



Lay Summary

Alternative Religiosität und Lebensende. Weltanschauliche, medizinethische und pflegerische Konsequenzen alternativer Religiosität

Project team

Prof. Dr. Dorothea Lüddeckens

Prof. Dr. phil. Rafael Walthert

Prof. Dr. Helmut Zander

Contact adress

Prof. Dr. Dorothea Lüddeckens

Universität Zürich

Religionswissenschaftliches Seminar

Kantonsschulstrasse 1

8001 Zürich

Tel.: +41 44 634 47 19

E-Mail: dorothea.lueddeckens@uzh.ch

23.06.2016





Hintergrund

In der Schweiz wie auch in anderen westlichen Gesellschaften nimmt die Bedeutung alternativ-religiöser Konzepte und Praktiken aufgrund der tiefgreifenden Veränderung der religiösen Landschaft stetig zu. Unter "alternativer Religiosität" werden im Folgenden Vorstellungen und Praktiken verstanden, die nicht in einem engeren Rahmen traditioneller Religionsgemeinschaften und Traditionen stehen. Sie werden von ihren Vertreterinnen und Vertretern oft nicht unter dem Begriff "Religion" gefasst, sondern als "Spiritualität" bezeichnet.

Gleichzeitig belegen viele Studien eine Abnahme christlich-kirchlicher Religiosität, sowohl was die Glaubensvorstellungen als auch was die religiöse Praxis betrifft. Während der Glaube an einen persönlichen Gott (1989: 53%, 1999: 37%) und das Beten zu ihm abnehmen, meditieren inzwischen viele Schweizerinnen und Schweizer (2009 ca. 8 %), glauben an Reinkarnation (2009 hielten ca. 30% Reinkarnation für zumindest "wahrscheinlich") und stellen einen mittleren bis grossen Einfluss spiritueller Literatur auf ihre Religiosität fest. Religiöse und spirituelle Themen und Praktiken sind also weiterhin für viele Menschen von Bedeutung, haben sich aber oft aus dem Rahmen der traditionellen christlich-kirchlichen Religiosität gelöst. Merkmale einer solchen "alternativen" Religiosität/Spiritualität sind der Bezug auf die eigene Erfahrung und das Individuum, Weltbejahung sowie Skepsis gegenüber der Konzeption eines personal verstandenen Gottes und gegenüber religiösen Institutionen. Diese Veränderungen zeigen sich auch für das Verständnis von und den Umgang mit Sterben und Tod.

Der Verlust kirchlich-religiöser Bindungen, die zunehmende Betonung der Individualität der Entscheidung für religiöse Vorstellungen, die Diesseitsorientierung und die Rezeption asiatischer Religionen führen zu neuen Vorstellungen von Sterben und Tod. Beispielsweise verlieren Konzepte, denen ein Gericht und die Vergebung von Schuld und Sünden durch einen personalen Gott zugrunde liegt, zunehmend an Bedeutung gegenüber Vorstellungen, die von einem Übergang in eine andere Existenzform ausgehen, etwa in Form eines Aufgehens im Kosmos, in der Natur oder in einer geistigen Existenz, die sich möglicherweise auch wieder verkörpern kann. Während so einerseits für viele Menschen eine personale Gottheit als Ansprechpartner und unterstützende Ressource nicht mehr zur Verfügung steht, nimmt andererseits allerdings auch die belastende Perspektive auf einen strafenden Richter ab.

Auch die Ideale eines "Guten Sterbens" haben sich verändert. Durch die Betonung des Individuums, das selbstbestimmt sein Leben und auch Sterben gestaltet, erfährt und reflektiert, entwickelte sich auch der Wert bzw. Anspruch, das eigene Sterben "spirituell" zu bewältigen. Religiosität und Spiritualität gewinnen so gerade in der Palliative Care an Relevanz zu einem Zeitpunkt, an dem medizinische Heilung nicht mehr als primäres Ziel und als dominante Praxis der Auseinandersetzung mit der Krankheit fungiert.

Da alternative Religiosität/Spiritualität nicht oder sehr wenig an Institutionen oder Gemeinschaften gebunden ist, ist sie sehr flexibel. Daher können Bedeutungen sich schnell wandeln und Praktiken neu entstehen, wobei beide sehr flexibel in gemeinschaftliche und gesellschaftliche Zusammenhänge integriert werden. So findet alternative Religiosität sich sowohl innerhalb bzw. an den "Rändern" traditioneller religiöser Gemeinschaften als auch in vielen



gesellschaftlichen Institutionen wieder. Letzteres trifft auch für Einrichtungen des Gesundheitssystems in der Schweiz zu.

"Spiritual Care" ist laut Weltgesundheitsorganisation und den Nationalen Leitlinien des Bundesamtes für Gesundheit offizieller Teil der Palliative Care. Idealerweise sollen alle im Kontakt mit den PatientInnen stehenden Mitarbeitenden neben ihren spezifischen (medizinischen, pflegerischen resp. therapeutischen) Aufgaben auch solche im Bereich der "Spiritual Care" übernehmen. Institutionalisiert verankert ist die "Spiritual Care" in Schweizer Institutionen in der Regel über die kirchliche Seelsorge. Angesichts der oben skizzierten Entwicklungen stellt sich die Frage nach der Versorgung von PatientInnen mit alternativ-religiösen Bedürfnissen.

Ziele

Das Projekt untersuchte Bedürfnisse, Konzepte und Praktiken im Spektrum alternativer Religiosität/Spiritualität hinsichtlich der Gestaltung des Lebensendes sowohl seitens der Sterbenden als auch auf der Seite derjenigen Menschen, die sie begleiten.

Die Frage nach der Rolle alternativer Religiosität/Spiritualität konzentrierte sich auf die Phasen innerhalb der Palliative Care, in der vom bevorstehenden Tod der PatientInnen ausgegangen wird und medizinische Behandlung, Therapie und Pflege vor allem der Linderung von Schmerzen und anderer Beschwerden dient.

Ziele waren:

- (1) Erfassung von Bedürfnissen, Glaubensvorstellungen und Handlungen, die im medizinischen Umgang mit sterbenden PatientInnen einen Bezug zu alternativer Religion/Spiritualität aufweisen.
- (2) Das Feststellen von relevanten AkteurInnen, ihre Einbindung in diese Zusammenhänge und ihre Einschätzungen, Bedürfnisse und Problemwahrnehmungen.
- (3) Die Identifikation der relevanten Faktoren aus dem religiösen und sozialen Kontext, die auf dieses Feld einwirken, mit besonderer Berücksichtigung der Probleme und Konflikte, die sich daraus ergeben können.

Methoden

Im Zentrum des Projektes standen sechs Fallstudien, anhand derer alternativ-religiöse/spirituelle Vorstellungen hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Handeln von Einrichtungen, Betroffenen und Pflegepersonal untersucht wurden.

Im vorliegenden Projekt wurden Fälle aus drei verschiedenen Institutionalisierungsformen mit allgemeiner und spezialisierter Palliative Care untersucht: Ein Hospiz, drei allgemein-medizinische Spitäler und zwei anthroposophische Einrichtungen. Bei der Fallauswahl wurde darauf geachtet, dass die Fälle jeweils als typisch für diese Art von Einrichtung gelten können und in einem gewissen Kontrast zueinander stehen.

Um allgemeine Erkenntnisse zu Einfluss und Rolle alternativ-religiöser/spiritueller Vorstellungen in der Begleitung am Lebensende zu gewinnen, wurde vergleichend gearbeitet. Die in die



Tiefe gehende Analyse der Einzelfälle erlaubte, gerade auch im Kontrast mit den Vergleichsfällen, ein Verständnis der grundlegenden Zusammenhänge, das auch auf vergleichbare Fälle, d.h. andere Hospize oder Allgemeinspitäler angewandt werden kann.

Im methodischen Zentrum der Studie standen teilstandardisierte, problemzentrierte Interviews und im Fall der PatientInnen offene Interviews sowie teilnehmende Beobachtungen, mit denen Erfahrungen, Bedürfnisse und Problematiken hinsichtlich des Umgangs mit dem Lebensende eruiert und erhoben wurden (insgesamt für die 6 Fallstudien 99 Interviews). Die Datenerhebung fand in drei Forschungsschritten statt, für die sich pro Fall eine Projektmitarbeiterin längere Zeit (einige Wochen bis mehrere Monate) bzw. in geringerem Ausmass eine Projektleiterin in der betreffenden Einrichtung bewegte. Durchgeführt wurden vor allem Interviews mit PatientInnen, Pflegenden, ÄrztInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen, freiwilligen Mitarbeitenden; ausserdem wurden Beobachtungsprotokolle verfasst. Dabei wurden die untersuchten Einrichtungen, die darin involvierten Personen, Infrastrukturen, Rollenverteilungen und Abläufe erfasst und die in den Einrichtungen verwendeten Konzepte von Krankheit, Gesundheit, Sterben und Tod sowie Leitbilder, Regelungen und die jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen eruiert. Für die Anthroposophie wurden insbesondere die spezifisch anthroposophischen Konzepte auch in ihrer historischen Entwicklung erforscht, um die Zusammenhänge zwischen diesen Deutungsmustern und der Praxis in den anthroposophischen Einrichtungen besser verstehen zu können.

In vergleichender Analyse wurden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen herausgearbeitet und darüber die Forschungsfragen beantwortet. Während die Fallstudien von den Projektmitarbeiterinnen getrennt bearbeitet wurden, erfolgte dieser Forschungsschritt im Team und erzeugte eine Synthese der Teilergebnisse.

Ergebnisse

Alternative Religiosität/Spiritualität findet sich in allen untersuchten Einrichtungen und bei allen untersuchten Personengruppen, bei den Menschen am Lebensende ebenso wie unter dem medizinischen und seelsorgerischen Personal sowie bei den Ehrenamtlichen.

Dabei handelt es sich um Vorstellungen und Praktiken, die zum Teil offen thematisiert und durchgeführt werden, zum Teil aber auch nur im persönlichen Gespräch angesprochen werden und verdeckt stattfinden, wenn sie in einer Einrichtung als tabuisiert wahrgenommen werden. Einen besonderen Stellenwert nehmen komplementärmedizinische Handlungen ein, die sowohl therapeutisch als auch weltanschaulich bzw. religiös/spirituell gedeutet werden können. Folgende Konzepte haben sich als besonders relevant herausgestellt:

Krankheitskonzepte, die die Ursachen für Erkrankungen in unbewältigten Konflikten oder Disharmonien im Zusammenhang mit "Seele/Geist/Karma" der Betreffenden sehen und das Ideal einer "persönlichen Entwicklung" zu einem "höheren Selbst", verbunden mit einer potentiell immer als möglich erachteten Selbstheilung durch geistige (Selbstheilungs-)Kräfte. Konsequenzen ergeben sich hier für die Praxis zum Beispiel im Hinblick auf eine kritische bis ablehnende



Haltung zur palliativen Sedierung und den Anspruch auf ein "informiertes Sterben", das als Bedingung für die bewusste Auseinandersetzung angenommen wird.

Eng damit verbunden sind Konzepte des "Guten Sterbens", das in der Regel als ein friedliches, ruhiges Sterben bezeichnet wird, wobei das "Loslassen-Können" der PatientInnen als Voraussetzung gilt. Gerade zur Unterstützung dieses "Loslassens" finden sich alternativ-religiöse Praktiken von Seiten der Betreuenden. Dementsprechend finden sich bei den Mitarbeitenden oft normative Erwartungen gegenüber den Sterbenden, ihr Sterben zu akzeptieren und sich entsprechend zu verhalten. Erwartungen richten sich auch an die betreffenden Einrichtungen, die Bedingungen für dieses "Loslassen" (Zeit, Ruhe etc.) bereitzustellen. Seltener, kritische Stimmen plädieren hingegen für ein Recht auf individuelle Sterbeverläufe. In allen Fällen wird Sterben als ein natürlicher, zum Leben gehöriger Prozess gedeutet. Negativ beurteilte Sterbeverläufe werden in einigen Einrichtungen als eigenes Versagen von den Mitarbeitenden verstanden. Als entlastend wird dann der Glaube an eine höhere Macht oder ein höheres Selbst erlebt, in deren Macht der Sterbeprozess verortet wird.

Sehr dominant ist die Annahme, dass die Existenz der Sterbenden mit deren physischem Tod nicht endet, sondern z.B. in Form von Energie oder einer Seele und beispielsweise über Reinkarnation weiterbesteht. Eng damit verbunden wird der Glaube an ein "göttliches Selbst", die "Einheit alles Lebendigen" und vor allem das Konzept einer "Energie" als einer aktiven Qualität, die das einzelne Individuum übersteigt.

In einer Situation, in der auf Heilung und Lebensqualität zielende Praktiken nur noch bedingt möglich erscheinen, haben vielen Mitarbeitende und Betroffene das Bedürfnis nach Handlungsmöglichkeiten, die über somatische und psychische Wirkungen hinaus zielen. Da das Sterben auch auf eine geistige und spirituelle Ebene bezogen wird, gewinnen entsprechende Praktiken an Relevanz. Für die Mitarbeitenden (abgesehen von den SeelsorgerInnen) entstehen hier potentielle Konfliktsituationen, da weder im Rahmen ihrer Profession noch in ihren Pflichtenheften entsprechende Konzepte und Praktiken für die Unterstützung dieser Ebene vorgesehen sind (anthroposophische Einrichtungen stellen eine Ausnahme dar). Viele Mitarbeitende vermissen dementsprechend, dass von den Einrichtungen kaum spezifische Handlungsstrategien für die Sterbephase vorgeschlagen werden. Sie machen die Erfahrung, "alleingelassen zu werden", sowohl mit ihren eigenen Bedürfnissen als auch mit den Bedürfnissen ihrer PatientInnen, denen sie nicht oder nur bedingt und oft weitgehend ohne offizielle Unterstützung der Einrichtung gerecht werden können.

Für Pflegenden erweitern komplementärmedizinische Praktiken das professionelle Selbstverständnis um "geistige" und "spirituelle" Dimensionen und bieten Handlungsstrategien, die auch ohne Aussicht auf Heilung oder Linderung Sinn verleihen können, wie zum Beispiel eine aromatherapeutische Behandlung.

Typische Praktiken von TherapeutInnen und SeelsorgerInnen, die nicht professionsspezifisch sind, sind z.B. Meditationstechniken, Symbolarbeit und Geistreisen. Einige Praktiken, so z.B.



Hellsehen und Energieübertragungen, werden in den meisten Einrichtungen nur heimlich praktiziert, da sie als nicht akzeptiert wahrgenommen werden.

Auf viele Handlungsstrategien wird von allen Mitarbeitenden das Konzept des "Daseins" bezogen. "Dazusein" geht über ein blosses Am-Bett-Sitzen hinaus und beinhaltet eine bewusste Präsenz beim Sterbenden mit der Aufnahme einer geistigen, inneren Beziehung.

Die Wahl der Praktiken hängt massgeblich mit den genannten Vorstellungen, der Berufsgruppe, der zur Verfügung stehenden Zeit, dem Zeitpunkt des Sterbeprozesses bzw. der körperlichen Verfassung der Sterbenden und den institutionellen Rahmenbedingungen zusammen. Eingesetzt werden sie vor allem, um das Ideal eines "ruhigen Sterbens" zu erreichen.

Viele Mitarbeitende beurteilen die von ihnen in ihren Einrichtungen wahrgenommene Tabuisierung von Religion/Spiritualität sowie von Komplementärmedizin als problematisch. Damit einher geht der Wunsch, eigene religiöse wie komplementärmedizinische Kompetenzen, sofern vorhanden, offener und mit Wertschätzung der Einrichtung einsetzen zu dürfen. Unsere Forschungsergebnisse zeigen zudem eine mangelnde Kommunikation der Einrichtungen gegenüber Mitarbeitenden und PatientInnen über bestehende Angebote innerhalb der Einrichtung oder auch entsprechende Vermittlungsmöglichkeiten.

Viele PatientInnen haben ein Bedürfnis nach Angeboten für den Umgang mit ihrer Situation, die über medizinische, psychologische und pragmatische Unterstützung hinausgehen und auch religiöse Themen wie die Frage einer Fortexistenz nach dem Tod, die Existenz geistiger Kräfte etc. betreffen. Dies betrifft Handlungen wie gemeinsames Beten, Räuchern oder den Einbezug von Spiritualität über Körpertherapien wie die Atemtherapie, aber auch Gespräche. Letztere sind oft gerade mit den engsten Bezugspersonen sowohl mit ÄrztInnen als auch mit dem Pflegepersonal gewünscht und werden (in den nicht-anthroposophischen Einrichtungen) oft vermisst. Die betreffenden Mitarbeitenden sehen sich in dieser Hinsicht oft überfordert, aufgrund mangelnder Zeit und mangelnder Kompetenzen und vor allem die Pflegekräfte bezeichnen dies als sehr belastend.

In den Palliative Care-Konzepten der meisten von uns untersuchten Fallbeispiele ist die Seelsorge durch professionelle SeelsorgerInnen der reformierten und römisch-katholischen Kirche fest verankert. Daher ist eine diesbezügliche Delegation spiritueller Bedürfnisse naheliegend. Diese wird zum Teil von den Mitarbeitenden als entlastend erlebt und auch von den PatientInnen als Unterstützung wahrgenommen, ist allerdings an bestimmte Bedingungen geknüpft:

1. Die PatientInnen müssen selbst mit dem Kontakt mit der kirchlichen Seelsorge einverstanden sein. Dies ist jedoch (gerade im Feld alternativer Religiosität) häufig nicht der Fall. Dies ist zum Teil der Fall, weil die SeelsorgerInnen als kirchliche VertreterInnen abgelehnt werden und/oder die PatientInnen mit diesen negative Erfahrungen mit Reaktionen auf ihre eigenen alternativreligiösen/spirituellen Einstellungen und Praktiken gemacht haben oder diese negativen Reaktionen von seiten der SeelsorgerInnen erwarten. Zum Teil werden die SeelsorgerInnen auch abgelehnt, weil die jeweiligen StelleninhaberInnen als inkompetent eingeschätzt werden.



2. Die SeelsorgerInnen müssen ausreichende zeitliche Ressourcen besitzen, um im Fall von nicht-Kirchenangehörigen neben den PatientInnen der eigenen Konfession, denen Priorität eingeräumt wird, noch weitere betreuen zu können. Die SeelsorgerInnen müssen eine entsprechende Offenheit deutlich kommunizieren.

3. Die SeelsorgerInnen müssen ausreichende Kompetenzen im Umgang mit alternativer Religiosität/Spiritualität besitzen.

Aufgrund der Sorge, PatientInnen mit unerwünschten religiösen Praktiken zu konfrontieren, sind viele SeelsorgerInnen sehr vorsichtig im Hinblick auf das Angebot religiöser Handlungen bzw. Rituale. Sie greifen häufig auf das unverbindliche Konzept des "Daseins" zurück, was wiederum von einigen PatientInnen, die sich spezifischere religiöse Handlungs- und Gesprächsangebote wünschen, kritisiert wird.

Ob PatientInnen ohne Kirchenzugehörigkeit und PatientInnen mit einer alternativen Religiosität/Spiritualität ein Angebot von "Spiritual Care" zuteil wird, ist dementsprechend von den sehr spezifischen Umständen abhängig. Diese Situation wird von vielen Mitarbeitenden als unbefriedigend wahrgenommen, da sie sich selbst als überfordert wahrnehmen und Entlastung wünschen.

Für die anthroposophischen Einrichtungen treffen die genannten Ergebnisse nicht im gleichen Masse zu, insofern hier den Mitarbeitenden ein breites Spektrum an anthroposophischen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung steht. Die anthroposophische Medizin stellt ein wichtiges Segment im Feld der Wechselwirkungen von alternativer Religiosität/Spiritualität und Medizin dar. Elemente aus der Anthroposophie werden zunehmend auch in der nicht-anthroposophischen Palliative Care rezipiert. Die anthroposophische (Palliativ)Medizin basiert auf einer Weltanschauung, in der das Postulat der Wirksamkeit des Geistes und der Anspruch auf "Ganzheitlichkeit" vertreten wird. Sie beruft sich auf Konzepte Rudolf Steiners, so zum Beispiel auf eine "geistige Welt" oder auch auf die Einschätzung, dass der Tod ein auch positiv einzuschätzender Übergang sei. Die Konzeptionalisierung und Umsetzung dieser Medizin ist ein dynamischer Vorgang: Steiners komplexe Anthropologie und Kosmologie werden in der Praxis durch Reduktion auf zentrale Elemente umgesetzt, dazu kommen neu Konzepte wie die "Salutogenese". Die anthroposophische Palliative Care kann dabei weltanschaulich und praktisch an andere anthroposophische Kompetenzen, z.B. aus der Pädagogik oder Kunst anschliessen und trifft bei ihren PatientInnen dabei häufig auf Akzeptanz. Zugleich bleiben andere Elemente, etwa das Ausmass der Schmerztherapie oder der palliativen Sedierung, inneranthroposophisch umstritten.

Im Vergleich zu nicht-anthroposophischen Einrichtungen zeigt unsere Forschung eine grundlegend andere Rolle der ÄrztInnen. Diese sind für die PatientInnen zeitlich präsenter und der persönliche Bezug zu ihnen sehr hoch. Die Offenheit der anthroposophischen ÄrztInnen gegenüber religiösen und spirituellen Themen wird von den PatientInnen sehr positiv wahrgenommen.

Bedeutung der Ergebnisse für die Wissenschaft und Praxis

Es gibt eine Nachfrage nach "Spiritual Care" in der Form von Praktiken sowie im Hinblick auf Deutungsangebote und Gesprächsbedarf zu den Themen Krankheit, Sterben und Tod. Diese Nachfrage betrifft sowohl die PatientInnen als auch einen Teil der Mitarbeitenden in ihrem alltäglichen Umgang mit dem Sterben. "Spiritual Care" wird den PatientInnen als Angebot zugesichert, obwohl es sich hier in der Regel nur um ein Angebot handelt, das sich auf beschränkte Patientengruppen bezieht. Bereits jetzt wird die Situation daher von vielen als unbefriedigend und belastend wahrgenommen. Aufgrund der Veränderungen des religiösen Kontexts ist zudem mit einer weiter zunehmenden Anzahl von PatientInnen ohne christlich-kirchliche Bindung und von PatientInnen mit Bedürfnissen im Bereich alternativer Religiosität/Spiritualität zu rechnen. Bisher werden in der Schweiz allerdings nur christlich-kirchliche Angebote (oder allenfalls Angebote anderer traditioneller Religionsgemeinschaften) als Ressourcen für Spiritual Care (sowie für die entsprechenden Fortbildungen) wahrgenommen.

Von der WHO und in der Regel auch von den institutionellen Leitlinien der betreffenden Einrichtungen ist vorgesehen, dass "Spiritual Care" allen betroffenen Menschen am Lebensende zur Verfügung gestellt werden sollte. Zudem sollten alle Mitarbeitenden an der entsprechenden Begleitung beteiligt sein. Zum Teil können diese Ziele erreicht werden mit einer Ausweitung der zeitlichen Kapazitäten kirchlicher Seelsorge, sofern dies in Verbindung mit einer weiteren Öffnung gegenüber säkularen und alternativ-religiösen/spirituellen PatientInnen einhergeht. Zudem könnten folgende Lösungsstrategien weiterführen, die sich aus den von uns untersuchten Fällen ergeben haben:

- Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, unabhängig von religiösen und konfessionellen Bindungen inhaltlicher und institutioneller Art, deren inhaltlicher Schwerpunkt auf der Diversität der religiösen Gegenwartskultur liegt und insbesondere für weit verbreitete populäre Deutungsmuster und Praktiken sensibilisiert. Ziel wären AbgängerInnen, die Kenntnisse über ein breites Spektrum an religiösen/spirituellen Vorstellungen und Praktiken besitzen und über ein dementsprechendes Vokabular sowie entsprechende Kompetenzen im ressourcenorientierten Umgang mit diesen Kenntnissen verfügen und in Ergänzung zu den kirchlichen SeelsorgerInnen ExpertInnen im Bereich "Spiritual Care" darstellen.
- Die Entwicklung und Institutionalisierung von Konzepten (inklusive Kriterien der Qualitätskontrolle) im Bereich von "Spiritual Care", die auch konkrete Handlungsstrategien für Mitarbeitende (in unserem Untersuchungsfeld etwa der Einsatz von Rosenquarzlampen) beinhalten. In diesem Rahmen sollten bereits vorhandene Kompetenzen von Mitarbeitenden im Bereich von Religion/Spiritualität und Komplementärmedizin wertschätzend eingebunden werden. Entscheidend ist zudem, dass entsprechende zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.



- Gezielte Unterstützung für PatientInnen in ihrem Zugang auch zu religiösen Anbietern jenseits der traditionellen Religionsgemeinschaften und bessere interne Kommunikationsstrukturen über bestehende Angebote. Hier wäre seitens der Mitarbeitenden Kompetenz in der Feststellung religiöser/spiritueller Bedürfnisse und in der Einschätzung möglicherweise problematischer Angebote notwendig.

Für die wissenschaftliche Forschung ergeben sich verschiedene Herausforderungen:

Die Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Relevanz anthroposophischer und anderer komplementärmedizinischer Praktiken im Bereich der Palliative Care (auch und gerade in nicht-anthroposophischen Einrichtungen) zunehmen wird. Daher sind weitere Forschungen in diesem Bereich wichtig, die sowohl weitere Institutionalisierungen als auch "inoffizielle" Entwicklungen in den Blick nehmen.

Der Bereich von "Spiritual Care" unabhängig und ausserhalb theologischer Angebote und Reflexion ist ein grosses Forschungsdesiderat, das an Relevanz gewinnen wird.