, 186, 202).[4]

Bezüglich des Sterbeprozesses wird jeweils entweder explizit oder implizit auf die Sterbephasen nach Kübler-Ross (2009) verwiesen, in deren Konzept als letzte Phase vor dem Tod Akzeptanz eintritt.[5] Der Zusammenhang zeigt sich zum Beispiel im folgenden Zitat:

> Es gibt ja so die, die Sterbephasen. oder n- n- nach Kübler-Ross=[Mhm]. Zum Beispiel. Oder? Und dann kann es zum Beispiel sein, dass jemand wirklich schon in der Phase zum Beispiel der Patient schon in der Phase von der Akzeptanz=[Mhm.] ist und sagt <Es ist gut, und ich kann jetzt loslassen, und ich kann gehen> (Psy2: 66).

Relevant für die Entwicklung von Akzeptanz sei das psychologische Verarbeiten der Situation und dass Probleme oder Konflikte noch gelöst würden.[6] Dazu solle man über die Ängste vor dem Tod sprechen können, oder falls dies nicht möglich sei, helfen die Mitarbeitenden durch innerliche Konversationen oder Rituale mit. Dies ermögliche erst das Loslassen des Lebens und des Körpers. Diese psychologische Entwicklung hin zum Tod oder sogar auch darüber hinaus wird zum Teil mit der Idee einer immateriellen Komponente des Menschen, oft »Seele« genannt, verbunden:

> Also ich glaube irgendwie an eine Seelenwanderung oder äh (1) meine ganz persönliche Überzeugung=[Ja.] Ich glaube, dass man das irgendwo ähm, dass der Mensch einfach gefordert ist, sich zu entwickeln. […] Und ich glaube, deine Entwicklung bricht nicht ab nach dem Tod (Psy2: 126–128).

Damit hänge auch eine Entdeckung des »wahren Ichs« zusammen.

> [D]ass man (.) ja (.) e- ein Geist, Seele sind, die sich inkarniert, und in den Körper kommt (.) und der so wie (1) ein Lebensweg auf dieser Welt macht. (1) Und (1) wie sich immer mehr der Gestalt annähern will, die die Seele von Anfang an hatte […] mit dem Begriff der Individuation von Jung. […] Könnte man das beschreiben. Obwohl, man könnte es auch mit dem christlichen Wort Berufung, das was wozu MICH Gott berufen hat (S4: 129, 131–134).[7]

---

4 Auf diese Komponenten und die damit zusammenhängenden Menschen- und Weltbilder wird in Kap. 8.2 eingegangen.

5 Vgl. z. B. S2: 35, 39, 85, 109–111, 139–145, 149–185; Psy2: 66–68.

6 Vgl. z. B. S1: 81–83; S2: 39, 139–145; S3: 417; S4: 129; Psy1: 124; F3: 53.

7 Zur seelischen Entwicklung vgl. auch S3: 417, 449; Psy1: 118, 122, 124 und zum »wahren Ich« vgl. S3: 417; F5: 404 f.

Der letzten Lebensphase und auch dem Todeszeitpunkt selbst wird ein besonderer Stellenwert in einer Entwicklung zugesprochen.[8] S3 (421–459) bettet psychologische Entwicklung vor dem Tod in eine »spirituelle« ein, die durch die Krankheit erst ermöglicht wurde, was sie ausführlich an der Krankheitsgeschichte einer Patientin illustriert. Angesichts des nahenden Endes habe die Patientin Konflikte klären können, andererseits habe sie in einer inneren Entwicklung Weisheit erlangt.

### 8.1.3 Todeszeitpunkt

Der Todeszeitpunkt wird von allen Interviewten als Veränderung gesehen, die primär über das Sterben des Körpers beziehungsweise über das Loslassen des Körpers definiert wird.[9] Durch das Einbeziehen der immateriellen Komponente wird dieser Zeitpunkt nicht eindeutig feststellbar, denn darüber, wann die »Seele« den Körper nun wirklich verlassen hat, ist man sich uneinig. Für S4 (320) ist der Zeitpunkt des körperlichen Todes nicht eindeutig, da auch nach dem Hirntod das Gehör noch weiter funktioniere und der Verstorbene noch wahrnehme. Für KT1 beginnt das »Verlassen des Körpers« schon vor dem Hirntod (KT1: 98–102), für F2 geht der Sterbeprozess über den körperlichen Tod hinaus. Das Bewusstsein brauche Zeit, bis es den toten Körper verlassen habe (F2: 102). Beide sehen als Konsequenz Berührungen als Hindernis für das Bewusstsein, das sich aus dem Körper lösen soll, weshalb sie vermieden werden sollten (F2: 102–108; KT1: 112). Dies hat zur Folge, dass F2 die Regeln im Spital schon umging und den Tod nicht sofort meldete, sondern erst etwa zwei Stunden später (F2: 108–116). Da nach seiner Ansicht das Bewusstsein weiterlebt und nach 40 Tagen wiedergeboren wird, ist unklar, ob das körperliche Dahinscheiden überhaupt als Tod bezeichnet werden kann (F2: 106). Der Brauch auf der untersuchten Palliativstation, die Verstorbenen im Zimmer aufzubahren, bis die Bestatter den Leichnam abholen (vgl. Beobachtungsprotokoll 03.05.2014), hat offensichtlich einen anderen Grund – weil es keinen hausinternen Kühlraum hat –, führt aber genau zu dem, was F2 auch unterstützt. Für KT1 führt dieser Glaube dazu, dass sie ihre Arbeit nicht mehr wie gewohnt ausführen kann (s. Kap. 6.1.3).

Auch andere sehen den körperlichen Tod nicht als den Tod der Persönlichkeit. So beschreibt zum Beispiel F3 (202, 248), wie der Körper zurückgelassen werden muss und der »Geist« weiterlebt, oder S3 (55), F5 (404 f.) und Psy2 (184), dass sie oder Angehörige den Verstorbenen noch nach dem Tod spüren.

Zentral ist der Vergleich des Sterbens mit einer Geburt.[10] Dies weist darauf hin, dass das Sterben als natürlicher Prozess gesehen wird, auf den man keinen

8 Vgl. z. B. S2: 228–232, 258; S3: 433; S4: 121; F5: 404 f.; Psy1: 184–186.

9 Vgl. S1: 203; KT1: 112; F5: 139.

10 Vgl. S2: 294; Psy1: 186; F5: 407.

Einfluss hat. So betont Psy1, dass der Verstand beim Tod sowie bei der Geburt eher hinderlich sei (Psy1: 186; vgl. auch KT1: 185–188). Das Gefühl gehe über die Rationalität, wenn es um das Sterben geht.

> Und der Körper der Mutter macht irgendetwas, bis es GEHT, und der Körper vom Kind trägt ja auch viel dazu bei (.) und (.) wir müssen nur mit unserem Verstand nicht zu fest im Weg stehen, wir müssen ein wenig die Vorstellung loslassen, für wie wir es haben müssten, oder. Und dann geht das schon (Psy1: 186).

Dies kann auch die Konnotation haben, dass Sterben anstrengend ist und vom Sterbenden selbst »geschafft« werden muss.[11] Der Vergleich mit der Geburt deutet auf einen Glauben an ein Leben nach dem Tod hin.

Nebst dem Bild einer zweiten Geburt wird der Tod als Verwandlung verstanden,[12] als Reinigung (S2: 252) oder als »ganz Werden der Seele«, »vollkommen Werden« und als »man selber Werden« (S2: 260, 296). F5 (404 f., s. u.) beschreibt, wie mit dem Ablegen des Körpers das »höhere Selbst« zum Vorschein komme.

S2 hat eine ähnliche Vorstellung, nur wird diese noch mit Gott konnotiert, da man mit der im Tod erreichten Vollkommenheit »in Gott eingeht« (S2: 262). Andere haben weniger konkrete Vorstellungen und beschreiben, dass sie während des Sterbens der Kranken eine angenehme Wärme (P5: 85–87) und Ruhe (Psy2: 102) oder eine »Heiligkeit« (F2: 120–122) gespürt haben.

Auch der Todeszeitpunkt gilt als spezielle Möglichkeit der Verwandlung und Entwicklung. Besonders deutlich zeigt sich dies am Übergang ins »reine Land«, den F2 postuliert (s. o.), und auch in den Schilderungen der Seelsorgenden S2 (24–232) und S4 (119–138): Beide stellen sich den Tod als eine Läuterung vor, in der sich »die Seele Gott annähere«. Ebenso deutlich ist das Beispiel, das F5 im Zusammenhang mit dem Tod ihrer Mutter gibt:

> Ist einfach SO schwierig geworden alles (1) und (1) und dann habe ich gedacht, <Au nein, und jetzt ist ist es vorbei (.) und ich konnte NICHTS mitgeben.> Und (,) also ich zurück ins Zimmer kam (.) habe ich sie GESPÜRT. Und in einer. In einer (.) in einer GRÖSSE. […] [U]nd dann war ALLES in diesem Raum. Nur viel GRÖSSER und SCHÖNER und ich habe gewusst jetzt […] ist sie FREI. […] [D]as war SO ein schönes Geschenk. Für mich (F5: 404 f.).[13]

Während es der Mutter in der Sterbephase sehr schlecht gegangen sei, habe sie nach deren Tod gespürt, dass sie sich verwandelt habe.

---

11 Vgl. z. B. Psy1: 188; F3: 202.

12 Vgl. S3: 449–457; F5: 404 f.

13 Das Beispiel ihres verstorbenen Vaters (409–435) zeigt für sie in dieselbe Richtung.

Zusammenfassend wird der Tod von keinem der Interviewten als das absolute Ende gesehen, sondern als Übergang. Trotzdem fanden sich ganz unterschiedliche Vorstellungen davon, wie und wann der Körper zurückgelassen werde. Für viele handelt es sich beim Sterben um einen langsam vorangehenden Prozess, weshalb kein eindeutiger Zeitpunkt bestehe.

## 8.2 Komponenten des Menschen

In den folgenden Unterkapiteln werden die Komponenten des Menschen beschrieben, wie sie in den Daten bezüglich des Sterbeprozesses genannt werden. Einerseits werden hier die Codes der verschiedenen Vorstellungen einbezogen, aus welchen Komponenten ein Mensch besteht, andererseits werden verbindende Elemente einbezogen, wie etwa das Zusammenspiel dieser Komponenten und der Stellenwert, der sich im Sinne einer Entwicklung verändern kann. Ebenso ist die Referenz auf verschiedene Instanzen zur Legitimierung der Vorstellungen ein wichtiges Element. Als Erstes wird generell auf die unsterblichen Komponenten eingegangen. Vier Elemente zeigten sich als besonders wichtig: die »Seele«, die Psyche, der Körper und die »Energie«. Diese werden anschließend genauer beschrieben.

### 8.2.1 Immaterielle Komponente

Grundsätzlich war den Interviewten wichtig, dass etwas nach dem Tod weiterbesteht. Der Sterbeprozess wird nur sehr selten explizit mit einem Sterben der Materie gleichgesetzt, sondern in den Formulierungen wird ausdrücklich vom Zurücklassen der Materie gesprochen: »Also der Körper ist ja dann das, was zurückbleibt. Wenn man stirbt« (F5: 139).[14] Mit dem Tod wird demzufolge die Vorstellung einer Komponente verbunden, die den Körper überdauert, ein »unzerstörbarer Kern«.[15] Damit soll entweder das, was eine Person ausmacht, bezeichnet werden, oder es wird weiter abstrahiert, dass der Körper *und* der unzerstörbare Kern die Person ausmachen.[16] Psy1 (198–202) geht davon aus, dass der Körper die Identität ausmache und deshalb mit dem Tod zwar die Energiebestandteile des Körpers, nicht aber die Person im Sinne einer Identität bestehen bleibt.[17]

14 Vgl. auch S1: 203; KT1: 98, 102; F2: 106; F3: 206, 218; Psy1: 194.

15 Vgl. z. B. S1: 203; S2: 258–262; S4: 189; P3: 28; P5: 113–119; Psy1: 114, 116–120, 180, 184; F3: 216–218; F5: 139, 175; KT1: 475–459; Psy2: 126. Eine Ausnahme ist S3 (537–582), die zwar auch von einer seelischen, spirituellen Entwicklung während des Sterbens spricht (s. o.), aber unsicher ist, ob es nach dem Tod weitergeht.

16 Vgl. z. B. P3: 28; P5: 26, 121; Psy2: 184; KT1: 457–459.

17 Ähnliches äußern S2: 641; S3: 417; S4: 129; F5: 39.

Zum Teil wird der überdauernde Bestandteil mit einer höheren Macht verbunden, in die man zurückgehe. Dieses »größere Ganze« wird von den Seelsorgenden »Gott« genannt und von F5 »das höhere Selbst«, das wiederum in Verbindung mit einer »göttlichen Energie« steht.[18] In eine ähnliche Richtung geht Psy1 (250), die davon ausgeht, dass die unsterbliche Komponente kein Ich-Bewusstsein hat, sondern nach dem Tod zu einem größeren Ganzen zufließt.[19] P7 (vgl. Beobachtungsprotokoll 05.04.2014) und S1 (216) verstehen die Natur als das größere Ganze.[20]

Als Bezeichnung für die überdauernde Komponente wird meistens der Seelenbegriff verwendet[21] – und durchaus nicht nur bei Personen, die sich mit dem Christentum identifizieren. Wie unten ausgeführt, wird der Seelenbegriff, auch wenn er grundsätzlich den unsterblichen Teil des Menschen oder die Persönlichkeit bezeichnet, mit anderen Komponenten, die dem Menschen zugeschrieben werden, gemischt. Nicht verwendet wird der Seelenbegriff von S1, der sich bewusst vom Christentum abgewendet hat, von F3, die den Seelenbegriff als »veraltet« bezeichnet, und F2, der zum tibetischen Buddhismus konvertiert ist. S1 (220) und F2 (104) sprechen stattdessen von »Energie« und von »Bewusstsein« (F2: 102), F3 von »Geist« (F3: 206).

Die Existenz der immateriellen Komponente wird meist über das eigene Gefühl und nur selten über den Bezug zu einer religiösen Tradition begründet. Manche beschreiben, wie die Person auch nach dem Tod noch für eine Weile im Raum wahrgenommen wird:

> [M]anchmal gibt es ähm Zimmer, in die ich reinkomme und finde, sie sind leer. Und manchmal gibt es Zimmer, wo ich das Gefühl habe, da ist noch Präsenz oder irgendwie da. Also ich kann es (.) man kann das nicht begründen. Da ist ja wirklich einfach so das Gefü:hl oder so (Psy2: 184).[22]

Die Pflegerin P5 und der Seelsorger S4 begründen die Existenz einer Seele nebst ihrem Gefühl mit naturwissenschaftlichen Erkenntnissen (P5: 113–119; S4: 316–218). Andere Seelsorgende und der Freiwillige F2 wiederum beziehen sich auf eine religiöse Tradition.

---

18 Sie verwendet den Gottesbegriff zum Teil ebenfalls, vermutlich aufgrund ihrer Annahme, die Interviewerin sei eine christliche Theologin (F5: 165).

19 Im Widerspruch dazu steht die Vorstellung von Psy1, dass jemand abgeholt wird, und auch die Vorstellung eines Himmels, die hier angedeutet wird (Psy1: 192).

20 Bei S1 zeigen sich jedoch zwei unterschiedliche Vorstellungen der Persönlichkeit. In einer Nahtoderfahrung habe er erlebt, dass man mit dem Tod seine Persönlichkeit nicht verliere (S1: 209).

21 Vgl. S2: 647, 663; S4: 318; KT1: 457–459; P1: 278; P3: 28; P5: 26; Psy1: 114; Psy2: 126, 182; F5: 157–159.

22 Vgl. auch KT1: 457–459; F5: 405, 423–425.

### 8.2.2 Unterscheidung von Psyche und »Seele«

Das Sterben wird, wie anfangs beschrieben, in Zusammenhang mit einem psychologischen Prozess gebracht und teilweise angenommen, dass ein ein psychologischer Prozess das Sterben überhaupt erst ermöglicht. Die Psyche wird dabei als verbunden mit der Lebensgeschichte dargestellt, die durch den Prozess losgelassen werden kann. Begrifflich und inhaltlich lässt sich jedoch eine Vermischung des Konzepts einer immateriellen Komponente des Menschen und seiner Psyche feststellen. Psychologische Aspekte werden immer wieder mit religiösen Vorstellungen und religiösem Vokabular verbunden, insbesondere mit dem Seelenbegriff und mit der Vorstellung einer Entwicklung des Menschen am Schluss des Lebens. So beschreibt zum Beispiel Psy1 auf die Frage, was sie genau unter »Seele« versteht:

> Also ich denke im Konkreten geht es oft, wenn man von dem [der Seele] spricht, im Konkreten geht es oft um Emotionen, im Grunde genommen. Was es natürlich beim Sterbenden ist, wieder anders als bei jemandem auf der Akutmedizin, weil die Sterbenden, dort geht es dann schon mehr (.) auch um ihren unsterblichen Teil in uns, was war damit schon vor der Geburt, was ist damit nach dem Tod (.) dort öffnet sich wirklich die Dimension […]. Und wenn's um akute Situationen geht, sagen wir jetzt mal ä:hm Blinddarm oder sowas. Ein Fahrradunfall oder so, dann ist es wirklich oft die Frage, was war wie mit den Emotionen, was war mit den Beziehungen, was war mit meinen (.) Hoffnungen, Wünschen, Traurigkeiten, Visionen, alles was so in diesen Bereich reingeht (Psy1a: 58–60).

> Okay, der Mensch ist jetzt von dem medizinischen Ereignis betroffen, WIE wird sie damit FERtig. Und was braucht ihre Seele, um irgendetwas integrieren zu können und und einen Umgang damit zu finden (Psy1: 90).

Damit vertritt sie zwei unterschiedliche Seelenbegriffe: Einerseits erwähnt sie einen unsterblichen Teil im Menschen, andererseits sieht sie die Seele als Bezeichnung für Emotionen. Auch im Berufsbild vermischen sich Psyche und »Seele« bei Psy1: Die ursprüngliche griechische Bedeutung von Psychotherapie sei »der Seele dienen«. Demnach ist für sie die psychologische Betreuung gleichzeitig eine Betreuung der »Seele« (Psy1: 258–260).

Dasselbe wird bei S1 (126 f.) und F3 (53) deutlich. F3 bezeichnet mit der »seelischen Entwicklung«, wie sich beim genaueren Nachfragen herausstellt, das psychologische Verarbeiten der Situation (F3: 53–55). Auch bei S3 und S4 besteht eine Durchmischung auf der inhaltlichen Ebene. Unter das Stichwort »innerer Prozess« (S3: 445) fasst S3 die Klärung zwischenmenschlicher Dinge (S3: 439) sowie eine »spirituelle Phase«, in der man Gott entdecke (S3: 417) und sich »in einen

Schmetterling verwandeln« (S3: 449). S4 (131) stellt die Entwicklung der Seele der »Individuation« nach Jung gleich.

Manchmal wird die Krankheit direkt mit psychologischen Problemen verknüpft (vgl. Beobachtungsprotokoll 06.05.2014; S1: 129–131).

> Und dann plötzlich hat sie [die Patientin] nicht mehr rennen können. […] dass sie vielleicht vor diesen Situationen ganz lang wegrennen wollte und mobil bleiben. Also <ICH renne weg, nicht der Vater rennt weg>. Und plötzlich ist das nicht mehr möglich. Dass der Körper sagt, nein=[Mhm.] das ist keine Lösung für das Thema. […] so kann sie jetzt NICHT MEHR rennen (S1: 129–131).

Daraus ergibt sich der Umkehrschluss, dass das Lösen der Probleme das Sterben verändern oder sogar die Krankheit heilen könnte (S1: 117). Andere verneinen den Zusammenhang von Psyche und Krankheit explizit. Man könne eine Krankheit aber durchaus nutzen, um sich zu entwickeln: Man könne lernen, das Leben mehr zu genießen und intensiver zu leben (KT1: 257, 261; F2: 200–202).

### 8.2.3 Rolle des Körpers

Die Rolle des Körpers wird unterschiedlich eingeschätzt. Aus den häufig vergebenen In-Vivo-Codes »loslassen« und »gehen können« lässt sich schließen, dass er grundsätzlich als »Vehikel« für die immaterielle Komponente des Menschen gesehen wird, die zurückgelassen wird. Manchmal wird er explizit als »Vehikel« bezeichnet.[23]

Es werden ihm mehrere verschiedene Einflussweisen auf die Psyche und die immaterielle Komponente zugeschrieben.[24] Über ihn könne beides beeinflusst werden. Als positiven Aspekt des Körpers nennt S2 (649–655) die stabilisierende Funktion der Meditationshaltung auf die Psyche. Das ermögliche einen Zugang zur eigenen Seele während der Meditation. Nach KT1 stehen Körper und Psyche in einer Wechselwirkung.

> Also es kann sein, dass (.) ich vielleicht zu jemandem gehe, weil er, äh, Schmerzen hat, und eine Fußmassage mache, und dann jemand zu weinen beginnt und zu erzä:hlen beginnt […]. Und dann (.) gehe ich im Gespräch weiter. […] es dann wie darum geht, dass etwas wie raufkommt, das man dann, äh (1) weiterbearbeiten kann (KT1: 80).

23 Vgl. S4: 129; S2: 681; Psy1: 178; F3: 340.

24 Wobei die Psyche und die immaterielle Komponente oft als ein und dasselbe angesehen werden. Deshalb werden diese zwei Aspekte hier zusammengenommen.

Gemäß KT1 kann über den Körper ein Zugang zur Psyche hergestellt werden. Durch Berührungen kommen psychologische Themen zum Vorschein, wodurch sie als Körpertherapeutin Einfluss nehmen kann. Im Gegenzug können über die psychologische Beratung Körpersymptome gelindert werden.[25] Mittels Imaginationen kann nach Psy1 der Körper beeinflusst werden:

> [Die Imaginationsreise] tut eben dem Körper auch dann gut. […] Wenn die Seele sich an einen schöneren Ort begibt und dass der Körper wie mitgeht. Und sich auch entspannen kann. (3) Die Schmerzen besser werden und so (Psy1: 286–288).

Auch die Ansichten, dass die ungelösten psychologischen und zwischenmenschlichen Probleme als Ursache für eine Krankheit gesehen werden und dass Krankheiten die »Seele« beeinflussen, zeigt, wie eng zusammengehörend Materie und das Immaterielle gesehen werden. Dies zeigt sich besonders prägnant in der Aussage von Psy1:

> [W]enn du irgendeine Magen-Darm-Geschichte hast, oder wenn du einen Unfall hattest oder eine Knieoperation machen musst, das betrifft ja IMMER die Seele. Also wir gehen ganz stark von dieser Einheit von Körper, Seele und Geist aus (Psy1: 50; s. auch Kapitel Sterbeprozess; S1: 129–131).

F3 vertritt eine andere Ansicht dazu: Für sie (51–57, 146–154) ist das Wohlbefinden des Körpers die Grundlage für eine psychische oder »seelische« Verarbeitung der Situation. Die sei sonst gar nicht möglich. Deshalb sei es gerade bei Sterbenden so wichtig, dass die Schmerztherapie gut eingestellt sei. Sie sieht somit ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Körper und Psyche, aber mehr im Sinne einer Grundlage.

Nach S2 (649), S4 (129) und F5 (404 f.) hat der Körper einen Einfluss auf die Entwicklung hin zu einem »höheren« oder »wahren« Selbst.

> Der Körper, also, ich kann nicht, ich kann nicht ohne, ohne meinen Körper kann ich mich nicht meiner Seele annähern, das glaube ich, ja (S2: 649).

Während S2 und S4 ihn als hilfreich dabei betrachten, ist er für F5 eher ein Hindernis. Oder wie S4 das formuliert:

> [D]as man (.) ja (.) n- einen Geist, Seele sind, die sich inkarniert, und in den Körper kommt (.) und die so wie (1) einen Lebensweg auf dieser Welt macht. (1) Und (1) wie sich immer mehr der Gestalt annähern will, die die Seele von Anfang an hatte (S4: 129).

25 Das sehen auch S1 (129–131) und Psy1 (78) so.

S4 sieht den Körper als etwas Ähnliches wie die Seele: Das Gehör sei, da es Schwingungen aufnimmt, nahe an der Seele (S4: 318). Hier lehnt er sich an die Vorstellung einer Energie an.

Am wenigsten positiv wird der Körper von den Freiwilligen dargestellt. Die »innerliche« Arbeit wurde oft als relevanter und als »wahre« Motivation dargestellt, während körperliche Dinge wie Getränke holen eher als »banal« empfunden wurden.

Trotz aller Zusammenhänge wird der Körper im Kontext der Sterbenden als etwas gesehen, das man zurücklassen muss, und nur selten wurde er als ein Bestandteil einer überdauernden Persönlichkeit gesehen. Die Ansicht, dass der Körper und dessen Berührung hinderlich beim Loslassen sind, weist in diese Richtung.[26] Nur mit der Idee einer »Energie«, aus der der Körper besteht, bzw. seinen Einzelteilen wie Atomen, wird dem Körper ebenfalls Unsterblichkeit zugesprochen. Darauf wird im nächsten Unterkapitel eingegangen.

### 8.2.4 Energie

Energie wird als eine Komponente des Menschen dargestellt, die entweder als Bestandteil der Materie gesehen wird oder zumindest stark damit in Verbindung gebracht wird und für dessen Unsterblichkeit steht. Ihr wird, wie der »Seele«, ein Überdauern des Körpers zugeschrieben. Energie wird eher als der Seelenbegriff mit naturwissenschaftlichen Argumenten legitimiert.

In den erhobenen Daten konnten drei verschiedene Energieverständnisse eruiert werden:

1) Die Energie wird als das gesehen, was nach dem Tod übrig bleibt und in andere Formen übergeht, wenn der Körper stirbt. Der Körper löse sich zwar auf, aber die Einzelteile würden in anderen Lebewesen wiederverwertet.[27] So formuliert zum Beispiel Psy1:

> […] dass keine Energie verloren geht, oder? […] in der Natur geht nichts verloren (.) von meinem Körper geht auch nichts verloren, jedes Atömchen bleibt irgendwie […]. Und doch löst sich der Körper vollständig auf (Psy1: 126–139).

Psy1 folgert aus dieser Vorstellung, dass auch eine Seele existieren müsse: Sie sieht im Zerfall des Ich-Bewusstseins, das Teil eines größeren Ganzen wird, eine Analogie zum Zerfall des Körpers in Energiepartikel. P1 zieht ebenfalls aus der Analogie zur »Wiederverwertung« des Körpers, dass wahrscheinlich die Person in Form von Energie weiterexistiere. Bemerkenswert ist, dass der Seelsorger S4 ebenfalls

26 F2: 82–86, 102–108; KT1: 86, 98, 102.

27 Vgl. S1: 89, 215; Psy1: 126–130, 139; F2: 104; P1: 194, 247–271; P7: Beobachtungsprotokoll 05.04.2014.

beschreibt, dass der Körper in kleinere Teile zerfällt, die wieder zu etwas Neuem werden, aber nicht mit Bezug auf Energie, sondern in Referenz auf die Bibel in den Worten »Von der Erde bist du genommen, zur Erde kehrst du zurück« (S4: 187). Er kombiniert die Idee von Energie mit der biblischen Vorstellung.

2) F2 kombiniert die Idee einer überdauernden Persönlichkeit mit jener der Energie. Er nimmt den Gedanken, dass Energie überdauert, ebenfalls auf, setzt ihn aber in den immateriellen Kontext. Auch er nimmt, wie Psy1, Bezug auf die Naturwissenschaft.

> [W]enn die Leichenstarre eintritt, der Körper kalt wird, dann ist das Bewusstsein dann aus dem Körper. Das ist ein physikalischer Dings. […] So Energie kannst du ja nicht vernichten. […] Sie [die Buddhisten] gehen davon aus, dass das Bewusstsein aus dem Körper tritt und dann irgendwann später […] wieder in einem neuen (.) Körper gebir- äh geb- geboren wird (F2: 102–104).

3) Eine Vorstellung von Energie als Komponente, die neben dem Körper existiert, zeigt sich bei KT1, S1, S2 und F5. Bei ihnen spielt der Körper zwar eine wichtige Rolle, aber doch wird Energie nicht mit dem Körper gleichgesetzt, sondern hat ihre eigene Logik und Funktionsweise: Für KT1 steht Energie im komplementärmedizinischen Kontext. Sie arbeitet mit Techniken, welche die Energie zum Fließen bringen sollen. Die Energie durchströme den Körper und habe Einfluss auf ihn sowie auch auf die Psyche und den Charakter einer Person.[28]

> [Z]um Beispiel beim Herz sagt man zum Beispiel auch, das hat au:ch also mit Feuerenergie zu tun, also mit, mit, ähm, mit halt auch der LebensKRAFT und […] wenn man krank ist am Herzen […]. Was kann das auch für einen Zusammenhang mit der Lebensart haben, die man führt (KT1: 344–346).

S2 hat eine ähnliche Vorstellung: Für ihn ist ebenfalls der Körper der Träger der Energie und er könne sie durch die richtige Haltung in der Meditation beeinflussen (S2: 521, 565). F5 und S1 vertreten hingegen eine Auffassung von Energie, die noch weiter über den Körper hinausgeht (F5: 69–75, 344; S1: 89–91), jedoch an den Körper gebunden ist, weil sie durch den Körper wahrgenommen und übertragen werden kann. F5 setzt »Energie« in einer Meditation mit »Licht« gleich (F5: 69–75) und beschreibt (115–131), wie sie eine Person nicht berührt, weil sonst eine unangenehme Energie auf sie übertragen werde. Für S1 steht Energie ebenfalls in Verbindung mit Komplementärmedizin und der Anwendung von Bachblüten (S1: 97, 105–109). Er stellt, wie S4, einen Bezug zum Christentum her: Einerseits beschreibt er, wie unsere Zellen in kleinere Energieeinheiten zerfallen, dadurch

28 Vgl. KT1: 60–69, 75–80, 341–346.

werde der »Geist« frei und »wie die Bible sagt, Staub wird wieder zu Staub« (S1: 216).

Wie im Kapitel zu den Handlungsstrategien ausgeführt wurde, scheinen »Energien« in allen Fällen als etwas gesehen zu werden, das man bis zu einem gewissen Grad beeinflussen kann. Sie werden dementsprechend mit verschiedenen Handlungen in Verbindung gebracht: S1 stellt die Energievorstellung in den Kontext von Bachblütenanwendungen (S1: 97, 105–109). S2 kann die Energie zum Fließen bringen, wenn er in der Herzmeditation eine zenbuddhistische Sitzhaltung einnimmt (S2: 565), KT1 stimuliert den Energiefluss und dadurch auch die Psyche mit Methoden aus Komplementärtherapien (KT1: 60–69) und F2 versucht den Sterbenden durch Visualisierungen zu helfen, dass die Energie durch das »Scheitelchakra« aus dem Körper fließen kann. Auch F5 meditiert: Sie verwendet die »Phyllis-Krystal-Methode«, um ein Lichtdreieck aufzubauen (F5: 77–83), und wenn negative Energien vom Sterbenden ausgehen, dann vermeidet sie Berührungen (F5: 119). Die meisten Anwendungen sind nicht-christlich konnotiert. Nur von den Seelsorgenden wird eine Durchmischung mit christlichen Ideen und Handlungen vorgenommen.

Es zeigt sich also, dass verschiedene Energiebegriffe existieren, die als gemeinsamen Nenner haben, dass sie auf Konzepte aus der Naturwissenschaft zurückgreifen,[29] stark an den Körper gebunden sind und etwas Überdauerndes darstellen.

Wichtig ist fast allen Interviewten, dass ein Teil des Menschen weiterlebt und dass die Sterbenden trotz ihres Ablebens unterstützt werden können. Übergreifend zu den vorgestellten Elementen wird einerseits eine Entwicklung der Sterbenden im Sterbeprozess dargestellt, andererseits im Todesmoment selbst.

Wie oben dargestellt, wird der Sterbeprozess meistens als hauptsächlich psychologischer Prozess des Ruhigwerdens dargestellt. Dieser letzten Lebensphase wird oft ein besonderes Entwicklungspotenzial zugeschrieben. Das umfasst eine Entwicklung ähnlich den Sterbephasen nach Kübler-Ross, die mit Akzeptanz und Loslassen endet. Im Sterbeprozess verschiebt sich aus Sicht der Mitarbeitenden die Relevanz der Komponenten des Menschen, vor allem in dem Sinne, als dass der Körper weniger wichtig wird. Nur vereinzelt wird die Schmerzfreiheit als Basis für eine psychologische Entwicklung genannt. Für die Mitarbeitenden ist es besonders wichtig, zu wissen, welche Komponenten wie zueinander stehen. Damit lokalisieren sie mögliche Handlungsfelder, in denen sie die Sterbenden unterstützen können. Die Entwicklung im Moment des körperlichen Todes wird als großer Umbruch dargestellt, als eine abrupte Umwandlung. Diesbezüglich gehen die Meinungen zu Handlungsmöglichkeiten für das Personal auseinander.

29 Mit Ausnahme von KT1.

## 8.3 Komponenten der Welt

### 8.3.1 Jenseitsvorstellungen

Alle interviewten Personen gehen davon aus, dass einige Teile von uns nach dem Tod weiterexistieren. Wie sie denken, dass es weitergeht, formulieren sie selten genau.[30] Wichtig ist ihnen aber, dass ein Teil des Menschen, wie oben beschrieben, auch nach dem Tod noch anwesend und spürbar ist.[31]

S1, der ein Nahtoderlebnis schildert, umschreibt das Erlebnis auf sein Menschenbild fokussiert und nicht auf die Welt nach dem Tod. Er habe »ganz viel Bewegung […], ganz viel Tempo […] und Licht« (202) erlebt sowie, dass er zwar »entmaterialisiert« (207), aber nicht »depersonalisiert« (209) gewesen sei. Dazu kommt bei ihm eine Vorstellung, die sich aus naturwissenschaftlichen Vorstellungen speist, nämlich, dass die Menschen in Energieeinheiten zerfallen, was er dann »Geist« nennt (216).

Konkrete Postmortalitätsvorstellungen haben lediglich S2, S4 und F2, die sich alle drei einer religiösen Tradition zugehörig sehen. S2 (268–270, 284–288) und S4 (197 f.) beschreiben ein biblisches Bild eines »Festmahls« und F2 (342) beruft sich auf das buddhistische Bild des »reinen Landes«.

> Und damit hilfst du eigentlich dem Patienten (.) also sagt man, man hilft ihm […], das Bewusstsein zu übertragen. Oder. […] es, das tönt jetzt auch ein bisschen komisch, in ein reines, in ein reines Land. Oder, es gibt nicht nur (.) für die Buddhisten gibt es nicht nur, äh, die Erde, es gibt auch, äh, noch andere (.) Bereiche. Oder. [Höhere] Gefilde. Dort, wo das Ziel ist, man solle äh wiedergeboren werden. Oder. Es gibt so reine Länder, die sie beschreiben (F2: 114–154).

Er zeigt dabei zwei Seiten: Er lehnt sich in seinen Schilderungen grundsätzlich stark an den tibetischen Buddhismus, spricht dabei zwar engagiert, aber doch eher distanziert davon, wie die Buddhisten generell etwas tun oder wie es in den Schriften steht. Aus seiner persönlichen Sicht berichtet er nur an wenigen Stellen des Interviews, zum Beispiel, als er beschreibt, wie er gespürt hat, dass ein Freund von ihm gestorben ist (F2: 114–154).

> [Ich] habe, bin aufgestanden, habe mein morgendliches Programm gemacht, nichts weiter gedacht, und nachher hatte ich irgendwie das Gefühl, dass vielleicht w- symbolisch umschrieben, wie jemand an die Haustür klopft. […] Wie irgendjemand ruft. […] Und so ein Gedankenblitz, <Jetzt ist Beat gestorben>, hä, <Jetzt ist er

30 Vgl. S3: 264; P1: 248; Psy1: 122; Psy2: 130.

31 Vgl. z. B. F2: 96; KT1: 459; F3: 256; F5: 405; Psy2: 126; Psy1: 122; P1: 262.

> im Prozess des GEHENS>. […] [D]as sind halt auch, kann ich nicht wissenschaftlich beweisen, muss ich auch gar nicht, das sind einfach persönliche Erfahrungen, aber das ist so wie so STARK. Das Gefühl, das dann da ist, oder. Wo ich dann nicht den Eindruck habe, äh, das ist äh, jeder Mensch zugäng- hat Zugang dazu, oder. Wen man ein wenig, äh versucht (.) a- auf da, auf die innere Stimme, oder auf das Gefühl zu hören. Oder. Da haben doch alle, oder. Wenn du sagst, du hattest Déjà-vu-Erfahrungen, oder, oder irgendwie so gewisse Eingebungen (F2: 128–136).

An dieser Stelle werden seine Beschreibungen plötzlich persönlich und er begründet sie nicht mehr in der tibetisch-buddhistischen Tradition, sondern mit der Wahrnehmung, die er in diesem Augenblick gehabt habe.

Unkonkrete Vorstellungen von einem Leben nach dem Tod begründen die Interviewten eher über das eigene Gefühl, eigene Erfahrungen und Beobachtungen, die sie zum Teil mit naturwissenschaftlichen Erkenntnissen verbinden.[32] Konkretere Vorstellungen werden mit Referenzen auf religiöse Traditionen legitimiert.[33]

### 8.3.2 Höhere Macht

Die interviewten Personen vertreten manchmal Vorstellungen einer höheren Macht. Diese wird entweder als Teil des Menschen, als »höheres Ich« dargestellt oder manchmal als Unterstützung der Arbeit in der Palliative Care. Diese zwei Bilder werden zum Teil von derselben Person vertreten und situativ wird auf das eine oder andere verwiesen. Die höhere Macht wird unterschiedlich dargestellt, wenn sie als Teil des Menschen gesehen wird. Für S4 (175) ist zum Beispiel der Mensch ein »Ebenbild Gottes«, für S2 (643) »wohnt Gott in der Seele des Menschen« und die Seele mache uns »göttlich« (S2: 679) und für F5 (71, 404) hat der Mensch selbst ein »höheres Selbst«. In diesem Fall verwandle sich die sterbende Person durch den Tod und das Ablegen der Materie in ein höheres Selbst (F5: 404 f.).[34] Hier vermischen sich die Themen der unsterblichen Komponente einer Person und der höheren Macht. Nach dem Tod der Mutter habe sie diese im Raum gespürt:

> [U]nd dann war ALLES in diesem Raum. Nur viel GRÖSSER und SCHÖNER und ich wusste jetzt jetzt ist sie. Ja (.) jetzt ist sie FREI (F5: 404).

32 Vgl. S4: 316–318; Psy1: 122–128; P1: 250–252; S1: 216.

33 Vgl. S2: 162–184; S4: 197–199; F2: 52–66.

34 Vgl. auch S2: 641–643; S4: 129.

Zum Teil wird Gott als etwas außerhalb des Menschen vorgestellt, als etwas, das die Verantwortung und die Macht darüber hat, was passiert.[35] So beschreibt das zum Beispiel F5[36]:

> Ich habe es an MIR gespürt […]. Und da habe ich gewusst, es kommt gar nicht so darauf an, was ICH jetzt da mache. […] Sondern es ist auf A:LLen Ebenen einfach gesorgt für die Frau (F5: 79–83).

Der Glaube an eine höhere Macht wird entweder durch das Christentum (s. z. B. S2: 248; S4: 175–179) oder wie bei F5 (s. o.) oder auch S3 durch das eigene Gefühl legitimiert.

> Und ich habe das Gefühl, die Liebe ist, die Liebe an sich ist das Göttliche, zum Beispiel (S3: 596).

Zusammenfassend ist in den Menschen- und Weltbildern auffallend, dass der Glaube an ein Leben nach dem Tod oder eine höhere Macht zwar immer wieder angedeutet wird, aber kein zentrales Thema zu sein scheint. Dass nicht der ganze Mensch stirbt und die Unterstützung, die das Personal im Sterbeprozess leisten kann, sind viel zentraler in der Arbeit in der Palliative Care. Ebenfalls bringt der Aspekt des Sterbeprozesses und die Vorstellung vom Tod als Übergang die Vorstellung einer Entwicklung der PatientInnen mit ein.

35 Vgl. S1: 267; S2: 418; S3: 594; F5: 83.

36 F5 vertritt beide Gottesvorstellungen.

# 9 Zwischenfazit

In diesem Kapitel werden einige Aspekte der erhobenen Daten rekapituliert und akzentuiert besprochen, um sie für eine weitere Diskussion anschlussfähig zu machen. Die erhobenen Handlungsstrategien und die Vorstellungen werden zusammengefasst. Unter anderem wird genauer betrachtet, wie Handlungen und Vorstellungen von den Akteuren legitimiert werden. Zum Schluss wird auf die Zusammenhänge zwischen Handlungsstrategien, Vorstellungen und Legitimierungsstrategien eingegangen.

## 9.1 Überblick über die Ergebnisse

### Handlungsstrategien

In der Analyse der Daten wurden verschiedene alternativ-religiöse Handlungsstrategien der Palliative Care erhoben. In der Darstellung in den Kapiteln 6 und 7 wurden sie in solche, die vor und während des Todes eingesetzt werden, sowie solche, die erst nach dem Tod zum Einsatz kommen, unterteilt. Diese Unterteilung wird im Folgenden mit den Bezeichnungen beschrieben, die in der Palliative Care-Literatur meistens verwendet werden: Dort ist es, wenn auch nicht unumstritten, üblich, den Sterbeprozess in Anlehnung an Jonen-Thielemann (2012) in eine präterminale, eine terminale und eine finale Phase zu unterteilen. In der präterminalen Phase ist eine Person noch ziemlich aktiv, aber schon eingeschränkt, in der terminalen nimmt die Aktivität ab und darauf folgt die finale Phase, der unmittelbare Tod. Dieses Vokabular wird im Folgenden übernommen, auch wenn diese Unterteilung nicht trennscharf ist und es schwierig ist, einzuschätzen, ob sich jemand tatsächlich in der angenommenen Phase befindet. Die Einschätzung hat jedoch einen Einfluss auf die Handlungsstrategien des Personals. Sie werden u. a. abhängig von der Phase, in der eine sterbende Person gesehen wird, dargestellt. Die terminale und die finale Phase werden dabei zusammengenommen, denn diesen beiden Phasen werden ähnliche alternativ-religiöse Handlungsstrategien zugeordnet. Als zusätzliche Phase ist für das Personal die postmortale Phase relevant.

Komplementäre Therapien werden häufig in der präterminalen Phase eingesetzt. Dazu gehören die Aromatherapie und die Körpertherapie, wobei letztere nur in einem Spital zum Einsatz kommt. Aromatherapie ist weiter verbreitet und wird in beiden Spitälern angewendet. In dieser Phase liegt der Schwerpunkt in der Anwendung in Form von Wickeln und anderen äußeren Anwendungen durch das Pflegepersonal und ist auf Symptombekämpfung ausgerichtet. Die Körpertherapeutin geht in der präterminalen Phase zu den PatientInnen und auf der persönlichen Ebene werden von den Mitarbeitenden sporadisch verschiedene Praktiken ausgeübt.

In der terminalen Phase und zum Zeitpunkt des Todes werden in Spital Heckenbühl von den Mitarbeitenden aus verschiedenen Berufsgruppen vor allem innerliche Techniken eingesetzt, wie verschiedene Meditationen, die man am Krankenbett durchführt. Das sind zum Beispiel Zen-Meditation, das Herzensgebet oder eine Meditation nach Phyllis Krystal. Voraussetzung dafür ist, dass man Zeit hat. Innerliche Meditationen haben den Vorteil, dass sie von außen nicht gesehen werden und somit auch nicht kritisiert werden können. Das ist in Spital Heckenbühl relevant, weil Religion ein heikles Thema darstellt, wenn es nicht von den PatientInnen selbst angesprochen wird. Aromatherapie wird dann von den Pflegenden mittels Duftlampen eingesetzt. Die Duftlampe wird mit der Begründung eingesetzt, dass Pflanzen symptomlindernde Inhaltsstoffe haben. Der Vorteil daran ist, dass gleichzeitig mit der Raumbeduftung auch andere pflegerische Handlungen durchgeführt werden können. Sie ist also geeignet, wenn weniger Zeit zur Verfügung steht. Auf der untersuchten Palliativstation in Spital Rotach werden von den Pflegenden und den Psychologinnen nicht nur innerliche Techniken eingesetzt, sondern auch zum Beispiel eine Kristalllampe oder Aromatherapie. Hier sind »spirituelle Handlungen« akzeptierter und können deshalb sichtbar durchgeführt werden. Der Aromatherapie wird nebst der Symptomlinderung auch die nicht-materielle Wirkung zugeschrieben, dass sie gerade bei Übergängen wie Geburt und Sterben helfe.

Weitere Handlungen werden nach dem Tod ebenfalls sichtbar ausgeführt und haben mit dem »Reinigen« des Raums zu tun. So wird zum Beispiel ein Gong geschlagen, eine Kristalllampe angezündet oder das Fenster geöffnet.

### Vorstellungen

Verbunden mit den Handlungsstrategien wurden verschiedene religiöse und alternativ-religiöse Vorstellungen, das heißt Welt- und Menschenbilder und deren Zusammenhänge, thematisiert. Von den Interviewten wurden vor allem Konzepte zu Sterben und Tod genannt. Auffallend bezüglich der Menschen- und Weltbilder zu Sterben und Tod sind die vielfältigen und detaillierten Vorstellungen zu den Komponenten des Menschen, dessen Sterben und zum Todeszeitpunkt. Insbesondere die Vorstellung eines idealen Sterbeprozesses war für die Inter-

viewten zentral. Was nach dem Tod kommt, wird nur selten genau ausformuliert. Die meisten der Interviewten äußerten hierzu keine spezifischen Vorstellungen, außer dass es weitergeht.[1] Der Tod wird eher als eine Veränderung gesehen und nicht als ein Verlust. Was nach dem Tod kommt, scheint somit weniger relevant zu sein. Den Schwerpunkt legen die Interviewten auf die Handlungsperspektive, also darauf, was sie vor dem Tod und während des Todes tun können. Da entsprechende Vorstellungen oft aus religiösen Traditionen stammen, gelangt damit eine religiöse Komponente in die Handlungsstrategie. Wie in der Analyse gezeigt, unterscheiden die meisten Interviewten zwischen Komponenten des Menschen, die mit dem Tod zurückgelassen werden, und anderen, die über den Tod hinaus weiterhin zur Person gehören. Tendenziell wird die Materie als das gesehen, was zurückbleibt, und die immaterielle Komponente, häufig »Seele« genannt, als das, was überdauert. Die Grenze wird jedoch nicht klar gezogen: Die »Energie« ist für die meisten eine Zwischenform von materiell und immateriell. Sie wird stark mit Materie verbunden gesehen oder als Stoff, aus dem die Materie besteht, und trotzdem wird sie im physikalischen Sinne als fortbestehend nach dem Tod erachtet. Auch die begriffliche und inhaltliche Vermischung von Psyche und Seele hat einen ähnlichen Zwischencharakter. Teils wird die Psyche als Element der Lebensgeschichte gesehen, die zurückgelassen werden soll, teils wird sie als überdauernd und eng verbunden mit der immateriellen Komponente gesehen. Die Zuordnung variiert von Person zu Person. Trotzdem gibt es Gemeinsamkeiten: Die im Feld genannten Komponenten lassen sich vereinfacht in vier Komponenten einteilen, die in Wechselwirkung zueinander stehen: der materielle Körper, das immaterielle »wahre Ich« sowie die Energie und die Psyche als Zwischenformen. Die darin verorteten Konzepte lassen sich zwar nicht als dualistisch bezeichnen, befinden sich aber auf einer Skala zwischen zwei Polen. Der eine Pol ist die Materie, der Körper, und der andere Pol eine gänzlich immaterielle Komponente, die manchmal mit dem Seelen- oder Geistbegriff bezeichnet wird. Dazwischen liegen verschiedene Zwischenkomponenten wie Energie, Psyche und Bewusstsein. In den meisten Fällen werden jedoch weder der Körper noch die »Seele« konsequent materiell oder immateriell beschrieben, sondern werden als verbunden dargestellt.

### Referenzen als Legitimierung von Handlungsstrategien und Vorstellungen

Durch Verweise auf verschiedene Traditionen oder andere Quellen legitimieren die Interviewten ihre Handlungen und Vorstellungen. Das sagt jedoch nichts darüber aus, ob diese tatsächlich aus der angegebenen Quelle stammen, sondern

1 Ausnahmen waren die Seelsorgenden, die sich auf biblische Bilder, insbesondere das himmlische Festmahl, bezogen haben, und ein Freiwilliger, F2, der mit seiner buddhistischen Praxis am Lebensende das weitere Leben (nach dem Tod) zu beeinflussen beabsichtigt.

lediglich, wie sie begründet werden.[2] Diese Referenzen wurden im Kapitel zur Datenauswertung aufgezeigt und werden im vorliegenden Kapitel gebündelt dargestellt. Auffallend ist, dass in den erhobenen Daten sowohl die Handlungsstrategien als auch die Vorstellungen über das Gefühl legitimiert werden. Es wurde 106 Mal »Referenz auf das eigene Gefühl« codiert und 28 Mal auf die »eigene Erfahrung«. Auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse wurde 18 Mal verwiesen, auf Elemente aus dem Christentum 30 Mal und auf den Buddhismus 16 Mal. »Das eigene Gefühl« wurde zum Teil mit der Bezeichnung »Intuition« mit der nichtmateriellen Komponente des Menschen verbunden und religiös konnotiert, manchmal aber auch über Beobachtungen erklärt.

Vor allem bei den Handlungsstrategien, die zum »Dasein« gezählt werden, ist das Gefühl oder die Intuition wichtig. Das gilt vor allem für die innerliche Kommunikation und andere Techniken, bei denen ein innerer Kontakt hergestellt wird. Die Meditationen stützen sich zwar grundsätzlich auf Traditionen, trotzdem war immer das persönliche Gefühl das Argument, warum sie eingesetzt werden. Die Phyllis-Krystal-Meditation und das Herzensgebet sind für die Ausführenden mit starken emotionalen Erlebnissen verbunden. Nur F2 beruft sich ohne Gefühlsbezug auf eine Tradition des tibetischen Buddhismus bezüglich der Meditationen, die er am Arbeitsplatz durchführt. Auf sein Gefühl referiert er eher, wenn er von Erlebnissen erzählt, in denen er eine verstorbene Person spürte. In der Aromatherapie ist einerseits die Erfahrung wichtig, andererseits auch die chemische Zusammensetzung der Pflanzen – je nachdem, auf welches Ziel die Anwendung ausgerichtet ist. Wenn die symptomlindernde Wirkung im Fokus steht, dann wird eher über die chemische Zusammensetzung argumentiert, wenn das Loslassen am Lebensende das Ziel ist, dann wird mehr mit dem persönlichen Gefühl und der Erfahrung argumentiert. Die Körpertherapeutin verweist hingegen in der Regel auf die Tradition der angewendeten Komplementärtherapie. P1 hingegen, die gelegentlich individuell Akupressur einsetzt, tut dies nur aus dem Grund, dass sie das Gefühl habe, die PatientInnen würden ruhiger. Bei den reinigenden Handlungen nach dem Tod ist ebenfalls das Gefühl der ausschlaggebende Faktor.

Welche Handlungsstrategie nebst den medizinischen Handlungen die Richtige ist, wird in den Spitälern zum Teil auch über die oben genannten Vorstellungen begründet. Die Wirkung, die den Handlungsstrategien zugeschrieben wird, kann gleichzeitig zu ihrer Legitimierung dienen. Aber auch in diesen Fällen ist die Instanz, aufgrund derer die Wirkung festgestellt wird, die eigene Beobachtung oder Wahrnehmung. Auf Traditionen – religiöse und nicht religiöse – beziehen

2 Da die Aussagen im Kontext der Interviews standen, handelt es sich um Begründungen gegenüber der Interviewerin. Es kann jedoch angenommen werden, dass auch in anderen Kontexten diese oder ähnliche Begründungen angebracht werden.

sich nur wenige der Interviewten. Nur die Vorstellung einer umfassenden Energie wurde mehrheitlich mit Verweis auf die Naturwissenschaft eingebracht. Die Seelsorgenden bezogen sich zudem in ihren Jenseitsvorstellungen auf das Christentum.

Einige Handlungen werden von mehreren Interviewpartnern ausgeführt, aber unterschiedlich legitimiert. Darauf wird im nächsten Kapitel eingegangen. Diese Verknüpfungen zwischen religiösen Traditionen und Handlungsstrategien und der Bezug auf die Intuition und die Gefühle werden in Kapitel 10 als Merkmal alternativer Religiosität diskutiert.

## 9.2 Zusammenhänge von Handlung, Vorstellung und Legitimierung

Die erhobenen Vorstellungen, Handlungs- und Legitimierungsstrategien hängen auf verschiedene Weisen zusammen. Die Entscheidung für eine Handlungsstrategie kann entweder über eine religiöse Vorstellung oder auch direkt über das Gefühl begründet werden, ohne zuerst explizit auf eine Vorstellung zu referieren. Die Vorstellungen wiederum können mittels Referenzen auf das eigene Gefühl, religiöse Traditionen oder die Naturwissenschaft legitimiert werden.

Als Achsenpunkt dient in den meisten Argumentationslinien das Ideal des ruhigen Sterbens: Einerseits wird es als die Wirkung der meisten Handlungsstrategien in der terminalen und finalen Phase beschrieben, andererseits ist es ein Anknüpfungspunkt, an dem die Vorstellung einer unsterblichen Komponente aufgegriffen wird. Erklärt werden die Handlungsstrategien und Vorstellungen oft über die Wahrnehmung: Psy2 zum Beispiel öffnet das Fenster, weil ihr Gefühl ihr sagt, sie könne so die Seele der Verstorbenen hinauslassen. Dies begründet sie damit, dass sie spüre, wie die Seele noch im Raum sei.

Einzelne Handlungsstrategien werden von den verschiedenen Interviewten mit unterschiedlichen Vorstellungen und Legitimierungsstrategien verbunden: Dazu gehört zum Beispiel, dass verschiedene Mitarbeitende die Sterbenden weniger berühren als Nicht-Sterbende oder dass nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin das Fenster geöffnet wird. F2 und KT1 begründen ihr Handeln, Sterbende weniger zu berühren als Nicht-Sterbende, damit, dass die »Seele« oder die »Person« sich in dieser Phase vom Körper lösen soll. P1 macht dasselbe, begründet es aber über die Beobachtung, dass diejenigen PatientInnen, die nahe am Tod sind, bei Berührungen das Gesicht verziehen. Daraus schließt sie, dass Berührungen in dieser Phase unangenehm sind. F2 versucht den Verstorbenen eine ungestörte Zeit zu verschaffen, im Sinne einer Aufbahrung, damit damit sich die anderen Komponenten vom Körper lösen können. In Spital Rotach werden sie in den Zimmern aufgebahrt, weil kein Kühlraum vorhanden ist. Beim Öffnen des Fensters verhält es sich ähnlich. P1 begründet diese Handlung – nach einer

expliziten Ablehnung einer Seelenvorstellung – über die Giftstoffe, die aus dem Zimmer gelüftet werden sollen. P5 berichtet demgegenüber von einem inneren »Drang«, das zu tun, auch wenn sie nicht wisse, warum. In einem zweiten Schritt überlegt sie, dass sie das Gefühl habe, dass die Person oder die »Seele« dadurch »gehen« könne. Psy2 wiederum beschreibt dieselbe Handlung mit Verweis auf das Christentum und verfolgt damit ebenfalls das Ziel, dass die »Seele« gehen könne (Psy2: 182–184).

Dass unterschiedliche Begründungen und Vorstellungen mit derselben Handlungsstrategie verbunden werden, lässt erkennen, dass diese Handlungsstrategien und die Vorstellungen nicht zusammengehörig tradiert werden und nicht aus derselben Tradition stammen, sondern einer jeweils eigenen Logik folgen. Das bedeutet wiederum, dass nicht nur die Vorstellungen die Handlungen prägen, sondern dass die Handlung zum Beispiel in einem medizinischen Umfeld oder einer religiösen Tradition entstanden ist, weitergegeben wurde und später von den Akteuren mit einer anderen Interpretation versehen wird. Auch in der Ausführung werden die Handlungen an das jeweilige Umfeld angepasst. Deshalb wird in der Diskussion der Daten nicht der Ursprung der alternativ-religiösen Handlungsstrategien und Vorstellungen thematisiert, sondern gezeigt, warum sie genau in dieser Form und in diesem Umfeld aufgegriffen werden.

# Teil III
# Diskussion der Ergebnisse

In diesem Teil der Dissertation werden die aufbereiteten Daten bezüglich der Frage nach der Rolle von alternativer Religiosität in der Palliative Care reflektiert.

In einem ersten Schritt werden die Daten auf das eingangs beschriebene Konzept alternativer Religiosität bezogen. In der Einleitung in Abbildung 1 wurden zwei Komponenten genannt, die vermutlich die Religiosität des Personals beeinflussen: der Zustand der PatientInnen und die institutionellen Bedingungen. In den darauffolgenden Kapiteln wird näher auf das Konzept des ruhigen Sterbens eingegangen und somit zunächst der Einfluss des Zustandes der PatientInnen beschrieben. In Kapitel 12 wird der Einfluss der institutionellen Rahmenbedingungen auf die Religiosität des Personals dargelegt und im letzten Kapitel von Teil III, Kapitel 13, wird auf die Frage eingegangen, ob alternative Religiosität im Kontext der Palliative Care als Copingstrategie dient.

# 10 Alternative Religiosität in der Palliative Care

Während in Teil II das Datenmaterial anhand von Beispielen vorgestellt wurde, werden nun in Teil III die Daten diskutiert. Im vorliegenden Kapitel wird zunächst auf die Merkmale alternativer Religiosität eingegangen und die Frage beantwortet, ob sich Elemente alternativer Religiosität in den erhobenen Daten finden.

Am Ende von Kapitel 2.2 wurde das Konzept der alternativen Religiosität in den wichtigsten Aspekten zusammengefasst. Davon sollen folgende Punkte wieder aufgenommen und anhand der Daten diskutiert werden:

1. In der religionssoziologischen Literatur wurden folgende Themen als typische alternativ-religiöse Inhalte bezeichnet: die persönliche Entwicklung, psychische Heilung durch Meditationen und Selbstreflexion, ein ganzheitliches Menschenbild und die Vorstellung einer Energie, die sich in allen Lebewesen findet. Diese Elemente lassen sich auf das New Age und religiöse Traditionen zurückführen, die nicht dem landeskirchlichen Christentum in der Schweiz entsprechen.
2. Die Individuumzentrierung und eine Ausrichtung auf das Subjekt.
3. Religiosität, die als Alternative zu Bisherigem wahrgenommen wird.
4. Der Stellenwert der Traditionen und des Glaubens im etischen Religionsverständnis.

In der Auswertung hat sich gezeigt, dass die Punkte eins und zwei für das Personal wichtige Elemente in der Palliative Care darstellen. Der dritte Punkt, eine Abgrenzung zu einer »traditionellen Religion«, wird in den Interviews jedoch nur selten explizit angesprochen.

## 10.1 Alternativ-religiöse Inhalte

### 10.1.1 Energie

Die Vorstellung von immateriellen Komponenten und vor allem einer Energie, die zwischen Materie und Nicht-Materie steht, ist typisch für alternative Religiosität. Gerade die Vorstellungen verschiedener solcher Komponenten, aus denen ein Mensch bestehe, spielen eine große Rolle in den geführten Interviews. Ein ganzheitliches Menschenbild und die Vorstellung von Energiekreisläufen fließen speziell in der Komplementärtherapie in Spital Heckenbühl in die Palliative Care ein. Das Pflegepersonal, freiwillige Mitarbeitende, Seelsorgende und PsychologInnen nehmen diese Vorstellungen mit auf. Insgesamt können drei verschiedene Energieverständnisse festgestellt werden: Energie als das, woraus der Körper besteht und was nach dem Tod vom Körper übrig bleibt, Energie als Teil der Persönlichkeit, ähnlich der Seele, sowie Energie als eine eigenständige Komponente zu Körper und Psyche.

### 10.1.2 Psychologische Inhalte und die persönliche Entwicklung

Eine weitere wichtige Vorstellung, die als typisch für alternative Religiosität gilt, ist die einer persönlichen Entwicklung. Sie zeigt sich in den Daten in der Auffassung des Sterbens als Prozess und des ruhigen Sterbens. Ebenso findet sich in diesem Sterbeideal die psychologische Komponente, die als typisch für alternative Religiosität gilt. In Anlehnung an Elisabeth Kübler-Ross stellen die Interviewten einen idealen Sterbeprozess so dar, dass die sterbende Person in der Sterbephase das Leben loslasse, Erlebnisse psychologisch verarbeite, Beziehungen kläre und dadurch ruhig werde und Sterben könne. Damit wird die Vorstellung verknüpft, dass der Mensch sich bis zum Tod oder auch darüber hinaus entwickelt. Diese Vorstellung hängt wiederum mit einem ganzheitlichen Menschenbild und der Vorstellung einer den Tod überdauernden Komponente des Menschen zusammen, was beides zentrale Elemente in den erhobenen Daten sind.

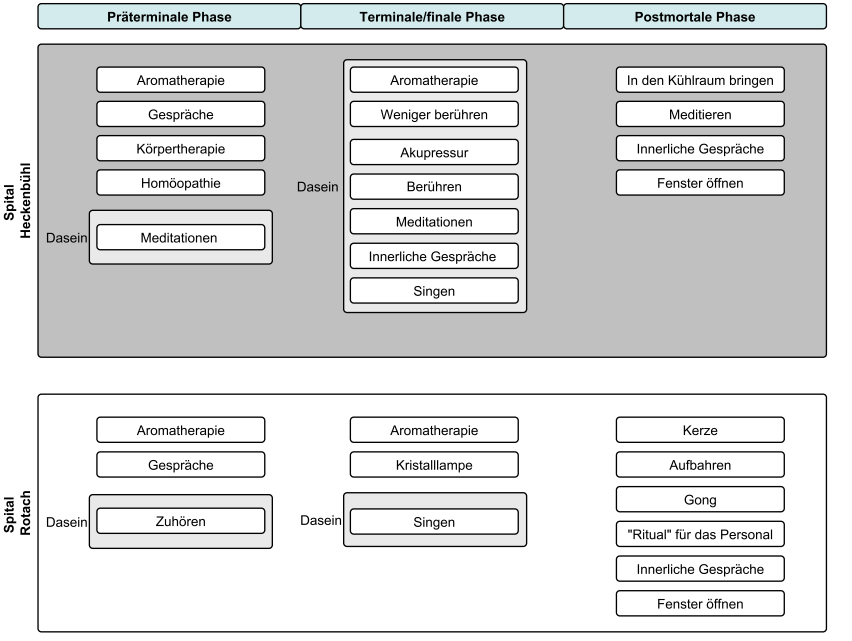
Daneben werden in den Interviews Vorstellungen davon genannt, wie es nach dem Tod weitergehe, die in der Regel weniger klar ausformuliert wurden, und Vorstellungen, dass es eine höhere Macht gebe bzw. dass das »Ich« sich zu einem »höheren Selbst« entwickle.

### 10.1.3 Alternativ-religiöse Handlungsstrategien

Mit diesen Vorstellungen wurden Handlungsstrategien in Verbindung gebracht, die sich in drei Gruppen unterteilen lassen: [1] Handlungsstrategien, die in der präterminalen Phase zum Einsatz kommen und meistens im Zusammenhang mit

komplementären Therapien stehen, [2] Handlungsstrategien, die die PatientInnen kurz vor und während des Eintretens des Todes begleiten sollen, und [3] Handlungsstrategien, die nach dem Tod zu Reinigungszwecken eingesetzt werden. In Abbildung 10 sind sie grafisch nach Spital unterschieden dargestellt.[1]

*Abbildung 10: Alternativ-religiöse Handlungsstrategien*




In dieser Abbildung wird ersichtlich, dass alternative Religiosität meistens in der terminalen Phase und nach dem Tod praktiziert wird, das heißt, wenn die PatientInnen nicht mehr ansprechbar sind oder wenn sie schon tot sind. Sie findet nur selten Eingang in die spirituelle Betreuung an den noch wachen PatientInnen.[2]

1 Auf eine Aufzählung außerhalb der Abbildung wird an dieser Stelle verzichtet. Für eine zusammenfassende Beschreibung s. Kapitel 9.1.

2 Warum das so ist, wird in Kapitel 12 diskutiert.

## 10.2 Subjektbezug

Als Merkmal für gegenwärtige alternative Religiosität wird der Subjektbezug[3] genannt. Findet sich dieser auch in den in diesem Projekt erhobenen Daten? Dieser Frage wird nachgegangen, indem die Referenzen zur Legitimierung der Glaubensvorstellungen und Handlungsstrategien genauer untersucht werden.

Meistens argumentieren die interviewten Personen über das Gefühl oder die Intuition und nur selten über eine religiöse Tradition oder andere Legitimierungsstrategien. Das bedeutet, dass die eigene Wahrnehmung als Referenz verwendet wird, aufgrund derer dann gehandelt oder sich ein Bild gemacht wird. Dies stellt einen starken Subjektbezug dar. Das »eigene Gefühl« wird als eine persönliche Wahrnehmung an der Grenze zwischen Beobachtung und einer übersinnlichen Ebene beschrieben.[4] In der Wahrnehmung der Akteure ist die Herkunft oder die Geschichte einer Handlung oder eines Glaubensinhalts nicht relevant. Wichtig ist, dass sie selbst etwas als richtig und passend empfinden und dass sie danach handeln können.

Wie in Teil II ausgeführt, werden insbesondere die Handlungsstrategien, welche zum »Dasein« gezählt werden, auf das eigene Gefühl zurückgeführt, mit der Begründung, man wolle sie so gut wie möglich den Bedürfnissen der PatientInnen anpassen, auch wenn diese sich nicht mehr verbal artikulieren können. Dabei wird nicht auf Vorschriften aus den Spitälern zurückgegriffen, weil diese Situationen gemäß der Wahrnehmung der Mitarbeitenden über den normalen Spitalalltag hinausgehen und somit keine Vorschriften dazu existieren (s. auch Kap. 12). Mit der Subjektbezogenheit hängt ein geringer Institutionalisierungsgrad zusammen.

Bei der Anwendung von Aromatherapie berufen sich die Befragten in Spital Heckenbühl auf die diesbezüglichen Vorschriften, in denen die Wirkungsweise und Anwendung erklärt wird, sowie auf naturwissenschaftliche Konzepte. Wenn in den Vorschriften jedoch von nicht-körperlichen Wirkungsweisen wie zum Beispiel von Harmonisierung gesprochen wird, werden sie in der Anwendung mit Skepsis betrachtet. Dann beziehen sich die Mitarbeitenden eher auf die Erfahrung, dass die Anwendungen doch eine Wirkung zur Symptombekämpfung haben. Die Vorschriften haben in Spital Heckenbühl also Deutungsmacht in naturwissenschaftlichen und körperlichen Belangen. Was über das Physische hinausgeht, steht aus der Sicht der Individuen in ihrer eigenen Deutungshoheit. Und die Referenz auf das Gefühl kann die Deutungshoheit des Spitals in seine Schranken weisen.

---

3 Hier wird bewusst nicht von »Subjektivierung« als Prozess gesprochen, da dies einen Verlauf implizieren würde, während für die vorliegende Studie nur Querschnittsdaten vorliegen.

4 Vgl. Kapitel 6.1.

Auch wenn es nicht der Regelfall ist, werden in den Interviews doch eine Reihe von Handlungsstrategien genannt, die von den Akteuren explizit einer nichtchristlichen Tradition zugeordnet werden.[5] Sie sind in den vorliegenden Daten so divers wie die Personen, die im Spital arbeiten: Der Seelsorger S1 grenzt sich vom Christentum ab und bezieht psychologische Entwicklungs- und Energievorstellungen in seine Arbeit mit ein. S2 nimmt für die christliche Herzmeditation eine Sitzhaltung aus dem Zen-Buddhismus ein, wenn er nicht weiß, ob der oder die Sterbende, die im Koma liegt, christlich ist. Das Enneagramm und die japanische Kampfkunst helfen S4, seine Intuition für eben diese Situationen zu schulen. F2 praktiziert eine tibetisch-buddhistische Meditation neben dem Sterbebett, F5 eine Meditation nach Phyllis Krystal, P5 zieht ihre Gelassenheit in stressigen Situationen aus der Vipassana-Mediation, P8 reinigt die Zimmer der Verstorbenen mit einem Gong. Weitere Praktiken in den untersuchten Institutionen stammen aus der Komplementärmedizin: Die Aromatherapie ist in der Pflege sehr wichtig (u. a. P1, P5, P8) und auch eine Komplementärtherapie (KT1) ist institutionell verankert. Homöopathie, Hypnotherapie (S1) und Akupressur (P1) werden vereinzelt praktiziert. Die Vorstellung davon, woraus die Menschen und die Welt bestehen, stammen ebenfalls aus verschiedenen Traditionen.

Gerade die Seelsorgenden übernehmen Handlungen und Vorstellungen aus anderen Traditionen und vermischen sie mit christlichen Elementen. S2 bindet beispielsweise die Idee einer Energie, die durch den Körper fließt, in das christliche Herzensgebet mit ein (S2: 530–533). Er sehe sich jedoch nicht als Anhänger des Zen-Buddhismus. Das begründet er über die Gewichtung der Vorstellung: Der Energiefluss sei nicht das letztliche Ziel der Meditation, nicht »heilsentscheidend« (S2: 535; s. auch 575–579). Auch S4 beschreibt eine Energievorstellung, die sich aber stärker an die Naturwissenschaft anlehnt. Der Körper zerfalle nach dem Tod in kleinere Teile, die wieder zu etwas Neuem werden. Das verknüpft er mit einer Referenz auf die Bibel in den Worten »Von der Erde bist du genommen, zur Erde kehrst du zurück« (S4: 187). S1 kombiniert die Idee von Energie ebenfalls mit einer biblischen Idee: Einerseits beschreibt er, wie unsere Zellen in kleinere Energieeinheiten zerfallen, dadurch werde der »Geist« frei und »wie die Bibel sagt, Staub wird wieder zu Staub« (S1: 216).

Trotz des Traditionsbezugs werden die meisten Handlungsstrategien und Glaubensvorstellungen – außer von den Seelsorgenden, von der Körpertherapeutin und von F2[6] – nur selten in der Kontinuität der entsprechenden Tradition dargestellt, weil die Agierenden sich selbst nicht als Teil dieser Tradition wahrnehmen. Vielmehr werden sie den Traditionen »entlehnt« und punktuell eingesetzt,

5 Für detaillierte Beschreibungen s. Teil II dieser Dissertation.

6 Die Seelsorgenden und F2 sehen sich selbst als Teil einer Tradition, KT1 arbeitet nach einer Tradition. Bei F5 war nicht ganz klar, inwiefern sie sich mit der Phyllis-Krystal-Methode identifiziert.

um bestimmte Ziele zu erreichen, wie das Zimmer energetisch zu reinigen, die Intuition zu verbessern oder die Sterbenden zu beruhigen. Auch diese Elemente werden nur übernommen, wenn sie dem eigenen Gefühl oder der eigenen Erfahrung entsprechen (s. Kap. 9.1).

Eine große Ausnahme diesbezüglich bildet die Körpertherapie: KT1 sieht ihre Handlungen in der Tradition dieser Komplementärtherapie und referiert zur Legitimierung auf diese. Ihre persönliche Wahrnehmung nimmt nur eine untergeordnete Rolle ein. Auch religiöse Glaubensvorstellungen wie Konzepte von Energiebahnen werden über die Tradition legitimiert und nicht als persönlicher Glaube dargestellt. KT1 ordnet die Körpertherapie als nichts Religiöses ein, was zeigt, wie diese Handlungsstrategien an das nicht-religiöse institutionelle Umfeld angepasst sind.[7]

Insgesamt werden die dargestellten Elemente gemäß subjektiven Kriterien eingesetzt. Subjektiv wahrgenommene Elemente stammen jedoch nicht nur aus alternativen Traditionen, sondern ebenso aus dem Christentum. Auch Elemente aus dem kirchlichen Christentum werden zum Teil mit der eigenen Wahrnehmung geprüft, wie zum Beispiel der Seelenglaube. Damit einher geht ein Fokus auf das Individuum, der sich zudem in anderen Zusammenhängen im Spital findet, zum Beispiel in der patientenzentrierten Pflege (vgl. Heelas u. a. 2005: 3). Deshalb stellt sich die Frage, ob der Subjektbezug tatsächlich als exklusives Merkmal alternativer Religiosität gelten kann und nicht als größerer Trend dargestellt werden muss.[8] In den Daten ist der Subjektbezug nicht auf alternative Religiosität beschränkt und wird vor allem in Situationen ohne institutionelle Vorschriften wichtig, in denen die Interviewten unsicher sind, wie sie die Sterbenden am besten betreuen sollen. Ist es mit der zunehmenden Institutionalisierung der Palliative Care ein wahrscheinliches Szenario, dass diese institutionellen Lücken gefüllt werden und somit weniger über die subjektive Wahrnehmung argumentiert wird? In den weiteren Kapiteln von Teil III der vorliegenden Dissertation wird untersucht, welche Bereiche nur wenig institutionalisiert sind und warum das so ist.

Als weiterer Ansatz kann argumentiert werden, dass auch kirchlich-christliche Inhalte als Teil alternativer Religiosität betrachtet werden können, wenn sie abhängig von der eigenen Wahrnehmung und nicht über die Bibel oder andere offizielle christliche Instanzen legitimiert werden.

---

7 Das wird in Kapitel 12 weiter ausgeführt.

8 Von Vertretern der Theorie der »reflexiven Moderne« wird Subjektivierung sogar als gesamtgesellschaftlicher Prozess postuliert, der mit einem schwächeren Stellenwert der Institutionen zu tun hat. Sie argumentieren, dass wegen der zunehmenden Ungewissheit in der sogenannten »zweiten Moderne« u. a. auf die Intuition zurückgegriffen wird (Böhle u. a. 2009: 12. Vgl. auch Hofer 2009 im selben Band zum Subjektbezug aus Unsicherheit). In der Palliative Care ist jedoch nicht mit einer schwächer werdenden Institutionalisierung zu rechnen, sondern im Gegenteil mit einer erstarkenden.

## 10.3 Selbstbezeichnung als »alternativ«

Als weiteres Merkmal alternativer Religiosität wird die Selbstwahrnehmung als »alternativ« genannt. Obwohl die genannten Elemente in den erhobenen Daten aus etischer Sicht Alternativen zum offiziellen Christentum der Landeskirchen darstellen, bezeichnen sich die interviewten Personen selbst nur selten explizit als alternativ. Ob sie sich oder ihre Handlungen und Vorstellungen trotz dieser fehlenden Selbstbezeichnung als alternativ wahrnehmen, wird anhand zweier Aspekte analysiert: erstens anhand der Frage, ob sie ihre Handlungen und ihre Vorstellungen vom Christentum der Schweizer Landeskirchen abgrenzen oder sich als Teil davon wahrnehmen. Zweitens wird untersucht, ob diese Abgrenzung mit der Verwendung des Spiritualitätsbegriffs hergestellt wird[9] oder »Spiritualität« eher gemäß der Palliative Care-Literatur im psychologischen Sinne verwendet wird (s. Kap. 2.1).

### 10.3.1 Abgrenzung zum offiziellen Christentum

Bezüge zu religiösen Traditionen werden allgemein nur selten explizit hergestellt und wenn, dann hauptsächlich von Personen, die sich selbst als einer religiösen Tradition zugehörig sehen.[10] Diese zeigen sich sensibler dafür, welche Handlungen oder Vorstellungen ihren Ursprung in einer religiösen Tradition haben, auch wenn es sich dabei nicht um die eigene handelt. Die anderen Mitarbeitenden der untersuchten Spitäler legitimieren, wie beschrieben, ihre religiösen Handlungen und Vorstellungen meistens über ihre Wahrnehmung. Diese gilt als Realität, die nichts mit einem religiösen Glauben zu tun hat, auch wenn es sich dabei um eine persönliche Interpretation einer religiösen Tradition handelt. Für die meisten tritt der Traditionsbezug im Zusammenhang mit den einzelnen Handlungsstrategien und Vorstellungen völlig in den Hintergrund und wird somit weder positiv noch negativ hergestellt. Eine Abgrenzung vom Christentum wurde in den Transkripten deshalb nur 17 Mal codiert.[11] Damit wurden die Abgrenzungen von sich als Person aber auch von einzelnen Vorstellungen und Handlungen erfasst.

Die persönliche Abgrenzung vom traditionellen Christentum als Merkmal alternativer Religiosität erweist sich in den Daten als inkonsistenter Wert. Wie in Kapitel 2.2.3 dargestellt, werden nicht die Personen als Ganzes als alternativ oder traditionell bezeichnet, sondern nur einzelne Handlungsstrategien und Vor-

9 Dieser Aspekt basiert darauf, dass, wie zum Beispiel Knoblauch (2005: 123) vermutet, der Spiritualitätsbegriff zur Abgrenzung von traditioneller Religion verwendet wird.

10 Damit ist nicht die formelle Konfessionszugehörigkeit gemeint, welche die meisten auf dem Kurzfragebogen angaben, sondern die persönliche Identifikation mit einer Tradition.

11 Demgegenüber wurde 19 Mal eine explizite Zugehörigkeit zum Christentum genannt.

stellungen. Es kann jedoch vorkommen, dass sich eine Person als Vertreter oder Vertreterin einer Landeskirche sieht und trotzdem einzelne Handlungen ausführt oder Glaubensvorstellungen vertritt, die als alternativ-religiös bezeichnet werden können. S2 zum Beispiel, der sich selbst insgesamt als Vertreter einer Landeskirche versteht, glaubt an einen Energiefluss im Körper. Das bestärkt die Ansicht, dass die Bezeichnung »alternative Religiosität« an der einzelnen Praxis oder Vorstellung angebunden werden muss und nicht von der Religionszugehörigkeit der Akteure abhängig gemacht werden kann. Ein erschwerender Faktor dabei ist jedoch die häufig fehlende Einordnung seitens der Interviewten als alternativ. Die Praxis des Herzensgebets zum Beispiel wird von S2 weder klar als landeskirchlich noch als alternativ kategorisiert.

Des Weiteren finden sich in den Daten, wie angedeutet, Vorstellungen, die nicht als christlich wahrgenommen werden, jedoch aus einem christlichen Hintergrund stammen. Verbreitet ist beispielsweise eine Seelenvorstellung bzw. die Benutzung des Seelen- oder des Geistbegriffs, mit denen eine Komponente des Menschen bezeichnet wird, die den Tod überdaure. Der Bezug dieser Begriffe zum Christentum wird in der Regel nicht explizit benannt, sondern ist in der Wortwahl und der Vorstellung, die der Begriff bezeichnet, vorhanden. Lediglich F5 (336) lehnt sich mit dem Geistbegriff explizit an das Christentum.[12]

Die Seelenvorstellung ist in vielen alternativ-religiösen Handlungsstrategien ein wichtiges Element, gerade wenn sie am Lebensende beruhigend wirken und dazu beitragen sollen, dass eine Person sterben kann. Das trifft zum Beispiel beim Rosenduft in der Aromatherapie, bei der Kristalllampe, bei den innerlichen Gesprächen u. a. zu.[13] Es zeigt sich also, dass »alternative« Elemente von ein und derselben Person mit christlichen Elementen vermischt in die Arbeit in der Palliative Care eingebunden werden.

Handlungsstrategien und Vorstellungen aus nicht-christlichen Traditionen, die aus etischer Sicht als »alternativ« bezeichnet werden, wurden von allen Berufsgruppen mit eingebunden und zum Teil auch aus emischer Sicht als Alternative gesehen, jedoch nicht als Alternative zum offiziellen Christentum, sondern vielmehr als Alternative zu Handlungsstrategien, die ihrem Beruf entsprechen

12 Wie sich aus ihrer unsicheren Formulierung schließen lässt, fühlt sie sich aber nicht sehr sicher in diesem Bezug. Manche der Interviewten sind sich bewusst, dass eine Handlung aus einem christlichen Kontext stammt. Bezüglich der Kerze, die nach dem Tod der PatientInnen aufgestellt wird, oder der Blumendekoration bemerkt P5 (196) zum Beispiel, dass dies aus dem Christentum stamme, grenzt sich aber, wie in der Wortwahl »Zeug« klar wird, davon ab: »[A]lso das kommt ja eigentlich aus dem Katholischen, so Kerzen- und Blumenzeug.« Das, was sie aus ihrem eigenen Gefühl tun kann, ist ihr wichtiger und scheint ihr adäquater.

13 Diese Handlungsstrategien werden aus etischer Sicht als »alternativ« bezeichnet, weil sie über die Wahrnehmung der ausführenden Person legitimiert werden, und auch, weil sie aus verschiedenen nicht-christlichen Traditionen stammen.

würden – gerade wenn es Handlungsstrategien sind, die eingesetzt werden, wenn die Mitarbeitenden nichts mehr tun können, als da zu sein. Für die Seelsorgenden sind es Alternativen zu christlichen Elementen, für die Pflege beispielsweise aber sind es Alternativen zur Schulmedizin. Die Körpertherapeutin sieht sich mit den Gesprächen, die sie führt, gleichzeitig als Alternative zu den Seelsorgenden sowie auf der körperlichen Ebene als Alternative zu medizinischen Verfahren.[14] Alternativen zu spitalinternen Handlungen zu finden, ist den Interviewten im vorliegenden Kontext ein wichtigeres Anliegen, als Alternativen zum landeskirchlichen Christentum zu finden. Interessanterweise dienen gerade Alternativen zum Christentum auch als Alternativen zu den berufsbedingten Handlungen. Darauf wird in Kapitel 12 näher eingegangen.

### 10.3.2 Verwendung des Spiritualitätsbegriffs als Abgrenzungsstrategie

In Kapitel 2.1 wurde der Spiritualitätsbegriff in der Palliative Care-Literatur analysiert und vom religionssoziologischen Begriff der alternativen Religiosität abgegrenzt. Nun soll untersucht werden, ob der Spiritualitätsbegriff im Feld zur Abgrenzung von der kirchlich-christlichen Religiosität eingesetzt oder eher psychologisch und christlich verwendet wird, wie in der Literatur. In der Codierung der Interviews hat sich gezeigt, dass sich der Spiritualitätsbegriff im Feld vielfältiger ausgestaltet als in der Literatur, die in Kapitel 2.1 zitiert wurde. Er steht meistens für die Bezeichnung eines persönlichen Glaubens. Es lassen sich Unterschiede feststellen, ob der Begriff auf die eigene Spiritualität angewendet wurde oder auf die der PatientInnen. Diese Unterscheidung wird besonders deutlich von P5 (17, 19–28, 29–45) gemacht. Wenn sie von der Spiritualität der PatientInnen spricht, bezieht sie sich auf die Sinnsuche:

> Spiritualität beginnt ja auch schon ganz an einem anderen Punkt. Es geht ja nicht nur um diese Dinge. Oder irgendwie so (1) da haben ständig also das Thema, warum warum bin ich krank. Was was ist der Grund für meine Krankheit (P5: 33).[15]

Dieses Spiritualitätsverständnis bezüglich der Spiritualität von PatientInnen wird auch in anderen Interviews genannt: Spiritualität gebe den Sterbenden Halt.[16] Auch die Sinnsuche wird typischerweise mit der Spiritualität der PatientInnen verbunden.[17] Einige der Mitarbeitenden schließen aus dem Wunsch der Patient-

14 Auf diese Elemente greift man eher 1. nicht bei wachen PatientInnen und 2. in Situationen, in denen die Interviewten überfordert waren, zurück. Darauf wird in Kapitel 13 eingegangen.

15 Vgl. auch P5: 29–45.

16 Vgl. K1: 41; KT1: 400; S3: 668; P1: 52.

17 Vgl. K1: 43; P1: 60; F3: 67; P5: 41–45.

Innen nach einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin auf spirituelle Bedürfnisse (KT1: 398; P5: 41–45). Das kann einerseits mit einer christlichen Ausrichtung des Begriffs erklärt werden, andererseits lässt es sich auf eine traditionelle Rollenverteilung im Spital zurückführen, gemäß der die Seelsorgenden für alles, was mit Religion verbunden wird, zuständig sind. Eine Ausnahme bildet da KT1, die Körpertherapeutin, die zwar anfangs die Spiritualität der PatientInnen auch nach obigem Schema beschreibt (KT1: 398, 400), aber später im Interview doch eine Unterscheidung trifft. PatientInnen, die an eine Wiedergeburt glauben oder meditieren, wollen eher nicht mit den Seelsorgenden sprechen, weil sie sich nicht mit der Kirche verbunden fühlen (KT1: 415–425).[18] Mit dem Spiritualitätsverständnis, das auf die PatientInnen angewendet wird, geht der Anspruch einher, dass die PatientInnen über ihre Spiritualität sprechen sollten.[19] Dieser Anspruch hat zur Folge, dass Personen, die Zeit für Gespräche haben, als zuständig für die spirituelle Betreuung erachtet werden (s. Kap. 6.2). Die Sinnsuche am Lebensende kann unter dem Begriff der Spiritualität auch mit christlichen Konzepten der Sünde und Schuld in Verbindung gebracht werden. Einige PatientInnen glauben, sie hätten ihre Krankheit als Strafe bekommen, womit der Begriff ebenfalls christlich konnotiert wird.[20]

Auf sich selbst bezogen bezeichnet P5 religiöse Vorstellungen als Spiritualität, die sie über ihr Gefühl wahrnimmt.

> Und (.) ich wollte mich gar nicht mehr fest (.) legen. Auf irgendetwas. Sondern. (1) Ich spüre, ich spüre schon Sachen […] und das ist für mich die Spiritualität (P5: 85–89).[21]

Dieses Gefühl sieht sie als klare Abgrenzung zu religiösen Traditionen. Das hat mit ihrem persönlichen Hintergrund zu tun: Sie selbst sei Buddhistin gewesen, als sie angefangen habe, auf der Palliativstation zu arbeiten. Damals glaubte sie noch an Reinkarnation und Karma, aber mit dem Kontakt zu den vielen Sterbenden habe sie sich von der buddhistischen Tradition abgewandt und versuche, nur noch zu spüren (P5: 51–57). Es geht ihr heute um einen persönlichen Glauben, den sie ausschließlich über die eigene Wahrnehmung legitimieren möchte. So glaubt sie zum Beispiel, wie an anderen Stellen beschrieben, an eine Seele, weil sie diese spüre, und öffnet nach dem Tod eines Menschen das Fenster aus einem inneren Drang heraus. An diesen Beschreibungen lässt sich demonstrieren, dass sich P5 mittels des Subjektbezugs, den sie mit dem Spiritualitätsbegriff verknüpft, von religiösen Traditionen abgrenzt.

---

18 Vgl. auch K1: 127.

19 Vgl. K1: 93; K2: 99; S3: 387–389; KT1: 400; P8: 143.

20 Vgl. K1: 41–43; P1: 76–92.

21 Vgl. auch P5: 19–28.

Dass die Interviewten sich selbst als »spirituell« bezeichneten, kam in den Daten nur sehr selten vor.[22] Das war nebst P5 (19–28) nur bei Psy1 (300), F5 (454) und F3 (332) der Fall. Sie verstanden darunter aber nicht dasselbe: P5 und F3 grenzten sich damit von religiösen Traditionen ab, wobei sich F3 zwar vom Katholizismus abgrenzt, sich aber trotzdem dem Christentum allgemein zugehörig fühlt. Für Psy1 ist der »spirituelle Weg« ihre eigene Suche nach einer zu ihr passenden Tradition und F5 sieht sich als spirituell, weil sie Ayurvedatherapeutin ist, und fühlt sich damit auch einer Tradition zugehörig. Gemeinsam ist dieser Bezeichnung, dass es allen um einen persönlichen Glauben geht.

Etwas häufiger als für die eigene Person als Ganzes wird die Bezeichnung »spirituell« für einzelne Handlungen und persönliche Vorstellungen verwendet. Vom Personal werden innerliche Gespräche (F3: 182–196, 224, 312), die Kristalllampe (P5: 206), Aromatherapie (P1: 92; 107–130), »Dasein« (P8: 151–169) und teils Gespräche (K2: 99) als spirituell bezeichnet. Damit werden vor allem Handlungen tituliert, welche die interviewten Personen als »ganzheitlich« wahrnehmen, das heißt, dass sie sich nicht ausschließlich auf den Körper beziehen. K2 möchte zum Beispiel nicht nur medizinisch handeln, sondern den Menschen als Ganzes kennenlernen (K2: 97), oder P1 bezeichnet Aromatherapie als spirituell, weil sie nicht nur auf der medizinischen Ebene, sondern personenabhängig wirke (P1: 120–130).[23] Ein weiterer Grund, warum eine Handlung oder auch eine Vorstellung als spirituell bezeichnet wird, ist der bei P5 angetroffene, aus einem Gefühl heraus zu handeln (P5: 127–137, 206).

Als spirituelle Vorstellungen vom Personal und von den PatientInnen gelten aus emischer Sicht der Glaube an eine höhere Macht,[24] an ein Leben nach dem Tod[25] und an eine nicht-materielle Komponente des Menschen.[26]

Insgesamt wird die Spiritualität der PatientInnen eher wie in der Palliative Care-Literatur beschrieben (s. Kap. 2.1) verstanden, die psychologisch und christlich fundiert ist. Währenddessen entspricht die persönliche Spiritualität eher dem in dieser Dissertation vertretenen Verständnis von alternativer Religiosität. Doch wenn das Personal das psychologische Loslassen am Lebensende beispielsweise mit einer Wiedergeburt oder einer Persönlichkeitsentwicklung konnotiert, dann kann man das psychologische Spiritualitätsverständnis ebenfalls als Teil der alternativen Religiosität des Personals verstehen. Die Frage ist nur, ob man damit auch den religiösen Bedürfnissen der Sterbenden gerecht wird.

---

22 Dies liegt möglicherweise an fehlenden Rückfragen diesbezüglich. Somit kann dieses Thema nicht abschließend beantwortet werden.

23 Weitere Beispiele sind S4 (426) und F5 (450–454).

24 Vgl. K1: 47; S3: 417; KT1: 415–425.

25 Vgl. KT1: 427; F3: 196, 240–244; P5: 22; Psy1: 122.

26 Vgl. KT1: 298; F3: 204, 328; P5: 22, 26; Psy1: 126–134.

Den verschiedenen Spiritualitätsbegriffen ist also gemeinsam, dass sie auf den persönlichen Glauben und Gefühle bezogen werden.[27] Wie sich am Beispiel von P5 besonders gut gezeigt hat, stehen sie genau dadurch in Abgrenzung zu religiösen Traditionen. Auch wenn damit an eine Tradition angeschlossen wird, dann nur, weil sie als Teil des persönlichen Weges wahrgenommen wird und mit der subjektiven Wahrnehmung übereinstimmt (Psy1: 328; S4: 288; F3: 256).

Somit muss doch der hohe Stellenwert des Subjekts und des subjektiven Erlebens als wichtigster Bestandteil alternativer Religiosität betrachtet werden. Dieser äußert sich im Zusammenspiel der Inhalte, die aus dem New Age und neuen religiösen Bewegungen in die breitere Gesellschaft diffundiert sind, und der Legitimierung über die eigene Wahrnehmung.

## 10.4 Reflexion zum etischen Religionsverständnis

Hervieu-Léger nennt drei Elemente, die Religiosität nach ihrer Definition ausmachen: erstens den Glauben, zweitens den Bezug auf eine Tradition, der implizit oder explizit geschehen kann, und drittens, dass man sich selbst in der Kontinuität einer Tradition sieht. Wie ausgeführt, zeichnet sich gemäß dem bisherigen Wissensstand in der Religionswissenschaft gegenwärtige alternative Religiosität genau dadurch aus, dass sie Teil einer Subjektivierung ist und somit Traditionen eine kleinere bis gar keine Relevanz mehr zukommt. Auch wenn jede Glaubensvorstellung oder Handlung ihre Entstehungsgeschichte hat, die über das Individuum hinausgeht, wird dieser Ursprung der Glaubensvorstellung, also der Traditionsbezug, von den Interviewten in diesem Forschungsprojekt meistens entweder nicht bemerkt oder zumindest nicht benannt.[28] Sie sehen in diesen Fällen weder sich selbst noch die Handlungsstrategien und Glaubensvorstellungen als zugehörig zu einer Tradition.[29] Viele Handlungsstrategien werden von den Interviewten nicht direkt mit einer religiösen Tradition verbunden. Auch innerliche Kommunikation, die sehr häufig stattfindet, bezieht sich nur selten explizit auf religiöse Traditionen. Trotzdem wird in den Interviews ersichtlich, dass sie religiöse Welt- und Menschenbilder, in den Worten von Hervieu-Léger Glauben, einbeziehen. Auf eine subjektive Art werden Elemente aus verschiedenen Tradi-

27 Vgl. S3: 595, 598–606; KT1: 467–459; F3: 256; P5: 20, 127–130, 216–220; Psy1: 328; Psy2: 88; S4: 288.

28 Ein möglicher Grund, dass ein Bezug der Vorstellungen und Handlungen auf die Traditionen bewusst oder unbewusst nicht explizit hergestellt wird, könnte sein, dass die religiösen Traditionen in den Spitälern nicht angesehen sind. Ein zweiter Grund könnte sein, dass die Vorstellung oder die Handlung durch die Tradition in den Alltag eingewebt wurde und mit der Zeit die dahinterliegende Tradition ins Vergessen geraten ist.

29 Danach wurde in den Interviews explizit gefragt.

tionen übernommen, inklusive der christlichen. Manchmal wird der Hintergrund der Handlungsstrategie und der Vorstellungen bemerkt, aber auch dann wird er nur selten als legitimierende Referenz eingesetzt. Die subjektive Wahrnehmung wiegt mehr als Begründung als der Traditionsbezug. Nur wenige Personen sehen sich selbst mit ihrem Glauben und den ausgeführten Handlungen in der Kontinuität einer Tradition. Wie vermutet, tritt er und damit auch die Gemeinschaftskomponente, die für Hervieu-Léger aus der Einordnung in die Kontinuität einer Tradition entspringt, in den vorliegenden Daten in den Hintergrund. Die Komplementärtherapien, bei denen es sich ebenfalls um tradierte Handlungen handelt, werden zwar angewendet, aber von den Agierenden nicht zwingend als religiös bezeichnet, obwohl die Handlung eigentlich in Verbindung mit solchen Handlungen entstanden ist. Sie können auch dann ausgeführt werden, wenn jemand nicht an Energie glaubt, sofern die anwendende Person eine beruhigende Wirkung auf die Sterbenden beobachtet. So werden sie über die Erfahrung oder die persönliche Interpretation der Ausführenden mit einem eigenen Sinn und eigenen Vorstellungen verknüpft.

Hervieu-Léger bezieht zwar die subjektive, erlebniszentrierte Ebene ebenfalls in ihre Theorie ein, bei ihr geht es jedoch um Zugehörigkeitsgefühle, die durch diese Erlebnisse erzeugt werden, und um die Validierung von Glaubensinhalten. Wenn ein Inhalt oder auch eine Handlung nur über sich selbst »auto-validiert« wird, dann kann dies aus der Sicht von Hervieu-Léger, mangels der Einschätzung der Akteure als Kontinuität einer Tradition, nicht als Religion bezeichnet werden. Im Sinne Bourdieus – auf den sich Hervieu-Léger beruft – sind diese Handlungen und Vorstellungen jedoch einverleibte Tradition. Sie wurden so tief einverleibt, dass sie von den Akteuren gar nicht mehr als Glaube empfunden werden, sondern als persönliche Wahrnehmungen, wie zum Beispiel die Existenz der »Seele«. Diese Wahrnehmung erscheint den Akteuren wiederum als Beweis, dass diese Elemente traditionsunabhängig seien. Unter Bourdieus Gesichtspunkt der Einverleibung basieren sie jedoch auf Traditionen und können somit aus einer etischen Sicht auch ohne einen expliziten Traditionsbezug der sich äußernden Akteure als religiös bezeichnet werden.

# 11 Ruhiges Sterben in der Palliative Care

Das Ideal des ruhigen Sterbens, wie es in Kapitel 8.1 anhand einer Codierung einer Vorstellung vom Sterbeprozess ausgearbeitet wurde, soll nun weiter differenziert und kontextualisiert werden.

Beim Ideal des ruhigen Sterbens handelt es sich in den Daten nicht um das einzige Ideal eines Sterbeprozesses in den untersuchten Daten. Es finden sich auch der Typus des »medizinisch korrekten Sterbens« und des »natürlichen Sterbens«[1] und andere. In Bezug auf alternative Religiosität nimmt jedoch das ruhige Sterben einen hohen Stellenwert ein.

Es wird von den Mitarbeitenden im Forschungsfeld als Beschreibung der Sterbeprozesse verstanden. Trotzdem ist es implizit normativ aufgeladen: Das Sterben *soll* so ablaufen, man versucht es in diese Richtung zu beeinflussen. Die Wertung ist implizit, weil sie nur in den wenigsten Fällen als solche erkannt wird und von den Interviewten meistens als Beschreibung des realen Sterbeverlaufs angesehen wird.[2] Diese Prozesse werden je nach Epoche und Disziplin aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben:

> Die vorhandenen Beschreibungen [von Sterbeprozessen] sind weder reine Resultate biologisch-naturwissenschaftlicher Erkenntnisse, noch sind sie frei von Wertvorstellungen und historischen bzw. soziokulturellen Einflüssen. […] Was die Eckpunkte des Sterbeprozesses sind, wann das Sterben einsetzt, welches Kriterium den Todeszeitpunkt markiert und was wir demzufolge unter einem »Sterbenden« verstehen, wird durch medizinisch-biologische Modelle, aber auch durch religiöse und ethische, gesellschaftliche und kulturelle, historische und rechtliche Konstruktionen und vielfältige Wechselwirkungen dieser Einflussgrößen (mit)bestimmt. (Groß u. a. 2010: 17).

1 Vgl. z. B. Salis Gross 2001; Dreßke 2012; Dreßke 2005; Dreßke 2008: 230; Streckeisen 2001 oder Walter 1996b.

2 Dasselbe beobachten auch Salis Gross (2001: 195–197) und Dreßke (2005: 164–210): Der Sterbeverlauf wird oft erst nach dessen Abschluss als friedlich oder chaotisch deklariert und gedeutet.

Die Wahrnehmung von Sterbeprozessen basiert zwar auf dem feststellbaren Zerfall des menschlichen Körpers, die Konzepte dazu bilden sich jedoch aus dessen Reflexion und Interpretation. Eine Unterteilung in verschiedene Phasen des Sterbens fand beispielsweise erst in den 1970er Jahren im Rahmen der Sterbeforschung u. a. durch Kübler-Ross statt (vgl. Groß u. a. 2010: 25). Ebenso ist die medizinische Sicht auf die Frage, wann ein Sterbeprozess beginnt und wann er mit dem Tod endet, durch eine lange Debatte geprägt (vgl. ebd.: 27). Die Unterteilung in »präterminal«, »terminal« und »final« ist heute typisch für die Palliative Care (vgl. Jonen-Thielemann 2012), die Phasen sind jedoch nicht klar definierbar (vgl. Kaiser u. a. 2010: 9). Auf der sozialwissenschaftlichen Ebene gibt es dementsprechend eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze, je nachdem, welche Thematik im Fokus steht und welches der Hintergrund des Forschungsprojekts ist.

Im vorliegenden Projekt ist u. a. das Zusammenspiel der Unterteilung in präterminal, terminal und final mit dem ruhigen Sterbens von Interesse. Die Unterteilung wird von den Interviewten nur selten ausgesprochen, aber dennoch werden die Handlungen darauf ausgerichtet und dadurch ein solcher Verlauf des Sterbeprozesses implizit vorausgesetzt. Die Idee des ruhigen Sterbens fügt diesen drei Phasen eine vierte hinzu, die postmortale. Dadurch, dass der ruhige Sterbeprozess auf ein Ziel hinarbeitet, nämlich das Loslassen, wird die unsterbliche Komponente des Menschen als Teil des Sterbeprozesses eingebracht und es braucht eine Erklärung, was nach dem Loslassen mit den Verstorbenen geschieht.

Das Ideal des ruhigen Sterbens im Kontext der Palliative Care soll nun weiter ausgeführt werden. In welchem Verhältnis steht es zur Unterteilung in die Sterbephasen und zu welchem Zeitpunkt wird es eingesetzt?

## 11.1 Abhängigkeit des Sterbeideals vom Zustand der Sterbenden

Das Ideal des ruhigen Sterbens zeigt sich vor allem in der Wirkung, die die Mitarbeitenden den Handlungsstrategien zuschreiben. Wie in Abbildung 10 (s. Kap. 9.1) aufgezeigt, werden die unterschiedlichen alternativ-religiösen Handlungsstrategien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Sterbeprozess eingesetzt. In einer Analyse der Wirkung, die den Handlungsstrategien zugeschrieben wird, lässt sich diese Unterscheidung verfeinern: Je näher die Sterbenden dem Tod zu stehen scheinen, umso eher werden Handlungsstrategien eingesetzt, die das »Loslassen« unterstützen sollen. Werden sie in der präterminalen Phase verortet, dann bezwecken die Interventionen eher eine Steigerung der Lebensqualität. Daraus lässt sich schließen, dass das Ideal des ruhigen Sterbens hauptsächlich in der terminalen und der finalen Phase zum Tragen kommt.

Das zeigt sich zum Beispiel an der Wirkung, die aromatherapeutischen Handlungsstrategien beigemessen wird. Sie können gemäß den spitalinternen Wei-

sungen sowohl die Behebung körperlicher Beschwerden bezwecken als auch Beruhigung und Entspannung der PatientInnen, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die entsprechende Aktion ausgeführt wird. In den Interviews zeigte sich, dass in der präterminalen Phase mehr auf körperliche Beschwerden eingegangen wird. Der Aromatherapie wird dabei eine ähnliche Wirkung wie schulmedizinischen Mitteln zugeschrieben – auch wenn die Wirkungsweise nicht unbedingt dieselbe sei, denn einerseits werde der Erfolg über die chemischen Bestandteile des Mittels provoziert, andererseits durch die menschliche Nähe, die bei der Anwendung nötig sei. In der terminalen Phase liegt der Fokus in der Umsetzung der Aromatherapie hingegen auf der positiven Beeinflussung der Atmosphäre und der Förderung des »Loslassens«. Auch die Handlungsstrategien, die unter »Dasein« gefasst werden und hauptsächlich auf den ruhigen Sterbeprozess ausgerichtet sind, werden in der terminalen und finalen Phase eingesetzt.

Ähnliches lässt sich in den Beschreibungen der Körpertherapie beobachten: Die Anwendungen der Körpertherapie, die symptomlindernd wirken sollen, werden eher dann eingesetzt, wenn die PatientInnen noch über Heilungschancen verfügen oder noch nicht unmittelbar vor dem Tod zu stehen scheinen. Sie sollen laut KT1 hauptsächlich das »Wohlbefinden«, also die Lebensqualität unterstützen. Es wird damit bezweckt, dass den PatientInnen etwas »gut tut«, dass Schmerzen gemildert werden können und dass der Körper sich entspannen kann. Je näher eine sterbende Person dem Tod kommt, umso weniger soll sie jedoch berührt werden. Dann werden eher Gespräche eingesetzt, die förderlich für das »Loslassen« sind. Es wird also auch in der Körpertherapie in der terminalen Phase das Ideal des ruhigen Sterbens verfolgt.

Es gibt jedoch auch Fälle, in denen das Ideal schon früher auftritt, wenn die Pflegenden davon ausgehen, dass die Sterbenden noch nicht unmittelbar vor dem Tod stehen: Viele der Gespräche, von welchen die befragten PsychologInnen und Seelsorgenden berichten, werden schon in der präterminalen Phase eingesetzt und werden trotzdem mit dem Ziel des »Loslassens« geführt. Sie sollen diesen Prozess in dem Sinne unterstützen, als dass Konflikte aus dem Leben geklärt werden. Es handelt sich dabei eher um psychologische Gespräche. In Anlehnung an das Modell von Kübler-Ross ist diese frühere Sterbephase nötig, um schließlich zur Akzeptanz zu gelangen. In wenigen Fällen wurde erwähnt, dass auch körperliche Voraussetzungen wie die Schmerzfreiheit eine Grundlage für eine Entwicklung vor dem Tod darstellen. Aus dieser Sichtweise werden sogar medizinische Handlungsstrategien zur Schmerzlinderung als Beitrag zu einem ruhigen Sterbeverlauf gesehen. Dies war in den untersuchten Fällen jedoch nur selten der Fall.

Die beschriebenen reinigenden Handlungen nach dem Tod können ebenfalls mit dem ruhigen Sterben in Verbindung gebracht werden. Die Reinigung soll den »guten« Übergang in den Tod gewährleisten. Sie dient ebenfalls dazu, dass die

verstorbene Person »gehen kann«, beziehen sich aber auf die immaterielle Komponente des Menschen.

Es zeigt sich, dass das Ideal des ruhigen Sterbens zwar hauptsächlich in der terminalen und der finalen Phase zu erreichen versucht wird, je nach Weltbild wird es in manchen Fällen aber auch als Element in der präterminalen oder der postmortalen Phase aufgenommen.

## 11.2 Das ruhige Sterben als Leitidee im Umgang mit Sterbenden

Das Ideal des ruhigen Sterbens steht im Kontrast zur Idee der Lebensqualität, dem eingangs vorgestellten Ziel der Palliative Care. Auch wenn in der öffentlichen Kommunikation die »Lebensqualität bis zum Schluss« hochgehalten wird,[3] zielen die Interventionen, die in Todesnähe ausgeführt werden, darauf hin, den Sterbenden zu einem ruhigen Sterben zu verhelfen.

Der Begriff der Lebensqualität wird in den Sozialwissenschaften und in der Medizin eingesetzt und lässt sich vor allem durch seinen Verwendungskontext vom ähnlichen Begriff des Wohlbefindens abgrenzen, der eher im Kontext der Psychologie benutzt wird (vgl. Berth u. a. 2011: 54). Er bezieht im Sinne der World Health Organization nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch den psychischen Zustand und soziale Beziehungen mit ein.[4] Trotzdem wird im Zusammenhang mit KrebspatientInnen oft der Karnofsky-Index verwendet, der sich auf Krankheitssymptome und Selbstständigkeit beschränkt (vgl. ebd.: 56 f.).[5]

Alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der präterminalen Phase dienen eher der Symptomlinderung, was im Kontext der Lebensqualität steht. Handlungsstrategien in unmittelbarer Todesnähe hingegen stehen dem diametral gegenüber. Das Ideal des ruhigen Sterbens und des Loslassens des Lebens ist ein scharfer Kontrast zur lebensbejahenden Ausrichtung auf die Qualität des verbleibenden Lebens.

---

3 Vgl. von Wartburg u. a. 2012: 7; Dreßke 2008: 218.

4 »WHO defines Quality of Life as individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment« (World Health Organization 1997). Diese Definition wurde auch vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit übernommen (vgl. www.bag.admin.ch/transplantation/00692/02582/12400/index.html?lang=de, zuletzt geprüft am 20.02.2016).

5 Dies, obwohl auch verschiedenste Forschung zur Spiritualität als Einflussfaktor auf Wohlbefinden und Lebensqualität besteht (Zwingmann u. a. 2011: 78–82). Zur Umsetzung des Konzepts der Lebensqualität s. z. B. Dreßke (2008: 224).

Das Ideal des ruhigen Sterbens kann mittels des Konzepts der Leitidee von Rainer M. Lepsius weiter untersucht werden: Nach Lepsius (2013: 27) gibt es kontextspezifische Ideen, die das Verhalten in einem bestimmten Kontext prägen und strukturieren. Eine davon ist die dominante »Leitidee«, welche die anderen Ideen prägt.[6] An diese wiederum sind »Rationalitätskriterien« geknüpft, die ihrerseits an den bestimmten Handlungskontext gebunden sind. Mit »Rationalitätskriterien« werden die Argumente bezeichnet, welche die Handlungsstrategien legitimieren. Diese Kriterien gelten nur unter bestimmten Umständen, die typisch für die jeweilige Leitidee sind: »Im Zuge ihrer Institutionalisierung werden Wertvorstellungen und Leitideen konkretisiert durch die Ausbildung von Rationalitätskriterien « (Lepsius 2013: 27). Wie viel Relevanz eine Leitidee hat, zeigt sich daran, inwiefern sich das Handeln der Akteure an deren Rationalitätskriterien orientiert.[7]

Lepsius hat sich mit seiner Theorie auf politische Institutionen und Systeme konzentriert, sie lässt sich aber durchaus auch auf die Leitideen innerhalb der untersuchten Spitäler anwenden: Innerhalb eines Spitals können aus dieser Perspektive verschiedene Leitideen vertreten werden und dieselbe Idee kann in mehreren Organisationen[8] vorkommen. Innerhalb der Organisationen können dementsprechend Konflikte zwischen den Leitideen bestehen (vgl. ebd.: 30; Lepsius 1995: 394).

Kann das ruhige Sterben die zentrale Leitidee im Umgang mit Sterben und Tod sein und somit auch zur Leitidee der Palliative Care werden? Und würde das bedeuten, dass sie mit der zunehmenden Institutionalisierung der Palliative Care ebenfalls institutionalisiert wird? Unter dem Aspekt einer gemeinsamen Leitidee der Palliative Care können die Daten in ein neues Licht gerückt werden. Das ermöglicht eine neue Sicht auf das Zusammenspiel von Vorstellung, Legitimierung und Handlung, also jenen Elementen, die in der Datenauswertung herausgearbeitet und in Kapitel 9 zusammengefasst wurden.

---

6 Die Vermittlungsprozesse zwischen Leitideen und Verhalten nennt Lepsius »Institutionen«. Im Folgenden wird lediglich das Konzept der Leitidee aufgenommen und ihr Zusammenhang mit Rationalitätskriterien und Handlungskontexten. Die Bezeichnung »Institution« wird nicht von Lepsius übernommen, sondern wie bisher weitergeführt.

7 Für Lepsius haben die »Institutionen« noch mehr Dimensionen, nicht nur die Rationalitätskriterien und den Handlungskontext, sondern auch »die Entwicklung von Sanktionsmitteln zur Durchsetzung ihrer Geltung gegenüber andern Leitideen, die Verarbeitung von Folgen und Kontingenzen, die durch Institutionalisierungsprozesse ausgelöst werden, und die Konfliktaustragung und Vermittlung zwischen verschiedenen und gegensätzlichen institutionalisierten Leitideen« (Lepsius 1995: 399 f.). Dies wird im vorliegenden Kontext jedoch nicht beachtet, da solche Sanktionsmittel in den analysierten Daten nicht identifiziert wurden.

8 Die Spitäler selbst würde Lepsius nicht als »Institutionen«, sondern als »Organisationen« bezeichnen.

Der Zusammenhang von Handlungsstrategien, Vorstellungen und Legitimierungsstrategien kann in Anlehnung an Lepsius' Institutionsverständnis wie folgt analysiert werden: Innerhalb der Spitäler kann es verschiedene Leitideen geben. Eine davon ist die Vorstellung des ruhigen Sterbens. Der Handlungskontext des ruhigen Sterbens ist die palliative Situation in unmittelbarer Todesnähe, sobald nicht mehr medizinische oder berufsspezifische Handlungsstrategien ausgeführt werden können und somit eine von Unsicherheit geprägte Situation vorliegt,[9] die nicht zum heilungsorientierten Selbstverständnis der Spitäler passt.[10] Diese Situation bedingt die spitälerübergreifende Leitdee in der Palliative Care. Gemäß den erhobenen Daten herrscht die Leitidee des friedlichen Sterbens ab einem gewissen Zeitpunkt im Sterbeprozess vor, während vorher die Erhaltung der Lebensqualität angestrebt wird.[11] Die Idee und deren Handlungskontext werden zusammen mit der Institutionalisierung der Palliative Care ins Gesundheitssystem aufgenommen. Der Handlungskontext des Sterbens wird Teil des Spitals. Diese Leitidee wird von den Akteuren u. a. mit religiösen Handlungsstrategien verknüpft und auch mit der Vorstellung einer unsterblichen Komponente.

Die zur Leitidee des ruhigen Sterbens zugehörige Rationalisierungsstrategie ist die Referenz auf das eigene Gefühl und die persönliche Erfahrung. Diese passt in den beschriebenen Handlungskontext, weil nur wenige bis keine Vorschriften einzuhalten sind. Die Palliative Care ist insbesondere im Spital ohne Palliativstation nur schwach verankert, was dazu führt, dass die Handlungsstrategien zur Förderung des ruhigen Sterbens vorwiegend auf der individuellen Ebene ausgeführt und vom Spital nicht institutionell unterstützt werden. Die dazugehörige Rationalisierungsstrategie basiert ebenfalls auf dem Individuum und ist nur wenig reflektiert. In Spital Rotach sind die Handlungsstrategien mit dem Ziel des ruhigen Sterbens stärker in der Struktur verankert, obwohl in den Leitlinien die Lebensqualität an erster Stelle steht. Das heißt, dass das Spital solche Interventionen vorschlägt und sie institutionell unterstützt. Dennoch ist diese Leitidee auch auf der Palliativstation in Spital Rotach noch größtenteils implizit, da sie ausgehend von den mitarbeitenden Personen nur langsam in die Institution einfließt und nur wenig reflektiert ist. Im folgenden Kapitel wird gezeigt werden, dass im besagten Spital einige Abläufe aus der individuellen Praxis in die Institution übernommen wurden. Dennoch nimmt das ruhige Sterben in der Kommunikation nach außen keine zentrale Rolle ein. Es scheint zwar im Zitat von Saunders in der Informationsbroschüre auf, aber ansonsten fokussiert der Inhalt auf die Lebensqualität. Im Alltag auf der Station zeigt sie sich in kleinen Dingen, wie zum Beispiel in Ausdrücken wie »gehen können« anstatt »sterben«. Erst in den Inter-

9 Hier ist einschränkend anzumerken, dass medizinische Handlungen nicht analysiert wurden.

10 Mehr dazu in Kapitel 13.

11 Die Leitidee der kurativen Medizin ist demnach das Gesundwerden.

views konnte die Tragweite des Konzepts erfasst werden. Dass in den untersuchten Spitälern das ruhige Sterben meistens nicht als Ideal erkannt, sondern als der reale Prozess des Sterbens wahrgenommen wird, lässt darauf schließen, dass der wissenschaftliche Diskurs zum guten Sterben und zu idealen Sterbeprozessen in der Praxis bislang nur wenig reflektiert wird.

# 12 Die Rolle der Institution

In den Daten hat sich gezeigt, dass alternative Religiosität in der Palliative Care in Handlungsstrategien und Glaubensvorstellungen vorkommt. Im Folgenden werden die Daten daraufhin rekapituliert, wie diese Religiosität in den untersuchten Institutionen aufgenommen wird. Das lässt sich in verschiedene Fragen unterteilen: Welche Handlungsstrategien wurden im individuellen Rahmen und welche institutionalisiert ausgeführt? Und unter welchen Umständen war das möglich? Diese Fragen sind in der vorliegenden Arbeit von großer Relevanz, da damit die Einbettung alternativer Religiosität in den untersuchten Spitälern nachvollzogen werden kann. Es wird ein weiter Institutionsbegriff verwendet, in dem auch die Organisation »Spital« als Institution verstanden wird.[1]

Ob etwas im Spital institutionalisiert ist, wird an vier Kriterien festgemacht, von denen mindestens eins erfüllt sein muss.

1) Die Handlungsstrategie ist schriftlich festgehalten.
2) Die benötigten Hilfsmittel werden vom Spital bereitgestellt.
3) Die interviewte Person und/oder deren Arbeitskollegen sehen die ausgeführte Handlung als ihre professionelle Aufgabe.
4) Eine Person wurde zur Ausführung dieser Handlungsstrategie angewiesen.

Anhand dieser Punkte wird zwischen institutionalisierten und nicht-institutionalisierten Handlungsstrategien unterschieden.[2] Bei Letzteren, so die Vermutung,

1 Der Institutionsbegriff wird in der Soziologie und der Religionssoziologie mit unterschiedlichen Bedeutungen gefüllt und insbesondere das Verhältnis des Individuums zur Institution wird verschieden ausgelegt (vgl. z. B. Miebach 2014: 66 f.; Schiller-Merkens 2008: 32–35; Fuchs-Heinritz u. a. 2011: 308–309). Meistens wird bezüglich Spitälern von »Organisationen« gesprochen. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff »Institution« jedoch im Hinblick auf die Fragestellung verwendet, inwiefern Handlungsstrategien und Vorstellungen als Teil der Spitalstruktur angesehen werden sollen oder sie als individuell und persönlich zu verstehen sind. Der Begriff wird also nicht im Sinne des soziologischen Jargons verwendet.

2 Ein Großteil der untersuchten Handlungsstrategien und der Vorstellungen dahinter wurde nicht in den Beobachtungen mitverfolgt, sondern in Form von Interviews und Dokumentenanalyse erfasst. Somit liegt den Untersuchungen die Interpretation der Interviewten oder der Spitäler bzw.

handelt es sich um persönliche Handlungsstrategien, denn sie wurden meistens autoreferenziell begründet. Das heißt, die persönlichen, »nicht-institutionalisierten« Handlungen werden nicht von den Spitälern vorgeschrieben, sondern stammen, wie von den interviewten Personen dargestellt, aus dem »Repertoire« der ausführenden Person.

## 12.1 Handlungsstrategien in den Spitälern

### 12.1.1 »Dasein«

Während des »Daseins« wurden teils institutionalisierte, teils nicht institutionalisierte Handlungsstrategien ausgeführt. Trotzdem lassen sich Tendenzen feststellen. Wie im Datenkapitel 6.1 gezeigt wurde, werden die Handlungen im »Dasein« nach einem Bruch in der Arbeit eingesetzt, der je nach Berufsgruppe bei einem bestimmten Punkt im Verlauf des Sterbens der PatientInnen eintritt. Dieser Bruch ist für die meisten verbunden mit einer ungewohnten oder sogar schwierigen Situation. Die meisten Handlungsstrategien, die während des »Daseins« ausgeführt werden, nimmt das Personal nicht als von den Spitälern vorgegeben war. Ob sie trotzdem als Teil der eigenen Rolle gesehen werden, ist unklar.[3] Generell wurden in den Interviews keine Angaben zur Herkunft dieses Topos gemacht, auch nicht von den freiwilligen Mitarbeitenden, die das »Dasein« als ihre Hauptaufgabe sehen. Nur von den Seelsorgenden wurde auf Nachfrage das Konzept des »Daseins« auf die Bibel zurückgeführt (s. E-Mail von S2 am 16.03.2015) und auf die Gegebenheiten der Krisensituation, in denen sich die PatientInnen befinden (s. Notizen zum Telefonat mit S4 am 16.04.2015; E-Mail von S3 am 16.03.2015). S3 schreibt dort zudem, dass für die Freiwilligen keine schriftlichen Vorgaben dazu bestehen.

Die schweizerische Gesellschaft für Palliative Care, palliative ch, greift in der Leitlinie »Best Practice« von Spiritual Care das »Dasein« als Grundlage für die spirituelle Betreuung auf. Allerdings werden dort keine spezifischeren Angaben dazu gemacht, was dabei genau getan werden soll, außer, dass man offen zuhören soll (vgl. palliative ch 2008: 4). Der Bruch in der Arbeit entsteht aus der Absenz von Vorschriften der Spitäler. Palliativ ch geht zwar auf diese Situationen ein und schlägt das Instrument des »Daseins« vor, umreißt dieses aber auch nur ungenau.

---

der VerfasserInnen der entsprechenden Dokumente zugrunde. Auch bei denjenigen Handlungsstrategien, die in den Feldnotizen festgestellt wurden, handelt es sich um eine Verschriftlichung der Daten durch die Forscherin, die mittels der angewendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden so gegenstandsgemäß wie möglich ausfällt (s. Kapitel 3 zur Methode).

3 Wie ein Arzt von einem anderen Spital angemerkt hat, sieht er das In-sich-Gehen, wenn jemand im Koma liegt, als Teil seiner Aufgabe als Arzt (Gespräch vom 25.09.2015). Die wenigsten Interviewten haben sich dazu geäußert.

Dieses Papier wurde zudem von den interviewten Personen nicht erwähnt, was auf seine geringe Relevanz im Arbeitsalltag der Interviewten hindeutet. Klar ist deshalb, dass der Topos des »Daseins« einen freien Raum des eigenen Ermessens innerhalb der Spitalstrukturen eröffnet und eine Chance bietet, in Situationen zu handeln, in denen vorgeschriebene Handlungen nicht mehr greifen.

Die Gestaltung des »Daseins« basiert auf Berührungen und Präsenz, was nicht klar als institutionalisiert oder persönlich bezeichnet werden kann. Jedoch muss ein gewisses Quantum an Zeit zur Verfügung stehen: Die Seelsorgenden haben zwar nicht die Zeit, zu allen Patientinnen und Patienten im Spital zu gehen, sie rechnen jedoch pro Besuch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen relativ viel Zeit ein. Wenn die Sterbenden christlich sind, dann können sie während des »Daseins« christliche Rituale durchführen, wie es ihrem kirchlichen Auftrag entspricht. Wenn aber die zu Betreuenden nicht dem Christentum angehören, führt dies dazu, dass sie auf alternativ-religiöse Handlungsstrategien zurückgreifen, um diesen Situationen gerecht zu werden. Diese finden innerlich statt, sodass sie von außen nicht sichtbar sind. Die Freiwilligen praktizieren in dieser Zeitspanne alternativ-religiöse Meditationen und führen innerliche Gespräche. Beides kann problemlos durchgeführt werden, da von außen nicht sichtbar ist, was die ausführende Person »innerlich« macht. Dass alternativ-religiöse Handlungsstrategien während des »Daseins« meistens innerlich ausgeführt werden, indiziert ein Tabu im Umfeld der Handelnden. Dass sie den Sterbenden auf diese Art beim Loslassen helfen wollen, soll nicht gesehen werden. Als Ausnahme wird in Spital Heckenbühl von den Pflegenden in dieser Situation Aromatherapie in Form von Raumbeduftung angewendet. Die Mittel und Vorschriften dazu sind vom Spital vorgegeben und somit akzeptiert und können ohne viel Zeitverlust im stressigen Arbeitsalltag angewendet werden. Nur die Pflegenden in Spital Rotach können sich im »Dasein« Zeit zum Zuhören nehmen. Der befragte Arzt und die Ärztin verfügen nicht über die zeitlichen Ressourcen, um nur einfach da zu sein.

Die PsychologInnen in Spital Rotach verstehen Imaginationen als Teil des »Daseins«. Dabei werden Sterbende auf eine imaginierte Reise geführt. Im Gegensatz beispielsweise zu den Meditationen sind die Imaginationen von außen hörbar und finden somit im Einverständnis des Umfelds statt. Auch werden sie als Teil der Psychotherapie nach C. G. Jung verstanden (vgl. Baier 2009: 624 f.), weshalb sie hier als institutionalisiert bezeichnet werden.

### 12.1.2 Gespräche als Handlungsstrategien

Dass Gespräche über Religiosität und Spiritualität zur Aufgabe bestimmter Berufsgruppen gehören, ist in den Spitälern zwar nicht schriftlich festgehalten, wird aber von den interviewten Personen so wahrgenommen. Die zwei Personen im Konsiliardienst für spezialisierte Palliative Care in Spital Heckenbühl sehen

sich in Form von Assessments für Gespräche zuständig, haben jedoch meistens keine Zeit für einen vertieften Austausch darüber hinaus. Dafür seien die Seelsorgenden, die PsychologInnen und die Körpertherapeutin kompetent. Diesen Berufsgruppen wird von den Spitälern auch mehr Zeit mit den einzelnen PatientInnen zugesprochen. Die Pflegenden sehen mehrheitlich die Seelsorgenden als verantwortlich für diese Gespräche, mit der Begründung, dass sie selbst nur über wenig Zeit verfügen oder sich keiner Religion zugehörig fühlen. Da sie laut den Palliative Care-Leitlinien auch auf die spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen eingehen sollen, versuchen sie die »spirituelle Ebene« über den Beziehungsaufbau zu erreichen. Auch laut der Vorlage zur »Best Practice« von palliative ch sollen Gespräche über religiöse Fragen zwar von allen geführt werden, aber die Seelsorgenden werden als die SpezialistInnen dargestellt (vgl. palliative ch 2008: 4). Die Seelsorgenden teilen diese Ansicht. Und auch die Komplementärtherapeutin in Spital Heckenbühl und die PsychologInnen in Spital Rotach sind einverstanden mit der Rolle, die ihnen zugeteilt wird. Nur die Psychologin in Spital Heckenbühl sieht sich nicht zuständig für Gespräche über »Spiritualität«, da sie unter »Spiritualität« etwas zutiefst innerliches versteht, was gar nicht in Gesprächen ausgedrückt werden könne. Die Freiwilligen F3 und F2 in Spital Heckenbühl führen nur selten Gespräche mit den PatientInnen, weil sie vorwiegend in der Nacht bei Schwerkranken eingesetzt werden. Sie wollen den Sterbenden zudem nichts aufdrängen und reagierten abwehrend, als sie in den Interviews nach Gesprächen über Religion gefragt wurden (F3: 417–419). Aus diesen Reaktionen wurde ersichtlich, dass das Thema Religion in Spital Heckenbühl ein Tabu darstellt. Dasselbe indiziert die abwehrende Reaktion der Pflegenden in Spital Heckenbühl. Religion soll ein Thema der Seelsorge bleiben und nicht vom medizinischen Personal übernommen werden. In Spital Heckenbühl, so die Ärztin im Konsiliardienst, würden Religiosität und Spiritualität gerade von jüngeren Ärzten oft belächelt (K2: 155–159). In Spital Rotach sind die Grundlagen anders, hier kommen Freiwillige auch tagsüber und zeigen sich offener für Gespräche oder auch Gebete mit Sterbenden. Auch der zuständige Arzt findet Zeit für Gespräche über religiöse Vorstellungen und Bedürfnisse.

Gespräche können je nach Berufsgruppe als institutionalisiert bezeichnet werden. Die wichtigste Grundlage dafür ist, dass den Mitarbeitenden die Zeit dafür zur Verfügung steht. Argumente gegen Gespräche sind die Haltung des Umfelds gegenüber Religiosität, die Wahrnehmung der eigenen Rolle, die keine Gespräche über Religion beinhaltet, fehlende persönliche Religiosität oder der Zustand und die Wünsche der Sterbenden. Für katholische Seelsorgende besteht zudem die Regelung der Landeskirche, dass sie nur PatientInnen der eigenen Konfession besuchen dürfen (vgl. Dienststelle Spital- und Klinikseelsorge 2007, anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt), was je nach Person eingehalten oder fallweise auf Wunsch der PatientInnen umgangen wird.

### 12.1.3 Komplementäre Therapien

Eine Komplementärtherapie ist in Spital Heckenbühl institutionalisiert, aber nicht unter dem ursprünglichen Namen, sondern als *Körpertherapie*. Sie hat nur unter der Bedingung, dass sie nicht als religiös aufgefasst wird, Platz in Spital Heckenbühl. Der Name »Körpertherapie« distanziert sich durch die Betonung des Körpers von den religiösen Inhalten. In der Präsentation nach außen wird die Körpertherapie auch nicht unter ihrem neuen Namen erwähnt: Auf der Webseite des Spitals wird sie nicht aufgeführt und auch die Abrechnung geschieht ohne explizite Nennung über die Pflege. Die Körpertherapie wurde personengebunden in Spital Heckenbühl aufgenommen.[4] Eine langjährige Mitarbeiterin des Pflegefachpersonals hat sich in dieser Therapieform weitergebildet und dann langsam ihre Stellenprozente im neuen Beruf erhöht.

Die Argumente, weshalb Körpertherapie funktioniere, sind naturwissenschaftlich ausgerichtet. KT1 gibt im Interview auf eine abstrakte Weise Auskunft über die Herkunft der Techniken aus verschiedenen Traditionen im Schnittfeld von Religion und Medizin. »Energetische Blockaden« spielen im Spitalkontext nur eine sekundäre Rolle, auch wenn sie für andere Anbieter dieser Heilmethode eine zentrale Rolle spielen. Die Therapieform basiert nach der schweizerischen Gesellschaft dieser Komplementärtherapie auf der Überzeugung, dass sich jeder Mensch in einem zweipoligen Energiefeld befinde, in dem die Lebensenergie fließt. Durch deren Erhalt werde die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen gefördert.[5]

In den Beispielen fokussiert KT1 mehr auf die Wirkung, dass man sich wohlfühle und entspannen könne. Aus dem Anfang des Interviews geht jedoch hervor, dass Auswirkungen auf die Psyche oder die Person als Ganzes für die Therapeutin selbst eine wichtigere Stellung einnehmen als die körperliche Behandlung (KT1: 18–32). In der Umsetzung der Arbeit selbst zeigte sich zudem, dass religiöse Konzepte auch hier präsent sind: Die Massage wurde nach der indischen Elementenlehre mit wellenförmigen Bewegungen ausgeführt, weil die Niere, an welcher der Behandelte Probleme hatte, für das Element Wasser stehe. Das weist darauf hin, dass diese Komplementärtherapie im Spitalkontext als körperliche und psychologische Technik ihren Platz hat, im Hintergrund und auch in der Umsetzung jedoch alternativ-religiöse Konzepte einfließen.

---

4 Da die Nachfrage zu komplementären Therapien steigend ist, wäre sie ohne diese Gelegenheit wohl auch im Spital aufgenommen worden, wie es auch in anderen Schweizer Spitälern passiert ist. Das kann jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht rekonstruiert werden.

5 Schweizerischer Verband dieser Komplementärtherapie: Internetseite anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

*Aromatherapie* ist in beiden Spitälern durch schriftliche Weisungen vorgegeben. Somit handelt es sich dabei um eine institutionalisierte Handlungsstrategie. Die Ausführenden sind immer die Pflegenden. Wie oben dargelegt, eignet sich die Aromatherapie für die Pflege in Spital Heckenbühl, weil gleichzeitig andere Handlungen ausgeführt werden können, was wieder den Zeitaspekt in Spital Heckenbühl betont. Interessant ist, dass in Spital Heckenbühl in der Umsetzung nur das aufgenommen wird, was sich auf körperliche Beschwerden bezieht, während in Spital Rotach Aromatherapie nur teilweise zur Symptombekämpfung eingesetzt wird. In Letzterem dient sie vorwiegend der Raumbeduftung, was die »Atmosphäre« reinige und das Loslassen fördere. Der medizinische Aspekt wird auf der untersuchten Palliativstation eher abgelehnt. Das kann, wie im Datenkapitel angesprochen, einerseits darauf zurückgeführt werden, dass die Pflegenden dort mehr mit PatientInnen konfrontiert sind, die Komplementärmedizin der Schulmedizin vorziehen, was teilweise zu großen Schmerzen führen kann. Andererseits lässt sich in Spital Rotach allgemein mehr Offenheit gegenüber Religiosität feststellen und somit hat Aromatherapie als Hilfe im Sterbeprozess seine Berechtigung.

Die komplementär-therapeutischen Anwendungen stehen in einer Zwischenposition: Dank ihres Ursprungs in der Phytotherapie, die sich, wie auch die Schulmedizin, auf biochemische Wirkstoffe beruft, wird insbesondere die Aromatherapie in den Spitälern akzeptiert. Dasselbe gilt für die Körpertherapie, welche über den Körper arbeitet und ebenfalls institutionalisiert wurde. Diese bedient zugleich alternativ-religiöse Vorstellungen wie Energiebahnen im Körper und medizinische Konzepte von Heilung oder Linderung. Ebenso bedient sie das Ideal der psychologischen Entwicklung bzw. des ruhigen Sterbens.

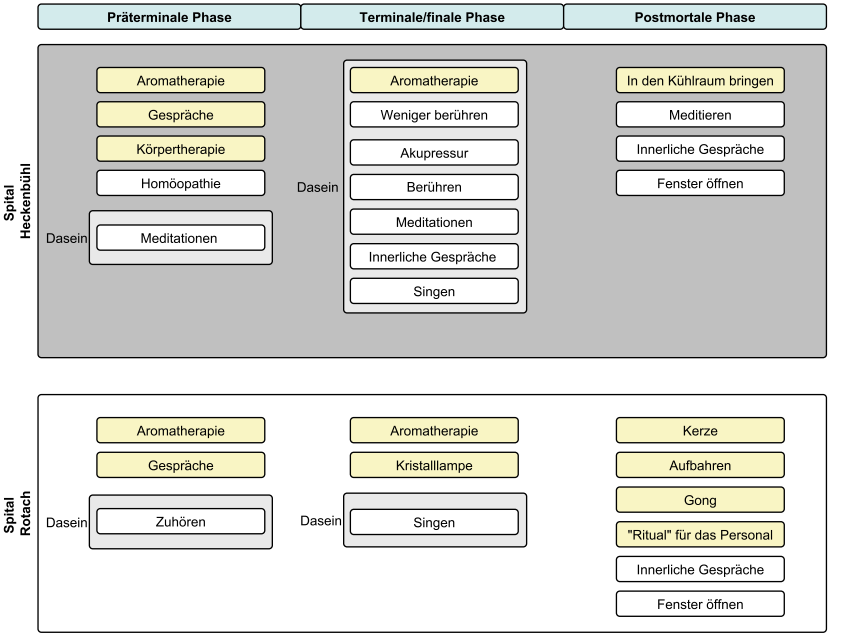
In Spital Rotach gibt es als zwei weitere institutionalisierte Handlungsstrategien den *Gong* und die *Kristalllampe*. Die beiden Gegenstände werden vom Spital zur Verfügung gestellt und sie wurden eingeführt, weil die Mitarbeitenden beteiligt waren, als die Abläufe festgelegt wurden. Dass das *Fenster* nach dem Tod geöffnet wird, ist nicht von den Institutionen geregelt und kann ganz einfach von den Akteuren ausgeführt werden, ohne dass dies auffällt.

Welche Handlungen institutionalisiert sind, wird im Anschluss an diese Ausführungen in Abbildung 11 dargestellt.

Bei dieser Grafik handelt es sich um eine ausdifferenzierte Form von Abbildung 10. Gelb hinterlegt sind die institutionalisierten Handlungen. Diese Darstellung lässt erkennen, dass die interviewten Personen in Spital Heckenbühl mehrheitlich nicht-institutionalisierte alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der terminalen Phase und während des Todes beschrieben, nämlich innerliche Gespräche, Meditationen und komplementär-therapeutische Techniken. Unter dem Topos des »Daseins« werden seitens der Mitarbeitenden ausschließlich in Spital Heckenbühl alternativ-religiöse Handlungen auf der persönlichen Ebene einge-

bracht. Da das »Dasein« stark mit einer Lücke in den Vorschriften in Verbindung gebracht wird, kann man daraus schließen, dass religiös konnotierte Handlungen mehr Raum einnehmen, sobald die Institution weniger medizinische Vorgaben macht. »Dasein« wird in Spital Heckenbühl vielfältiger eingesetzt als in Spital Rotach und in der präterminalen Phase werden die Sterbenden durch die Körpertherapeutin unterstützt, was wiederum eine institutionalisierte Handlung mehr darstellt als in Spital Rotach.

*Abbildung 11: Alternativ-religiöse Handlungsstrategien unterteilt in institutionalisiert (gelb) – nicht-institutionalisiert*




In Spital Rotach wurden alternativ-religiöse Handlungsstrategien vermehrt auf die Phase nach dem Tod einer Patientin oder eines Patienten bezogen. Auf der Palliativstation in Spital Rotach sind sie akzeptierter, deshalb sind äußerlich sichtbare Handlungen möglich und werden vom Spital sogar unterstützt. Dabei handelt es sich meistens um institutionell unterstützte reinigende Handlungen mittels Gegenständen.

Diese Unterschiede weisen auf die Relevanz der institutionellen Bedingungen hin. Bevor genauer auf diese Bedingungen eingegangen wird, werden noch die in den Interviews genannten Glaubensvorstellungen untersucht.

## 12.2 Glaubensvorstellungen in den Spitälern

Wie in Kapitel 10 beschrieben, spielt in den untersuchten Spitälern vor allem die Vorstellung einer unsterblichen Komponente des Menschen eine Rolle. Diese wurde mit den Handlungsstrategien der Mitarbeitenden in die Institution eingebracht: Sie bildet die Grundlage für Strategien, die das ruhige Sterben fördern sollen, die wiederum mit einem psychologischen Ablösungsprozess erklärt werden. Wie in Kapitel 11 zum ruhigen Sterben ausgeführt wurde, handelt es sich dabei um eine teilweise institutionalisierte Leitidee in der Palliative Care. Insbesondere in den reinigenden Handlungsstrategien in Spital Rotach zeigte sich die Institutionalisierung: Die Handlungen wurden zum Zweck des Loslassens der Verstorbenen ausgeführt und vom Spital werden die benötigten Gegenstände zur Verfügung gestellt. Da diese Reinigung von einer postmortalen Präsenz ausgeht, ist dadurch auch die Vorstellung der unsterblichen Komponente institutionalisiert.

Während die meisten Berufsgruppen die Idee einer psychologischen Entwicklung am Lebensende in der Ausdrucksweise »gehen können« anstatt »sterben« nur implizit in ihre Arbeit einbringen, wird sie von den PsychologInnen in Spital Rotach in eine institutionalisierte Form gebracht, und ebenso mittels Komplementärtherapien: So setzt beispielsweise S1 sein homöopathisches Wissen ein und KT1 die komplementärtherapeutischen Anwendungen, um die PatientInnen psychologisch besser betreuen zu können. Gleichzeitig finden durch diese Handlungsstrategien ganzheitliche Menschenbilder Eingang in die Spitäler. Körperliche Behandlungen werden im Hinblick auf die psychische und »seelische« Gesundheit ausgeführt. Vice versa haben diese einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit.

## 12.3 Der Einfluss der Institution auf alternative Religiosität

Wie können obige Beobachtungen erklärt werden? Wovon sind die Formen alternativ-religiöser Handlungsstrategien und Vorstellungen und die Möglichkeiten, jene einzusetzen, abhängig?

Grundsätzlich unterscheiden sich die Spitäler Heckenbühl und Rotach darin, dass Rotach eine Palliativstation hat und Heckenbühl einen Konsiliardienst. Das heißt, dass die spezialisierte Palliative Care in Spital Heckenbühl auf das Gesamtspital verteilt ist, während sie in Spital Rotach auf einer einzigen Station ausgeführt wird. Das führt dazu, dass in Spital Heckenbühl immer ein Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten stattfinden muss, ab wann eine Person wirklich als »sterbend« eingeschätzt werden soll und diesen Dienst erhält. In Spital Rotach geschieht das schon vor der Aufnahme auf die Palliativstation, wodurch die Entscheidung mehr bei den direkt Betroffenen und deren Angehörigen liegt als beim Personal. Wie in Kapitel 5 zu den zwei Spitälern ausgeführt, gibt es noch weitere

Unterschiede in den Spitälern: Spital Heckenbühl ist viel größer als Spital Rotach und auf der Station der Inneren Medizin gibt es mehr PatientInnen pro Person zu betreuen, somit bleibt dort weniger Zeit pro Person. Auch bleiben die PatientInnen länger auf der Palliativstation als auf der Station der Inneren Medizin, was ein persönlicheres Verhältnis zum Personal ermöglicht. Die Palliativstation und der Konsiliardienst sind eher neu eingeführt, was bei der Palliativstation bedeutet, dass das Personal in der Strategieentwicklung mitgewirkt hat. Im Fall des Konsiliardienstes scheint das eher dazu beizutragen, dass er noch nicht so stark in die anderen Abläufe eingebunden ist. Vom Selbstverständnis her zeigt sich die spezialisierte Palliative Care in Spital Heckenbühl mehr auf die Lebensqualität ausgerichtet, während Spital Rotach in der Kommunikation auch die Unterstützung im Sterbeprozess ausformuliert (s. Kap. 1.2). Verschiedene religiöse Symbole und Gegenstände im Stationszimmer der Palliativstation weisen zudem auf ein entspannteres Verhältnis zu Religion hin als in Spital Heckenbühl (s. Kap. 5).

Wenn nun aus der obigen Schilderung der institutionalisierten Handlungsstrategien die wichtigsten institutionellen Voraussetzungen herangezogen werden, können als die wichtigsten organisatorischen und institutionsabhängigen Faktoren daraus die generelle Einstellung zu Religion im Rollenverständnis, die im Spital kultiviert wurde, die Zeit, die für die einzelnen PatientInnen eingesetzt wird und die Einbindung des Personals in strategische Entscheidungen innerhalb der Institution extrahiert werden.

### 12.3.1 Tabuisierung von Religion

Wie sich in der Reflexion der Gesprächssituationen zu Religiosität gezeigt hat, handelt es sich in Spital Heckenbühl beim Thema Religion generell um ein Tabu-Thema, und auch in Spital Rotach ist es nicht einfach, darüber zu sprechen. Einerseits wird alternative Religiosität gerade von jüngeren Ärzten und Ärztinnen in Spital Heckenbühl grundsätzlich belächelt. Andererseits wird das Tabu über die Patientenzentriertheit begründet. Man will nicht übergriffig sein und den PatientInnen keinen Glauben überstülpen. S3 und Psy2 beschreiben zum Beispiel, wie der/die Sterbende eine eigene Vorstellung entwickeln soll, da ja nichts aufgedrängt werden soll. Vermutlich aufgrund der Einstellung, die in Spital Heckenbühl gegenüber Religion kultiviert wird, ist die Komplementärtherapeutin nur unter der Bezeichnung »Körpertherapie« eingebunden und fokussiert sich auf die Symptomlinderung. Diese Vermutung bestätigt sich in den Interviews und Gesprächen mit der Therapeutin. Auch sie betonte klar die symptomlindernde Wirkung der Therapie; die religiös konnotierte Wirkungsweise über die körperlichen Energiebahnen erwähnte sie nur am Rand. Wie in Kapitel 12.1.3 ausgeführt wurde, verfügen die Komplementärtherapien über eine Sonderstellung. Weil in Spital Rotach Religion weniger tabuisiert war und die Palliativstation explizit auf

das Sterben ausgerichtet ist, musste sich der Arzt in diesen Gesprächen nicht auf körperliche Beschwerden beschränken, sondern war auch offen für Gespräche über Jenseitsvorstellungen.

Dieses Tabu steht im Kontrast zur Vorschrift aus den Palliativ Care-Leitlinien, nach denen das gesamte Personal offen für spirituelle Bedürfnisse der PatientInnen sein soll. Von den Pflegenden in Spital Heckenbühl wird dieses Dilemma so gelöst, dass sie für religiöse Themen die Seelsorgenden rufen, was die traditionelle Rollenverteilung fördert. In Spital Rotach greifen die Mitarbeitenden vermehrt auf den psychologisch gefüllten Spiritualitätsbegriff zurück. Somit steht auch das psychologische Verständnis von Spiritualität im Kontext des Tabus. Während die traditionsgebundenen Religionen über die Seelsorgenden und deren Kontakte abgeholt werden können, wird von den anderen Mitarbeitenden Spiritualität mit der Bewältigung von existenziellen Krisen gleichsetzt.

Dass die Spitäler naturwissenschaftliche Methoden anwenden, hat auch Auswirkungen auf die Erwartungen, die die PatientInnen mitbringen. Sie erwarten anscheinend nicht, dass sie mit den Pflegenden über ihre Religiosität sprechen können, und auch nicht, dass die Seelsorgenden für nicht-christliche Gespräche oder Rituale offen sind. Immer wieder wurde betont, dass PatientInnen nicht mit den Seelsorgenden sprechen wollten, weil diese einen christlich-kirchlichen Hintergrund haben. Die PatientInnen hatten offensichtlich allgemein Hemmungen, sich in Belangen ihrer alternativen Religiosität an das Personal zu wenden, wenn sie davon ausgehen, dass dieses nicht denselben Glauben hat wie sie. So bemerkte in Spital Rotach nur eine Pflegehilfe, die selbst hauptberufliche Homöopathin ist, dass verschiedene PatientInnen alternativ-religiöse Handlungen praktizieren, während die restlichen Pflegenden nichts davon wussten.

Dieses Selbstbild kann über den historischen Abgrenzungsprozess erklärt werden, mit dem sich die Spitäler vom christlichen Hintergrund gelöst und auf die Schulmedizin ausgerichtet haben (vgl. Hofstätter 2013: 372; Stolberg 2011). So entstand ein generelles Selbstverständnis von Spitälern als säkular. Wie stark dieses von den einzelnen Mitarbeitenden übernommen wird, variiert je nach Rollenverständnis und Berufsgruppe: Pflegende in Spital Heckenbühl sehen sich hauptsächlich medizinisch ausgerichtet und überlassen darum religiöse Themen den Seelsorgenden, während die Komplementärtherapeutin sich mindestens auf der Gesprächsebene auch auf religiöse Themen einlässt. Auf der untersuchten Station im Akutspital ist dieses Selbstbild stärker als auf der untersuchten Palliativstation, die in ihrer Entstehungsgeschichte mit der Hospizbewegung verbunden ist und somit über einen direkteren christlichen Hintergrund verfügt als die Station für Innere Medizin im Akutspital (vgl. Kränzle u. a. 2010: 5; Walter 1996a). Zudem verfügt Spital Rotach als Ganzes über ein ganzheitliches Konzept, was einerseits das Verhältnis gegenüber Religion entspannt, andererseits der Berufsgruppe der PsychologInnen Kompetenzen in der spirituellen Betreuung zugesteht.

Die Einstellung des Gesamtspitals zu Religiosität beeinflusst somit, von wem alternative Religiosität an die PatientInnen herangebracht wird und ob diese alternativ-religiösen Handlungsstrategien eher innerlich gelebt oder äußerlich sichtbar sind. Infolgedessen werden die alternativ-religiösen Handlungsstrategien in Spital Heckenbühl eher innerlich durchgeführt, während die Sterbenden im Koma liegen. Auch dass diese Handlungsstrategien und Vorstellungen über die eigene Wahrnehmung gerechtfertigt werden und nicht über religiöse Traditionen, kann in einem eher religionsfeindlichen Umfeld weniger kritisiert werden. Das hat zur Folge, dass Religiosität nur selten angesprochen wird, geschweige denn auf der rituellen Ebene Ausdruck findet.

### 12.3.2 Zur Verfügung stehende Zeit

Zeit wird in Spital Heckenbühl als ausschlaggebender Faktor wahrgenommen. Das »Dasein« wird von Personen ohne Zeit anders eingesetzt als von denen, die über viel Zeit verfügen, oder sogar ganz weggelassen. Die Pflegenden in Spital Heckenbühl führen während des »Daseins« Aromatherapie in Form von Raumbeduftung durch, damit sie gleichzeitig bei anderen Dingen weiterarbeiten können. Auch bei Gesprächen ist der Zeitfaktor essenziell. Sie werden nur von den Personen durchgeführt, denen die Berufsrolle es zeitlich erlaubt. Das führt zum Beispiel dazu, dass in Spital Rotach auch der Arzt A1, der für weniger Personen zuständig ist als die Ärzte in Spital Heckenbühl, Zeit hatte, länger mit Sterbenden zu sprechen.

Dieser Faktor erklärt, warum in Spital Heckenbühl so viele verschiedene Handlungsstrategien in der terminalen Phase durchgeführt werden und nach dem Tod fast keine. Die Verstorbenen werden nach ihrem Ableben sehr schnell in die Pathologie gebracht und danach muss der Arbeitsalltag weitergehen, der nicht auf die Phase nach dem Tod ausgelegt ist.

### 12.3.3 Einbindung des Personals

Die Einbindung des Personals ist ein wichtiger Punkt, wie alternativ-religiöse Elemente institutionalisiert werden können. Einerseits wählen die Akteurinnen und Akteure gerade bei nicht-institutionalisierten Praktiken die Praktik selbst aus, andererseits können sie, je nachdem, wie stark sie in die Strategieplanung eingebunden werden, dazu beitragen, dass Handlungsstrategien institutionalisiert werden.

Die Palliativstation in Spital Rotach ist noch sehr jung: Sie wurde Anfang 2010 eröffnet. Die Konzeptualisierung geschah interdisziplinär und es wurden Rituale eingeführt, die den Bedürfnissen der Mitarbeitenden entsprachen. Die Idee, einen Gong zur Zimmerreinigung einzusetzen, ging zum Beispiel von einer Pflegefachfrau aus, die zum Zeitpunkt der Erhebung immer noch in diesem Spital arbeitete. Sie hatte einen persönlichen Bezug zu Gongritualen. Auch die In-

stitutionalisierung der Kristalllampe fand auf diesem Weg statt. Deshalb muss das Bedürfnis des Personals nach alternativ-religiösen Ritualen[6] nicht mehr in individuellen »innerlichen« Handlungen gestillt werden, sondern kann über die Institution eingebunden werden.

Die Körpertherapeutin wurde in Spital Heckenbühl eingebunden, weil sie schon vorher dort gearbeitet hat. In den schon länger festgesetzten Strukturen in Spital Heckenbühl war eine Änderung durch die Initiative von einer schon eingebundenen Person so vereinfacht möglich.

Insgesamt zeigen sich in den zwei Institutionen unterschiedliche Bilder: Während in Spital Heckenbühl die persönlichen religiösen Handlungen und Vorstellungen an den institutionellen Rahmen angepasst werden, wird in Spital Rotach gerade umgekehrt der institutionelle Rahmen an persönliche Praktiken angepasst.

Nachdem der Einfluss der institutionellen Rahmenbedingungen auf die alternative Religiosität ausgearbeitet wurde, wird im folgenden Kapitel die persönliche Motivation des Personals beleuchtet.

6 Aus der Häufung von alternativ-religiösen Handlungsstrategien kurz vor und nach dem Tod kann man schließen, dass das Personal zu diesen Zeitpunkten ein erhöhtes Bedürfnis nach solchen hat.

# 13 Alternative Religiosität als Copingstrategie

In der Datenanalyse (s. Kap. 8.1) war vor allem bezüglich des »Daseins« auffallend, dass die religiösen Handlungsstrategien und das Ideal des ruhigen Sterbens fast ausschließlich in Bezug auf Situationen angesprochen wurden, die von den interviewten Personen als unsicher oder stressig wahrgenommen wurden. Das lässt vermuten, dass es sich bei den religiösen Handlungsstrategien und auch beim Ideal des ruhigen Sterbens um Bewältigungsstrategien oder sogenannte Copingstrategien handelt.

Religiosität oder alternative Religiosität soll damit nicht durch ihre Funktion als Copingstrategie bestimmt werden,[1] sondern es wird lediglich geprüft, ob Handlungsstrategien und Vorstellungen, die über eine deduktive Herangehensweise als religiös identifiziert wurden, dem Personal helfen, Krisen zu überwinden.

Im Folgenden wird zuerst auf den Begriff des Copings eingegangen, der danach zur genaueren Analyse des Forschungsgegenstandes angewendet wird. Es werden also deduktiv Merkmale bestimmt, in welche die vorgängig induktiv konstruierten Codes eingepasst werden (s. Kap. 3). Durch dieses Vorgehen wird die Rolle alternativer Religiosität in der Palliative Care genauer geklärt.

## 13.1 Theoretische Grundlagen des Copingbegriffs

»Coping« ist im englischen sowie im deutschen Sprachraum in verschiedenen Strängen der Psychologie die fachinterne Bezeichnung für die Bewältigung von Stresssituationen.[2] Erstmals theoretisch gefasst wurde der Begriff von Lazarus und Folkman (1984) in ihrem Werk »Stress, Appraisal and Coping«. Ihr Verständnis bildet bis heute eine wichtige Grundlage für die meisten Copingtheorien (vgl. Faltermaier u. a. 2013; Faltermaier 2005: 77, 99). Lazarus und Folkman definieren Coping wie folgt:

1 Zur Kritik an funktionalen Religionsdefinitionen vgl. z. B. Hock 2008: 16–18.

2 In der deutschsprachigen Literatur wird oft der englische Begriff verwendet (vgl. Klein u. a. 2011a: 333 f.). Die deutsche Übersetzung für Coping ist »Bewältigung«.

> [C]onstantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person (Lazarus u. a. 1984: 141).

Dieses Verständnis basiert auf der Annahme, dass aufgrund persönlicher Einschätzung und persönlicher Ressourcen jegliche Gegebenheiten Stressfaktoren darstellen können. Die persönliche Einschätzung einer Situation geschieht in drei Schritten: [1] Die Basis bildet die »primäre Einschätzung« einer Situation als irrelevant, positiv oder negativ für sich selbst. Nach dieser primären Einschätzung muss die betroffene Person entscheiden, wie sie reagieren soll. Die Handlung, die daraus erfolgt, wird bei einer negativen Primäreinschätzung ein »Bewältigungsversuch« genannt.[3] [3] Danach erfolgt die tertiäre Einschätzung, die Neubewertung der Situation (vgl. Lazarus 1995: 212–215; Faltermaier 2005: 78). Faltermaier (2005) erweitert diese Theorie der persönlichen Einschätzung und betont, dass gewisse äussere Faktoren die persönliche Stresswahrnehmung besonders fördern. Insbesondere einschneidende Lebensereignisse, Dauerbelastungen und Alltagsärgernisse werden als Stressfaktoren erlebt. Stressauslösende Lebensereignisse sind meist »subjektiv bedeutsame, mehr oder weniger abrupte Veränderungen im Lebenslauf einer Person«. Unter Dauerbelastungen versteht er »langfristige Belastungen, die sich für eine Person in ihren sozialen Rollen oder aus Lebensverhältnissen ergeben«, und unter Alltagsärgernissen »eher kleinere Vorfälle im Alltag« (ebd.: 82).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit scheinen die ersten beiden äußeren Stressfaktoren besonders wichtig zu sein. Auf den ersten Blick scheinen die Konfrontation mit dem Lebensereignis Tod sowie die daraus resultierende berufliche Dauerbelastung, die kontinuierliche Konfrontation mit dem eigenen zukünftigen Ableben, eine Rolle zu spielen. Wodurch Dauerbelastungen bei Berufstätigen ausgelöst werden können, legt Faltermaier in Anlehnung an den Soziologen Pearlin wie folgt dar (vgl. Faltermaier 2005: 81):

a) Überforderungen durch eine Aufgabe, b) Belastungen durch Rollenkonflikte, c) Belastungen durch Personenkonflikte, d) Belastungen durch eine unerwünschte Rolle, e) Verlust einer Rolle oder Übernahme einer zusätzlichen Rolle und f) Umstrukturierung einer Rolle. Bewältigungsversuche sollen dabei helfen, dass man einer Stresssituation nicht passiv ausgeliefert ist, sondern sich als handelnder Akteur verhalten kann.[4] Sie können entweder bei der Lösung des Problems oder bei den eigenen Gefühlen ansetzen. Somit sind sie problemorientiert

3 Ob die Handlung auch im Fall einer positiven Primäreinschätzung als »Bewältigung« bezeichnet wird, ist aus der konsultierten Literatur nicht ersichtlich.

4 Es wird hier bewusst von »Versuchen« gesprochen, da Coping auch vorliegt, wenn die Bewältigung nicht erfolgreich ist. Faltermaier (2005: 101) weist darauf hin, dass dies ohnehin nur schwerlich messbar ist.

oder emotionsorientiert und können wiederum in vier Formen vorkommen (vgl. ebd.: 101; Lazarus 1995: 218–220).

[1] *Informationssuche*: Damit ist die »Herausfilterung jener Charakteristika einer stressreichen Situation [gemeint], deren Kenntnis die Person zur Wahl bestimmter Bewältigungsstrategien oder zur Neueinschätzung der Schädigung bzw. Bedrohung, braucht« (ebd.: 218). [2] *Direkte Handlungen* gegenüber dem Umfeld oder der eigenen Person können dazu dienen, dass man sich einer Situation nicht ausgeliefert fühlt. [3] Auch *Handlungen zu unterlassen* gilt als Copingstrategie. Meistens werden Handlungen unterdrückt, von denen angenommen wird, dass sie Schaden anrichten. [4] *Intrapsychische Bewältigung*: Damit wird die Umdeutung oder die Verdrängung der Situation bezeichnet. Als Copingstrategien gelten demnach nicht nur äußere aktive Verhaltensweisen, sondern auch innere gedankliche oder emotionale Prozesse, die in der Untersuchung der Daten eine wichtige Rolle spielen, sofern sie in den Interviews verbal geäußert wurden.

Das oben vorgestellte Copingmodell von Lazarus und Folkman wurde bezüglich Religion ausdifferenziert, trotzdem wird für die Datenanalyse das Ursprungsmodell verwendet: Carver u. a. (1989) erweitern es zum sogenannten COPE-Instrumentarium, in das sie den Faktor Religion mit der Variable »turning to religion« aufnehmen. Dabei sind sie sich bewusst, dass es sich um eine problematische Variable handelt, weil sie zu wenig differenziert ist. Religion könne man auf verschiedenste Weise zur emotionalen Unterstützung, für eine Reinterpretation der Situation oder auch als Strategie aktiven Copings anwenden, dem man mit der Bezeichnung »turning to religion« nicht gerecht werde (vgl. ebd.: 270). Basierend auf dem COPE-Fragebogen haben Pargament u. a. (2000) das Analyseinstrument RCOPE entwickelt, das spezifisch auf »Coping mittels Religion« eingeht. »Religion« wird darin jedoch ebenfalls reduziert: Das Fragesetting fokussiert auf die Beziehung zu Gott, was auf ein christliches Religionsverständnis hinweist (vgl. Pargament u. a. 2000: 522–524). Die Autoren sprechen von fünf Arten, wie Religion als Coping eingesetzt werden kann: 1. Durch Sinngebung, 2. als Mittel, Kontrolle zu erlangen, 3. durch Trost, den die Nähe zu Gott geben kann, 4. allgemein durch die Nähe zu Gott und zu Mitmenschen, und 5. dadurch, dass das Leben durch die Beziehung zu Gott transformiert werden kann (vgl. ebd.: 521; Koenig u. a. 2012: 95–97).[5]

Um diese christliche Prägung des Religionsbegriffs nicht zu übernehmen, stützt sich die Analyse in den folgenden Kapiteln der vorliegenden Dissertation nicht auf Pargaments Kategorisierung, sondern greift auf Lazarus und dessen Reinterpretation von Faltermaier zurück.

5 Für einen Überblick und eine Reflexion von Pargaments Resultaten zu religiösem Coping s. Klein u. a. (2011c: 337–343). Zur Adaption von Pargaments Fragebogen im deutschsprachigen Raum s. Zwingmann u. a. (2011: 75–78).

## 13.2 Coping in der Palliative Care

Der Thematik religiösen Copings von Palliative-Care-Mitarbeitenden widmeten sich bisher nur wenige Forschungsprojekte. Die meisten Studien zu religiösem Coping im Gesundheitswesen fokussieren auf die Bewältigung von Krankheiten. Sie untersuchen, ob Religiosität einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausübt und konzentrieren sich somit auf PatientInnen und nicht auf das Spitalpersonal.[6]

Die Erforschung der Copingstrategien von Mitarbeitenden befasst sich weniger mit dem Rückgriff auf Religion. Ein häufigeres Thema ist, wie sie mit der täglichen Konfrontation mit dem Tod umgehen. Vor dem Hintergrund einer verstärkten Thematisierung des Todes in der Öffentlichkeit (s. Kap. 1.2) fand in der Burn-out-Forschung eine Reflexion des Stresslevels von Arbeitskräften durch diesen Faktor und eine kontroverse Diskussion darüber statt.[7] Einige Studien belegen, dass die andauernde Konfrontation mit Trauernden und dem Tod in der Palliative Care dazu führt, dass die Mitarbeitenden dort einer größeren Belastung ausgesetzt sind als in anderen Bereichen der Krankenpflege. Andere zeigen, dass das Stresslevel von Pflegenden in der Palliative Care gleich groß oder sogar geringer ist als das von Pflegenden in anderen Bereichen des Gesundheitssektors.[8] Letzteres erklären die Studien mit persönlichen Bewältigungsstrategien des Personals und mit den unterstützenden Maßnahmen der Palliative Care-Organisationen, die in anderen Bereichen der Medizin weitgehend fehlen (vgl. Desbiens u. a. 2007: 292).

Nicht nur das Stresslevel, sondern auch die Ursachen von Stress in der Palliative Care werden unterschiedlich beschrieben. Die Konfrontation mit dem Tod wird zwar von allen Studien als ein Stressfaktor gesehen, seine Relevanz wird jedoch unterschiedlich eingeschätzt. Nach Munley (1985) und Desbiens und Fillion (2007: 298 f.) hat dieser Faktor einen hohen Stellenwert. Lambert u. a. (2008), Martins Pereira u. a. (2011: 322), DiTullio u. a. (1999: 648) sowie Harris (2013) sehen ihn als einen von vielen, dem weniger Relevanz zukommt als zum Beispiel den organisatorischen Strukturen.

Auch Brown (2011) zeigt in einer Studie zu den Ursachen und dem Stärkegrad von Stress bei freiwilligen Helfern in Palliative Care-Institutionen, dass die Konfrontation mit dem Tod dort nicht der Hauptstressfaktor ist. Vielmehr werden von ihren Interviewpartnern Situationen des Kontrollverlusts oder Überarbei-

6 Siehe z. B. Koenig u. a. (2012), Klein u. a. (2011c) oder Park (2005) und Park (2013), die Pargaments RCOPE weiterentwickelt und angewendet hat.

7 Für einen Überblick s. Vachon (1995), Martins Pereira u. a. (2011) oder für Stress in Gesundheitsberufen allgemein s. Halbesleben (2008). Als Erhebungsinstrument wird meistens Lazarus' Coping- und Stresstheorie eingesetzt (vgl. Backer u. a. 2005; Klein u. a. 2011c: 334).

8 Für einen Überblick s. Harris 2013.

tung genannt, zudem würden sie nicht immer informiert, wenn jemand stirbt, und Reaktionen von Angehörigen seien oft belastend. Insgesamt zeigen Browns Ergebnisse jedoch, dass die Freiwilligen ihre Arbeit grundsätzlich eher nicht als stressig wahrnehmen. Sie führt das aber nicht auf die institutionelle Unterstützung zurück, sondern darauf, als wie einflussreich ihre Interviewpartner und -partnerinnen ihre Interventionen erleben: Die Freiwilligen, die Brown interviewte, hatten den Eindruck, die Sterbenden bei einem »guten Tod« unterstützen zu können (vgl. Brown 2011: 191).

Eine Studie, welche die Seite der Mitarbeitenden untersucht hat und Religiosität[9] einbezieht, ist jene von Desbiens und Fillion (2007), eine quantitative Studie, die mit einem erweiterten COPE-Instrumentarium arbeitet. Als stressauslösende Faktoren werden dabei von Desbiens und Fillion einerseits die Konfrontation mit dem Tod und mit den vielen Trauerfällen ermittelt, andererseits die Machtlosigkeit gegenüber dem Leiden anderer (vgl. Desbiens u. a. 2007: 291). Aus ihrer Untersuchung geht hervor, dass die häufigste Copingstrategie für den Umgang mit diesen Stressfaktoren eine positive Re-Interpretation und Sinngebung der erlebten Situationen ist (vgl. ebd.: 291, 297). Unter Sinngebung wird die Herausforderung verstanden, die Situation in ein größeres Weltbild einzuordnen (vgl. ebd.: 291).[10] Im Fragebogen wurde erhoben, inwiefern die Arbeit mit Sterbenden als sinnvoll erachtet wird und ob sie die persönliche Entwicklung fördern soll (vgl. Desbiens u. a. 2007: 294, Tabelle 1; 296, Tabelle 2).[11]

In diesem Zusammenhang steht auch die oben erwähnte qualitative Studie von Harris (2013). Sie untersuchte in 19 Interviews, wie Pflegende in Hospizen mit Stresssituationen umgehen. Als wichtigste Bewältigungsstrategien nennen die Interviewten sozialen Austausch, Humor, Meditation und Gebete. Letztere werden im Zusammenhang mit einer Verankerung im persönlichen Glauben ge-

9 Die Forschenden verwenden für die Bezeichnung »Spiritualität« und verstehen darunter »existential aspects of the person in terms of sense of meaning and purpose in life and peacefulness« (Desbiens u. a. 2007: 292 f.). Zudem enthält der Fragebogen die Elemente »Gebet«, »persönliches Wachstum«, »Akzeptanz« und »Zurückhalten von übereilten Handlungen« (vgl. ebd.: 294).

10 Hier wird Pargaments und Parks Konzept vom »global« und vom »situational meaning« übernommen, das ursprünglich für den Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit in Bezug auf die kranke Person entwickelt wurde. Mit »global meaning« bezeichnet Park allgemeine Welt- und Menschenbilder, Ziele und Ideale sowie Vorstellungen eines Lebenszwecks. Mit »situational meaning« wird die Sinngebung einzelner Situationen im momentanen Kontext bezeichnet. Das »situational meaning« wird in Alltagssituationen automatisch in das »global meaning« eingefügt. In außerordentlichen Situationen wie dem Tod einer nahestehenden Person müssen die beiden Arten von Sinngebung erst wieder neu in einen Zusammenhang gebracht werden (vgl. Park 2013: 41).

11 Gerade dieses Resultat basiert auf Fragen, die nicht in Anlehnung an das COPE-Modell generiert wurden.

nannt. Dieser helfe dabei, die Arbeit mit Sterbenden als »heiliges Erlebnis« und als »Ehre« zu erleben (ebd.: o. S.). Harris beschreibt die Religiosität des Pflegepersonals als Umdeutung oder Perspektivenwechsel und somit als intrapsychische Bewältigungsstrategie.

## 13.3 Copingstrategien in den untersuchten Spitälern

Im Folgenden soll geklärt werden, ob und welche Copingstrategien in Bezug zu alternativer Religiosität stehen und wie sie spezifisch in den untersuchten Spitälern ausgestaltet sind.[12] Dazu wird auf Beispiele aus Teil II zurückgegriffen, die unter dem Gesichtspunkt des Copings neu beleuchtet werden.[13]

Die Hypothese, dass Religiosität als Copingstrategie eingesetzt wird, wurde erst im Verlauf der Datenauswertung gebildet. Somit waren die Fragen und der Fokus in der Datenerhebung nicht auf dieses Thema ausgerichtet. Das hat einerseits zur Folge, dass die Interviewten oft nur schwach auf Copingstrategien hinweisen, aber nicht näher darauf eingehen, andererseits führt es dazu, dass keine theoretische Sättigung der Kategorie »Coping« erreicht wurde.

Als Copingstrategien kommen, wie in Kapitel 13.1 ausgeführt, Handlungsstrategien und Vorstellungen infrage. Diese können jedoch nur über den Kontext, in dem sie in den Interviews stehen, als Copingstrategie erkannt werden, denn einer Copingstrategie geht eine Stresssituation voraus. Da die persönliche Überforderung eine Situation zu einer Stresssituation macht, ist deren Einschätzung durch die Interviewten ausschlaggebend. Sie kann an der Äußerung von unangenehmen Gefühlen wie Stress und Unsicherheit festgestellt werden. Dazu kommen andere Zeichen der Überforderung wie etwa signifikante Änderungen im Tonfall oder der Gestik. Diese sind in den Transkripten durch entsprechende Anmerkungen und Zeichendarstellung erkennbar. Anhand der Gefühlsäußerung werden damit zusammenhängende äußere Belastungsfaktoren im Beruf der Mitarbeitenden eruiert.[14]

---

12 Nicht-religiöse Copingstrategien werden entsprechend dem Fokus der Arbeit auf Religiosität nicht berücksichtigt.

13 Die Codes, die zu diesem Zweck deduktiv gebildet wurden, wurden im Methodenkapitel in Abbildung 8 vorgestellt.

14 Innere Faktoren zur Stressauslösung können anhand der vorliegenden Datenbasis nicht festgestellt werden. Auch äußere Faktoren konnten nur festgestellt werden, wenn sie von den interviewten Personen genannt oder sie in den Feldaufenthalten beobachtet wurden. Es wird davon ausgegangen, dass im Normalfall nicht alles ausgesprochen wird. Die Frage, ob Glaubensvorstellungen der Wirklichkeit entsprechen, wird außer Acht gelassen, da dies nicht Teil des Erkenntnisinteresses ist.

Auf eine Stresssituation folgt im Fall eines Copingprozesses eine Handlungsstrategie oder eine Vorstellung, die in der Wahrnehmung der Betroffenen für Erleichterung sorgt. Es wird nach den Arten der Bewältigungsstrategien unterschieden, die in Kapitel 13.1 vorgestellt wurden: die Informationssuche, direkte Handlungen, das Unterlassen von Handlungen und intrapsychische Bewältigungsversuche. Die erleichternde Wirkung eines Bewältigungsversuchs ist ebenfalls ein Merkmal für einen Copingprozess. Die Stressfaktoren wurden über die Codes »Bedingungen: Gefühle_Unsicherheit« und »Referenz: Eigenes Gefühl« festgestellt. Letzterer ist dann ein Indikator für Stress, wenn damit Unsicherheit wegen fehlender Leitlinien zum Ausdruck kommt. Als Copingstrategien wurden Handlungsstrategien und Vorstellungen codiert, die mit den Codes der »Wirkung: ruhig werden« und »für sich selbst« markiert waren.[15]

Als Erstes wird in der folgenden Analyse auf religiöse Handlungsstrategien eingegangen, danach auf das Ideal des ruhigen Sterbens und auf weitere religiöse Vorstellungen, die im Kontext des Copings stehen. Im Sinne eines Theoretical Sampling (s. Kap. 3.3) werden anschließend verschiedene Beispiele aus der Datenauswertung aufgenommen, um damit verschiedene Facetten von Stressfaktoren und Copingstrategien aufzuzeigen.

### 13.3.1 Alternativ-religiöse Handlungsstrategien zur Stressbewältigung

Um zu untersuchen, inwiefern das Personal alternativ-religiöse Handlungsstrategien zur Stressbewältigung einsetzt, werden drei Gruppen von Strategien untersucht: Erstens werden diejenigen Strategien rekapituliert, die das Personal unter »einfach da sein« fasst, zweitens auf jene, die Gegenstände einbeziehen, und drittens jene, die auf komplementären Therapien beruhen.

#### »Dasein«

Gerade die Strategie des »Daseins« wird in der untersuchten Abteilung in Spital Heckenbühl und zum Teil auch in Spital Rotach eingesetzt, sobald sich die Umstände so verändert haben, dass andere Handlungsstrategien nicht mehr angemessen scheinen und von den Spitälern keine Alternative vorgeschlagen wird. Dann weichen die Mitarbeitenden auf religionsbezogene Handlungsstrategien aus (s. Kap. 6.1). Die Unsicherheit, die entsteht, wenn von den Spitälern keine Vorschriften bestehen und das Personal somit neue Handlungsstrategien suchen muss, kann nach Faltermaier einen Stressfaktor darstellen. Die Mitarbeitenden können die Berufsrolle dann nicht mehr ausüben und müssen ihrer Präsenz eine andere Bedeutung geben. Tatsächlich wird das von den meisten Interviewten als Belastung beschrieben: Die Konfrontation mit PatientInnen, die als leidend und

15 S. Abbildung 8, Kapitel 3.5.

unruhig erlebt werden, führt zu einem Gefühl der Ohnmacht. Dieses Gefühl wird häufig und vielfältig beschrieben, was auf seine große Relevanz hinweist.[16] Die Ohnmacht gegenüber dem Leiden ist in den vorliegenden Daten im Kontext des »Daseins« der wichtigste Stressfaktor.

Ein Beispiel, in dem das Merkmal »Ohnmacht«, die durch Handlung durchbrochen wird, explizit angesprochen wird, findet sich im Interview mit F5. Am Anfang des Interviews beschreibt F5, wie schlimm es für sie ist, betreute Personen leiden zu sehen:

> [W]enn jetzt jemand nur da liegen würde […] und stöhnen und äh (.) und man merkt, eines nach dem anderen versagt, und ich könnte zum Beispiel nicht beten […]. Ja! Dann (.) könnte ich diese Arbeit nicht machen (F5: 49).

Unter Beten versteht sie, die schon vorgestellte Phyllis-Krystal-Meditation durchzuführen, in der sie gedanklich ein »Lichtdreieck« um sich und die erkrankte Person bildet. Sie beschreibt in diesem Zitat, wie sie alternativ-religiöse Handlungen zur Überwindung der Ohnmacht einsetzt. Als Wirkung dieser Technik erlebt sie eine »Energiedusche« (F5: 73).

> [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 (1) es ist ALLES GUT. Es ist einfach so (.) die könnte stöhnen und ich wusste, es ist alles gut. […] Da- das ob mir nun etwas ein bisschen wehtut oder so das ist irgendwie einfach, es ist alles nicht mehr so ins Gewicht gefallen. […] Und da habe ich gewusst, es kommt gar nicht so darauf an, was ICH jetzt da mache. […] sondern es ist auf A:LLen Ebenen einfach gesorgt für die Frau (F5: 75–83).

Mit diesem Erlebnis kommt sie zum Schluss, dass sie auch gar nichts tun muss. Das hilft ihr beim Umgang mit der Ohnmacht. Ein anderes Beispiel nennt F3. Sie beschreibt das Leiden des Gegenübers als die Hauptschwierigkeit und nicht ihre eigene Ohnmacht.

> [Da] hatte ich große Schwierigkeiten. Es, äh, das Leiden hat sich dann äh verschieden ausgedrückt (.) entweder mit Atemnot die ganze Nacht […] oder auch mit Schmerzen (.) und acht Stunden das auszuhalten. Oder mit einer ha- mit einer Unruhe (F3: 35).

16 S. z. B. S2: 72–76; S3: 61–79; S4: 382–386; F2: 80–90; F3: 31–35, 150–196; F5: 41–43, 49.

Hieraus leitet sie eine Handlungsstrategie ab, die sie als wirksam erachtet, nämlich innerlich mit der Patientin zu sprechen (F3: 192). Das beschreibt sie in einem Ablauf der Argumentation, wie sie sich auch bei den meisten anderen Interviewten findet (s. Kap. 11). Es ist eine Beschreibung einer unruhigen Patientin oder eines Patienten, der durch eine Handlungsstrategie der Erzählenden ruhig wird und dadurch sterben kann:

> [Die Patientin] war wahnsinnig unruhig. Dann äh (.) si- und dann hat sie die Hand hochgehoben und dann habe ich ihr (.) in dieser Zeit einfach die Hand gehalten und bin auch ans Bett (.) dann hingesessen, und habe dann auch einfach sie so halt angeschaut, und hatte Erba- ja: im Prinzip Erbarmen mit ihr, oder. Ja (.) und äh (.) und habe ihr so in Gedanken so von dem Buch erzählt von Monika Renz (F3: 192).

> Habe das wirklich einfach nur (.) ihre Hand gehalten und das so (.) mit ihr äh (.) nonverbal kommuniziert […] und dann ist sie […] tatsächlich also gestorben (F3: 184–186).

Wichtig im Umgang mit der Unruhe und dem Leiden ist F3 die eigene Handlungsmacht. Sie kann etwas tun. Ähnliches beschreibt die Seelsorgerin S3:

> Menschen, die nicht mehr ansprechbar sind […]. Und die da liegen, und atmen, u- unregelmäßig (S3: 61–63).

> Und dann ist, bin ich einfach dort und sage häufig für mich, ja sage ein Gebet, innerlich […]. Irgendwie für den Menschen, aber auch (.) auch für mich, irgendwie, um mich zu beruhigen. Und es, wie eine Verbindung zu schaffen (S3: 77–79).

Beten tritt hier als Copingstrategie zutage: Es beruhigt S3 und wird von ihr mit dem Wohlergehen der PatientInnen in Verbindung gebracht.

Auch F2 reagiert auf Unruhe oder Wut einer Patientin mit einer religiösen Handlung als Copingstrategie. F2 drückt seine eigene Unsicherheit, die auf eine Stresssituation hinweist, nicht in Worten aus, bringt sie jedoch in der Betonung des »Machens« zum Ausdruck:

> [A]ls ich ins Zimmer kam, sah ich das Gesicht dieser Frau, oder, die da: im Bett liegt. Und die hat, äh, Wu- Wut, also weißt du, völlig versteift und äh, harten Gesichtsausdruck, die war richtig zornig, oder. […] Und da habe ich mir einen Moment überlegt, <]Ja, was soll ich jetzt MACHen? Soll ich etwas sagen, oder> […] und dann habe ich, bin ich hingesessen und […] habe versucht sie zu beruhigen und begann für sie zu beten, und so weiter, und dann hat sich das wieder beruhigt, und nachher hat sie, eine halbe Stunde später ist sie (.) gestorben, oder. (1) Ziemlich schnell danach (F2: 82–90).

In diesem Zitat zeigt sich deutlich, dass es F2 wichtig ist, »etwas tun zu können«. Seine Lösungsstrategie ist da zu sein[17] und zu beten, was in seinem Fall das Rezitieren tibetischer Mantras bedeutet. Auch er betont später, dass das, was er tut, nicht nur der sterbenden Person zugutekommt, sondern auch sich selbst.

> [Das] Ziel von all diesen Praktiken ist eigentlich, (.) dass nichts anderes als, äh, deinen Geist eigentlich zu trainieren, dass du beim Zeitpunkt des Sterbens das anwenden kannst (F2: 272).

Seine Praxis soll auch ihm selbst helfen, gut in das sogenannte »reine Land« zu kommen. Somit verleiht er seinen Handlungen am Sterbebett einen weiteren Sinn.

Während bei den obigen Beispielen immer das Leiden oder die Ohnmacht dem Leiden gegenüber der Stressfaktor war, finden sich in den Interviews auch andere Facetten von Stresssituationen, in denen das »Dasein« als Copingstrategie dient. S4 (407–480) zum Beispiel empfindet unruhige PatientInnen nur dann als verunsichernd, wenn sie nicht christlich sind und sich nicht mehr artikulieren können. Obwohl er sich vorher römisch-katholischer Handlungsstrategien bedient hat, greift er in dieser Situation auf alternativ-religiöse Strategien zurück, um seine Intuition zu schulen.

In einem weiteren Gespräch hat eine Pflegende auf der Palliativstation angesprochen, was passierte, wenn sie nicht da sein konnte und der Patient oder die Patientin alleine starb: Sie fühlte sich, als hätte sie versagt (vgl. Gesprächsnotizen 14.02.2016). Anhand dieses Beispiels zeigen sich weitere mögliche Stresssituationen, nämlich wenn die PatientInnen alleine gelassen werden und dadurch alleine sterben müssen sowie wenn die Pflegenden die Situation nicht bis zum Schluss beeinflussen können.

K2 (245–254) findet es im Gegensatz zu den bisherigen Fällen belastend, aufgrund der eingeschränkten Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht, nicht die Möglichkeit zu haben, einfach nur da zu sein, und so keinen tieferen menschlichen Kontakt zu den Sterbenden aufnehmen zu können.

Ein anderer Fokus zeigt sich im Interview mit der Pflegerin P5. Wie in Kapitel 6.1.1 beschrieben, empfindet sie es als Herausforderung, dass sie ihre Arbeit nicht mehr schnell erledigen muss – wie sie es aus ihrer Ausbildung und den bisherigen Erfahrungen kennt –, sondern die Pflege aufgrund des Zustandes der PatientInnen mehr Zeit beansprucht. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, meditiert sie in ihrer Freizeit:

> Du hast halt das, was du in der Ausbildung gemacht hast, oder, in […] meiner ganzen Arbeit hat mich das begleitet, das (.) das Schnell- das Schnelllebige. […] [U]nd

17 Auf sein »Dasein« im Handlungskontext dieses Zitats verweist er in Zeile 80.

> dann zu merken, ja okay, der Patient der braucht jetzt Ruhe. Und der braucht jetzt, den kannst du nicht einfach so schnell noch fragen, was er essen will, sondern. Der will jetzt vielleicht einfach mal, dass du ein bisschen dort sitzt. […] Ja und so für so Sachen find ich es schon noch gut. Eben so das Meditieren (P5: 174–176).

Die Strategie des »Daseins« wird nur in wenigen Fällen eingesetzt, ohne dass die Situation, in der es ausgeführt wird, als stressig oder unsicher wahrgenommen wird. Die Körpertherapeutin KT1 liefert dennoch ein Beispiel dafür. Sie kann ihre Tätigkeit ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr ausüben, weil die Sterbenden, wenn sie nahe am Tod sind, ihrer Ansicht nach nicht mehr angefasst werden sollen (KT1: 94). Sie empfindet das jedoch nicht als Stress, sondern interpretiert es religiös: Personen, die näher beim Tod sind, sollte man nicht anfassen, um ihre Seele nicht im Körper zurückzuhalten (KT1: 97–114). Das ist möglich, weil sie auch Gespräche und »Dasein« in ihr Therapieangebot aufnimmt und es nicht primär auf den Körper bezieht.

### »Reinigende« Handlungsstrategien

Nun stellt sich die Frage, ob auch alternativ-religiöse Handlungsstrategien als Copingstrategien eingesetzt werden, die nicht unter »Dasein« gefasst werden. Vor allem in Spital Rotach auf der untersuchen Palliativstation werden verschiedene sichtbare Handlungen als Reinigungsstrategie auf einer immateriellen Ebene eingesetzt, die über das übliche Reinigen des Zimmers hinausgehen und zur »Reinigung« oder zur »Harmonisierung der Atmosphäre« eingesetzt werden.[18] Es stellt sich die Frage, ob diese »Reinigung« auf eine Copingstrategie hinweist. Dazu soll untersucht werden, wie sich diese Reinigung in der Wahrnehmung der interviewten Personen auswirkt und woran sie erkennen, dass ein Zimmer »sauber« ist.[19] Der Gong dient der Reinigung der Zimmer nach einem schwierigen Tod, laut P8 der »Wiederherstellung der Harmonie« oder der »Stärkung der Herzenergie« (Gespräch mit P8, 14.08.2015). Er wird insbesondere dann eingesetzt, wenn eine Person länger in einem Zimmer gelegen hat oder es ein schwieriger Tod war, weil es sich sonst »drückend und dicht anfühlt«. Eine Gongreinigung habe Auswirkungen auf das gesamte Personal. Sie sei für viele spürbar und bei denjenigen, denen der Unterschied nicht bewusst sei, »wirke sie auf einer anderen Ebene«.

Auch dass nach einem Tod eines Patienten oder einer Patientin das Fenster geöffnet wird, ist als eine Reinigung des Zimmers zu verstehen. Sie wird als Erleich-

18 Auch der christlichen Krankensegnung wird diese Wirkung zugeschrieben. Auf diese wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen, da alternative Religiosität im Vordergrund steht.

19 Diese Handlungsstrategien wurden in den Interviews ausführlicher thematisiert, weshalb es schwierig ist, deren Funktion als Copingstrategien auszuwerten.

terung erlebt. Dabei geht es den Handelnden darum, einen Teil der verstorbenen Person hinauszulassen. Unangenehme Gefühle können, wie P1 es formuliert, auf Giftstoffe zurückgeführt werden, die ein Körper nach dem Tod abgibt, oder aber auf einen Teil der Persönlichkeit der Verstorbenen, der sich weiterhin im Zimmer befindet (vgl. Psy2: 182–184; P5: 24, 129–135).

Der Stressfaktor der Handlungsstrategien, die nach dem Tod reinigend wirken sollen, ist die Konfrontation mit dem Tod und nicht wie beim »Dasein« die Umstrukturierung der Rolle. Es scheint sich vielmehr um ein belastendes Gefühl zu handeln, das durch den Tod, vor allem wenn er schmerzhaft und langsam vonstatten ging, ausgelöst wird. Das wird als Beschmutzung erlebt, von der man sich reinigen will.

Während der Gong nach dem Ableben der PatientInnen geschlagen und das Fenster nach dem Tod geöffnet wird, wird die Kristalllampe vor dem Tod und während des Sterbens zur Reinigung und Veränderung der Atmosphäre eingesetzt. Dort scheint schon der Sterbeprozess selbst als unrein wahrgenommen zu werden.

### Aromatherapie

Die Aromatherapie wird mit zwei unterschiedlichen Zielen eingesetzt. Wie in Kapitel 6.3.1 gezeigt, wird ihr einerseits eine ähnliche Wirkungsweise wie der Schulmedizin zugeschrieben, andererseits wird versucht, mit ihr ein ruhiges Sterben zu fördern. Abhängig ist die Anwendungsweise vom institutionellen Umfeld und auch vom Zustand der PatientInnen. Wenn die PatientInnen in der präterminalen Phase sind, wird eher in Richtung Symptomlinderung gearbeitet. Für die Symptomlinderung seien die Pflanzenwirkstoffe oft sogar wirkungsvoller als ein Medikament, was mit der menschlichen Nähe zu tun habe, die für den Einsatz von Aromatherapie nötig ist.[20] Wo die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt, muss eine Alternative eingesetzt werden. Die Entscheidung für den spezifischen Duft wird in diesen Situationen stark von der kranken Person abhängig gemacht (P1: 170–176). Biochemische Argumentationen (P1: 178; P3: 196–198) werden zwar auch eingesetzt, aber Individualität und Menschlichkeit stehen im Vordergrund. Es werden damit, wie auch in der Körpertherapie, Situationen vermieden, in denen das Personal handlungsunfähig wird. Sie kann in diesen Situationen nicht als individuelle Copingstrategie bezeichnet werden, sondern vielmehr als »Coping« oder Substitut für das gesamte schulmedizinisch-naturwissenschaftliche System, das an gewissen Punkten nicht greift.

In unmittelbarer Todesnähe werden die Aromaöle nur noch, ohne dass die Pflegenden die PatientInnen berühren, in Duftlampen verdunstet und sollen dann, wie das »Dasein«, zur Beruhigung der PatientInnen beitragen (P1: 186; P6:

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

73–79), wenn andere pflegerische Interventionen nicht mehr angebracht sind. Dies entspricht einer individuellen Copingstrategie aus dem Bedürfnis heraus, noch etwas tun zu können (P6: 45–51).

K1 bezeichnet die Verwendung der Aromatherapie kritisch als Copingstrategie:

> 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 […]. [I]ch zum Beispiel mach nichts mit Düften oder solchen Dingen. […] [D]as ist für mich z-zu: harmonisierend. Ja. und man kann das sowas 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).

Zusammenfassend wird Aromatherapie vom Personal als Bewältigungsstrategie eingesetzt, wenn das Ziel des »ruhigen Todes« angestrebt wird. Es geht dann darum, über eine Handlungsmöglichkeit zu verfügen, wenn sonst nichts mehr zu tun bleibt. Dies wird zum Teil aus den Reihen des Personals selbst als Umgang mit einer Hilfslosigkeit gegenüber dem Tod der PatientInnen bezeichnet. Wenn die Pflegenden die Aromatherapie zur Symptomlinderung einsetzen, kann dies gemäß Lazarus nicht als Copingstrategien bezeichnet werden, weil die Interviewten keine vorhergehende Stresssituation angesprochen haben. Es sind jedoch Situationen, in denen die Mitarbeitenden die Schulmedizin als nicht genügend wirksam erachten und somit auf Alternativen zurückgreifen, die, zusätzlich zu den biochemischen Wirkstoffen, Nähe und Zuwendung erfordern und dadurch eine symptomlindernde Wirkung haben.

### Körpertherapie

Bei der Körpertherapie handelt es sich, wie in Kapitel 6.3.2 beschrieben, um eine körperorientierte Behandlungsform, die nebst physischen auch psychologische und metaphysische Aspekte einbezieht. Die Situationen, in denen die Therapeutin zum Einsatz kommt, empfinden die beschreibenden Personen nicht als Stresssituationen. In diesem Sinne kann die Körpertherapie nicht als Copingstrategie bezeichnet werden. Deren Wirkung, welche die Körpertherapeutin im Interview und auch während der teilnehmenden Beobachtung beschreibt, lässt jedoch auf vier Arten von Bedürfnissen schließen, die durch diese Therapieform gedeckt werden:

[1] Die Körpertherapeutin hat ihren früheren Beruf als Pflegefachfrau aufgegeben, um mit der Komplementärtherapie näher an den PatientInnen zu sein. Sie deckt damit ihr eigenes Bedürfnis nach einem engeren Kontakt zu den PatientInnen. Das gelingt durch persönliche Gespräche, die sie im Rahmen dieser Therapieform führen kann (KT1: 221–227).

[2] K1 (152–154) und die Körpertherapeutin selbst (KT1: 411–427) erläutern, dass KT1 für Menschen als Ansprechperson dient, die sich von der Seelsorge oder den PsychologInnen nicht angesprochen fühlen. Sie decke demnach ein Bedürfnis der PatientInnen nach solchen Gesprächen.

[3] Zudem geht KT1 auf das Bedürfnis nach einer »ganzheitlichen« Behandlung ein.

> Und anhand davon [der chinesischen und indischen Elementenlehre] schaut man sich dann eben auch Eigenschaften im Charakter an, schaut den Körperbau an, und man schaut ähm (1) also dann gibt es auch Verhaltensweisen, die jemand hat, Charaktere, die darin enthalten sind. […] Und man schaut dann auch, ähm (1) […] zum Beispiel beim Herz sagt man zum Beispiel auch, das hat au:ch also mit Feuerenergie zu tun, also mit, mit, ähm, mit halt auch der LebensKRAFT und […] wenn man krank ist am Herzen […]. Was kann das auch für einen Zusammenhang mit der Lebensart haben, die man führt (KT1: 342–346).

Aus der Sichtweise dieser Komplementärtherapie stehen Psyche und Körper in einem Zusammenhang. So können die Kranken, sofern sie nicht direkt vor dem Tod stehen, durch die eigene Verhaltensweise Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausüben. Die Körpertherapie fördert durch Handlungsanweisungen, wie zum Beispiel Ernährungstipps, und Anwendungen, wie zum Beispiel Massagen, die sich auf den Energiefluss und somit auch auf die Psyche auswirken, bei den PatientInnen das Gefühl einer Selbstwirksamkeit, was, aus der Sicht der Therapeutin, von der Schulmedizin nicht gemacht wird.

> Aber es hat oft (.) äh, hat es dann Zusammenhänge, die die Leute auch selbst bemerken, <Ja, ich habe immer das und das gemacht>. Und wenn sie lernen, anders zu leben, dass dann das auch besser wird (KT1: 352).

[4] Als eine weitere Funktion beschreibt die Therapeutin, dass sie auf der körperlichen Ebene eingesetzt werde, wenn die Schulmedizin nicht wirke.

> Wie kann ich mich mit Schmerzen verhalten, äh, das die: besser vorbeigehen. Zum Beispiel. Also schon, dass man natürlich Schmerzmittel nimmt, aber es gibt halt immer Situationen, wo: die müssen zuerst wirken. Die Mittel, oder wo:, wo man froh ist, man kann irgendwie auch noch etwas machen, das nützt, das: bis die Tablette wirkt (KT1: 282).

Manchmal werde Körpertherapie auch eingesetzt, wenn eine schulmedizinische Therapie wegen der Schmerzen nicht möglich sei (vgl. Beobachtungsprotokoll 10.03.2014). Sie könne das lösen, weil sie auf eine andere Art als die Schulmedizin

Einfluss auf das Nervensystem nehmen könne (KT1: 46). Körpertherapie wird, wie auch die Aromatherapie, in der Symptomlinderung eingesetzt, wenn die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt.

Auch wenn im Fall der Körpertherapie nicht von einer Bewältigungsstrategie für akute Überforderungen gesprochen werden kann, so ging aus der Analyse hervor, wie damit längerfristig verschiedene Bedürfnisse gedeckt werden.

### 13.3.2 Sinngebung durch Vorstellungen

Wie gezeigt, werden alternativ-religiöse Handlungsstrategien in der terminalen, der finalen und der postmortalen Phase als aktive Copingstrategien eingesetzt, die den Mitarbeitenden Möglichkeiten, zu agieren, und somit Selbstwirksamkeit vermitteln. Das zeigt sich in den Ausgangssituationen, die in den meisten Fällen als stressig oder unsicher erlebt werden, und in der beruhigenden Wirkung, die den Handlungen zugeschrieben wird. Kommen in den erhobenen Daten auch intrapsychische Copingstrategien zum Vorschein? Die Feststellung, dass es sich bei den religiösen Handlungsstrategien oft um Copingstrategien handelt, wirft ein anderes Licht auf das damit verbundene Ideal des ruhigen Sterbens und auch auf die anderen religiösen Vorstellungen, die in Kapitel 8 dargestellt wurden. Das Ideal wurde aus der Wirkung, die das Personal seinen religiösen Handlungsstrategien zuschreibt, abgeleitet, nämlich, dass sie dazu führen, dass sich die Sterbenden beruhigen, damit sie loslassen und sterben können. Das Personal kann mittels des Vorhabens, ein ruhiges Sterben zu unterstützen, wenn die Lebensqualität nicht mehr gesteigert werden kann, trotzdem noch Einfluss auf die Situation nehmen. Der Tod wird somit – zumindest ein Stück weit – zu einer kontrollierbaren, beeinflussbaren Situation.

Anhand des Interviews mit Psy2 kann beispielhaft gezeigt werden, wie das Vorhaben, die Sterbenden beim Loslassen zu unterstützen und das Bedürfnis, handeln zu können, zusammenhängen.[21] Psy2 zeigt, wie in Kapitel 8.1.1 ausgeführt wurde, inwiefern ein unruhiges Sterben mittels Verweis auf ihre Wirkungsmacht wieder ins Schema des ruhigen Sterbens gebracht werden kann. Von der Interviewerin wurde erfragt, ob es auch »unruhige Tode« gebe. Auch wenn Psy2 dies bejaht, wendet sie das Argument um und kommt darauf zu sprechen, dass man auch in den unruhigen Sterbeprozessen und ungelösten Situationen noch etwas tun könne. Sie kommt in ihrer Ausführung schließlich zur Erkenntnis, dass es mit ihrer Hilfe und ihren Handlungen auch in schwierigen Situationen möglich sei, mit dem Leben abzuschließen und ruhig zu sterben. Sie versteht ihre Aufgabe in diesem Kontext klar als Helfende zum Abschließen und Loslassen des Lebens.

21 Das ist nicht nur hier der Fall, sondern in allen Fällen, in denen die Handlungsstrategien des Personals das Ruhigwerden zum Ziel hatten.

Den Sterbeprozess der PatientInnen sieht sie in diesem Fall als ein Produkt ihrer eigenen Wirkungsmacht, was ein sinngenerierender Ansatz ist. Das Ideal des ruhigen Sterbens kann somit auch als eine positive Sichtweise oder eine Deutung von Sterben und Tod verstanden werden. Dabei erhält etwas Negatives, wie etwa ungelöste Konflikte, eine positive Konnotation. Nach Faltermaiers Copingverständnis handelt es sich dabei um eine intrapsychische Bewältigungsstrategie.

Mit dem Ideal des ruhigen Sterbens ist meistens die Vorstellung verbunden, dass ein Teil des Menschen unsterblich ist (s. Kap. 8.2). Wenn für den Körper nichts mehr getan werden kann, ist es aus Sicht des Personals immerhin noch möglich, sich für die immaterielle Komponente der Sterbenden einzusetzen.[22] Das ist eine positive Deutung des Sterbens, welche die Handlungen des Personals, entsprechend einer intrapsychischen Bewältigungsstrategie, als sinnvoll erscheinen lässt. Das lässt sich am Beispiel des tibetisch-buddhistischen Freiwilligen F2 nachvollziehen (s. Kap. 6.1.4). Er glaubt, dass er durch seine Meditation am Lebensende der PatientInnen zu einem besseren Leben nach dem Tod beitragen kann und verleiht so seiner Handlung, die er dank dem Tod der Betreuten durchführen kann, einen Sinn für sich selbst. Auch, dass nach dem Tod ein Gong benutzt oder ein Fenster geöffnet wird, illustriert dieses Phänomen. Dadurch können die Mitarbeitenden, weil aus ihrer Sicht nur der Körper tot ist, nicht aber die unsterbliche Komponente, noch Einfluss auf die Situation nehmen.

Mit der Sichtweise des besagten Sterbeprozesses steht auch die Vorstellung in Zusammenhang, dass gerade die Phasen des Sterbens und des Todes ein besonderes Entwicklungspotenzial in sich bergen. Das ist ebenfalls sinnstiftend:[23] Das Sterben und der Tod werden als ein wichtiger Schritt in der Entwicklung des Menschen interpretiert. Am Beispiel des Sterbens ihrer Mutter (s. Kap. 8.1.3) und auch dem ihres Vaters illustriert etwa F5, dass für sie die eigene Wirkungsmacht gegenüber dem Leiden im Zentrum steht: In beiden Fällen beschreibt sie, wie sie während des Sterbens ihrer Eltern nicht helfen konnte, was sehr schwierig für sie gewesen sei. Beide habe sie jedoch nach dem Tod »in einer vollendeten Form« gespürt. In diesem Beispiel ist die Hilflosigkeit, »nichts tun zu können«, ein Stressfaktor. Solchen Stresssituationen begegnet sie mit der Vorstellung, dass sich die Menschen insbesondere während des Todes zu einem »höheren Selbst« entwickeln. Zu diesem Prozess könne sie selbst nichts beitragen, weil er automatisch ablaufe. Sie müsse somit auch gar nichts tun. Sie setzt diese Erkenntnis als Copingstrategie ein. Damit hängt die Annahme eines höheren Selbst und einer höheren Macht zusammen, die für die Sterbenden sorge.[24] Am Anfang des Interviews reflektiert sie die Stressfaktoren und ihre Bewältigungsstrategien zusätz-

22 S. Kapitel 8.1.

23 Vgl. z. B. S4: 121–135; F3: 35; F5: 400–435.

24 Vgl. auch F5: 83.

lich auf einer abstrakteren Ebene. Dort nennt sie als Auslöser der Ohnmacht das Leiden der zu betreuenden Person:

> Also wenn ich nicht wenn ich nicht (.) äh wenn ich das nicht SPÜREN würde, dass dass irgendwie die Ver- bei mir selbst die Verbindung nach oben (.) und auch nicht spüren würde, wie die Leute richtig wie auch abgeholt werden und darauf vorbereiten werden und so. Dann könnte ich das gar nicht machen. Dann fände ich das wahrscheinlich einfach nur schlimm. […] Nur Leiden. Also und das ist etwas, das halt mit der Zeit zunimmt. Halt durch die ganze eigentlich Entwicklung (F5: 41–43).

Demgegenüber steht ihre Vorstellung von Energie, die sie in der Phyllis-Krystal-Meditation sammeln und somit für sich selbst etwas tun kann, das Wirkungsmacht hat. Dieser Gegensatz von »etwas tun können« und »nichts tun müssen« spricht wiederum für die Relevanz der Selbstwirksamkeit.

Andere religiöse Vorstellungen wie zum Beispiel Postmortalitätsvorstellungen werden von den interviewten Personen weniger genau geschildert als die unsterbliche Komponente des Menschen; sie haben somit einen weniger zentralen Charakter für das Personal. Meistens wird das Leben nach dem Tod zwar als existent, aber als außerhalb der eigenen Wirkungsmacht befindlich eingeschätzt.[25]

Mit der Analyse der Vorstellungen konnte gezeigt werden, wie zur Bewältigung des Stressfaktors, gegenüber dem Leiden der PatientInnen ohnmächtig zu sein, intrapsychische Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können und nicht nur aktive Handlungsstrategien. Zudem konnte die Relevanz dieser Stresssituation aufgezeigt werden.

### 13.3.3 Schlussfolgerungen und Bezug zur theoretischen Diskussion

Als wichtiger Stressfaktor wird die eigene Ohnmacht gegenüber Situationen, in denen die Sterbenden als leidend wahrgenommen werden, genannt. Dieser wird häufig bezüglich PatientInnen, die unmittelbar vor dem Tod stehen, genannt. Die Konfrontation mit dem Lebensereignis Tod wird von den interviewten Personen hingegen seltener als Stressfaktor erwähnt. Am ehesten gehören die Handlungsstrategien zur Reinigung nach dem Tod der PatientInnen in letztere Kategorie, denn die Interviewten verweisen in diesem Kontext auf unangenehme Gefühle gegenüber den Verstorbenen. Sie stehen jedoch gleichzeitig auch mit dem Bedürfnis im Zusammenhang, etwas tun zu können.

Zur Bewältigung der Stresssituationen werden direkte Handlungen und intrapsychische Strategien eingesetzt, die eng miteinander verknüpft sind. Die direkten Handlungen sind jene, die ausgeführt werden, wenn man nur noch da sein

25 Vgl. z.B: F2: 238–240; S2: 190–194.

kann, und jene, die zur »Reinigung« eingesetzt werden. Sie stellen Handlungsoptionen für das Personal dar. Intrapsychische Strategien sind einerseits das Ideal des ruhigen Sterbens und andererseits Glaubensvorstellungen zu metaphysischen Anteilen des Menschen. Sie tragen zur Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit und der Handlungsoptionen des Personals bei und wirken somit sinnstiftend auf die Arbeit selbst, verleihen aber auch dem Tod einen Sinn, nämlich, dass er eine Gelegenheit für sie selbst und die PatientInnen ist, sich zu entwickeln. Diese Ergebnisse stehen somit im Einklang mit den Ergebnissen der anfangs vorgestellten Studie von Desbiens und Fillion (2007).

Die Ohnmacht gegenüber dem Leiden der PatientInnen kann im Zusammenhang mit dem »Dasein« und anderen beruhigenden Techniken nach Faltermaiers Schema auf die Umstrukturierung ihrer Arbeitstätigkeit zurückgeführt werden. Sie wird jeweils mit einem Bruch in der Rolle in Verbindung gebracht, an dem Punkt, an dem die Lebensqualität nicht mehr gesteigert werden kann, also meistens in der terminalen und der finalen Phase der PatientInnen (s. Kap. 1.2). Es zeigt sich ein großes Bedürfnis seitens des Personals, auch dann noch etwas tun zu können. Die Verknüpfung der alternativ-religiösen Handlungsstrategien mit der Leitidee des ruhigen Sterbens scheint an der Funktion der Leitidee zu liegen, das Scheitern von Handlungsstrategien zu kompensieren, die auf die Lebensqualität ausgerichtet sind. Ab einem gewissen Punkt kann das Hauptziel der Palliative Care, die Lebensqualität bis zum Schluss, nicht mehr gewährleistet werden. Somit muss ein anderes Ziel angestrebt werden, nämlich das ruhige Sterben, um die Handlungsmacht der Mitarbeitenden zu sichern.

Die institutionalisierten komplementärtherapeutischen Handlungsstrategien, Körpertherapie und auch die Aromatherapie in der präterminalen Phase sind längerfristig bedürfnisstillend. Sie sind nach dem Copingverständnis von Lazarus keine Bewältigungsstrategien. Trotzdem decken sie Bedürfnisse, die aus der Sicht der Interviewten vonseiten der Schulmedizin nicht ausreichend bedient werden, nämlich das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt, nach einer »ganzheitlichen« Wahrnehmung der PatientInnen, nach Selbstwirksamkeit und in einigen Situationen sogar auch nach Symptombekämpfung.

Diese Ergebnisse erläutern in Bezug auf Abbildung 1 die Motivation des Personals genauer, warum alternativ-religiöse Handlungsstrategien und Vorstellungen zum Einsatz kommen, und zwar als Bewältigungsstrategien in schwierigen Situationen. Auch der Einfluss des Zustandes der PatientInnen wird genauer dargestellt: Leidende Menschen zu sehen und nichts für sie tun zu können, ist eine große Belastung für das Personal. Dies führt zur Erkenntnis, dass, je näher die PatientInnen am Tod stehen, umso eher alternative Religiosität als Copingstrategie eingesetzt wird, weil aus der Sicht der Handelnden die schulmedizinische Betreuung nicht ausreicht und auch weil die Spitäler mehr Freiräume für individuelle Elemente in der Betreuung offenlassen.

# 14 Fazit

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

## 14.1 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

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

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

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

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

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

### Alternativ-religiöse Handlungsstrategien und Vorstellungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Institutionelle Voraussetzungen

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

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

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

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

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

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

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

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

### Das Ideal des ruhigen Sterbens

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

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

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

### Alternative Religiosität als Copingstrategie

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

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

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

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

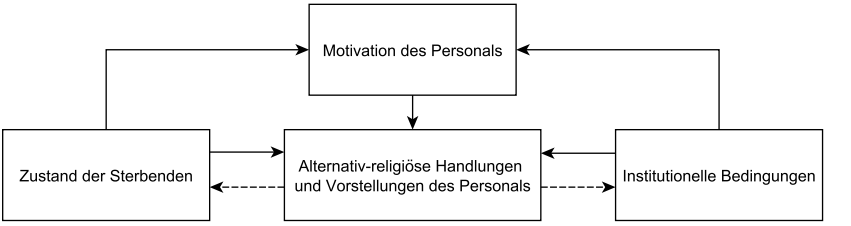
genommen und deshalb durch alternativ-religiöse Techniken ersetzt werden. Dass das Ideal des ruhigen Sterbens erst kurz vor dem Tod und während des Todes als Copingstrategie zur Sprache kommt, weist darauf hin, dass die Mitarbeitenden mit dem nahenden Tod der PatientInnen in eine Stresssituation kommen.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

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

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

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

*Abbildung 12: Einflussfaktoren für alternative Religiosität*




## 14.2 Alternative Religiosität in der Spiritual Care

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

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

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

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

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

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

## 14.3 Warum gerade alternative Religiosität?

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

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

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

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

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

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

# Literatur


Anandarajah, Gowri und Ellen Hight (2001). »Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment«. In: *American Family Physician* 63.1, S. 81–88.

Backer, Jane H., Tamilyn Bakas, Susan J. Bennet und Patricia K. Pierce (2005). »Die Bewältigung von Stress: Programme der Pflegeforschung«. In: *Stress und Coping*. Aus dem Amerikanischen von Astrid Hildenbrand. Hg. von Virginia Hill Rice. Hogrefe und Bern: Hans Huber Verlag, S. 264–308.

BAG und GDK (2010). *Nationale Leitlinien: Palliative Care*. Hg. von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern: o. V.

Baier, Karl (2009). *Meditation und Moderne: Zur Genese eines Kernbereichs moderner Spiritualität in der Wechselwirkung zwischen Westeuropa, Nordamerika und Asien*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Baumann, Martin (2012). »Religionsgemeinschaften im Wandel: Strukturen, Identitäten, interreligiöse Beziehungen«. In: *Religionen, Staat und Gesellschaft*. Hg. von Christoph Bochinger. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung, S. 21–75.

Baumann, Martin und Jörg Stolz, Hg. (2007). *Eine Schweiz – viele Religionen. Risiken und Chancen des Zusammenlebens*. Bielefeld: transcript Verlag.

Beer, Bettina (2003). »6. Systematische Beobachtung«. In: *Methoden und Techniken der Feldforschung*. Hg. von Bettina Beer. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 119–141.

Bernarz, Anja (2003). *Den Tod überleben: Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines Anderen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Berth, Hendrik, Constantin Klein und Friedrich Balck (2011). »Begriffsbestimmungen: Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Lebensqualität«. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität*. Hg. von Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 47–64.

Binder, Judith und Lea von Wartburg (2009). *Nationale Strategie Palliative Care: 2010–2012*. Hg. von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern: o. V.

Bochinger, Christoph (1994). *New Age und moderne Religion: Religionswissenschaftliche Analysen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

—— (1999). »Spiritualität«. In: *Metzler Lexikon Religion. Gegenwart – Alltag – Medien*. Hg. von Christoph Auffahrth. Bd. 3. Stuttgart und Weimar: Metzler, S. 360.

Bochinger, Christoph, Martin Engelbrecht und Winfried Gebhardt (2009). *Die unsichtbare Religion in der sichtbaren Religion: Formen spiritueller Orientierung in der religiösen Gegenwartskultur*. Bd. 3. Religionswissenschaft heute. Stuttgart: Kohlhammer.

Böhle, Fritz und Margit Weihrich (2009). »Ungewissheit, Uneindeutigkeit, Unsicherheit – Braucht die Theorie reflexiver Modernisierung eine neue Handlungstheorie?« In: *Handeln unter Unsicherheit*. Hg. von Fritz Böhle und Margit Weihrich. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–21.

Borasio, Gian Domenico (2009). »Spiritualität in der Palliativmedizin/Palliative Care«. In: *Spiritualität und Medizin*. Hg. von Eckhard Frick und Traugott Roser. Stuttgart: Kohlhammer, S. 109–115.

Bourdieu, Pierre (2014). *Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft*. 8. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Bowman, Marion (2000). »More of the same? Christianity, vernacular religion and alternative spirituality in Glastonbury«. In: *Beyond New Age*. Hg. von Steven J. Sutcliffe und Marion Bowman. Edinburgh: Edinburgh University Press, S. 83–104.

Brown, Mary V. (2011). »The Stresses of Hospice Volunteer Work«. In: *American Journal of Hospice* 28.3, S. 188–192.

Bruchhausen, Walter (2010). »›Biomedizin‹ in sozial- und kulturwissenschaftlichen Beiträgen: Eine Begriffskarriere zwischen Analyse und Polemik«. In: *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaft, Technik und Medizin* 18.4, S. 497–522.

—— (2011). »Beziehung zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit«. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität*. Hg. von Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 93–112.

Bundesamt für Statistik (2003). *Eidgenössische Volkszählung 2000: Bevölkerungsstuktur, Hauptsprache und Religion*. Neuenburg.

Bundesärztekammer, Christian Büchel, Robert Jütte, Ulrich Kiefaber, Jörg Michaelis, Helmut Remschmidt, Rainer Schneider, Peter C. Scriba, Brigitte Tag, Petra Thürman, Tomas R. Weihrauch, Claudia Witt und Stefan Zipfel (2010). *Placebo in der Medizin: Herausgegeben von der Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres wissenschaftlichen Beirats*. Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag.

Büssing, Arndt, Thomas Ostermann und Peter F. Matthiessen (2005). »The Role of Religion and Spirituality in Medical Patients in Germany«. In: *Journal of Religion and Health* 44.3, S. 321–340.

Carver, Charles S., Jagdish K. Weintraub und Michael F. Scheier (1989). »Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach«. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 56.2, S. 267–283.

Charmaz, Kathy (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Los Angeles u. a.: SAGE Publications.

Conrad, Peter (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Daaleman, Timothy P., Barbara M. Usher, Sharon W. Williams, Jim Rawlings und Laura C. Hanson (2008). »An Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life«. In: *Annals of Family Medicine* 6.5, S. 406–411.

de Flaugergues, Amélie (2016). *Religiöse und spirituelle Praktiken und Glaubensformen in der Schweiz: Erste Ergebnisse der Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur 2014*. Hg. von Bundesamt für Statistik. Neuenburg. url: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=7004.

Desbiens, Jean-François und Lise Fillion (2007). »Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses«. In: *International journal of palliative nursing* 13.6, S. 291–300.

Dienststelle Spital- und Klinikseelsorge (2007). *Rahmenpflichtenheft kath. Spitalseelsorger und -seelsorgerinnen*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt. Hg. von Katholische Kirche im Kanton X.

DiTullio, Maria und Douglas MacDonald (1999). »The struggle for the soul of hospice: Stress, coping, and change among hospice workers«. In: *American Journal of Hospice and Palliative Care* 16.5, S. 641–655.

Dreßke, Stefan (2005). »Ambivalenzen des guten Sterbens im Hospiz«. In: *Sozialextra*. Oktober, S. 6–10.

Dresske, Stefan (2007). »Interaktionen zum Tode: Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird«. In: *Ambivalenzen des Sterbens und Todestheorien heute*. Hg. von Petra Gehring, Marc Rölli und Maxine Saborowski. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 77–101.

—— (2008). »Die Herstellung des guten Sterbens: Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz«. In: *Moderne Mythen der Medizin*. Hg. von Irmhild Saake und Werner Vogd. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 215–235.

—— (2012). »Das Hospiz als Einrichtung des guten Sterbens. Eine soziologische Analyse der Interaktion mit Sterbenden«. In: *Perspektiven zum Sterben*. Hg. von Daniel Schäfer, Christoph Müller-Busch und Andreas Frewer. Bd. 2. Ars Moriendi Nova. Geschichte Philosophie Praxis. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, S. 103–119.

Durkheim, Emile (1994). *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Edwards, Adrian, Nannan Pang, Vanessa Shiu und Cecilia Chan (2010). »The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a metastudy of qualitative research«. In: *Palliative Medicine* 24.8, S. 753–770.

Eißing, Eva (2012). *Pflegerische Interventionen*. 3., überarb. Aufl. Bd. 3. Verstehen & pflegen. Stuttgart und New York: Thieme.

Evidence-Based Medicine Working Group und Gordon Guyatt (1992). »Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine«. In: *Journal of the American Medical Association* 17.268, S. 2420–2425.

Faltermaier, Toni (2005). *Gesundheitspsychologie*. 1. Aufl. Bd. 21. Grundriss der Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Faltermaier, Toni und Nora Lessing (2013). »Coping«. In: *Dorsch Lexikon Psychologie*. Hg. von Markus Antonius Wirtz. Bern: Huber Verlag. url: https://portal.hogrefe.com/dorsch/coping/.

Fegg, Martin, Mechtild Kramer, Friedrich Stiefel und Gian Domenico Borasio (2008). »Lebenssinn trotz unheilbarer Erkrankung? Die Entwicklung des Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE)«. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 9.4, S. 238–245.

Ferngren, Gary B. (2012). »Medicine and religion: a historical perspective: Chapter 1«. In: *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Hg. von Mark Cobb, Christina Puchalski und Bruce Rumbold. Oxford: Oxford University Press, S. 5–9.

—— (2014). *Medicine and Religion: A Historical Introduction*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Flick, Uwe (2005). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 3., vollst. überarb. und erw. Neuausgabe. rowohlts enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

—— (2011). *Triangulation: Eine Einführung*. 3., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Frick, Eckhard (2002). »Glauben ist keine Wunderdroge: Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit?«. In: *Herder Korrespondenz* 56.1, S. 41–46.

—— (2011). »Spiritual Care in der Humanmedizin: Profilierung und Vernetzung«. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität*. Hg. von Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 407–420.

Frick, Eckhard, Carola Riedner, Martin Fegg, Stefan Hauf und Gian Domenico Borasio (2006). »A clinical interview assessing cancer patient's spiritual needs and preferences«. In: *European Journal of Cancer Care* 15, S. 238–243.

Frick, Eckhard und Traugott Roser, Hg. (2009). *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fuchs-Heinritz, Werner, Daniela Klimke, Rüdiger Lautmann, Otthein Rammstedt, Urs Stähli, Christoph Weischer und Hans Wienold, Hg. (2011). *Lexikon zur Soziologie*. 5., überarb. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Furrer, Marie-Thérèse, Annette Grüning und Pia Coppex (2013). *Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege)*. Hg. von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern. url: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13771/13789/index.html?lang=de.

Gebhardt, Winfried, Martin Engelbrecht und Christoph Bochinger (2005). »Die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts: Der spirituelle Wanderer als Idealtypus spätmoderner Religiosität«. In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 13, S. 133–151.

Gebhardt, Winfried und Ronald Hitzler, Hg. (2006). *Nomaden, Flaneure, Vagabunden: Wissensformen und Denkstile der Gegenwart*. Bd. 10. Erlebniswelten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Gorer, Goeffrey (1955). »The Pornography of Death«. In: *Encounter*, Oktober, S. 49–52.

Groß, Dominik, Sabrina Kreucher und Jasmin Grande (2010). »Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden«. In: *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*. Hg. von Michael Rosentreter, Dominik Groß und Stephanie Kaiser. Bd. 9. Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte. Kassel: Kassel University Press, S. 17–31.

Halbesleben, Jonathon R. B., Hg. (2008). *Handbook of stress and burnout in health care*. New York: Nova Science Publishers.

Hanegraaff, Wouter J. (2000). »New Age Religion and Secularization«. In: *Numen* 47.3: Religions in the Disenchanted World, S. 288–312.

Harris, LaToya J. M. (2013). »Exploring How Nurses Manage Workplace Stress«. In: *Hospice & Palliative Nursing* 15.8, S. 446–454.

Heelas, Paul und Benjamin Seed (2003). »A Aging New Age?« In: *Predicting religion*. Hg. von Grace Davie, Linda Woodhead und Paul Heelas. Theology and religion in interdisciplinary perspectives series. Aldershot und Burlington: Ashgate Pub., S. 229–247.

Heelas, Paul, Linda Woodhead, Benjamin Seel, Bronislav Szerszynski und Karin Tusting (2005). *The Spiritual Revolution: Why Religion Is Giving Way To Spirituality*. Religion and spirituality in the modern world. Malden, Oxford und Carlton: Blackwell Publishing.

Hervieu-Léger, Danièle (2000). *Religion as a Chain of Memory*. Cambridge UK: Rutgers University Press.

—— (2004). *Pilger und Konvertiten. Religion in Bewegung*. Religionen in der Gesellschaft. Würzburg: Ergon Verlag.

Hock, Klaus (2008). *Einführung in die Religionswissenschaft*. 3., unveränderter Nachdruck der 2. durchgesehenen Aufl. 2006. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Hodler-Franz, Martina (2012). *…dass du bis zuletzt leben kannst: Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders*. Beiträge zu Theologie. Schliesslitz: Theologischer Verlag Zürich.

Hofer, Harald (2009). »Handlung und Legitimation im Zuge reflexiver Modernisierung«. In: *Handeln unter Unsicherheit*. Hg. von Fritz Böhle und Margit Weihrich. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 139–147.

Hofstätter, Elisabeth (2013). »Religion und Krankenhaus – Partner beim Heilen? Einige Überlegungen zu einer wechselvollen Geschichte«. In: *Heilung in den Religionen*. Hg. von Veronica Futterknecht, Michaela Noseck-Licul und Manfred Kremser. Bd. 5. Schriftenreihe der Österreichischen Gesellschaft für Religionswissenschaft. Wien: LIT Verlag, S. 371–392.

Huber, Gudrun und Christina Casagrande, Hg. (2011). *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien*. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag.

Institutsrat des Schweizerischen Heilmittelinstituts (2006). »Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die vereinfachte Zulassung von Komplementär- und Phytoarzneimitteln«. In: *KPAV* 812.212.24. url: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20051631/index.html.

Jaeschke, Walter (2001). »Säkularisierung«. In: *Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe*. Hg. von Hubert Cancik, Burkard Gladigow und Karl-Heinz Kohl. Bd. 5. Stuttgart, Berlin und Köln: Kohlhammer, S. 9–20.

Jonen-Thielemann, Ingeborg (2012). »Sterbephase in der Palliativmedizin«. In: *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Hg. von Eberhard Aulbert, Friedemann Nauck und Lukas Radbruch. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 989–1022.

Joye, Dominique, Nicole Schöbi, Sylvie Leuenberger-Zanetta, Alexandre Pollien und Marlène Sapin (2010). *MOSAiCH: Enquête sur la religion, les inégalités sociales et la citoyenneté – 2009 [Dataset]*. Hg. von Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften. Lausanne. url: http://fors-nesstar.unil.ch/webview/index.jsp.

Junker, Christoph (2012). *Inventar der Datensituation über Palliative Care*. Hg. von Bundesamt für Statistik. Bern o. V. url: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/13793/?lang=de.

Kaiser, Stephanie, Michael Rosentreter und Dominik Groß (2010). »Sterbeprozesse – Annäherung an den Tod: Eine thematische Einführung«. In: *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*. Hg. von Michael Rosentreter, Dominik Groß und Stephanie Kaiser. Bd. 9. Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte. Kassel: Kassel University Press, S. 7–13.

Kantonsrat des Kantons X. *Verordnung über die reformierte Spitalseelsorge*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

Kelle, Udo und Susann Kluge (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2., überarb. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Klein, Constantin, Hendrik Berth und Friedrich Balck, Hg. (2011a). *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Klein, Constantin, Hendrik Berth und Friedrich Balck (2011b). »Zur Einführung: Die Relevanz von Religiosität und Spiritualität für die Gesundheitsforschung«. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität*. Hg. von Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 11–23.

Klein, Constantin und Dirk Lehr (2011c). »Religiöses Coping«. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität*. Hg. von Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 333–259.

Knipping, Cornelia, Hg. (2007). *Lehrbuch Palliative Care*. 2., durchges. und korr. Aufl. Hogrefe und Bern: Hans Huber Verlag.

Knoblauch, Hubert (2001). »Fokussierte Beobachtung«. In: *sozialersinn* 1, S. 123–141.

—— (2005). »Einleitung: Soziologie der Spiritualität«. In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 13.2, S. 123–131.

—— (2006). »Soziologie der Spiritualität«. In: *Handbuch Spiritualität*. Hg. von Karl Baier. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 91–111.

—— (2010). »Populäre Spiritualität«. In: *Alternative Spiritualität heute*. Hg. von Ruth Elisabeth Mohrmann. Bd. 114. Beiträge zur Volkskultur in Nordwestdeutschland. Münster u. a.: Waxmann, S. 19–34.

Knoblauch, Hubert und Arnold Zingerle (2005). »Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens«. In: *Thanatosoziologie*. Hg. von Hubert Knoblauch und Arnold Zingerle. Berlin: Dunker & Humbolt, S. 11–27.

Koch, Anne (2006). »Wie Medizin und Heilsein wieder verwischen: Ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im Westen«. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 52.2, S. 169–182.

Koenig, Harold G., Dana E. King und Verna Benner Carson (2012). *Handbook of Religion and Health*. 2. Aufl. Oxford und New York: Oxford University Press.

Kränzle, Susanne, Christa Seeger und Ulrike Schmid, Hg. (2010). *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung*. 3., überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kübler-Ross, Elisabeth (2009). *Interviews mit Sterbenden: Mit einem einleitenden Essay von Christoph Student*. 1. Neuauflage. Stuttgart: Kreuz Verlag.

Kunz, Ralph (2012). »Wie kommt Gott ins System? Die systemische Seelsorge und die gesellige Gottheit – ein Beitrag zur Theologie der Seelsorge«. In: *Nachdenkliche Seelsorger – Seelsorgerliches Nachdenken*. Hg. von Isabelle Noth und Ralph

Kunz. Bd. 62. Arbeiten zur Pastoraltheologie, Liturgik und Hymnologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 44–61.

Lambert, Vickie A. und Clinton E. Lambert (2008). »Nurses workplace stressors and coping strategies«. In: *Indian Journal Palliative Care* 14, S. 38–44.

Lamnek, Siegfried (1995). *Qualitative Sozialforschung: Methoden und Techniken*. Band 2.3., korr. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Lazarus, Richard S. (1995). »Stress und Stressbewältigung – Ein Paradigma«. In: *Kritische Lebensereignisse*. Hg. von Sigrun-Heide Filipp. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, S. 198–232.

Lazarus, Richard S. und Susan Folkman (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Co.

Lepsius, M. Rainer (1995). »Institutionenanalyse und Institutionenpolitik«. In: *Politische Institutionen im Wandel*. Hg. von Birgitta Nedelmann. Bd. 35. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 392–403.

—— (2013). *Institutionalisierung politischen Handelns: Analysen zur DDR, Wiedervereinigung und Europäischen Union. Studien zum Weber-Paradigma*. Wiesbaden: Springer VS.

Luckmann, Thomas (1967). *The Invisible Religion: The Problem of Religion in Modern Society*. 1. Aufl. Macmillan.

—— (1991). *Die unsichtbare Religion*. 7. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

—— (1999). »Privatisierung und Individualisierung: Zur Sozialform der Religion in spätindustriellen Gesellschaften«. In: *Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung*. Hg. von Karl Gabriel. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 17–28.

Lüddeckens, Dorothea (2012). »Religion und Medizin in der europäischen Moderne«. In: *Religionswissenschaft*. Hg. von Michael Stausberg. Berlin und Boston: de Gruyter, S. 283–297.

—— (2013). »Alternative Heilverfahren als Religionshybride«. In: *Religionshybride*. Hg. von Peter A. Berger, Klaus Hock und Thomas Klie. Wiesbaden: Springer VS, S. 107–119.

Lüddeckens, Dorothea und Rafael Walthert (2010). *Fluide Religion: Neue religiöse Bewegungen im Wandel: Theoretische und empirische Systematisierungen (Sozialtheorie)*. Bielefeld: transcript Verlag.

Martins Pereira, Sandra, Antonio M. Fonseca und Ana Sofia Carvalho (2011). »Burnout in Palliative Care: A Systematic Review«. In: *Nursing Ethics* 18.3, S. 318–326.

Miebach, Bernhard (2014). *Soziologische Handlungstheorie: Eine Einführung*. 4., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Munley, A. (1985). »Sources of hospice staff stress and how to cope with it«. In: *The Nursing Clinics of North America* 20.2, S. 343–355.

Nassehi, Armin (2004). »Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen. Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit«. In: *Ruhm,*

*Tod und Unsterblichkeit*. Hg. von Konrad Paul Liessmann. Wien: Zsolany Verlag, S. 118–145.

—— (2009). »Spiritualität: Ein soziologischer Versuch«. In: *Spiritualität und Medizin*. Hg. von Eckhard Frick und Traugott Roser. Stuttgart: Kohlhammer, S. 35–41.

palliative ch (2008). *Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität: Konsens zur »best practice« für Palliative Care in der Schweiz*. Bigorio. url: www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_1_bigorio_2008_Spiritualitaet_de.pdf.

palliative ch und Steffen Eychmüller (2012). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz*. Hg. von palliative ch, Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern. url: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13785/index.html?lang=de.

Pargament, Kenneth I., Harold G. Koenig und Lisa M. Perez (2000). »The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE«. In: *Journal of Clinical Psychology* 56.4, S. 519–543.

Park, Crystal L. (2005). »Religion as a Meaning-Making Framework in Coping with Life Stress«. In: *Journal of Social Issues* 61.4, S. 707–729.

—— (2013). »The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology«. In: *The European Health Psychologist* 15.2, S. 40–47.

Przyborski, Aglaja und Monika Wohlrab-Sahr (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. Reihe Lehr- und Handbücher der Soziologie. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Puchalski, Christina, Betty Ferrell, Rose Virani, Shirley Otis-Green, Pamela Baird, Janet Bull, Harvey Chochinov, George Handzo, Holly Nelson-Becker, Maryjo Prince-Paul, Karen Pugilise und Daniel Sulmasy (2009). »Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference«. In: *Journal of Palliative Medicine* 12.10, S. 885–904.

RGG (2004). »Spiritualität«. In: *Religion in Geschichte und Gegenwart*. Band 7. Hg. von Hans Dieter Betz. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 1589–1599.

Roser, Traugott (2009). »Spiritual Care – neuere Ansätze seelsorglichen Handelns«. In: *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*. Hg. von Ulrich H. J. Körtner, Sigrid Müller, Maria Kletečka-Pulker und Julia Inthorn. Bd. 3. Schriftreihe Ethik und Recht in der Medizin. Wien und New York: Springer VS, S. 81–90.

Salis Gross, Corina (2001). Der ansteckende Tod: Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim. Campus Verlag: Frankfurt und New York.

Saunders, Dame Cicely (1981). »The Philosophy of Terminal Care«. In: *The Management of Terminal Disease*. Hg. von Dame Cicely Saunders. London: Edward Arnold Ltd, S. 193–202.

Saunders, Dame Cicely und Mary Baines (1983). *Living while dying: the management of terminal disease*. Oxford, New York und Toronto: Oxford University Press.

Schiller-Merkens, Simone (2008). *Institutioneller Wandel und Organisationen: Grundzüge einer strukturationstheoretischen Konzeption*. 1. Aufl. VS Research. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schütze, Fritz (1983). »Biographieforschung und narratives Interview«. In: *Neue Praxis* 13.3, S. 283–293.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Hg. (2013). *Palliative Care: Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen*. Basel. url: www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/d_RL_PallCare_Juni13_Web.pdf.

Sinclair, Shane, Jose Pereira und Shelley Raffin (2006). »A Thematic Review of Spirituality Literature within Palliative Care«. In: *Journal of Palliative Medicine* 9.2, S. 464–479.

Spital Heckenbühl (2008). *Gesamtspitalweisung – Todesfall und notwendige Massnahmen*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2011). *Gesamtspitalweisung – Aromapflege*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2014). *Jahresbericht 2013*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

Spital Rotach (2004). *Todesfall: Leichenmasse*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2010). *Ergänzende pfleg. Massnahmen – Alternative Methoden*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2012). *Todesfall: Vorgehen bei Todesfall*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2013a). *Abschied und Rituale für die Angehörigen und das Betreuungsteam*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2013b). *Jahresbericht 2012*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2014a). *Broschüre Freiwilligendienst*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2014b). *Broschüre Palliative Care*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2015a). *Ausschreibung Spital Rotach für Pflegestudierende*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

—— (2015b). *Jahresbericht 2014*. Anonymisiert: Quelle der Verfasserin bekannt.

Spradley, James P. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Stausberg, Michael (2012). »Begriff, Definitionen, Theorien«. In: *Religionswissenschaft*. Hg. von Michael Stausberg. Berlin und Boston: de Gruyter, S. 33–47.

Stolberg, Michael (2011). *Die Geschichte der Palliativmedizin: Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute*. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.

Stolz, Jörg, Judith Könemann, Mallory Scheuwyl Purdie, Thomas Englberger und Michael Krüggeler (2014). *Religion und Spiritualität in der Ich-Gesellschaft: Vier Gestalten des (Un-)Glaubens*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.

Stolz, Jörg, Judith Könemann, Mallory Schneuwly Purdie, Thomas Engelberger und Michael Krüggeler (2011). *Religiosität in der modernen Welt: Bedingungen, Konstruktion und sozialer Wandel: Schlussbericht NFP 58*. Hg. von Observatoire des religions en Suisse. Lausanne.

Strauss, Anselm L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. Aus dem Amerikanischen von Astrid Hildenbrand. Mit Vorwort von Bruno Hildenbrand. 2. Aufl. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.

Strauss, Anselm L. und Juliet Corbin (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Streckeisen, Ursula (2001). *Die Medizin und der Tod: Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie*. Opladen: Leske und Budrich.

Strübing, Jörg (2014). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils*. 3., überarb. und erw. Aufl. Qualitative Sozialforschung. Praktiken – Methodologien – Anwendungsfelder. Springer VS.

Sutcliffe, Steven J. (2004). »The Dynamics of Alternative Spirituality: Seekers, Networks, and New Age«. In: *The Oxford Handbook of New Religious Movements*. Hg. von James R. Lewis. Oxford und New York: Oxford University Press, S. 466–490.

Sutcliffe, Steven J. und Marion Bowman, Hg. (2000). *Beyond New Age: Exploring alternative spirituality*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Tiryakian, Edward A. (1992). »Dialectics of Modernity: Reenchantment and Dedifferentiation as Counterprocesses«. In: *Social Change and Modernity*. Hg. von Hans Haferkamp und Niel J. Smelser. Berkeley, Los Angeles und London: University of California Press, S. 78–94.

Vachon, Mary LS. (1995). »Staff stress in hospice/palliative care: a review«. In: *Palliative Medicine* 9.2, S. 91–122.

Vallurupalli, Mounica, Katharine Lauderdale, Michael J. Balboni, Andrea C. Phelps, Susan D. Block, Andrea K. Ng, Lisa A. Kachnic, Tyler J. Vander Weele und Tracy A. Balboni (2011). »The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy«. In: *The Journal Supportive Oncology* 20.10, S. 1–7.

Voas, David und Steve Bruce (2016). »The Spiritual Revolution: Another False Dawn for the Sacred«. In: *A Sociology of Spirituality*. Hg. von Kieran Flanagan und Peter C. Jupp. Theology and Religion in Interdisciplinary Perspective. Oxon und New York: Routledge, S. 43–62.

von Wartburg, Lea und Flurina Näf (2012). *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015: Bilanz Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 und Handlungsbedarf*

*2013–2015*. Hg. von Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern: o. V.

Walter, Tony (1993). »Death in the New Age«. In: *Religion* 23.2, S. 127–145.

—— (1994). *The Revival of Death*. London und New York: Routledge.

—— (1996a). »Developements in Spiritual Care of the Dying«. In: *Religion* 26.1, S. 353–363.

—— (1996b). »Facing Death without tradition«. In: *Contemporary issues of death, dying and disposal*. Hg. von Glennys Howarth und Peter C. Jupp. New York: St. Martins Press.

—— (1997). »The ideology and organization of spiritual care: three approaches«. In: *Palliative Medicine* 11, S. 21–30.

—— (2002). »Spirituality in palliative care: opportunity or burden«. In: *Palliative Medicine* 16, S. 133–139.

Walthert, Rafael (2012). »Formen und Folgen alternativer Religiosität«. In: *Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft* 96.3–4, S. 179–194.

Weber, Max (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie*. 5. rev. Auflage. Tübingen: Mohr.

Weiher, Erhard (2007). »Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung«. In: *Lehrbuch Palliative Care*. Hg. von Cornelia Knipping. Hogrefe und Bern: Hans Huber Verlag, S. 438–453.

—— (2014). *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod: Eine Grammatik für Helfende*. 4., durchges. und aktual. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Witzel, Andreas (2000). »Das problemzentrierte Interview: Art. 22«. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1.1, S. 1–13. url: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519.

Woodhead, Linda (2010). »Real Religion and Fuzzy Spirituality? Taking Sides in the Sociology of Religion«. In: *Religions Of Modernity*. Hg. von Stef Aupers und Dick Houtman. Bd. 12. International studies in religion and society. Leiden und Boston: Brill, S. 31–48.

World Health Organization, Hg. (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. url: www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Zwingmann, Christian (2005). »Unterstützt Religiosität/Spiritualität die Krankheitsbewältigung?«. In: *palliative ch* 2, S. 38–44.

Zwingmann, Christian, Constantin Klein und Volkmar Höfling (2011). »Messung von Religiosität/Spiritualität im Rahmen der Gesundheitsforschung: Ein Überblick über deutschsprachige Fragebogenskalen«. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität*. Hg. von Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 65–91.

## Internetquellen

Bundesamt für Statistik: Wohnbevölkerung ohne Konfessionszugehörigkeit 2014, https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/11382_3072_104_70/18896.html, zuletzt geprüft am 08.02.2016.

Bundesamt für Gesundheit: Lebensqualität, www.bag.admin.ch/transplantation/00692/02582/12400/index.html?lang=de, zuletzt geprüft am 20.02.2016.

Bundesamt für Statistik: Wohnbevölkerung ohne religiöse Zugehörigkeit 2000, https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/11382_3072_104_70/18896.html, zuletzt geprüft am 01.02.2016.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.: Definition Evidenz in der Medizin, www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/, zuletzt geprüft am 19.11.2015.

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Care: Die Geschichte der Palliative Care, www.palliative.ch/de/palliative-care/die-geschichte-der-palliative-care/, zuletzt geprüft am 04.03.2016.

Spital Heckenbühl: Internetseite anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

Spital Rotach: Internetseite anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

Schweizerischer Verband der Komplementärtherapie: Internetseite anonymisiert, Quelle der Verfasserin bekannt, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care, www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, zuletzt geprüft am 03.02.2015.

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren für alternative Religiosität 14
Abbildung 2: Versorgungsstruktur der Palliative Care in der Schweiz 15
Abbildung 3: Das Konzept-Indikator-Modell 41
Abbildung 4: Die Forschungsphasen 43
Abbildung 5: Die Grundstruktur der Codes 53
Abbildung 6: Erhärtung des Codes »Sterben als Prozess« 54
Abbildung 7: Codes zu Religiosität 55
Abbildung 8: Codes zum Coping 56
Abbildung 9: Zusammenhänge der wichtigsten Kategorien 60
Abbildung 10: Alternativ-religiöse Handlungsstrategien 135
Abbildung 11: Alternativ-religiöse Handlungsstrategien unterteilt in institutionalisiert – nicht-institutionalisiert 161
Abbildung 12: Einflussfaktoren für alternative Religiosität 194

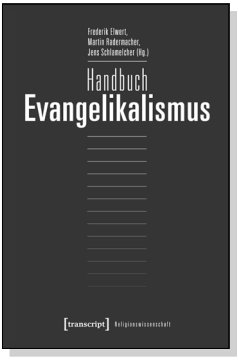
# Interviewleitfaden

*Mirjam Mezger*

| | |
|---|---|
| Begrüßung | • Informationen zu mir<br>• Informationen zum Projekt (mit Informationsblatt)<br>• Hinweis Anonymität<br>• Fragen, ob Tonaufnahme möglich |
| Einstieg | • Erzählen Sie mir über Ihre Arbeit mit Sterbenden (Ev.: »Wie erleben Sie die Arbeit mit Sterbenden«)!<br>• Beispiele<br>• Ev.: Gibt es einen Unterschied zur Arbeit mit Personen, die nicht sterbend sind?<br>• Ev.: Nachfragen zum Unterschied zwischen den Personen, die noch sprechen können, und denjenigen, die nicht mehr sprechen |
| (Pflege, ärztliches Personal, Konsiliardienst – zusätzlicher Absatz) | • Können Sie etwas für die Sterbenden tun, das über das Medizinische hinausgeht? |
| (Seelsorge – Alternative zum Absatz »Religiosität, Spiritualität«) | • Was tun Sie, wenn jemand nicht christlich religiös ist?<br>• Beispiele |
| (Freiwillige – alternativer Einstieg) | • Erzählen Sie mir über Ihre Arbeit als Freiwillige<br>• Wie sind Sie dazu gekommen? |
| Religiosität, Spiritualität | • Gibt es in Ihrer Arbeit Beispiele für Religiosität?<br>• Gibt es in Ihrer Arbeit Beispiele für Spiritualität?<br>• Treffen Sie auf Personen, die Sie als »esoterisch« bezeichnen würden/die Sie nicht klar in eine religiöse Tradition einordnen können? Wie gehen Sie damit um? (Beispiele)<br>• Sprechen Sie mit den PatientInnen über religiöse Themen? |

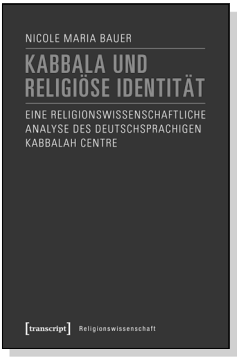
| | |
|---|---|
| Eigener Glaube | • Was, denken Sie, kommt nach dem Tod?<br>• Nachfragen zu Menschen- und Weltbildern, die die Person bereits erwähnt hat<br>• Wie verabschieden Sie sich von den Verstorbenen?<br>• Wie gehen Sie damit um, so oft mit dem Tod konfrontiert zu sein?<br>• Evtl.: Gehören Sie einer religiösen Gruppierung an? |
| Komplementärmedizin/Pflege | • Wenden Sie manchmal komplementärtherapeutische Interventionen an? |
| Nachfragen | • Einige Punkte, die noch unklar sind oder sehr relevant<br>• Während des Interviews schon vorher bei Schlüsselbegriffen wie »Dasein«, »Seele«, »Schicksal« nachfragen<br>• Wenn ich schon etwas zur befragten Person weiß, diesbezüglich nachfragten (evtl. auch schon früher im Interview) |
| Weiteres | • Gibt es etwas, was ich nicht gefragt habe, was Sie aber noch gerne erzählt hätten? |
| Formalia | • Kurzfragebogen<br>• Einverständniserklärung |

# Religionswissenschaft




Frederik Elwert, Martin Radermacher, Jens Schlamelcher (Hg.)
**Handbuch Evangelikalismus**

2017, 452 S., Hardcover
39,99 € (DE), 978-3-8376-3201-9
E-Book: 39,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3201-3




Nicole Maria Bauer
**Kabbala und religiöse Identität**
**Eine religionswissenschaftliche Analyse des deutschsprachigen Kabbalah Centre**

2017, 290 S., kart.
39,99 € (DE), 978-3-8376-3699-4
E-Book: 39,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3699-8

Serina Heinen
**»Odin rules«**
**Religion, Medien und Musik im Pagan Metal**

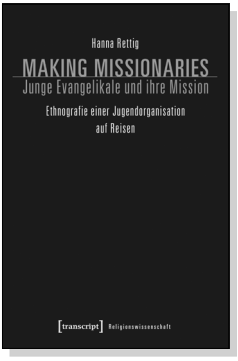
2017, 244 S., kart., farb. Abb.
29,99 € (DE), 978-3-8376-3431-0
E-Book: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3431-4

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

# Religionswissenschaft

Judith Könemann, Saskia Wendel (Hg.)
**Religion, Öffentlichkeit, Moderne**
**Transdisziplinäre Perspektiven**
(unter Mitarbeit von Martin Breul)

2016, 350 S., kart.
34,99 € (DE), 978-3-8376-3005-3
E-Book: 34,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3005-7




Hanna Rettig
**Making Missionaries –**
**Junge Evangelikale und ihre Mission**
**Ethnografie einer Jugendorganisation auf Reisen**

2017, 266 S., kart.
32,99 € (DE), 978-3-8376-3760-1
E-Book: 32,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3760-5

Anna Daniel
**Die Grenzen des Religionsbegriffs**
**Eine postkoloniale Konfrontation des religionssoziologischen Diskurses**

2016, 334 S., kart.
39,99 € (DE), 978-3-8376-3581-2
E-Book: 39,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3581-6

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de**