

Zeitschrift: Theologische Zeitschrift
Herausgeber: Theologische Fakultät der Universität Basel
Band: 70 (2014)
Heft: 4

Artikel: Spiritualität und Medizin : Überlegungen zu ihrem Verhältnis aus theologischer und medizinethischer Sicht
Autor: Körtner, Ulrich H.J.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-877752>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 21.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Spiritualität und Medizin

Überlegungen zu ihrem Verhältnis aus theologischer und medizinethischer Sicht¹

1. Religiosität und Gesundheit in der modernen Medizin

Die moderne Medizin bedient sich der Naturwissenschaften und ihrer Methoden, welche ohne die Arbeitshypothese «Gott» auskommen und auch Krankheit und Gesundheit erklären, «etsi Deus non daretur». Die Kulturgeschichte von Krankheit und Gesundheit ist bis in die Moderne weitgehend auch Religionsgeschichte. Erst die naturwissenschaftlich begründete moderne Medizin führt zu einer Trennung von Medizin und Religion, damit aber auch von Heil und Heilung, sofern nicht die Aufwertung der Gesundheit zum höchsten Gut ihrerseits als neue Form von Religion und Transzendenzsuche im Diesseits einer Gesellschaft verstanden werden muss, die unter Transzendenzverlust leidet. Aber auch bei den unterschiedlichen Spielarten einer Alternativ- oder Ganzheitsmedizin, die sich gegen das technokratische Denken der sogenannten Schulmedizin richtet, sind die religiösen Konnotationen unübersehbar, wobei der Begriff der Spiritualität bevorzugt wird. Individualität, Sinnsuche, Ganzheitlichkeit, Einheit von Körper und Seele, Einssein mit der Natur, Zusammengehörigkeit von Heilung und Heil – das sind einige der Stichworte, die sich mit dem Begriff der Spiritualität verbinden.

Seit einiger Zeit beginnt man sich aber auch in der medizinischen Wissenschaft wieder für die religiöse Dimension von Krankheit und Gesundheit zu interessieren. In den vergangenen Jahren ist eine Reihe von Untersuchungen

¹ Vortrag auf der Informationsveranstaltung zum Studiengang «Master of Advanced Studies (MAS) in Spiritual Care» an der Universität Basel vom 15. November 2014. Der Text folgt streckenweise wörtlich dem Kapitel «Leibsorge und Seelsorge» in: U.H.J. Körtner: Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen (APTLH 61), Göttingen 2010, 90-113 (Abschnitte 4.1-4.6). Siehe auch U.H.J. Körtner: Spiritualität, Religion und Kultur – eine begriffliche Annäherung, in: ders./S. Müller/M.Kletečka-Pulker/J. Inthorn (Hg.): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett (Ethik und Recht in der Medizin 3), Wien/New York 2009, 1-17. Für die vorliegende Fassung wurde der Text gekürzt, aktualisiert und an einigen Stellen erweitert.

in medizinischen Fachzeitschriften erschienen, die einen positiven Einfluss von Religion und Spiritualität auf den Heilungsverlauf und die individuelle Bewältigung von Krankheit, «coping» genannt, nahelegen. Die Zahl von Veröffentlichungen zu Spiritualität, Religion und Glauben in medizinischen und pflegewissenschaftlichen Zeitschriften ist sprunghaft angestiegen. Gab es laut MEDLINE im Zeitraum von 1970 bis 1979 nur 178 Publikationen, so waren es in den 90er Jahren bereits 1.645 und allein zwischen 2000 und 2005 sogar 2.271 Arbeiten. Auch im Bereich der Psychotherapie findet das Thema der Spiritualität verstärkte Aufmerksamkeit.²

1995 nahm die Weltgesundheitsorganisation den Komplex «spirituality/religion/personal beliefs» als eigenen Bereich in ihren Fragebogen zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität auf, weil ihn viele Patienten für wichtig halten (WHO-Fragebogen WHOQOL-100). Patienten, Patientinnen und ihre Angehörigen brauchen unter Umständen nicht nur psychologischen, sondern auch seelsorgerlichen Beistand. Die Kooperation mit der Krankenhausseelsorge – nicht nur mit Vertretern und Vertreterinnen der christlichen Kirchen, sondern auch anderer Religionsgemeinschaften – gehört zu einem guten therapeutischen und pflegerischen Prozess.

Spirituelle Begleitung gehört laut WHO-Definition konstitutiv zum Konzept von Palliative Care. Diese wird von der WHO folgendermassen definiert: «Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual [Hervorhebung U.K.]» Palliative Care «integrates the psychological and spiritual aspects of patient care» und «offers a support system to help the family cope during the patients' illness and in their own bereavement»³.

Mit dem Begriff «Spiritualität» werden heute gern die positiven, lebensdienlichen Seiten von Religion bezeichnet. Viele Menschen betrachten «Spi-

² Vgl. M. Utsch/R.M. Bonelli/S. Pfeifer: Psychotherapie und Spiritualität. Mit existentiellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen, Berlin/Heidelberg 2014.

³ WHO Definition of Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Vgl. auch die Richtlinien für Palliative Care in der Schweiz: Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Nationale Leitlinien Palliative Care (GDK), Bern 2010 (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13784/index.html?lang=de>).

ritualität» als eine nichtchristliche, an keine Kirche oder Dogmatik gebundene Form der Religiosität. Ganz selbstverständlich wird der Begriff heute auf nichtchristliche Religionen, insbesondere auf fernöstliche, angewendet. Dass das Wort ursprünglich aus dem Christentum stammt, wird häufig völlig übersehen. Die problematische Übertragung eines von Hause aus christlichen Begriffs auf nichtchristliche Religionen erweckt den Eindruck, als stimmten alle Religionen im Wesentlichen überein, wobei das Wesen von Religion in einem eher diffusen Sinne als «mystisch» bestimmt wird. Dass es dabei zur Verzeichnung und Vereinnahmung fremder Religionen kommt, scheint vielen Menschen gar nicht bewusst zu sein. Die heutige Religionswissenschaft ist an dieser Stelle weitaus zurückhaltender als manche Vertreter einer synkretistischen Theologie der Religionen.

Ich möchte im Folgenden für einen sorgfältigen und kritischen Umgang mit dem Begriff der Spiritualität im Allgemeinen wie in der Medizin im Besonderen plädieren. Zunächst (2.) gebe ich einige Hinweise zur Geschichte des Begriffs und zu seinem christlichen Gehalt. Daran schliessen sich (3.) einige Bemerkungen zum Verhältnis von Religion, Kultur und Medizin im Kontext einer multikulturellen Gesellschaft an. Sie führen uns in einem weiteren Abschnitt (4.) zur Diskussion über Begriff und Konzepte von Spiritual Care.⁴ Ich halte es in dieser Diskussion aus medizinischer wie theologischer und seelsorgerlicher Sicht für entscheidend, nicht nur die positiven Seiten von Religion und Spiritualität herauszustreichen, sondern auch ihre Ambivalenzen und möglichen Gefahren zur Sprache zu bringen. Darum geht es im vorletzten Abschnitt (5.) des vorliegenden Aufsatzes. Abschliessend (6.) stelle ich einen erweiterten Begriff von Spiritualität in der Medizin zur Diskussion, den ich in sechs Thesen entwicke.

2. Der Begriff Spiritualität

«Spiritualität» ist in seiner heutigen Bedeutung ein ebenso junger wie unscharfer Terminus.⁵ Als Synonym für Frömmigkeit setzte er sich zunächst

⁴ Siehe dazu E. Frick/T. Roser (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen (Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 4), Stuttgart 2011; I. Noth/C. Kohli Reichenbach (Hg.): Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie, Zürich 2014.

⁵ Zum Folgenden vgl. ausführlich U.H.J. Körtnar: Wiederkehr der Religion? Das Christen-

im französischen Sprachraum seit Ende des 19. Jahrhunderts durch. Unter Spiritualität (französisch «spiritualité») versteht man im Katholizismus verschiedene Formen katholischer Lebenspraxis und besondere Frömmigkeitsübungen wie z.B. Exerzitien. Im deutschsprachigen Protestantismus wurde der Begriff erst seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts übernommen. Im ökumenischen Kontext wird «spirituality» bisweilen nicht nur mit Frömmigkeit, sondern mit Religiosität in einem ganz allgemeinen Sinn gleichgesetzt.

Auch im Deutschen ist «Spiritualität» inzwischen ein Modewort. Als solches ist es längst nicht mehr auf christliche Frömmigkeitsformen beschränkt, sondern taucht in allen möglichen Formen neuer Religiosität auf. Unter «spiritus» ist ursprünglich der Heilige Geist im Sinne der biblischen Überlieferung und der christlichen Glaubenslehre zu verstehen. Doch auch der Geistbegriff hat im Laufe der vergangenen Jahrhunderte sein christliches Profil weitgehend eingebüßt. In der postmodernen Religiosität steht «Geist» für eine unspezifische «Geistigkeit» oder «Innerlichkeit» des Menschen, für kosmische Energien und heilende Kräfte, für die Sehnsucht nach Ganzheitlichkeit, nach Mystik und «spiritueller» Bewusstseinserweiterung.

Unter Spiritualität können also christliche Kontemplation, buddhistische Zen-Meditation und Yoga, die Mystik des islamischen Sufismus und die jüdische Kabbalistik, aber auch das Denken des New Age, Anthroposophie und Theosophie, westliche Reinkarnationsvorstellungen, Magie, Spiritismus und Okkultismus, Pendeln und Wünschelrutengehen, Astrologie und Wahrsagetechniken wie Kartenlegen oder Handlinienlesen, Praktiken einer sogenannten Alternativmedizin wie Wunder- oder Geistheilungen durch Handauflegen oder auch Edelstein- und Bachblütentherapie firmieren. Und nicht selten begegnen wir auf dem esoterischen Markt der Möglichkeiten unterschiedlichsten synkretistischen Mischungen und westlichen Adaptionen von Elementen östlicher Religionen.

Wenn über Spiritualität als möglichen Teil ärztlichen Handelns nachgedacht wird, ist es notwendig, den Begriff zu präzisieren. Mangelnde Begriffsklärungen führen auch notwendigerweise zu methodischen Mängeln bei kli-

tum zwischen neuer Spiritualität und Gottvergessenheit, Gütersloh 2006, 95ff.; ders.: Die Gemeinschaft des Heiligen Geistes. Zur Lehre vom Heiligen Geist und der Kirche, Neukirchen-Vluyn 1999, 11ff.

nischen Studien über mögliche Einflüsse von Spiritualität oder Religiosität auf therapeutische Prozesse. Im Anschluss an eine Definition von David B. Larson unterscheidet etwa die Wiener interreligiöse Ärzteplattform zwischen Religion, Religiosität und Spiritualität. Sie versteht unter Religion «ein organisiertes System von Glauben, Praxis und Symbolen, das helfen soll, einer höheren Macht näherzukommen», unter Religiosität «eine persönliche Einstellung [...], welche einen Sammelbegriff für religiöses Bewusstsein und Verhalten darstellt», und unter Spiritualität «eine persönliche sinnstiftende Grundeinstellung, die transzenderende Selbstreflexion darstellt, welche religiöses Denken beinhalten kann, aber nicht muss»⁶.

Diese Unterscheidung ist zweifellos hilfreich, wie auch aktuelle religionssoziologische Studien bestätigen.⁷ Auch aus theologischer Sicht ist geltend zu machen, dass Religion eine bestimmte Antwort auf die Sinnfrage gibt, aber nicht jede Beantwortung der Sinnfrage schon als Religion zu bezeichnen ist.⁸ Gegenüber einem denkbar weiten Begriff von Spiritualität gilt es freilich daran zu erinnern, dass es sich bei ihm von Haus aus um einen religiösen handelt.

Im christlichen Kontext, wo er ursprünglich beheimatet ist, bezeichnet Spiritualität das christliche Leben überhaupt. Im biblischen Sinne ist dieses Leben nämlich als *geistliches Leben* zu verstehen. Geistliches Leben ist Leben aus dem Heiligen Geist, d.h. Leben aus dem Geist Gottes, der sich in Jesus von Nazareth letztgültig offenbart hat. Der Geist Gottes wird in der Bibel daher auch Geist Christi genannt.⁹ Geistliches Leben als die Gesamtheit christlicher Lebensführung ist also ein Leben aus Glaube, Liebe und Hoffnung in der Einheit von Gottesliebe und Nächstenliebe. So ist das Doppelgebot der Liebe der Inbegriff christlicher Spiritualität bzw. des christlichen Gottesdienstes, der nicht allein in der sonntäglichen Versammlung der christlichen Gemeinde um Wort und Sakrament, sondern im Sinne von Röm 12,1 in der alltäglichen Lebensführung gemäss dem Liebesgebot besteht.

⁶ Ch. Gisinger u.a.: Seelsorge und Spiritualität bei Krankheit und Pflege, Österreichische Ärztezeitung 15/16, 15.8.2007, 28f. (28).

⁷ Vgl. G. Datler/J. Kerschbaum/W. Schulz: Religion und Kirche in Österreich. Bekenntnis ohne Folgen?, SWS-Rundschau 4 (2005) H. 4, 1-23.

⁸ Vgl. Körtner: Wiederkehr (Anm. 5), 27ff.

⁹ Z.B. Röm 8,9; Phil 1, 19; I Petr 1,11.

Mit der modernen Sehnsucht nach Spiritualität, die um diese christlichen Zusammenhänge nicht weiss, verbindet sich eine eher unbestimmte Heilswartung, nämlich die Sehnsucht nach Ganzheitlichkeit. Ersehnt wird die Wiedervereinigung des theoretisch wie praktisch Getrennten, die Überwindung aller Spielarten des Dualismus, der Trennung von Geist und Materie, von Leib und Seele, von Innen und Aussen, von männlich und weiblich, von Mensch und Natur, Glaube und Wissen, Menschlichem und Göttlichem, von Medizin und Religion¹⁰.

3. Krankheit, Kultur und Religion

Auch wenn unsere moderne Medizin längst ihren globalen Siegeszug angetreten hat, handelt es sich bei ihr doch zunächst um ein westliches Konzept, neben dem sich nach wie vor andere Medizinkonzepte behaupten. Jede Medizin, auch die moderne Schulmedizin, ist in einen kulturellen Kontext eingebunden, in Werte- und Symbolsysteme, die sich historisch entwickeln und über lange Zeit hinweg Stabilität aufweisen. Dazu gehören auch die Religionen.¹¹

Religiöse Einstellungen beeinflussen nicht nur das kulturelle und politische Umfeld medizinischer Forschung, sondern üben auch auf das individuelle Gesundheits- und Krankheitsverhalten einen praktischen Einfluss aus.¹² Kulturelle und religiöse Prägungen können sogar das Auftreten von Krankheiten beeinflussen. Als Beispiel sei das gehäufte Auftreten von genetisch bedingten Stoffwechselerkrankungen als Folge einer religiös tolerierten oder

¹⁰ Zur Theoriebildung eines ganzheitlichen Denkens siehe beispielsweise F. Capra: Das Tao der Physik. Die Konvergenz von westlicher Wissenschaft und östlicher Philosophie, Bern/München/Wien 1984; ders.: Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild, Bern/München/Wien ¹³1986; R. Sheldrake: Das schöpferische Universum, München 1985; H.-P. Dürr/W. Chr. Zimmerli (Hg.): Geist und Natur. Über den Widerspruch zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis und philosophischer Welterfahrung, Bern/München/Wien 1989.

¹¹ U.H.J. Körtner/G. Virt/D. v. Engelhardt/F. Haslinger (Hg.): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik, Neukirchen-Vluyn ²2009.

¹² Vgl. U.H.J. Körtner: Krankheit, Kultur und Religion. Fragestellungen interkultureller Medizin- und Pflegeethik, Wiener Medizinische Wochenschrift 157 (2007) H. 9-10, 183-189; I. Ilkilic: Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft, Münster 2002; Y. Nordmann: Zwischen Leben und Tod. Aspekte der jüdischen Medizinethik, Bern 2000.

gar geförderten Konsanguinität erwähnt. Um so mehr stellt sich die Frage, welchen Beitrag Religionsgemeinschaften und ihre Repräsentanten zur Förderung der «Compliance» bei Migranten leisten können.¹³

Was ihre Integration in den westlichen Medizinbetrieb erschwert, sind bisweilen Unkenntnis und Vorurteile gegenüber fremden Religionen auf Seiten von Ärzten und Pflegekräften. Freilich gibt es «den» muslimischen Patienten ebensowenig wie «den» christlichen oder buddhistischen Patienten. Schwierigkeiten, sich zum Beispiel den Gegebenheiten in Schweizer oder österreichischen Krankenhäusern anzupassen, haben eher kulturelle als religiöse Ursachen. So sehr Religion auch einen Bestandteil der Kultur bildet, so deutlich muss doch zwischen Religion und Kultur unterschieden werden.

Generell ist zu bedenken, dass ein souveräner Umgang mit Andersgläubigen die Vertrautheit mit der eigenen Religion voraussetzt. Diese lässt sich aber bei vielen Kirchenmitgliedern und auch bei kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. bei Mitarbeitenden in diakonischen Einrichtungen längst nicht mehr als selbstverständlich voraussetzen. Nicht nur die moderne Gesellschaft, sondern zum Beispiel auch die Kirchen selbst sind von der Pluralisierung in Glaubens- und Lebensfragen erfasst.

Die unterschiedlichen Sichtweisen von Krankheit und Gesundheit, Heil und Heilung oder Körper, Geist und Seele machen Konzepte einer interkulturellen bzw. multikulturellen Medizin und Pflege erforderlich.¹⁴ Medizin und Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft setzen nicht nur den Respekt vor anderen Kulturen und Religionen voraus, sondern erfordern auch ein hohes Mass an hermeneutischer Kompetenz. Hermeneutik als methodisches Bemühen um Verstehen beginnt beim Problem der Sprache bzw. der Fremdsprachen. Schon in der eigenen Sprache machen wir die Erfahrung, dass zwei Menschen, wenn sie das Gleiche sagen, darum noch lange nicht dasselbe meinen. Erst recht gilt dies bei Übersetzungsproblemen.

Von jeher sind Krankheit und Gesundheit religiöse Themen. Dazu gehört nicht nur die Frage nach dem Zusammenhang von Krankheit und Schuld

¹³ Vgl. dazu F. Akashe-Böhme/G. Böhme: Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen (Beck'sche Reihe 1620), München 2005, 121ff.; U.H.J. Körtner/F. Aksu/P.J. Scheer: Leidens- und Krankheitsverhalten im Spannungsfeld zwischen Religion und Ethik, Monatsschrift Kinderheilkunde 153 (2005) 34-41.

¹⁴ Vgl. U.H.J. Körtner: Grundkurs Pflegeethik, Wien 2012, 89ff.

bzw. Krankheit und Sünde, sondern auch die Frage nach der möglichen Verbindung von Heil und Heilung.¹⁵ Für das Christentum liegt der enge Zusammenhang von Heilung und Glaube auf der Hand. Adolf v. Harnack führte den Missionserfolg des ältesten Christentums in erheblichem Masse auf die zentrale Stellung von Heilung und Erlösung in der christlichen Botschaft, auf die Darstellung Christi als Heiland und Arzt und auf die damit verbundene Gegenüberstellung von Christus und Asklepios zurück.¹⁶ Eugen Biser bezeichnete das Christentum geradezu als «therapeutische Religion».¹⁷ In der charismatischen Bewegung und in den Pfingstkirchen spielt das Thema der Glaubensheilungen eine zentrale Rolle, und auch andere Kirchen wenden sich dieser Fragestellung in letzter Zeit wieder verstärkt zu.¹⁸

4. Spiritual Care

Medizinethische Probleme gibt es auf drei Ebenen: auf der personalen Ebene bzw. der Ebene interaktioneller Beziehungen, z.B. zwischen Arzt und Patient, auf der strukturellen oder institutionellen Ebene, auf der z.B. das Krankenhaus oder das gesamte Gesundheitswesen als Systeme oder Organisationen in den Blick treten, und schliesslich auf der kulturellen Ebene, auf der Einstellungen und Werthaltungen, d.h. aber auch weltanschauliche oder religiöse Grundorientierungen angesiedelt sind.¹⁹ Diese Grundeinstellungen und Wertvorstellungen prägen sowohl die personale als auch die strukturelle Ebene.

Das Thema «Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett» ist auf allen drei Ebenen angesiedelt. So sehr der einzelne Patient im Mittelpunkt des medizinischen Geschehens und helfenden Handelns steht und stehen

¹⁵ Vgl. U.H.J. Körtner: Wie lange noch, wie lange? Über das Böse, Leid und Tod, Neukirchen-Vluyn 1998, 53ff.

¹⁶ A. v. Harnack: Die Mission und Ausbreitung des Christentums in den ersten drei Jahrhunderten, Leipzig 1924.

¹⁷ E. Biser: Die Heilkraft des Glaubens, Conc. 34 (1998) 534-544.

¹⁸ Siehe u.a. W.J. Hollenweger: Geist und Materie. Interkulturelle Theologie III, München 1983, 28-35 (Beispiel einer Heilungsliturgie); D. Greiner: Segen und Segnen. Eine systematisch-theologische Grundlegung, Stuttgart 1998, 360-367; G. Greshake: Die Krankensalbung zwischen physischer und spiritueller Heilung, Conc. 34 (1998) 544-553.

¹⁹ Vgl. E. Amelung, in: ders. (Hg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch, Berlin u.a. 1992, 19-53; D. Ritschl: Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen, Neukirchen-Vluyn 2004, 134.

soll, so sehr müssen doch die konkreten Orte helfenden und heilenden Handelns, die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Das gilt nicht nur für die Strukturen und Arbeitsbedingungen z.B. in einem Krankenhaus oder Pflegeheim, sondern für das Gesundheitswesen insgesamt.

Dem tragen die verschiedenen Konzepte von «Spiritual Care» Rechnung, die in den USA und Grossbritannien entwickelt worden sind. Inzwischen hat die Diskussion auch den deutschsprachigen Raum erreicht. In ihr geht es unter anderem darum, die Aufgabe und Rolle der Seelsorge im Krankenhaus neu zu bestimmen. Wie Traugott Roser schreibt, besteht die eigentliche Neuerung in der Begründung von Seelsorge «darin, dass nicht mehr allein vom Recht des Patienten auf seelsorgerliche Begleitung als Konkretion der Religionsfreiheit her argumentiert wird, sondern ein institutionelles und nach Kriterien einer Institution (Qualitätsmanagement) zu beschreibendes Interesse angeführt wird, das seinerseits konsequent patientenorientiert ist in dem Sinne, dass die subjektive Zufriedenheit und Lebensqualität von Patienten zentrale Bedeutung für das Verständnis von Qualität haben»²⁰. «Spiritual Care» ist also als systemischer Begriff zu verstehen, mit dessen Hilfe die Seelsorge der verschiedenen Religionsgemeinschaften organisational in das System Krankenhaus integriert werden soll.

Das Konzept der Spiritual Care erfordert allerdings einige begriffliche Klärungen und wirft auch eine Reihe von religionstheoretischen und theologischen Fragen auf. In den USA wird zwischen konservativen und liberalen Theologen über das Für und Wider von «Spiritual Care» im Unterschied zur «Pastoral Care», d.h. einer konfessionell geprägten Seelsorge diskutiert.²¹ Dabei spielt die Palliativmedizin bzw. «Palliative Care» eine Vorreiterrolle. Auch im deutschsprachigen Raum deutet sich in der Hospizbewegung eine Lösung der konfessionellen Bindung der Seelsorge zugunsten einer «spiritual care» an, die an keine feste religiöse Tradition gebunden ist.²² Welche struk-

²⁰ T. Roser: Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang (Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 3), Stuttgart 2007, 264.

²¹ Vgl. die Beiträge in Christian Bioethics 9, Nr. 1, April 2003.

²² Vgl. U.H.J. Körtner: Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin, Göttingen 2007, 203-224 (219ff.).

turellen Konsequenzen dies für die Krankenhausseelsorge auf Dauer nach sich zieht, bleibt abzuwarten.

Hinter der Diskussion über die Schärfe bzw. Unschärfe der Begriffe «Spiritualität», «Religiosität» und «Religion» stehen keineswegs nur wissenschaftliche Interessen der Theoriebildung, sondern auch pragmatische Interessen, stellen sich doch praktische Fragen nach den für «Spiritual Care» zuständigen und kompetenten Berufsgruppen, nach der organisatorischen Einbindung und Rekrutierung von Seelsorgern (Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religionsgemeinschaft, Beauftragung durch sie), nach Inhalten, Methoden und Bezugswissenschaften der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Theologie, Religionswissenschaft, Philosophie, Psychologie und Psychotherapie).²³

Im Kontext von Krankenhausseelsorge und Spiritual Care hält Traugott Roser gerade die Unschärfe des Begriffs «Spiritualität» für seine Stärke. Sie bestehe in seiner Anschlussfähigkeit für die unterschiedlichsten Formen der Sinnsuche und Sinngabe in einer religiös und weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft. Der Begriff stehe ganz allgemein für radikale Individualität in einem Umfeld, das in Diagnostik, Therapie und Pflege auf Verallgemeinerungen und Vergleichbarkeiten geeicht sei. In seiner Unschärfe diene der Begriff der Spiritualität der Bestimmung des Unbestimmbaren, der Markierung von Differenzen, ohne welche Freiheit und Individualität nicht denkbar und vor allem nicht erfahrbar seien. Theologisch deutet Roser die durch die Spiritualitätssemantik thematisierte Unbestimmbarkeit als Unverfügbarkeit, die den Menschen als Geschöpf und Ebenbild Gottes auszeichne, d.h. als weltoffenes, auf Beziehung (einschließlich transzendenten Beziehungen) angelegtes, aber auch fragmentarisches, nämlich verwundbares und endliches Wesen.²⁴ Unverfügbarkeit ist aber auch ein anderes Wort für Kontingenz, die z.B. im Gelingen und Scheitern therapeutischer Prozesse erfahren wird. Spiritual Care definiert Roser als «Sorge um die individuelle Teilnahme und Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben im umfassenden Verständnis»²⁵.

²³ Siehe auch M. Utsch: Wer sorgt für die Seele eines kranken Menschen? Das Konzept «Spiritual Care» als Herausforderung für die christliche Seelsorge, MEZW 75/9 (2012) 343-347.

²⁴ Vgl. Roser: Spiritual Care (Anm. 20), 252.

²⁵ Roser: Spiritual Care (Anm. 20), 9.278.

Bei allem Verständnis für Anschlussfähigkeit in pluralistischen Lebenswelten und Diskursen halte ich doch das Bemühen um begriffliche Unterscheidungen sowohl aus wissenschaftlichen als auch aus pragmatischen Gründen für notwendig. So gilt es meines Erachtens bei allen Überschneidungen, die faktisch bestehen, zwischen Spiritualität, Religiosität und Religion zu unterscheiden, weil andernfalls sowohl die Gegenstände möglicher Erkenntnis unklar bleiben als auch die Bestimmung von unterschiedlichen Aufgabengebieten und Kompetenzen im Bereich des Gesundheitshandelns unmöglich werden. Wer z.B. wie der evangelische Theologe Manfred Josuttis in der Aufnahme von Rupert Sheldrakes Theorie der morphogenetischen Felder und der fernöstlichen Chakrenlehre den Geist Gottes als kosmisches Kraftfeld auffasst und den Seelsorger für einen Führer ins Heilige hält²⁶, klammert nicht nur die soziale und politische Dimension im Verständnis des menschlichen Körpers und der menschlichen Seele aus, sondern übergeht, wie Christoph Schneider-Harpprecht mit Recht kritisiert, «in der Attitüde scheinbar allmächtiger spiritueller Heiler die Heilungsbemühungen von Ärzten und Therapeuten»²⁷. Diese Form von Spiritualität ist selbst reduktionistisch, weil sie auf einem ontologischen Monismus basiert, der letztlich nur eine Variante des kritisierten naturwissenschaftlichen Materialismus oder Physikalismus ist. «Die monistische Perspektive der den Kosmos durchflutenden göttlichen Vitalkräfte, mit denen sie sich verbündet», dispensiert diese Form von Spiritual Care «anscheinend von der Frage nach den Perspektiven der anderen.»²⁸

Eine brisante Frage lautet auch, inwieweit zeitgemäße Formen einer christlich grundierten und ausgerichteten Krankenhausseelsorge oder aber offene Angebote einer Spiritual Care organisatorisch zu einem integralen Bestandteil von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen werden sollen. Im Raum steht die Forderung, Seelsorge oder Spiritual Care zur vierten Säule neben Medizin, Pflege und Ökonomie auszubauen.²⁹

²⁶ Vgl. M. Josuttis: Segenskräfte. Potentiale einer energetischen Seelsorge, Gütersloh 2000, 39.52f.232.

²⁷ Ch. Schneider-Harpprecht: Leib-Sorge? Die Wiederentdeckung des Leibes in der Seelsorge, in: ders./S. Allwinn: Psychosoziale Dienste und Seelsorge im Krankenhaus. Eine neue Perspektive der Alltagsethik, Göttingen 2005, 202-222 (219).

²⁸ Ebd.

²⁹ S. Allwinn/Ch. Schneider-Harpprecht/K. Skarke: Psychosoziale Dienste und Seelsorge

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger werden von den Landeskirchen rekrutiert und bezahlt oder sie sind bei einem diakonischen Träger angestellt. In den verschiedenen Landeskirchen ist die Klinikseelsorge allerdings personell sehr unterschiedlich ausgestattet.

Knapper werdende Finanzmittel nötigen Kirchen, Krankenhäuser und Altenheime in jedem Fall, ihre Form der Zusammenarbeit im Bereich der Seelsorge sowie die vorhandenen Konzepte und Finanzierungsmodelle zu prüfen. Begreift man Seelsorge als Dienstleistung, wäre es zum Beispiel vorstellbar, diese Leistung nicht mehr von den Landeskirchen finanzieren zu lassen, sondern den Abnehmern in Rechnung zu stellen. Das wären dann wohl nicht die einzelnen Patientinnen und Patienten, sondern das Krankenhaus oder das Altenheim, vorausgesetzt, die Klinikseelsorge beschränkt sich nicht auf die Begleitung von Patienten und Angehörigen, sondern übernimmt eine klar definierte Funktion für die gesamte Organisation der Einrichtung, z.B. durch feste Einbindung in ein Ethikkomitee, durch seelsorgerliche Begleitung des Personals und Mitarbeit bei der Erstellung und Implementierung des Unternehmensleitbildes. Bei diesem Modell bleiben die Seelsorgerinnen und Seelsorger weiterhin bei der Landeskirche beschäftigt und arbeiten in ihrem Auftrag. Die Kosten werden jedoch teilweise oder ganz auf den Betreiber des Krankenhauses oder Altenheims verlagert.

Solch ein Modell funktioniert freilich nur dann, wenn man auch nicht-kirchlichen Krankenhausträgern einsichtig machen kann, welchen systemischen oder organisationalen Nutzen sie vom Angebot der Klinikseelsorge haben. Nun gibt es Berechnungen, die zeigen, dass die seelsorgerliche Begleitung von Patienten kostensenkend wirkt, weil sie Compliance und Coping des Patienten positiv beeinflusst und damit zu einer kürzeren Verweildauer im Spital beiträgt, die Zufriedenheit der Patienten, die man als Kunden begreift, erhöht und das Image des Krankenhauses befördert, z.B. weil sich Patienten (und ihre Angehörigen) nach ihrer Entlassung gern an jenes erinnern und es anderen weiterempfehlen.

Solche Überlegungen führen in den USA und Grossbritannien zu einem anderen Geschäftsmodell. Hier sind Krankenhäuser im Zuge der Privatisierung oder der Reorganisation von staatlichen Kliniken im britischen New

Health System als «trusts» dazu übergegangen, die Seelsorge als eigenes Department und Teil des Unternehmens zu organisieren. In diesem Modell verliert die Seelsorge jedoch ihr traditionelles kirchlich-konfessionelles Profil. «Pastoral Care» verändert sich in Richtung einer religiös pluralistischen «Spiritual Care», die auch den spirituellen Bedürfnissen von Menschen gerecht werden soll, die keine enge Bindung an eine Kirche oder Religionsgemeinschaft und deren religiöse Überzeugungen und Rituale haben. Die Folgen der verstärkten Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist in der Schweiz, in Deutschland und Österreich zu beobachten. So gelten Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement inzwischen auch in Diakonie und Seelsorge als selbstverständlich.

Der katholische Theologe Georg Meier-Gerlich hat das Konzept einer caritativen Seelsorge auf der Basis einer Organisationstheologie entwickelt, die davon ausgeht, dass Theologie und soziale Systeme in diakonischen Unternehmen eine Verbindung eingehen.³⁰ Analog zu Medizin und Pflege ist nach diesem Konzept auch die Seelsorge ergebnisorientiert und verwendet ein methodisches Instrumentarium, bestehend aus dem seelsorgerischen Aufnahmegerespräch, der Seelsorgediagnose unter Verwendung eines Fragebogens, einem Behandlungsplan und einer systematischen Evaluation.

Positiv ist an diesem Konzept, dass es den Auftrag der Seelsorge sinnvoll begrenzt und die Seelsorge mit einem klaren Profil und Auftrag in die Arbeit eines therapeutischen Teams, z.B. auf der Onkologie oder einer Internistischen Station integriert. Klärungsbedürftig ist aber die Abgrenzung zur Psychotherapie, wenn Meier-Gerlich erklärt, Aufgabe der Seelsorge sei es, die psychischen Kränkungen zu behandeln, durch welche bei einer Erkrankung das Gleichgewicht des emotionalen Haushalts des Patienten sowie seines Wertesystems und seiner religiösen Überzeugungen gestört werde. Ist es – auch unter theologischen Gesichtspunkten – zulässig und sinnvoll, Seelsorge als erfolgsorientierten Prozess zu verstehen? Wenn das zentrale Geschehen in der Seelsorge ein geistlicher Prozess ist, bei dem das Evangelium den Einzelnen erreicht – wann und wie es Gott gefällt –, kann dieser dann überhaupt gesteuert und evaluiert werden? Oder anders gefragt: Was am seelsorgerlichen Handeln steht in der Verantwortung des Menschen, was genau daran

³⁰ G. Meier-Gerlich: *Caritative Seelsorge im Behandlungsauftrag des kirchlichen Krankenhauses. Ein Modell zur Professionalisierung der Krankenhausseelsorge*, Trier 2003.

ist lern- und lehrbar und dann auch im Sinne des Qualitätsmanagements evaluierbar – und was nicht?

Zu Recht weist die evangelische praktische Theologin Isolde Karle darauf hin, dass Seelsorge als Gespräch mit religiöser Codierung bzw. die Religion selbst «*Mehr- und Uneindeutigkeiten*» kultiviert, «die sich [lies: sie?] einer schlichten Instrumentalisierung von Religion für die Gesundheit von Gläubigen entzieht und das Bewusstsein *für das Nichtwissbare, für das nicht Berechenbare, für den grundlegenden Zweifel*, der den Glauben begleitet, wach hält»³¹. Christliche Seelsorge ist zunächst frei von bestimmten Zielen und im Unterschied zu Psychotherapie oder Beratung «*nicht primär als Veränderungsarbeit*, auch nicht im Dienst der Gesundheit, zu verstehen»³². Auch Isabelle Noth ist davon überzeugt, «dass Seelsorge noch bedeutend Anderes ist als medizinisch geprägte (westlich-säkulare) Spiritual Care»³³. Und wenn sie sich Messinstrumente wie SPIR anschaut – ein am Münchener Lehrstuhl für Spiritual Care entwickeltes «halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung der spirituellen Anamnese»³⁴ –, wo man als erste Frage liest: «Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten?», dann reagiert die Seelsorgerin I. Noth spontan wie folgt: «Hoffentlich getraut sich die Person angesichts der Asymmetrie von Arzt und PatientIn, die Auskunft auch zu verweigern»³⁵.

5. Die Ambivalenz von Religion und Spiritualität

Fragwürdig ist auch die These, wonach Spiritualität in jedem Fall positive Auswirkungen auf die seelische oder körperliche Gesundheit hat. Studien, die diesen Zusammenhang empirisch erhärten wollen, sehen sich wissenschaftstheoretischen und methodologischen Rückfragen ausgesetzt. Das gilt zum Beispiel für verschiedene Studien, welche die therapeutische Wirkung

³¹ I. Karle: Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care, WzM 62 (2010) 537-555 (543).

³² Karle: Perspektiven (Anm. 31), 547.

³³ Noth: Seelsorge und Spiritual Care, in: dies./Kohli Reichenbach (Hg.): Palliative und Spiritual Care (Anm. 4), 103-115 (115).

³⁴ Vgl. dazu St.T. Hauf: Das halbstrukturierte, klinische Interview «SPIR» zur Erfassung spiritueller Überzeugungen und Bedürfnisse von Patienten mit Krebserkrankung, 2009 (abrufbar unter http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10263/1/Hauf_Stephan.pdf [letzter Aufruf am 3.9.2014]).

³⁵ Noth: Seelsorge (Anm. 33), 113.

von Gebeten untersucht haben. Ob Gott existiert oder nicht, können diese Untersuchungen ohnehin nicht beantworten. Der allfällige Nachweis einer therapeutischen Wirkung von Gebeten ist kein Gottesbeweis, sondern lässt sich auch als Placebo-Effekt erklären. Im übrigen sind die vorliegenden Untersuchungsergebnisse zur therapeutischen Wirkung von Gebeten widersprüchlich. Während zum Beispiel eine im British Medical Journal veröffentlichte Studie den Nachweis führen zu können glaubt, dass regelmässige Rosenkranzgebete oder meditative Mantras positive Effekte auf das Herz- und Kreislaufsystem haben³⁶, führen andere Studien zu dem Ergebnis, dass Gebete – zumindest bei Herzpatienten – keine nachweisliche Heilwirkung entfalten.³⁷ Abgesehen von der Frage nach dem Design und der Aussagekraft der genannten Studien ist grundsätzlich festzustellen, dass medizinische und psychologische Untersuchungen zur Wirkung von Gebeten oder zur seelischen Stärkung von Patienten durch ihren Glauben nichts über die *Wahrheit* einer Religion, sondern bestenfalls etwas über ihre mögliche individuelle *Wirkung* aussagen. Eine positive Wirkung auf Therapieverlauf und Coping hat z.B. auch der Humor. Man denke nur an die Arbeit der CliniClowns und der «Rote Nasen Clown Doctors».³⁸

Man könnte aber natürlich genauso gut die angsterzeugende oder -verstärkende Wirkung bestimmter religiöser Vorstellungen – man denke an religiöse Schuld- und Sündenvorstellungen, an Vorstellungen von göttlichen Strafen, Hölle und Fegefeuer – und ihre negativen Auswirkungen auf Krankheitsverläufe untersuchen. Die religiösen Wahnwelten von Psychotikern sind ebenfalls ein hinlänglich bekanntes Forschungsfeld.³⁹ Negative Auswirkun-

³⁶ L. Bernardi/P. Sleight u.a.: Beyond science? Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study, BMJ 2001; 323: 1446-1449.

³⁷ M.W. Krucoff u.a.: Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the monitoring and actualization of noetic trainings (MANTRA) II randomised study, The Lancet Bd. 366, Nr. 9481 (16. Juli 2005) 211-217; H. Benson u.a.: Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP) in cardiac bypass patients: A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer, American Heart Journal 151/Nr. 4 (April 2006) 934-942.

³⁸ Informationen unter <https://www.cliniclowns.at/> (18.8.2008) und <http://www.rotenasen.at/int/> (18.8.2008).

³⁹ Siehe nur den klassischen Fall des Daniel Paul Schreber und seine Analyse bei S. Freud: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides), GW III, Frankfurt a.M. 1969, 239-320. Vgl. ferner C.

gen auf die Heilungs- und Überlebenschancen hat auch die Verweigerung lebenserhaltender medizinischer Massnahmen aus religiösen Gründen, z.B. die prinzipielle Ablehnung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas. Die Wechselwirkungen zwischen Religion, Gesundheit und Krankheit sind also einigermassen komplex.⁴⁰ Einfachen Antworten und Erklärungen ist grundsätzlich zu misstrauen, und das nicht nur aus naturwissenschaftlicher, sondern auch aus theologischer Sicht, ist doch die Ambivalenz jeglicher Form von Religion nicht nur ein Thema der modernen Religionskritik, sondern auch der Theologie, jedenfalls im Christentum.

Nicht nur die religiöse Vorstellung von einem strafenden Gott oder ewigen Höllenqualen, sondern auch bestimmte Formen von Esoterik und Alternativmedizin können gesundheitsschädliche Folgen haben.⁴¹ So gibt es z.B. auf dem Gebiet der Psychoonkologie fragwürdige, ja geradezu kriminelle Beispiele.⁴² Sofern die Quelle zu den kosmischen Kräften der Natur im Individuum liegen soll, wird wohl an die Eigenverantwortung des Einzelnen für sein individuelles Geschick appelliert, z.B. indem Krankheit als Selbstheilung gedeutet wird, doch die sozialethische Dimension der Weltverantwortung tritt ganz in den Hintergrund. Angesichts der geschichtlichen Katastrophen des vorigen Jahrhunderts, des Endes der grossen politischen Ideologien und anonymer Prozesse wie der Globalisierung ist diese Haltung durchaus verständlich. Eine Spiritualität, welche auf die Natur, die Evolution oder die Wendezeit im Zeichen des Wassermannes setzt, entlastet die Menschen von ethischer Verantwortung, schlägt oft aber auch in Zynismus um.⁴³

Kulenkampff: Entbergung, Entgrenzung, Überwältigung als Weisen des Standverlustes. Zur Anthropologie der paranoiden Psychosen, in: E. Straus/J. Zutt (Hg.): Die Wahnwelten (Endogene Psychosen), Frankfurt a.M. 1963, 202-217; A. Storch/C. Kulenkampff: Zum Verständnis des Weltuntergangs bei den Schizophrenen, Der Nervenarzt 21 (1950) 102-108.

⁴⁰ Generell zu Phänomenen des negativen religiösen Copings vgl. D. Edmondson/C.L. Park/T.O. Blank/J.R. Fenster/M.A. Mills: Deconstructing spiritual well-being: existential well-being and HRQOL in cancer survivors, Psycho-Oncology 17 (2008) 161-169.

⁴¹ Unter Gesichtspunkten des Konsumentenschutzes vgl. auch Stiftung Warentest/Verein für Konsumenteninformation: Die Andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden (in Zusammenarbeit mit K. Federspiel u. V. Herbst), Berlin 1996.

⁴² Man denke nur an den verurteilten Arzt Ryke Geerd Hamer. Vgl. R.G. Hamer: Krebs. Krankheit der Seele. Kurzschluß im Gehirn, dem Computer unseres Organismus. Die EISERNE REGEL DES KREBSES, Köln 1989.

⁴³ Vgl. auch die Kritik von S. Heine: Die Erfahrung Gottes in einer von menschlichem Handeln bestimmten Welt, ZThK 93 (1996) 376-392.

Die berechtigte Kritik an negativen Erscheinungen und Folgen von Religion oder Spiritualität kann freilich nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Mensch nicht vom Brot allein lebt und sich nicht auf Stoffwechselvorgänge und die Befriedigung materieller Bedürfnisse reduzieren lässt. Auch lässt sich nicht bestreiten, dass Menschen im Einzelfall aus ihrem religiösen Glauben Kräfte schöpfen können – können, nicht müssen! –, die ihnen helfen, Lebenskrisen wie zum Beispiel eine schwere Krankheit zu meistern, vielleicht auch, ein unheilbares Leiden oder eine Behinderung zu akzeptieren, ohne daran seelisch zu zerbrechen. Religion kann eine positive Auswirkung auf das «coping» haben, auch wenn zunächst offen bleiben muss, ob oder wie sich dieser Effekt naturwissenschaftlich messen lässt.

6. Ein erweiterter Begriff von Spiritualität in Medizin und Pflege⁴⁴

Ein materialistischer Reduktionismus, der die Sinnfrage und die Dimension der Transzendenz ausblendet, ist ebenso problematisch wie manche Konzeptionen der Ganzheitlichkeit, die alle Krankheiten auf psychische oder spirituelle Ursachen zurückführen wollen. Eine Spiritualität, die positives Denken als Wunderwaffe gegen alle somatischen Erkrankungen propagiert, verkennt den Unterschied zwischen Heil und Heilung und ist nach meinem theologischen Verständnis ebenso reduktionistisch wie der neuzeitliche Materialismus. Erkenntnistheoretisch wie praktisch muss um des Lebens willen die Eindimensionalität zugunsten der Mehrdimensionalität überwunden werden. Anstelle einer fragwürdigen Ganzheitsmedizin ist nach meinem Dafürhalten ein Konzept von integrativer Medizin zu stellen, das auf Mehrdimensionalität zielt.⁴⁵

Praktisch bedeutet dies, dass nicht nur somatische Medizin und Psychotherapie, sondern dass auch Medizin, Pflege, Philosophie und Theologie noch stärker miteinander ins Gespräch kommen müssen, als dies zur Zeit geschieht, und zwar nicht nur auf dem Gebiet einer im wesentlichen auf Risikoabschätzung reduzierten medizinischen Ethik, sondern auch im Bereich anthropologischer Grundfragen. Das Recht auf seelsorgerliche oder spirituelle Begleitung gehört zu den gesetzlich verankerten Patientenrechten. An die Stelle hochgradiger Arbeitsteilung muss das Teamwork von Gesundheitsberufen und religiöser Seelsorge treten, wenn der Mensch als Person nicht aus

⁴⁴ Dieser Abschnitt ist übernommen aus Körtner: Leib und Leben (Anm. 1), 104-107.

⁴⁵ Vgl. Körtner: Wie lange noch (Anm. 15), 53ff.

dem Blickfeld geraten soll. Die Rechnung, wonach Heil und Heilung säuberlich zu trennen sind, so dass ausschliesslich die Medizin für Gesundheit und Heilung, die Theologie allenfalls für Heil und Erlösung zuständig ist, geht in der bisherigen, gewissermassen kantischen Form nicht auf. Gesundheit und Heil, Heilung und Erlösung, Sein und Sinn betreffen den in sich unteilbaren Menschen, der mehr ist als die Summe seiner anatomischen, psychischen und mentalen Teile.

In welchem Sinne lässt sich theologisch verantwortlich von Spiritualität in der Medizin sprechen? Es seien einige Elemente benannt:

A. «Professional attitudes»

Das Wort Spiritualität kommt vom lateinischen «spiritus = Geist». Gemeint ist der göttliche Geist, der auch im Menschen Platz greifen will und soll. Zur Spiritualität gehört die Frage, aus welchem Geist heraus ich meine Arbeit tue, meinen Beruf ausübe und anderen Menschen begegne. Neudeutsch gesprochen hat Spiritualität etwas mit den «professional attitudes» von Ärzten und Pflegenden zu tun. Empathie, Nächstenliebe, Fürsorglichkeit und Barmherzigkeit sind Geistesgaben, die nach meinem Verständnis die Grundhaltung von Medizinern und Pflegenden prägen sollten.

B. Endlichkeit akzeptieren

Spiritualität weiss um den Geschenkcharakter von Leben und Gesundheit, um ihre Unverfügbarkeit und Kontingenz. Bei aller Professionalität ist doch das Gelingen therapeutischer Prozesse eine Gnade und Grund zu Demut und Dankbarkeit. Eine alte Weisheit lautet: «Medicus curat, natura sanat, Deus salvat». Heilung liegt nicht allein in Menschenhand. Spiritualität in der Medizin bedeutet, die eigene Endlichkeit, d.h. aber auch die Endlichkeit der Heilkunst zu akzeptieren und diese nicht zur Heilslehre zu überhöhen. Spiritualität besteht darin, dass sich Ärzte und Patienten wechselseitig von übertriebenen Erwartungen entlasten und auch lernen, mit dem Scheitern und mit Misserfolgen umzugehen. Besonders virulent ist diese Frage im Fall von unheilbarer oder chronischer Krankheit.

C. Medizin – eine Kunst

Zur Spiritualität gehört die Einsicht, dass Medizin und Pflege nicht nur eine Technik, sondern auch eine Kunst sind, die wie alle Kunst auch der

Inspiration und des Kairos, des rechten Augenblicks und der Fügungen bedarf. «Häufig gilt unausgesprochen die Überzeugung, Ärzte oder Pflegende würden Probleme einfach sachgerecht, das heisst fachlich lösen. Wäre dies tatsächlich der Fall, dann hätten wir es bei den Ärzten mit Medizintechnikern zu tun, die den Namen Arzt nicht verdienen, und bei den Pflegenden mit Pflegerobotern, die den Namen Schwester oder Pfleger nicht verdienen würden.»⁴⁶

D. Die Ressource Vertrauen

Spiritualität in Medizin und Pflege hat ganz wesentlich mit der Ressource Vertrauen zu tun, ohne die therapeutische und pflegerische Prozesse nicht gelingen können. Ärzte und Pflegende benötigen Selbstvertrauen und Vertrauen in ihre Fähigkeiten und die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel. Patienten und ihre Angehörigen brauchen Vertrauen in die Heil- und die Pflegekunst der Ärzte und Pflegekräfte. Vertrauen ist akzeptierte Abhängigkeit, wie der Mediziner und evangelische Theologe Dietrich Rössler einmal geschrieben hat.⁴⁷ Darin liegt ein Hinweis auf das Bewusstsein schlechthiniger Abhängigkeit, das der grosse protestantische Theologe Friedrich Schleiermacher als Wesen der Religion beschrieben hat. Vertrauen ist, wenn man so will, immer auch eine Glaubenssache. Glaube nicht nur an die Kompetenz eines Arztes, sondern der Glaube an Gott als Tiefendimension unseres Daseins ist der letzte Grund für alles Vertrauen. Zur Spiritualität gehört es, diese Tiefendimension menschlichen Vertrauens und Hoffens freizulegen, nach Quellen des Vertrauens zu suchen. Zur Spiritualität gehört ebenso, sich den vielfältigen Ängsten, den eigenen wie den fremden, zu stellen, statt die Angst, die Lebensangst, die doch immer auch Todesangst ist, zu tabuisieren, wie dies in unserer Gesellschaft und im medizinischen Alltag häufig geschieht.

⁴⁶ Kath. Krankenhausverband Deutschlands e.V. / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Ethik-Komitee im Krankenhaus. Selbstverlag des Kath. Krankenhausverbands Deutschland e.V., Freiburg i.Br.1997, 9.

⁴⁷ D. Rössler: Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen, München 1977, 46.

E. Kommunikation

Spiritualität bedeutet Kommunikation, Kommunikation zwischen Mensch und Gott und zwischen den Menschen untereinander. Der Geist stiftet und eröffnet Kommunikation. Er ist die Atmosphäre, in der die Kommunikation zwischen Arzt und Patient stattfindet. Sein Wirken ereignet sich *zwischen* Arzt und Patient. Der Geist ist das Zwischen menschlicher Kommunikation, das Ich und Du ebenso verbindet wie voneinander abgrenzt und unterscheidet.

F. Spiritualität als organisationstheoretisches Thema

Spiritualität hat nicht nur mit der Haltung und Einstellung des Einzelnen, des Patienten, des Arztes oder der Pflegenden zu tun, sondern auch mit der Kultur einer medizinischen oder pflegerischen Einrichtung. Wir sprechen gelegentlich von dem Geist, der in einem Haus herrscht. Spiritualität ist somit auch ein organisationstheoretisches Thema. Strukturen, ja schon die Architektur eines Hauses sind gewissermassen Objektivationen des Geistes. Sie vermitteln eine bestimmte Atmosphäre, ermöglichen, fördern oder verhindern Kommunikationsprozesse. Zur Dimension der Spiritualität gehört eben auch die Frage nach den Strukturen, den Arbeits- und Lebensbedingungen in einer Klinik oder einem Pflegeheim. Und schliesslich zählt dazu auch die handfeste Frage, welche Budgets für Angebote der Seelsorge sowie der entsprechenden Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen.

Abstract

Der vorliegende Beitrag plädiert für einen sorgfältigen und kritischen Umgang mit dem Begriff der Spiritualität im Allgemeinen wie in der Medizin im Besonderen. An Hinweise zur Geschichte des Begriffs und zu seinem christlichen Gehalt schliessen sich einige Bemerkungen zum Verhältnis von Religion, Kultur und Medizin im Kontext einer multikulturellen Gesellschaft an. In einem weiteren Schritt werden Begriff und Konzepte von Spiritual Care diskutiert. Dabei ist es wichtig, nicht nur die positiven Seiten von Religion und Spiritualität herauszustreichen, sondern auch ihre Ambivalenzen und möglichen Gefahren zur Sprache zu bringen. Abschliessend wird in sechs Thesen ein erweiterter Begriff von Spiritualität in der Medizin zur Diskussion gestellt.

This contribution advocates a careful and critical approach to the concept of spirituality in general, and in medicine in particular. Some indications concerning the history of the concept and its christian content are followed by some comments on its relation to religion, culture and medicine in the context of a multicultural society. In a further step, the term and concept «spiritual care» is discussed. It is important, not only to emphasise the positive sides of religion and spirituality, but also to thematise their ambivalences and possible dangers. In conclusion, an expanded concept of spirituality in medicine is, in six theses, put forward for discussion.

Ulrich H.J. Körtner, Wien