

epd Dokumentation online

Herausgeber und Verlag: Gemeinschaftswerk der Evangelischen Publizistik (GEP) gGmbH,
Emil-von-Behring-Str. 3, 60439 Frankfurt am Main.

Geschäftsführer: Direktor Jörg Bollmann

Amtsgericht Frankfurt am Main HRB 49081

USt-ID-Nr. DE 114 235 916

Verlagsleiter: Bert Wegener.

Chefredakteur der epd-Zentralredaktion: Dr. Thomas Schiller.

epd Dokumentation: Uwe Gepp (verantw.)

Erscheinungsweise: einmal wöchentlich, online freitags.

Bezugspreis:

- **Online-Abonnement** „epd Dokumentation“ per E-Mail: monatl. 26,70 Euro, jährlich 320,40 Euro, 4 Wochen zum Ende des Bezugsjahres kündbar. Der Preis für das Online-Abonnement schließt den Zugang zum digitalen Archiv von epd-Dokumentation (ab Jahrgang 2001) ein.

Verlag/Bestellservice (Adresse siehe oben unter GEP): Tel: 069/58098-191,

Fax: 069/58098-226, E-Mail: aboservice@gep.de

Redaktion (Adresse siehe oben unter GEP): Tel: 069/58098-209

Fax: 069/58098-294, E-Mail: doku@epd.de

© GEP, Frankfurt am Main

Alle Rechte vorbehalten. Die mit dem Abo-Vertrag erworbene Nutzungsgenehmigung für „epd Dokumentation“ gilt nur für einen PC-Arbeitsplatz. „epd Dokumentation“, bzw. Teile daraus, darf nur mit Zustimmung des Verlags weiterverwertet, gedruckt, gesendet oder elektronisch kopiert und weiterverbreitet werden.

Anfragen richten Sie bitte an die epd-Verkaufsleitung (Adresse siehe oben unter GEP),

Tel: 069/58098-259, Fax: 069/ 58098-300, E-Mail: verkauf@epd.de.

Haftungsausschluss:

Jede Haftung für technische Mängel oder Mängelfolgeschäden ist ausgeschlossen.

Dokumentation

Frankfurt am Main ■ 2. August 2016

www.epd.de

Nr. 31

■ »Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis

Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen,
Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Impressum

Herausgeber und Verlag:
Gemeinschaftswerk der
Evangelischen Publizistik (GEP)
gGmbH
Anschrift: Emil-von-Behring-Str. 3,
60439 Frankfurt am Main.
Briefe bitte an Postfach 50 05 50,
60394 Frankfurt

Geschäftsführer:
Direktor Jörg Bollmann
Verlagsleiter:
Bert Wegener
epd-Zentralredaktion:
Chefredakteur: Dr. Thomas Schiller

epd-Dokumentation:
Verantwortliche Redakteure:
Uwe Gepp (V.i.S.d.P.) /
Reinhold Schardt
Tel.: (069) 58 098 –135
Fax: (069) 58 098 –294
E-Mail: doku@epd.de

Der Informationsdienst
epd-Dokumentation dient der
persönlichen Unterrichtung.
Nachdruck nur mit Erlaubnis und
unter Quellenangabe.
Druck: druckhaus köthen
Friedrichstr. 11/12
06366 Köthen (Anhalt)

■ Spiritualität und Glaube in der medizinischen Praxis

Dass Spiritualität und Glaube eine Dimension medizinischen Handelns darstellen, darin sind sich die Autorinnen und Autoren der Berliner Tagung zur »Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis« einig. Wie sie diese Geistesgegenwärtigkeit thematisieren, unterscheidet sich jedoch sehr.

Johannes Fischer (S. 8) behandelt sie im Rahmen von Viktor von Weizsäckers Konzeption der Lehre vom Arzt, die die Lehre von der Not des Kranken voraussetzt und auf diese aufbaut. »Ist doch das, was den Arzt überhaupt erst auf den Plan ruft, der ›Mensch in Not‹ in Gestalt eines Kranken, dem der Arzt ›als Helfer‹ beizustehen sucht. Daher bemisst sich das, was auf Seiten des Arztes für diese Hilfe erfordert ist, an der Not des Kranken. Das aber muss dann auch für die Frage gelten, ob und inwiefern zu dieser Hilfe eine spirituelle Dimension gehört und welche Rolle dabei ›Haltungen‹ in der medizinischen Praxis spielen. Der Schlüssel für die Beantwortung der Frage nach der Beziehung zwischen Medizin und Spiritualität liegt so gesehen in der Frage nach der Beziehung zwischen Krankheit und Spiritualität.«

Arndt Büssing (S. 18) sieht Spiritualität und Glaube »als Ressource zur Generierung von gesundheitsbezogener Lebensqualität« und als Faktor in der Bewältigungsstrategie (Coping) chronisch oder an multipler Sklerose erkrankter Patienten, dazu liefert er Daten aus der empirischen Sozialforschung.

Werner Vogel findet einen sehr persönlichen, lebens- und praxisnahen Zugang (S. 25): »Sicher gibt es viele Ärzte, die forscher vorangehen, sich wenig auf Diskussionen einlassen und lautstark den Ton angeben. Es gab und gibt aber auch viel Besonnenheit, Selbstreflexion, Abwägen und Offenheit auch für kritische Fragen. (...) Mein Chef der Kardiologie hat auf meine Frage, wie er es denn schaffe, zehn Patienten an einem Vormittag ambulant zu untersuchen, ohne gestresst zu wirken wie wir Assistenten, einmal geantwortet: ›Ach wissen Sie, Herr Vogel, ich lasse die Patienten – genau nach der Uhr – fünf Minuten frei reden, ohne sie zu unterbrechen, auch wenn sie zwischendurch nichts sagen. Meist habe ich danach alles gehört, was ich wissen muss.‹ Er hatte recht: Aktiv zuhören geht tatsächlich schneller, als Fragenkataloge abzuarbeiten und besorgte Patienten in ihrem Rededrang zu unterbrechen.«

Die Arbeitsgruppen behandeln das Thema nah an der medizinischen, psychosozialen und -therapeutischen Praxis (S. 30-41).

Martin Grabe fragt nach der heilenden Wirkung von Spiritualität im Kontext des Burnout-Syndroms (S. 46): »Idealismus, Arbeitseifer und Begeisterung verwandeln sich in einen Zustand chronischer Erschöpfung. (...) Häufig betroffen sind Menschen, die an sich besonders hohe Anforderungen stellen und über einen langen Zeitraum viel Engagement in ihre Tätigkeit investieren. Sie brennen aus, wenn sie gleichzeitig längst nicht im erwarteten Maß Erfolg und Anerkennung erhalten. Das ist oft in sozialen und helfenden Berufen der Fall, wie etwa bei Sozialarbeitern, Therapeuten, Lehrern, Ärzten und Krankenschwestern. (...) Wie burnout-resistent ich bin, hängt insgesamt damit zusammen, wie stabil ich außerhalb meiner Arbeit in Sinn- und Beziehungszusammenhänge eingebunden bin. Hier spielt auch die spirituelle Ebene eine wichtige Rolle.«

epd-Dokumentation dankt den Autorinnen und Autoren und dem Neukirchener Verlag für die Abdruckgenehmigung.

Quellen:

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis

Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Aus dem Inhalt:

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis.

Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

▶ Simone Ehm/Dr. Astrid Giebel: Vorwort	4
▶ Ulrich Lilie: Geleitwort	6
▶ Dr. Georg Hofmeister: Geleitwort	7
▶ Prof. Dr. Johannes Fischer: Geistesgegenwärtigkeit: Welche Haltungen braucht es in der medizinischen Praxis	8
▶ Prof. Dr. Arndt Büssing: Krankheitsneubewertung und Ehrfurcht. Dankbarkeit bei Personen mit Multipler Sklerose	18
▶ Prof. Dr. Werner Vogel: Arzt sein im Spannungsfeld zwischen Glaubensüberzeugungen und Alltagsbedingungen	25
▶ Prof. Dr. Torsten Kratz: Arbeitsgruppe 1: Zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen und ihren Angehörigen	30
▶ Dr. Klaus-Dieter Ehmke: Arbeitsgruppe 2: »Der Nächste bitte...« Erfahrungen aus der medizinischen und psychosozialen Hilfe für Flüchtlinge	33
▶ Dr. Elisabeth Grözinger: Arbeitsgruppe 4: Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen, psychoanalytischen Praxis	35
▶ Dr. Astrid Giebel: »Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« – Geistesgegenwart im ärztlichen Handeln (Andacht)	42
▶ Dr. Martin Grabe: Geistesgegenwärtig behandeln – ohne Burnout?	46
▶ Dr. Marianne Kloke: »Bleiben oder gehen« – zum Umgang mit ärztlichen Gewissensfragen	51
▶ Dr. Jochen Dutzmann: Spiritualität und Religiosität in der Medizin – ein Thema in der ärztlichen Ausbildung?	58
▶ Prof. Dr. Michael Fischer: Entscheidungen finden im Management kirchlicher Einrichtungen	64
▶ Anhang: Buchrezension (von Prof. Dr. Michael Utsch)	70

Vorwort

*Von Simone Ehm, Evangelische Akademie zu Berlin / Dr. Astrid Giebel,
Diakonie Deutschland, Evangelischer Bundesverband*

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

»Was willst du, dass ich dir tun soll?« Ein Schlaglicht aus der ärztlichen Praxis soll als Einstieg in die Thematik dienen. Es stammt aus der Publikation »Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis«, die zu den Fragestellungen dieser Dokumentation erschienen ist.¹

»Herr T., ein 88-jähriger Patient, ist im Rahmen einer weit fortgeschrittenen Demenz zunehmend gebrechlich. Bei der Visite fragt er ständig nach seiner Mutter.

Ich sage: »Sie denken an Ihre Mutter.« – »Ja, Mutter, wo bist Du?« – »Sie haben ein sehr schönes Zuhause gehabt?« – »Ja – ich bin in Halle geboren. Kennen Sie das?« Plötzlich ist Herr T. präsent und erzählt aus seiner Kindheit. Dann werden die Gedanken wieder wirr.

Ich frage: »Haben Sie Gottvertrauen?« Er antwortet: »Ich habe gebimmelt.«
»Sie haben die Glocken geläutet?« – »Ja.«
»Dann waren Sie auch in der Kirche?« – »Ja.«

Wieder ist Herr T. engagiert dabei. Ich frage: »Darf ich Ihnen Gottes Segen zusprechen?« Er nickt. Ich lege vorsichtig meine Hand auf seine Hand, schaue ihn an, er schaut mich an. Dann bete ich langsam den Aaronitischen Segen:

»Gott segne Dich und behüte Dich. Gott lasse sein Angesicht leuchten über Dir und sei Dir gnädig. Gott hebe sein Angesicht über Dich und gebe Dir Frieden.«

Herr T. ist vollkommen aufmerksam, als wenn er jedes Wort aufnehmen will. Nach dem »Amen« legt er sich zurück und scheint wieder still in seine eigene Gedanken-Welt zurückzukehren.²

Dieses Zitat ist Beispiel dafür, was es heißen kann, »geistesgegenwärtig« zu behandeln. Es

veranschaulicht, wie Spiritualität – als sinnstiftende und begründende Dimension menschlichen Lebens – in das ärztliche Handeln integriert werden kann.

Nun ist es sicherlich so, dass jeder Arzt, jede Ärztin – wie auch jeder Pflegefachmann, jede Therapeutin –, weiß, dass ein schwer kranker Mensch fast immer nicht allein körperlich betroffen ist. Er oder sie hat Angst, ist verzweifelt, dann wieder hoffnungsvoll. Er oder sie ist mit Fragen der Gestaltung des weiteren Lebens, aber auch des Lebensendes konfrontiert. Um dies zu wissen, braucht es keine besondere Geistesgegenwärtigkeit, keine besondere Spiritualität. Wie sich aber angemessen mit diesem Wissen umgehen lässt, darüber lohnt es sich nachzudenken. Denn die Praxis zeigt deutlich, wie schwierig es ist, Spiritualität – als wichtige Dimension in der Sorge um Kranke – in der ärztlichen Praxis nachhaltig erfahrbar zu machen. Noch dazu unter den Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems, das von Knappheiten geprägt ist.

Die Dokumentation vereint Beiträge von Autorinnen und Autoren aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen sowie aus nichtärztlichen Disziplinen, die sich auf ein durchaus herausforderndes Thema eingelassen haben. Sie sind bereit, ihre Erkenntnisse, Erfahrungen und Schwierigkeiten mit einer »geistesgegenwärtigen Medizin« mit uns zu teilen. Sie veranschaulichen, was die Frage Jesu aus dem Markusevangelium »Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« für sie persönlich bedeutet, wie sie in ihrem alltäglich Tun versuchen, auf Fragen nach Sinn und Schuld oder dem Warum einer Erkrankung zu reagieren, welche Strategien sie haben, dabei selbst gesund zu bleiben. Und sie beschäftigen sich mit der Frage, welche Rahmenbedingungen zum Beispiel in Kliniken förderlich sind, um geistesgegenwärtig behandeln zu können.

Die Texte in dieser Dokumentation basieren auf Vorträgen einer Fachtagung, die am 28. / 29. April 2016 von der Evangelischen Akademie zu Berlin gemeinsam mit der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen in Berlin angeboten wurde. Zwei Beiträge (Herr Prof. Arndt Büssing, Herr Prof. Michael Fischer) sind der Publikation »Geistesgegenwärtig behandeln«

entnommen. Wir danken den Autorinnen und Autoren dieser Dokumentation für die Einblicke in ihre berufliche Praxis und ihre wissenschaftliche Forschung.

Anmerkungen:

¹ Ehm, Simone/Giebel, Astrid/Lilie, Ulrich/Prönneke, Rainer (Hrsg.), *Geistesgegenwärtig behandeln, Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis*, Neukirchen-Vluyn 2016.

² Ebd.

Geleitwort

Von Ulrich Lilie, Präsident der Diakonie Deutschland, Evangelischer Bundesverband

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

»Krankheiten unterbrechen den Alltag. Schon ein verstauchter Fuß kann einen Menschen aus dem Gleichgewicht bringen – auch seelisch. Wie viel mehr eine lebensbedrohliche Erkrankung. Wem die innere Balance abhandenkommt, der spürt Gefährdung, erlebt die grundsätzliche Unsicherheit seiner oder ihrer Existenz. Der eigene Körper wird fremd, vielleicht sogar zum Feind. Wie fragil ist das Leben.

Ärztinnen und Ärzte begegnen bei ihrer Arbeit immer Menschen, die unfreiwillig aus der Balance geraten sind. Körperlich, aber eben auch seelisch. Sie haben es nicht nur mit kranken Körpern, sondern mit Männern, Frauen und Kindern zu tun, mit ihren individuellen Lebensgeschichten, mit ihren Welt- und Selbstentwürfen, mit ihren Träumen, Ängsten und Hoffnungen. Menschen sind mehr als die Summe der komplexen chemi-

schen, biologischen oder physikalischen Prozesse, die sie gesund sein lassen. Das weiß jede Ärztin und jeder Arzt, dazu bedarf es keiner besonderen Spiritualität. Doch wie schwer ist es, angemessen mit diesem Wissen umzugehen und es ins ärztliche Handeln einfließen zu lassen? Noch mehr unter den Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems, das seine Protagonisten oft an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit und darüber hinaus bringt.

Die Beiträge, die in dieser Dokumentation verzamelt sind, stellen sich der Frage, wie es gelingen kann, in der Wirklichkeit eines Krankenhaus- oder Praxisalltags dieser Mehrdimensionalität menschlichen Seins im Heilungsprozess gerecht zu werden. Ich begrüße außerordentlich, dass es dabei nicht nur um die Interaktion zwischen Arzt und Patient in verschiedenen medizinischen Arbeitsbereichen geht, sondern auch um angemessene Arbeitsbedingungen, unter denen ein geistesgegenwärtiges Behandeln möglicher wird. Denn ein Gesundheitswesen, welches den Stellenwert existenzieller Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge erkannt hat, braucht nicht nur geistesgegenwärtige Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Rahmenbedingungen, die dieser Geistesgegenwart Raum und Zeit geben.« 

Geleitwort

Von Dr. Georg Hofmeister, *Die Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen, Kassel*

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Eine Krankheit und die damit einhergehende medizinische Versorgung reißen uns aus den normalen Lebensumständen heraus. Sie unterbrechen unseren Alltag und berühren auch existenzielle Fragen. Oftmals stehen nicht nur die körperliche Gesundheit auf dem Spiel, sondern auch unsere Selbst- und Weltbilder, unsere Lebensentwürfe und unsere Träume und Hoffnungen. Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige stellen Fragen nach dem »Warum«, »Wozu« und »Wofür«. Mit all dem sind dann auch Ärztinnen und Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte konfrontiert.

In unserer ökonomisierten und hoch professionalisierten Medizin können solche existenziellen und spirituellen Dimensionen des Lebens schnell an den Rand gedrängt oder von anderen Erfordernissen überlagert werden. Gleichzeitig wissen wir aber heute, dass gerade das Eingehen auf die existenziellen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten die Heilungs- und Gesundungsprozesse ganz entscheidend befördern und erleichtern kann.

Diesen Themenkomplex aufzudecken und die Konsequenzen für die medizinische Praxis zu erörtern, ist das überaus Wertvolle an der Tagung »Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis« und dieser Veröffentlichung.

Die vorliegende Dokumentation macht dabei mehr als deutlich, dass Spiritualität sowie die Kommunikation über existenzielle Fragen nicht als Spezialfall zu sehen sind, sondern als eine Querschnittsaufgabe des medizinisch-therapeutischen Systems. Sie können nicht an die pfarramtliche Seelsorge delegiert und auch nicht als eine additive Zusatzaufgabe nach dem Motto »Auch das noch!« gesehen werden. Ein ganzheitlich orientiertes Gesundheits- und Medizinverständnis schließt die spirituelle Begleitung mit ein und eröffnet den Raum für existenzielle Fragen der Patienten.

Im Kern geht es um die Aufmerksamkeit für das, was unser Gegenüber braucht, ganz im Sinne der Frage Jesu in Markus 10,51 »Was willst du, dass ich dir tun soll?«

Die Akademie der Versicherer im Raum der Kirchen hat die Tagung gerne mit geplant und auch die vorliegende Dokumentation unterstützt, um die ausgezeichneten Beiträge dieser Tagung einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Unsere Aufgabe ist es, die Kirchen und die kirchliche Wohlfahrt in ihrer Arbeit zu unterstützen, indem wir mithelfen, die Projekte und Vorhaben unserer kirchlichen Partner zu verwirklichen. Vor allem danken wir Dr. Astrid Giebel von der Diakonie Deutschland und Simone Ehm von der Evangelischen Akademie zu Berlin für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit bei diesem gemeinsamen Vorhaben.

Die vorliegende Dokumentation soll einen Beitrag dafür leisten, dass das Wohl der Patienten bei allen fachlichen und technischen Bemühungen im Vordergrund steht und ein »guter Geist« die medizinische Praxis prägt. 

Geistesgegenwärtigkeit: Welche Haltungen braucht es in der medizinischen Praxis

Von Prof. Dr. Johannes Fischer, bis 2012 Professor auf dem Lehrstuhl für Theologische Ethik an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich und Leiter des Instituts für Sozialethik

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Einleitung

Was hat Medizin mit Spiritualität zu tun? Lässt sich Ausdrücken wie »Geistesgegenwärtigkeit« oder »Spiritualität« überhaupt ein vernünftiger Sinn abgewinnen, wenn sie mit der Medizin in Zusammenhang gebracht werden? Ich kenne nicht wenige Medizinerinnen und Mediziner, die diesbezüglich eher skeptisch sind. Sie fürchten um das wissenschaftliche Ethos, ja um die Seriosität der Medizin, wenn sie sich mit derlei – nach ihrer Sicht: obskuren – Dingen befassen soll. Und sie haben zweifellos recht, wenn sie darauf insistieren, dass diejenigen, die die Medizin mit solchen Themen befassen wollen, zunächst einmal genau sagen müssen, wo, an welcher Stelle diese denn für die Medizin relevant werden. Orientiert man sich an der klassischen Einteilung der Medizin in die medizinische Wissenschaft einerseits und die ärztliche Kunst andererseits, dann ist Spiritualität weder ein Gegenstand der medizinischen Wissenschaft noch ein Bestandteil der ärztlichen Kunst. Letzteres gilt jedenfalls dann, wenn unter ärztlicher Kunst die Applikation des Wissens der medizinischen Wissenschaft auf den Krankheitszustand des individuellen Patienten verstanden wird. Sowohl für Mediziner, die in der wissenschaftlichen Forschung tätig sind, als auch für die medizinischen Praktiker in Kliniken oder Privatpraxen liegt daher die medizinische Relevanz des Themas »Spiritualität« alles andere als auf der Hand. Worin soll sie bestehen?

Man muss wohl den Blick auf die Medizin in einer Weise ausweiten, wie dies Victor von Weizsäcker mit seiner »medizinischen Anthropologie« getan hat, um sich einer Antwort auf diese Frage anzunähern. In seinem Aufsatz »Der Arzt und der Kranke«¹ schreibt von Weizsäcker: »Das Urphänomen einer medizinischen Anthropologie

und der Hauptgegenstand ihres Wissens ist der kranke Mensch, der eine Not hat, der Hilfe bedarf und dafür den Arzt ruft. [...] Leicht bemerkt man die einfache, aus zwei Arten der Entsprechung gewobene Doppelstruktur unseres Phänomens: eine personale Entsprechung: Mensch in Not und Mensch als Helfer, und eine sachliche Entsprechung: Krankheit und Medizin.« Demnach »ist zu erwarten, dass eine medizinische Anthropologie mindestens vier Hauptstücke im Sinne jener Gliederung enthalten wird ...«.² Sie handelt einerseits vom Kranken und vom Arzt und deren wechselseitiger Beziehung und andererseits von der Krankheit und den therapeutischen Möglichkeiten der Medizin. Die Bezeichnung »medizinische Anthropologie« wird von Weizsäcker in bewusster Abgrenzung vom Begriff der »medizinischen Wissenschaft«³ eingeführt. Weizsäcker ist alles daran gelegen, sich von einer einseitig naturwissenschaftlich orientierten medizinischen Wissenschaft abzugrenzen. Im Unterschied zu dieser enthält die medizinische Anthropologie »auch eine Lehre vom Arzt und eine Lehre von der Not«⁴ des Kranken.

Orientiert man sich an dieser Einteilung, dann fällt das Thema dieser Tagung und auch das Thema meines Vortrags unter das, was von Weizsäcker die »Lehre vom Arzt« nennt. Allerdings muss man hier gleich hinzufügen, dass in von Weizäckers Konzeption die Lehre vom Arzt die Lehre von der Not des Kranken voraussetzt und auf diese aufbaut. Ist doch das, was den Arzt überhaupt erst auf den Plan ruft, der »Mensch in Not« in Gestalt eines Kranken, dem der Arzt »als Helfer« beizustehen sucht. Daher bemisst sich das, was auf Seiten des Arztes für diese Hilfe erfordert ist, an der Not des Kranken. Das aber muss dann auch für die Frage gelten, ob und inwiefern zu dieser Hilfe eine spirituelle Dimension gehört und welche Rolle dabei »Haltungen« in der medizinischen Praxis spielen. Der Schlüssel für die Beantwortung der Frage nach der Beziehung zwischen Medizin und Spiritualität liegt so gesehen in der Frage nach der Beziehung zwischen Krankheit und Spiritualität. Gibt es so etwas wie eine spirituelle Dimension von Krankheit? Und wenn es sie gibt: Was bedeutet sie für die medizinische Praxis und für die Einstellungen

und Haltungen derer, die an der medizinischen Praxis teilhaben?

1. Krankheit und Spiritualität

Spiritualität ist in den zurückliegenden Jahren vermehrt zu einem Thema in Medizin und Pflege geworden. Es herrscht heute weitgehend Konsens, dass zur umfassenden Betreuung des Kranken auch die Berücksichtigung seiner spirituellen Bedürfnisse gehört. Weniger klar ist, welcher Zusammenhang zwischen Krankheit und Spiritualität besteht. In früheren Zeiten und auch heute noch in anderen Kulturen war und ist ein solcher Zusammenhang vollkommen selbstverständlich. Krankheit wird hier mit der Präsenz von Geistern und Dämonen in Verbindung gebracht, die sich des Lebens des Kranken bemächtigt haben. Das kann sich mit der Vorstellung verbinden, dass man den Kranken in einen anderen Präsenzraum, nämlich den des Heiligen z.B. in Gestalt eines Tempels bringen muss, damit er Heilung finden kann. In der wissenschaftlich entzauberten Welt der Moderne mutet diese Vorstellung primitiv an. In ihr ist das Bewusstsein für diesen Präsenzcharakter von Krankheit weithin verloren gegangen, damit aber auch, wie ich im Folgenden verdeutlichen will, das Verständnis für die spirituelle Dimension von Krankheit. Krankheit ist nach dieser Sicht ein medizinisch diagnostizierbarer somatischer oder psychischer Zustand. Die spirituellen Fragen und Bedürfnisse des Kranken sind eine Reaktion auf diesen Zustand, aber sie gehören nicht zum Wesen der Krankheit selbst. Dem entspricht die Aufgabenteilung, die sich in unseren Kliniken etabliert hat: Für die Krankheit ist der Arzt zuständig, für die spirituelle Bedürftigkeit des Kranken der Seelsorger. Allerdings ist diese Aufteilung nicht gänzlich unbestritten. Die Attraktivität nicht weniger alternativmedizinischer Angebote dürfte zu einem wesentlichen Teil darauf beruhen, dass viele Menschen mit ihnen ein ganzheitliches Verständnis von Krankheit verbinden, das sowohl deren medizinische als auch deren spirituelle Aspekte umfasst.

Um das, was ich hier noch vage und vorläufig als »Präsenzcharakter« und »spirituelle Dimension« bezeichne, näher zu verdeutlichen und es von anderen Bestimmungen und Erscheinungsformen von Krankheit abzugrenzen, möchte ich bezüglich der Frage, wie Krankheit in den Blick treten und thematisch werden kann, vier Ebenen unterscheiden. Die elementarste Ebene ist diejenige des Erlebens von somatischen oder psychischen Beschwerden. Der Kranke verspürt Schmerzen, er fühlt sich unwohl, schwach, niedergeschlagen

oder unkonzentriert, er registriert bestimmte somatische Veränderungen oder er bemerkt, dass Dinge, die ihm sonst leicht gefallen sind, plötzlich nicht mehr von der Hand gehen und zur hohen Hürde für ihn werden. Vielleicht bemerkt auch sein soziales Umfeld Veränderungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die in das gewohnte Bild dieses Menschen nicht passen. Das ist die Ebene, mit der Ärztinnen und Ärzte zuerst konfrontiert werden, wenn Patientinnen, Patienten oder ihre Angehörigen sie zur Konsultation aufsuchen. Die Krankheit wird hier in der Form der *Schilderung* von solchen Befindlichkeiten, Zuständen oder Verhaltensauffälligkeiten thematisch. Schilderungen oder Narrative vergegenwärtigen Befindlichkeiten oder Auffälligkeiten im Hinblick darauf, wie sie von den Betroffenen erlebt werden.

Die professionelle Aufmerksamkeit heutiger Ärztinnen und Ärzte bei einer solchen Konsultation ist freilich nicht primär auf diesen Erlebensaspekt gerichtet. Vielmehr besteht ihre ärztliche Kompetenz darin, das, was die Patienten oder ihre Angehörigen schildern, mit einem bestimmten Krankheitsbild in Verbindung zu bringen. Dies führt zur zweiten der vier Ebenen, wie Krankheit thematisch werden kann. Hier geht es nicht um die Schilderung dessen, wie Krankheit erlebt wird, sondern um die *Beschreibung* der Krankheit, indem ihre Symptome benannt werden und hieraus eine bestimmte Diagnosestellung abgeleitet wird. Der Arztbericht z.B. zuhanden einer Krankenversicherung ist im Stil einer solchen Beschreibung abgefasst, und auch die subjektiven Erlebenszustände des Patienten tauchen hier in der distanzierten Form der Beschreibung auf: Der Patient berichtet über rezidivierende rechtsseitige Kopfschmerzen, über Halluzinationen oder über ein permanentes Schwächegefühl usw. Auf dieser zweiten Ebene wird eine Objektivierung der Krankheit vollzogen. Krankheit ist dasjenige, was in dieser Weise einem Krankheitsbild zugeordnet und somit als Krankheit beschrieben werden kann. Diese Perspektive haben längst auch die Patientinnen und Patienten internalisiert. Dass sie krank sind und welche Krankheit sie haben, wissen sie definitiv erst dann, wenn der Arzt eine entsprechende Diagnose stellen kann.

Diese beiden Ebenen werden in der Literatur als *illness* und *disease* unterschieden. Eine wichtige Frage, die die Unterscheidung zwischen diesen beiden ersten Ebenen aufwirft geht dahin, welche Ebene darüber entscheidet, ob eine Befindlichkeit als Krankheit einzustufen ist. Ist dies unabhängig davon, wie die betreffende Störung durch die betroffene Person erlebt wird bzw. was sie für

deren Leben bedeutet? Lässt sich dies allein an bestimmten Symptomen oder Ursachen für somatische oder psychische Zustände festmachen? Man muss sich hier vergegenwärtigen, dass sich auch für viele Befindlichkeiten und Zustände, die wir nicht als Krankheit auffassen, sondern die wir noch dem Bereich des Normalen oder Gesunden zuordnen, wie Alterswarzen, Stimmungsschwankungen oder Unruhezustände, somatische oder psychische Ursachen finden lassen. Die bloße Rückführbarkeit auf derartige Ursachen macht sie noch nicht zu Krankheiten. Wenn unsere menschliche Natur genetisch so beschaffen wäre, dass alle Menschen ab dem 60. Lebensjahr eine schwere Demenz bekommen würden, dann würden wir dies vermutlich als eine normale Entwicklung im Rahmen des Alterungsprozesses und nicht als Krankheit begreifen. Wir haben eine bestimmte Vorstellung davon, wie menschliches Leben verläuft, und auf dem Hintergrund dieser Vorstellung erleben wir bestimmte somatische oder psychische Widerfahrnisse als massive Beeinträchtigungen des normalen Lebensverlaufs oder gar als abrupte Verkürzung des Lebens, und eben dies nennen wir Krankheit. Dem ordnet die Medizin dann objektive Krankheitsbilder zu. Aber dass es sich hierbei um Krankheitsbilder und nicht um Bilder von etwas handelt, das noch im Bereich des Gesunden und Normalen liegt, das hat damit zu tun, wie Menschen solche Widerfahrnisse erleben und was sie für ihr Leben bedeuten. Daher hat man von Krankheit auch schon zu Zeiten gewusst, als es die moderne Medizin mit ihren objektivierenden Diagnosemöglichkeiten noch nicht gab. Diese haben eine bestimmte Suggestivität geschaffen dergestalt, als ob es sich bei Krankheit um etwas handelt, das gewissermaßen objektiv, d.h. unabhängig davon, wie Menschen Befindlichkeiten und Zustände erleben, definiert und festgelegt werden kann. Die Folgen dieser Suggestivität erleben wir heute z. B. in der *Enhancement*-Debatte, die uns mit der Unmöglichkeit konfrontiert, eine solche objektive Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit zu ziehen.

Die dritte Ebene der Thematisierung von Krankheit hat mit der Einführung der solidarischen Krankenversicherung zu tun. Diese hat zur Folge, dass Krankheit zu etwas wird, das auf *Anerkennung* beruht durch Instanzen, denen hierzu die Befugnis übertragen worden ist. Gewiss war auch schon in früheren Zeiten der Status des Kranken ein sozialer Status, der auf sozialer Anerkennung beruhte. Wer krank war, der genoss einen sozialen Schonraum und war von bestimmten Pflichten entlastet, denen der Gesunde unterworfen war. Deshalb kam man auch zu jenen Zeiten

nicht darum herum festzustellen, ob jemand zum Beispiel bloß simulierte, um in den Vorteil dieses Schonraums zu kommen, oder ob er tatsächlich krank war. Nur demjenigen, der als wirklich krank anerkannt zu werden verdiente, wurde im Nahbereich der sozialen Beziehungen dieser Schonraum gewährt. Demgegenüber wird mit der Einführung der Krankenversicherung die Solidargemeinschaft über den Nahbereich der sozialen Beziehungen hinaus auf die Gesamtheit der Versicherten ausgeweitet. Damit aber bedarf es, um einer ausufernden oder missbräuchlichen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen vorzubeugen, allgemeiner Festlegungen in Bezug darauf, was als Krankheit anerkannt werden soll und was nicht.

Das, was heute als »Medikalisierung« diskutiert wird, hat mit dieser dritten Ebene der Thematisierung von Krankheit zu tun, auf der es um deren Anerkennung geht. Der kritische Punkt in dieser Debatte betrifft die Unterscheidung zwischen *Erkennen* und *Anerkennen*. Wenn man an neue Phänomene wie ADHS oder Borderline denkt: Handelt es sich hierbei um etwas, das mit einer rein medizinischen Betrachtungsweise *als Krankheit erkannt* werden kann? Oder werden solche Phänomene erst dadurch zu Krankheiten, dass sie *als Krankheiten anerkannt* werden? Mit dem Begriff des Erkennens verbinden wir die Vorstellung, dass dasjenige, was erkannt wird, schon existiert und lediglich entdeckt wird. Der Begriff der Anerkennung bezeichnet demgegenüber einen kreativen Akt, der dasjenige allererst hervorbringt, was anerkannt wird. Eben dies geschieht mit der Anerkennung von Störungen wie ADHS oder Borderline als Krankheiten: Damit wird ein rechterrelevanter Status geschaffen, der den Betroffenen einen Anspruch auf Unterstützung durch die Solidargemeinschaft verleiht.

Damit komme ich zur vierten Ebene, wie Krankheit ins Blickfeld rücken kann, und sie hat es mit dem zu tun, was ich einleitend als Präsenzcharakter von Krankheit und als deren spirituelle Dimension bezeichnet habe. Man versetze sich in einen Menschen, der soeben die Diagnose einer terminalen Erkrankung erfahren hat. Er tritt hinaus aus der Klinik auf die Straße und findet alles so vor wie eine Stunde zuvor: Die Sonne scheint, die Bäume stehen im Grün des Sommers, die Leute gehen inmitten des pulsierenden Verkehrs ihren Geschäften nach, in den Parkanlagen spielen die Kinder. Alles ist wie zuvor – und dennoch ist nichts mehr wie zuvor. Denn dazwischen ist das Gefühl getreten, dass dies das Leben der anderen ist und dass das eigene Leben plötzlich

seinen Ort darin verloren hat. In dieser Erfahrung ist Krankheit mehr als nur ein soeben diagnostizierter somatischer Zustand. Sie gewinnt in diesem Augenblick eine alles bestimmende Präsenz im Leben dieses Menschen, die sein Wahrnehmen, Fühlen und Denken beherrscht und die sich im Weiteren in einer dramatischen Veränderung aller Lebensumstände manifestiert: anstelle der vertrauten häuslichen Umgebung der Aufenthalt in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen; anstelle des gewohnten Rhythmus von Arbeit und Familie die Zeit des Wartens, bis lebensverlängernde Therapien anschlagen; anstelle der selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens die Abhängigkeit von der Hilfe und Zuwendung anderer; anstelle eines offenen Horizonts der Zukunft des eigenen Lebens die enge Befristung, die die Krankheit diesem Leben setzt. Dies ist gemeint, wenn von der Präsenzerfahrung einer Krankheit die Rede ist. Krankheit wird nicht nur in Gestalt von somatischen und psychischen Beschwerden erlebt, sondern – zumindest bei schweren Erkrankungen – auch und vor allem in Gestalt dieser das ganze Leben eines Menschen in Beschlag nehmenden und sein ganzes Erleben kontaminierenden Präsenz.

Einleitend war von den Verständnisbarrieren die Rede, die den Blick auf diesen Aspekt von Krankheit verstellen. Sie haben ihre Ursache in der Verwissenschaftlichung des Wirklichkeitsbezugs, die für das Denken der Moderne charakteristisch und prägend ist. Wissenschaft hat es nicht mit der Präsenz der Wirklichkeit zu tun, wie sie von Menschen erlebt wird. Sie zielt vielmehr auf objektive Tatsachenerkenntnis. In der Perspektive der medizinischen Wissenschaft besteht die Krankheit eines Menschen in einem somatischen Zustand, der sich einem bestimmten Krankheitsbild zuordnen lässt. Und was dieser Mensch als alles verändernde Präsenz seiner Krankheit erlebt, das reduziert sich für die wissenschaftliche Betrachtungsweise auf einen innerpsychischen Vorgang, auf eine Art Schockzustand, für dessen Analyse und Beschreibung die Psychologie zuständig ist.

Man muss Beispiele aus anderen Lebensbereichen suchen, um das Kontraintuitive und Fragwürdige dieser reduktionistischen Betrachtungsweise plastisch vor Augen zu stellen. Man stelle sich einen Verkehrsunfall vor. Da ist einerseits dieses Ereignis in seiner Präsenz, seinem ganzen Schrecken: quietschende Reifen, ein dumpfer Aufprall, ein Mensch, der bewusstlos in seinem Blut auf dem Straßenpflaster liegt. Das ist die Weise, wie sich der Unfall für das Erleben der zufällig anwesenden Passanten manifestiert. Anders hingegen liest

es sich in dem Protokoll, das die Polizei über den Unfallhergang anfertigt. Darin wird das Ereignis nicht in seiner Präsenz vergegenwärtigt, sondern auf die feststellbaren Tatsachen reduziert: die Länge der Bremsspur, die Geschwindigkeit des Unfallwagens, der Promillegehalt im Blut des Fahrers, die Aussagen der Zeugen usw. Wäre es nicht höchst irritierend, wenn jemand sich zu der Behauptung versteigen würde, dass das, was dieses Ereignis recht eigentlich ausmacht, nicht in dem besteht, was die Passanten als dessen schreckliche Präsenz erleben bis hin zu jenem bewusstlos daliegenden Menschen, sondern dass es vielmehr in den nüchternen, erlebensneutralen Tatsachen besteht, die das polizeiliche Protokoll festhält? Doch genau so verhält es sich, wenn Krankheit auf die somatischen oder psychischen Zustände reduziert wird, die die medizinische Diagnostik an Menschen feststellt, und wenn die Art und Weise, wie sie vom Kranken *erlebt* wird, abgespalten und ausgeblendet wird. Es ist schließlich die in ihrer Präsenz erlebte und erlittene Wirklichkeit und nicht die Welt der wissenschaftlich objektivierten Tatsachen, in der sich das menschliche Leben abspielt und in der sich sein Wohl und Wehe entscheidet.

Dass Krankheit nicht auf somatische oder psychische Zustände reduziert werden kann, sondern als ein Präsenzphänomen begriffen werden muss, das lässt sich nicht zuletzt an der Debatte über den Gesundheitsbegriff verdeutlichen. Wird Krankheit mit derartigen Zuständen gleichgesetzt, dann liegt es nahe, auch ihr Gegenteil, die Gesundheit, als einen Zustand zu definieren. Dabei wird zumeist Wert darauf gelegt, dass dieser Zustand nicht bloß negativ im Fehlen eines Krankheitszustands besteht, sondern positiv qualifiziert ist. Beispielhaft hierfür ist die viel kritisierte Gesundheitsdefinition der WHO, wonach Gesundheit »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen« ist. Das Fragwürdige derartiger Definitionen liegt eben darin, dass sie Krankheit und Gesundheit als *Zustände* fassen und dabei den Präsenzcharakter dieser Phänomene ignorieren. Darin hat die WHO-Definition ja recht: Gesundheit ist mehr als bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechen im Sinne somatischer oder psychischer Zustände, wie sie Gegenstand medizinischer Diagnosen sind. Aber dieses »Mehr« ist nun nicht selbst ein Zustand, und sei er noch so positiv definiert, sondern es ist die *Abwesenheit* von Krankheit, und zwar in dem präzisen Sinne von *Nicht-Präsenz* von Krankheit mit ihrer das ganze Leben des Kranken in Beschlag nehmenden Macht. Alle

Versuche, dieses »Mehr« der Gesundheit als einen positiv gefüllten *Zustand* zu beschreiben, bergen demgegenüber die Gefahr fragwürdiger Idealisierungen und Befrachtungen des Gesundheitsbegriffs in sich, wie gerade die Definition der WHO zeigt. Es leuchtet ja auch ganz unmittelbar ein, dass Gesundheit negativ von der Krankheit her bestimmt werden muss und nicht umgekehrt die Krankheit von einer positiven Definition der Gesundheit her. Was uns dazu veranlasst, uns Gedanken über unsere Gesundheit zu machen, ist die Möglichkeit, krank werden zu können. Und nur über die Präsenzerfahrung von Krankheit, sei es eigener Krankheit oder der Krankheit anderer, erschließt sich uns, was es heißt und welchen unschätzbaren Wert es hat, gesund zu sein.

Was hat das alles mit Spiritualität zu tun? Die Hilfe, die der wissenschaftlich ausgebildete Arzt dem Kranken bieten kann, bezieht sich auf dessen Krankheit als einen somatischen oder psychischen Zustand. Im günstigen Fall kann er die Präsenz der Krankheit zum Verschwinden bringen, indem er die Krankheit heilt. Im ungünstigen Fall bleibt der Kranke dieser Präsenz bis zu seinem Tod ausgeliefert. Welche Hilfe aber gibt es in Bezug auf die seelische Not, die in der Präsenzerfahrung einer schweren Erkrankung liegen kann?

Vielleicht ist die Sicht früherer Zeiten und anderer Kulturen, die Krankheit als eine dämonische Macht begreift, die durch ihre Präsenz das Leben des Kranken in Beschlag nimmt und verdüstert, doch nicht ganz so primitiv, wie sie auf dem Hintergrund des wissenschaftlichen Weltbilds erscheint. Man muss sich hierzu das Wirklichkeitsverständnis näher vergegenwärtigen, in das diese Sicht der Krankheit eingebettet ist. Ich sagte, dass es nicht die wissenschaftlich objektivierte Welt der Tatsachen, sondern dass es die in ihrer Präsenz *erlebte* und *erlittene* Wirklichkeit ist, in der sich das menschliche Leben abspielt und in der sich sein Wohl und Wehe entscheidet. Diese Verfasstheit des menschlichen Lebens ist eine anthropologische Tatsache, die unabhängig ist von einer bestimmten Weltanschauung religiöser oder nichtreligiöser Art. Aber für die Religion ist diese Tatsache von zentraler Bedeutung. Religion ist ja nicht, wie dies oft verstanden wird, ein Glaube an irgendwelche metaphysischen Tatsachen.⁵ Sie ist vielmehr ein hochreflektierter Umgang mit Wirklichkeitspräsenz, also mit der Wirklichkeit, wie sie von Menschen erlebt und erlitten wird. Das Eigentümliche des religiösen Fragens und Denkens besteht darin, dass es sich dabei gänzlich im Horizont von Wirklichkeitspräsenz bewegt, d.h. dass es die sinnenfällige Präsenz dessen, was in

der Welt geschieht und erlebt wird, aus der Präsenz von etwas anderem zu verstehen bzw. zu erklären sucht, das in dem sinnenfällig Präsenten gegenwärtig ist bzw. sich in diesem äußert. Am besten verdeutlicht man sich das Gemeinte am Kontrast zu einer wissenschaftlichen Kausalerklärung. Diese erklärt eine gegebene *Tatsache* aus einer anderen *Tatsache*, die hierfür ursächlich ist, so die Tatsache des Schmerzes aus der Tatsache einer organischen Dysfunktion. Im Fokus des religiösen Denkens steht demgegenüber nicht eine *Tatsache* des Schmerzes, wie sie durch ein konstatierendes Urteil formuliert wird (»Der Patient hat Schmerzen«), sondern im Fokus steht die Präsenz des Schmerzes, wie der Patient sie hier und jetzt erleidet, und diese wird aus der *Präsenz* von etwas anderem erklärt, nämlich aus der Präsenz der Krankheit, vorgestellt als eine dämonische Macht, die vom Leben des Kranken Besitz ergriffen hat. Sinnenfällig präsent ist dabei nur der erlittene Schmerz. Die Krankheit hingegen als dasjenige, worin die Erklärung für die Präsenz des Schmerzes liegt, ist nur *im* Schmerz, *in den* Symptomen sinnenfällig präsent. Unabhängig davon ist ihre Präsenz den Sinnen entzogen, ist sie unsichtbar. Man kann sich hieran eine Eigentümlichkeit dieses Weltbilds verdeutlichen, nämlich dass hier die Wirklichkeit unterteilt ist in das, was *unmittelbar* sinnenfällig präsent ist, wie der Schmerz, und das, was *mittelbar* in der sinnenfälligen Präsenz der Phänomene präsent ist und was diese durch seine Präsenz hervorruft, was aber selbst unsichtbar ist, wie die Krankheit als eine dämonische Macht. Es ist diese *Sphäre des in der sichtbaren Präsenz der Phänomene unsichtbar Präsenten und Wirkmächtigen*, auf die sich das lateinische Wort »*spiritus*« (hebr. *ruach*, griech. *pneuma*, deutsch *Geist*) bezieht, aus dem das Wort »Spiritualität« abgeleitet ist. Es ist dabei kein Zufall, dass das Wort »*spiritus*« – und Entsprechendes gilt für die genannten Parallelausdrücke im Hebräischen und Griechischen – auch die Bedeutung »Hauch«, »Atem« oder »Wind« hat. In dieser Bedeutungsnuance wird die Vorstellung von etwas, das in der sichtbaren Welt durch seine Präsenz unsichtbar wirkmächtig ist, so wie der Wind in der Bewegung der Blätter eines Baumes, unmittelbar anschaulich. Spiritualität hat es so begriffen mit einer Tiefendimension der Wirklichkeit zu tun, die in der sinnenfälligen Präsenz der Phänomene unsichtbar gegenwärtig ist.

Vielleicht klingt diese Bestimmung von Spiritualität auf den ersten Blick befremdlich. Ihre Bedeutung wird jedoch sofort klar, wenn man sie an Phänomenen überprüft, die heute mit dem Wort »Spiritualität« verbunden werden. Für den Dalai

Lama zum Beispiel sind es Güte, Freundlichkeit, Mitgefühl und liebevolle Zuwendung, die den Kern dessen ausmachen, was er als Spiritualität begreift. Ersichtlich haben diese Phänomene die soeben skizzierte Struktur. Güte ist das, was in der sinnenfälligen Präsenz eines entsprechenden, eben gütigen Verhaltens präsent ist und erfahren wird. Abgesehen davon ist sie der Erfahrung entzogen und unsichtbar. Dasselbe gilt für Freundlichkeit, Mitgefühl oder Liebe. Die religiöse Tradition hat daher Güte, Freundlichkeit und Liebe als spirituelle Phänomene, als Geist-Phänomene begriffen, wie man bei Paulus im Galaterbrief nachlesen kann (Gal 5,25), nämlich als Phänomene, in denen Gottes Geist gegenwärtig ist. Paulus spricht übrigens nirgends von einer *Haltung* der Freundlichkeit oder einer *Haltung* der Liebe, sondern vom »Geist der Liebe« (2. Tim 1,7). Ich merke dies im Blick auf die mir vorgegebene Themenformulierung meines Vortrags an, in der es ja um Haltungen geht. Es bedürfte einer eigenen Diskussion, wie sich das, was das Wort »Haltung« ausdrückt, zu dem verhält, was das Wort »Geist« bezeichnet. Es entspricht dem heutigen, am Subjektivitätsparadigma der Moderne orientierten Denken, das, was in einem Verhalten als Güte oder Liebe in Erscheinung tritt, in das Innere der betreffenden Person zu projizieren und es als deren Haltung aufzufassen. Es ist dann die innere Haltung der Liebe, die sich nach außen in einem entsprechenden Verhalten manifestiert. In der Bibel hingegen spielt die Vorstellung von Haltungen oder Tugenden so gut wie keine Rolle. Stattdessen werden entsprechende Verhaltensweisen als Manifestationen von Geistpräsenz aufgefasst. Ein Beispiel hierfür ist die Besonnenheit, die bei Aristoteles und in der hellenistischen Kultur als eine der zentralen Tugenden galt und die bei Paulus zum »Geist der Besonnenheit« wird (2. Tim 1,7). Das, was das Wort »Geist« bezeichnet, wird dabei als eine Art Schwingungsfeld, vergleichbar einem elektromagnetischen Feld, vorgestellt, das sich – wie dies im Phänomen der *Begeisterung* unmittelbar anschaulich ist – in einem dynamischen Prozess wechselseitiger Ansteckung und Erregung durch die beteiligten Menschen hindurch fortpflanzt, für das also die Menschen gewissermaßen nur das Medium und nicht der Ursprung sind und das nicht auf die innere Haltung einzelner Individuen zurückgeführt werden kann. In diesem Sinne können auch wir Heutigen vom »Geist einer Begegnung« sprechen oder von dem »Geist«, der in einer Gruppe von Menschen herrscht, meinen wir doch damit etwas, das im dynamischen Prozess der Interaktion der beteiligten Menschen präsent und wirkmächtig ist und

das sich nicht auf individuelle Haltungen verrechnen lässt.

Doch zurück zum Problem des Verständnisses von Krankheit. Ganz gewiss ist es so, dass in unserer durch die Aufklärung hindurchgegangenen Zivilisation eine Auffassung von Krankheit, welche diese aus der Präsenz dämonischer Mächte erklärt, nicht mehr möglich ist, wenngleich man diese Auffassung in anderen Kulturen heute immer noch antrifft. Es gibt keinen Grund, dieser Auffassung nachzutruern. Man denke nur an den Umgang mit psychisch Kranken in Ländern, in denen es diese Art von Geisterglauben immer noch gibt. Wir verdanken die Erfolge der modernen Medizin einem gänzlich anderen Denken, das Krankheit nicht von ihrer Präsenz her versteht, sondern als eine Tatsache begreift, die kausal aus anderen Tatsachen erklärt werden kann. Dementsprechend zielt die Behandlung von Krankheit auf die kausale Beeinflussung ihrer Ursachen oder doch zumindest ihrer Symptome.

Doch auch in der durch die Aufklärung entzauberten Welt, in der es keine Geistwesen und Dämonen mehr gibt, bleibt doch der Satz in Geltung, dass es nicht die wissenschaftlich objektivierte Welt der Tatsachen ist, sondern dass es die in ihrer Präsenz *erlebte* und *erlittene* Wirklichkeit ist, in der sich das menschliche Leben abspielt und in der sich sein Wohl und Wehe entscheidet. Zu dieser Wirklichkeit gehört auch die Präsenz von Krankheit mit allem, was sie für das Leben des Kranken bedeutet. Und so bleibt auch für die Menschen der westlichen Kultur eine Einsicht aktuell, die für die mythische und religiöse Wirklichkeitsauffassung zentral ist, nämlich dass sich das menschliche Leben im ständigen Wechsel zwischen verschiedenen Präsenzräumen vollzieht⁶ – in jeder Begegnung mit einem Menschen treten wir in den Raum seiner Präsenz ein –, darunter solchen, die das Herz weit und licht machen, und solchen, die es eng und finster machen, wie dies bei einer schweren Erkrankung der Fall ist, und dass man folglich den kranken Menschen in einen anderen Präsenzraum bringen muss, der Entlastung bietet von dem Präsenz- und Erlebensdruck seiner Krankheit. Das kann der Präsenzraum des Heiligen sein, wie er durch religiöse Praktiken wie ein Gebet oder durch religiöse Riten erschlossen wird. Oder es kann auch einfach der Präsenzraum, die *Atmosphäre*, oder eben: der *Geist* menschlicher Zuwendung, Fürsorge und Liebe sein, die einem Kranken entgegengebracht werden. Das ist nicht zuletzt der Grundgedanke der Hospizbewegung: Einen Präsenzraum zu schaffen, in dem Menschen, die

dem Tod entgegengehen, ihrer Situation standhalten und sich geborgen fühlen können.

2. Zur Grundhaltung des ärztlichen Berufs

Zu Beginn meines Vortrags habe ich mich auf Victor von Weizsäckers medizinische Anthropologie bezogen, zu der eine Lehre vom Arzt und eine Lehre von der Not des Kranken gehören. Was ich Ihnen bisher vorgetragen habe, bezog sich auf die Not des Kranken, für deren Verständnis es einer Analyse des Phänomens der Krankheit bedarf. Mein Ziel war es zu verdeutlichen, dass und inwiefern Krankheit eine spirituelle Dimension haben kann und was »Spiritualität« in diesem Kontext bedeutet. Denn nur auf dieser Grundlage ist es nun möglich anzugeben, inwiefern auch die Antwort auf die Not des Kranken in Gestalt der medizinischen Praxis eine spirituelle Dimension hat und haben muss. Darauf beziehen sich meine abschließenden Überlegungen.

Wird Krankheit kausal begriffen und erklärt, wie dies in der heutigen Medizin weitgehend der Fall ist, dann steht das *Handeln* des Arztes oder medizinischen Personals im Fokus der Aufmerksamkeit, das auf die kausale Beeinflussung der Ursachen oder Symptome der Krankheit zielt. In diesem Sinne denkt man, wenn von »medizinischer Praxis« die Rede ist, zuerst und vor allem an das ärztliche bzw. medizinische Handeln. Doch ist dies ersichtlich ein verkürztes Verständnis von medizinischer Praxis. Auch das, was in der medizinischen Praxis geschieht, vollzieht sich in einem Präsenzraum, um dieses Wort noch einmal aufzugreifen, und zwar allein schon durch die Gegenwart der beteiligten Menschen, und so steht auch hier die Frage im Raum, was es denn ist, das darin präsent ist, welche Haltung, welche Atmosphäre, welcher Geist.

Ich will den Punkt, auf den es mir bei der Unterscheidung zwischen »Handlung« und »Haltung« bzw. »Geist« ankommt, an einem Beispiel verdeutlichen, das von dem australischen Philosophen Christopher Cordner stammt. Dieser setzt sich in einem Aufsatz kritisch mit dem ethischen Denken seines Landsmanns, des Philosophen Peter Singer, auseinander, eines prominenten Vertreters des Utilitarismus, der in Deutschland vor allem durch seine Thesen zur Euthanasie an schwerstbehinderten Neugeborenen Aufsehen erregt hat. Der zentrale Punkt von Cordners Kritik bezieht sich darauf, dass Singer die Ethik auf die moralische Beurteilung von *Handlungen* als richtig oder falsch, geboten oder verboten reduziert und dabei die *Haltungen* und *Einstellungen* –

Cordner spricht auch von dem »*spirit*«, von dem Geist, in dem Menschen handeln – völlig ausblendet. Damit aber ignoriere er eine Dimension der Moral, der für das menschliche Zusammenleben fundamentale Bedeutung zukommt. Cordner illustriert dies am Beispiel einer Frau, deren schwerkranker Mann sie bittet, ihr ein tödliches Mittel zu besorgen, damit er seinem Leben ein Ende machen kann. Die Frau wird dadurch in einen tiefen Konflikt gestürzt. Sie besorgt das Mittel aus einer inneren Gewissheit heraus, dass sie dies für ihren Mann angesichts seiner verzweifelten Situation und inständigen Bitte tun muss. Und gleichzeitig hat sie das Gefühl, etwas Schreckliches zu tun, das ihr in ihrer Liebe zu ihrem Mann das Äußerste abverlangt. Cordner fragt: Ist nicht diese innere Hemmung, dieser Konflikt ganz ebenso Manifestation der Liebe als der inneren Haltung und Einstellung dieser Frau zu ihrem Mann, wie es die Tatsache ist, dass sie seinem Verlangen folgt und ihm das Mittel besorgt? Wäre es nicht zutiefst irritierend, wenn die Frau hier keinen Konflikt empfinden und sich stattdessen nüchtern kalkulierend sagen würde: Es ist der inständige Wunsch meines Mannes; er ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen und angesichts seiner verzweifelten Situation nachvollziehbar; für ihn ist es das Beste, wenn ich seinem Wunsch nachkomme und er aus dem Leben scheiden kann. Von einem utilitaristischen Standpunkt aus betrachtet ist diese Überlegung zweifellos richtig. Doch würde nicht eine solche, von keinem inneren Konflikt belastete Erwägung auf Seiten der Frau Fragen aufwerfen bezüglich der Beziehung, in der sie zu ihrem Mann steht? Cordner kritisiert mit diesem Beispiel eine utilitaristische Denkweise, für die es nur Handlungen und Handlungsfolgen gibt, nicht aber die Haltung bzw. den Geist, in dem gehandelt wird. Dafür ist das utilitaristische Denken blind.

Diese Blindheit ist charakteristisch nicht nur für den Utilitarismus, sondern für weite Teile des heutigen ethischen Denkens.⁷ Dabei ist es ein Leichtes, sich anhand geeigneter Beispiele zu vergegenwärtigen, dass es entscheidend die Haltungen oder Einstellungen sind, mit denen wir einander begegnen, die den Geist, die Atmosphäre unseres zwischenmenschlichen Umgangs prägen. Ein und dieselbe Handlung kann freundlich oder unfreundlich, liebevoll oder lieblos, fürsorglich oder gleichgültig vollzogen werden, und das hat atmosphärische Auswirkungen auf die Person, der gegenüber sie vollzogen wird.

Das gilt auch für die Haltung bzw. Einstellung, mit der Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und Be-

treuende ihren Patientinnen und Patienten begegnen. In der Schweiz berichtete mir die leitende Psychiaterin einer Einrichtung, die schwer psychotische Menschen betreut, von einem langjährig depressiven Patienten, der mit der Sterbehilfeorganisation EXIT Kontakt aufgenommen hatte, um sein Leben durch assistierten Suizid zu beenden. Alles war geregelt, die psychiatrischen Gutachten waren erstellt, die Angehörigen einbezogen, der Patient hatte sich in der Klinik verabschiedet und wurde von einer Mitarbeiterin von EXIT abgeholt. Und dann kam er zurück. Er hatte den letzten Schritt nicht über sich gebracht. Es war ein bewegender Empfang, mit dem er wieder in der Einrichtung begrüßt wurde, bei dem Mitarbeitende Tränen der Erleichterung und Freude in den Augen hatten. Das Eindrückliche an dieser Schilderung ist für mich eben diese Reaktion, weil sich in ihr eine Einstellung der Betreuenden und Pflegenden zeigt, die darauf gerichtet ist, den ihnen anvertrauten psychisch kranken Menschen *Hilfestellung zum Leben zu geben* und sie nach *Möglichkeit im Leben zu halten* – was die Kehrseite hat, dass die Entscheidung eines Patienten zum assistierten Suizid Betroffenheit auslöst oder doch zumindest nicht gleichgültig lässt, sosehr diese Entscheidung auch zu respektieren ist. Diese Einstellung schafft eine Atmosphäre, wie sie gerade für die Betreuung psychisch kranker Menschen von kaum zu überschätzender Bedeutung ist. Man stelle sich zum Kontrast eine Einrichtung derselben Art vor, in der es diese Einstellung nicht gibt und stattdessen eine Haltung von der Art herrscht: Der Patient ist urteilsfähig; seine Entscheidung ist wohlervogen und autonom und angesichts des langandauernden Leidenszustands des Patienten verständlich, nachvollziehbar und zu respektieren. Also geht dieser Suizid in Ordnung, und niemand muss sich darüber das Herz beschweren. Könnten wir uns wünschen, dass dies die Einstellung in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für psychisch Kranke ist? Oder überhaupt in unseren Kliniken?

Was ich mit alledem verdeutlichen will: Unser menschlicher Umgang miteinander besteht nicht bloß in Handlungen. Wir nehmen in dem, was ein anderer tut, immer schon mehr wahr als nur die Handlung, nämlich die Haltung, den Geist, der darin zwar unsichtbar, aber doch atmosphärisch spürbar gegenwärtig ist. In diesem Sinne habe ich im Blick auf das, womit Spiritualität es zu tun hat, von einer Tiefendimension der Wirklichkeit gesprochen, die in dem, was wir sinnfällig vor Augen haben, verborgen präsent ist. Auch das Handeln des Arztes und überhaupt die medizinische Praxis hat eine solche Tiefendimen-

sion, die freilich in den Debatten, die über Medizin und medizinethische Fragen geführt werden, zumeist unbeachtet und ausgeblendet bleibt. Dafür ist gerade die Debatte über die Suizidbeihilfe ein Beispiel, die in der Regel als eine Debatte über das Handeln des Arztes geführt wird, darüber, ob der Arzt so etwas tun darf oder nicht.

Für mein Verständnis schließt die dem Leben verpflichtete Grundhaltung des Arztberufes nicht aus, dass es Grenzfälle ärztlicher Fürsorge geben kann, auch solche, bei denen ein Arzt einem Patienten beim Suizid behilflich ist. Solche Grenzfälle lassen sich niemals vollständig in Handlungsregeln einfangen und ausbuchstabieren, weil die Wirklichkeit viel zu komplex ist, als dass wir alle derartigen Fälle antizipieren könnten, und das gilt ganz besonders für die medizinische Praxis. Gehört es doch zu deren Wesen, dass sie immer am Einzelfall des konkreten Patienten orientiert ist, der in der Besonderheit seiner Situation aus dem Rahmen der Allgemeinheit geltender Regeln herausfallen kann. Finge man an, für die ärztliche Suizidbeihilfe Handlungsregeln aufzustellen, sei es in der Ethik oder im Recht, dann würde man aus dem Grenzfall einen Regelfall machen, und das würde die Medizin in ihrem ganzen Wesen verändern. Freilich: Wird der Arzt mit einem solchen Grenzfall konfrontiert, dann bedeutet dies allemal einen Konflikt in Anbetracht der dem Leben verpflichteten Grundhaltung seines Berufs. Das ist wie in dem Beispiel der Frau, die ihrem Mann beim Suizid beisteht und dabei in einen tiefen Konflikt gerät. Würde hier kein Konflikt mehr bestehen und die Suizidbeihilfe genauso selbstverständlich zur ärztlichen Tätigkeit gehören wie die Therapie von Krankheiten, dann wäre dies das Ende des Arztberufs, wie wir ihn kennen.⁸

Alle lediglich auf das ärztliche Handeln fokussierten Debatten darüber, ob Ärzte Suizidbeihilfe leisten dürfen oder ob sie es nicht dürfen, werden gegenstandslos, wenn man erkennt, dass es hier nicht primär um eine Frage des ärztlichen Handelns, sondern um eine Frage der Grundhaltung des ärztlichen Berufs geht. Könnte es nicht innerhalb der Ärzteschaft einen breiten Konsens geben über diese dem Leben verpflichtete Grundhaltung des ärztlichen Berufs, die sich freilich Grenzsituationen nicht verschließt, in die Menschen geraten können? Beruht nicht das enorme Vertrauenskapital, das der ärztliche Berufsstand wie kaum ein anderer genießt, neben seiner fachlichen Kompetenz entscheidend darauf, dass man ihn mit dieser Grundhaltung identifiziert?

Diese Grundhaltung des ärztlichen Berufs ist etwas, das gehütet werden muss. Denn man kann sie nicht einfach per Beschluss wiederherstellen, wenn sie einmal abhanden kommen und verloren gehen sollte. Sie ist vielmehr etwas, das über Anschauung erlernt wird, d.h., das sich angehenden Ärztinnen und Ärzten dadurch mitteilt, dass sie sie an Personen wahrnehmen, die schon im ärztlichen Beruf stehen und die für sie Vorbildfunktion haben im Hinblick darauf, was es heißt, eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu sein. Man kann sich dieses Erlernen von Haltungen durch Anschauung an einem schönen Beispiel verdeutlichen, das von dem australischen Philosophen Raimond Gaita stammt.⁹ Als junger Mensch arbeitete er in einer psychiatrischen Klinik, in der schwer psychotische Patienten behandelt wurden. Es gab dort Psychiater, die diesen Patienten in einer Weise begegneten, die den jungen Gaita abstieß und empörte. Es gab jedoch auch Psychiater, die er bewunderte, weil sie die Überzeugung vertraten, dass auch diese Patienten Menschenwürde haben und darin uns gleich sind. Eines Tages kam eine Nonne in die Klinik, und Gaita beobachtete, wie sie diesen Patienten begegnete. Die Art, wie sie mit ihnen sprach, ihre Mimik und Gestik, ihr ganzes Verhalten drückte aus und machte sichtbar, was es heißt, dass diese Menschen uns gleich sind. Im Vergleich dazu schien das Bekenntnis jener Psychiater zur Menschenwürde dieser Patienten eine bloß kognitive Überzeugung zu formulieren, ja, es schien einen Zug von Herablassung zu haben. Für Gaita macht dieses Beispiel deutlich, wie Liebe als etwas, das sich im Verhalten eines Menschen manifestiert, die Würde von Menschen *sichtbar machen* und *erschließen* kann. Die Würde dieser psychotischen und teilweise durch die medikamentöse Behandlung entstellten Patienten ist nicht direkt an ihnen wahrnehmbar, sondern sie wird sichtbar im Spiegel der Haltung, mit der die Nonne ihnen begegnet. Wer aber im Spiegel dieser Haltung sehend geworden ist für die Würde dieser Menschen, der wird ihnen mit derselben Haltung begegnen, wie es die Nonne tut. In dieser Weise überträgt sich die Haltung von einem Menschen auf den nächsten. Nicht anders, so meine ich, verhält es sich mit der Grundhaltung des ärztlichen Berufs. Auch sie wird in dieser Weise über Anschauung erlernt von Vorbildern, die diese Haltung verkörpern. Ich sprach davon, dass »Geist« im biblischen Verständnis vorgestellt wird wie ein Schwingungsfeld, das sich über wechselseitige Ansteckung durch die beteiligten Menschen hindurch fortpflanzt. Vielleicht ist dies auch ein passendes Bild für die Haltung oder den Geist, der das ärztliche Handeln bestimmt. Eben deshalb ist das ärztliche

Ethos etwas, das gehütet werden muss, damit die Kette seiner Weitervermittlung nicht abreißt.

Ich komme zum Schluss. Ich bin ausgegangen von der Frage, was Medizin mit Spiritualität zu tun hat. Das führte zu der Frage, was Krankheit mit Spiritualität zu tun hat. Meine These war, dass Krankheit nicht nur ein somatischer oder psychischer Zustand ist, sondern etwas, das zumindest bei schweren Erkrankungen im Leben von Menschen von einer alles beherrschenden Präsenz sein kann. Dies verband sich mit der zweiten, für meine Überlegungen zentralen These, nämlich dass Spiritualität es mit Wirklichkeitspräsenz zu tun hat, genauer: mit einer Tiefendimension der Wirklichkeit, die in der sinnenfälligen Präsenz der Phänomene unsichtbar gegenwärtig ist. So begriffen ist Spiritualität nicht an eine religiöse Wirklichkeitsauffassung gebunden, sondern etwas, das auch für eine profane Weltauffassung von zentraler Bedeutung ist. Hieraus ergaben sich Folgerungen für den Umgang mit Krankheit, nämlich dass man Präsenzräume schaffen muss, die für den Kranken Entlastung bieten vom Präsenz- und Erlebensdruck seiner Krankheit. Und es ergaben sich am Ende Überlegungen zur medizinischen Praxis, nämlich dass auch diese eine spirituelle Dimension hat in Gestalt der Einstellungen und Haltungen, die darin verborgen gegenwärtig sind.

Um dies noch hinzuzufügen: Ich bin in meinem Vortrag von einem Verständnis von Spiritualität ausgegangen, wie es durch unsere religiöse, nämlich die christliche Tradition vorgegeben ist. Leitend für dieses Verständnis ist der Gegensatz von »Geist« (griech. *pneuma*) und »Fleisch« (griech. *sarx*), wie er sich insbesondere bei Paulus findet. »Fleisch« hat dabei zwei Bedeutungen. Einerseits steht der Ausdruck für die Sphäre des Körperlichen, des Materiellen, und in dieser Bedeutung hat er einen neutralen, nicht-wertenden Sinn. Andererseits steht er – in der Wendung *kata sarka* – für ein Leben gemäß dem Fleisch, d. h. gemäß den sinnlichen Strebungen und Begierden, und in dieser Bedeutung hat er einen negativ wertenden Sinn. Dementsprechend findet sich auch der Ausdruck »Geist« in zwei Bedeutungen, einerseits als Bezeichnung der Sphäre des Unkörperlichen, d.h. nicht sinnenfällig gegebenen, und in dieser Bedeutung kann von Gott gesagt werden, dass er Geist ist. Andererseits steht »Geist« mit positiv wertender Konnotation für Gottes Geist und in der Wendung *kata pneuma* für ein Leben gemäß Gottes Geist. In diesen beiden Bedeutungen begegnet das lateinische Wort »*spiritualitas*«, auf das das Wort »Spiritualität« zurück-

geht, in der Alten Kirche.¹⁰ Und in diesen beiden Bedeutungen habe ich das Wort »Spiritualität« in meinem Vortrag verwendet, einerseits als Bezeichnung einer Tiefendimension der Wirklichkeit, die nicht sinnfällig, sondern verborgen präsent ist, und andererseits positiv wertend konnotiert als Bezeichnung von Haltungen bzw. Geistphänomenen wie Liebe, Güte, Freundlichkeit usw., die die religiöse Tradition mit Gottes Geist in Verbindung gebracht hat.

Ich bin bewusst nicht auf die Vieldeutigkeit eingegangen, die dem heutigen Gebrauch des Wortes »Spiritualität« anhaftet. Es gibt unterschiedlichste Definitionsversuche und Definitionsvorschläge. Zumeist wird das Wort mit existenziellen Fragen oder mit der Sinnfrage in Verbindung gebracht, und die Vorstellung ist dann häufig, dass spirituelle Erfahrungen uns Antworten auf solche Fragen finden lassen. Ich will dazu nur so viel sagen: In tiefreligiös geprägten Kulturen sind spirituelle Erfahrungen das Alltägliche und Selbstverständlichste von der Welt. Solche Kulturen verfügen ja über keine andere Form der Welterklärung als die Erklärung von Präsenz aus Präsenz. In unserer durch die Kausalerklärung von Tatsachen aus Tatsachen bestimmten Zivilisation haben wir demgegenüber Schwierigkeiten, die Dimension der Wirklichkeitspräsenz und das damit zusammenhängende Phänomen der Spiritualität überhaupt gedanklich und begrifflich zu fassen. In unserer Zivilisation wird diese Dimension in aller Regel in Krisenerfahrungen manifest und unübersehbar, wie ich dies am Beispiel einer schweren Erkrankung zu verdeutlichen versuchte. Hier liegt die Erklärung dafür, dass wir spirituelle Erfahrungen nicht als das Alltägliche von der Welt, sondern als etwas Exzeptionelles, Besonderes begreifen, das mit existenziellen Fragen und Sinnkrisen in Zusammenhang steht. Ob dabei spirituelle Erfahrungen tatsächlich eine »Antwort« auf solche Fragen und Krisen geben oder ob das Hilfreiche und Heilsame solcher Erfahrungen nicht vielmehr darin besteht, dass die bedrängende Präsenz solcher Fragen und Krisen durch eine andere Präsenz verdrängt und zum Verschwinden gebracht wird, nämlich durch diejenige, die erfahren wird z.B. in Gestalt des Heiligen oder der Atmosphäre menschlicher Zuwendung, sei hier nur als eine Anregung für die weitere Diskussion notiert.¹¹

Anmerkungen:

¹ V. von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke*, in: ders., *Gesammelte Schriften*, Bd. 5, S. 9-26.

² Ebd.

³ A.a.O. S. 14.

⁴ Ebd.

⁵ Dworkin 2014. Zur Kritik dieser Religionsauffassung vgl. Fischer 2015.

⁶ *Man mag sich die mythische Gestalt dieser Wirklichkeitsauffassung am Ödipusmythos verdeutlichen: Der von den Erinyen gehetzte Ödipus findet Zuflucht in einem heiligen Hain, der dem Gott Apoll geweiht ist. Da können die Rachegöttinnen nicht hinein, weil der Hain von der Präsenz des Apoll erfüllt ist. Dieses Sich-Orientieren in Präsenzräumen findet man bis heute in tiefreligiös geprägten Kulturen mit ihren zahllosen Tempeln, die die Präsenz guter Wesenheiten verbürgen, die die Präsenz böser Geister fernhalten.*

⁷ Vgl. zur Kritik dieser Reduktion der Ethik auf das Handeln: Fischer 2012.

⁸ Zur ethischen Analyse derartiger Grenzfälle vgl. Johannes Fischer, *Moralische Dilemmata und die Grenzen der Moral*, www.profjohannesfischer.de.

⁹ Gaita ²2000, S. 17-19. Zur Debatte im angelsächsischen Raum über die Bedeutung von Emotionen für Moral und Ethik vgl. Ammann 2007.

¹⁰ Vgl. Art. ‚Spiritualität‘ im *Historischen Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 9, 1995, 1415-1422.

¹¹ So ist es höchst fraglich, ob die Religion Antworten auf Sinnfragen bereitstellt oder ob es nicht vielmehr so ist, dass sie es ermöglicht, mit Sinnlosigkeit zu leben. Vgl. dazu Fischer 2010.

Literatur:

Ammann, Christoph, *Emotionen – Seismographen der Bedeutung. Ihre Relevanz für eine christliche Ethik*, Stuttgart 2007.

Dworkin, Ronald, *Religion ohne Gott*, Frankfurt a.M., 2014.

Fischer, Johannes, *Krankheit und Sinn. Zur religiösen Wahrnehmung von Krankheit und ihren ethischen Implikationen*, in: ders., *Sittlichkeit und Rationalität*, Stuttgart: Kohlhammer, 2010, 318-322.

Ders., *Die religiöse Dimension der Moral als Thema der Ethik*, in: *ThLZ* 137. Jg., Heft 4 (April 2012), 387-406.

Ders., *Der Verlust der Wirklichkeitspräsenz. Zu Ronald Dworkins »Religion ohne Gott«*, in: *Evangelische Theologie*, 75. Jg. (2015), 120-134.

Ders., *Moralische Dilemmata und die Grenzen der Moral*, www.profjohannesfischer.de, Abruf am 17.06.2016.

Gaita, Raimond, *A Common Humanity. Thinking about Love, Truth and Justice*, London/ New York ²2000, 17-19. 

Krankheitsneubewertung und Ehrfurcht¹. Dankbarkeit bei Personen mit Multipler Sklerose

Von Prof. Dr. med. Arndt Büssing, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping an der Universität Witten/Herdecke

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« **Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016**

Einleitung

Welche Ressourcen nutzen Personen mit Multipler Sklerose (MS)? Ist für sie so wie für viele andere chronisch Kranke Spiritualität hilfreich beim Umgang mit der Erkrankung? Geht es ihnen damit »besser«? Anhand der Ergebnisse einer Studie mit 213 deutschen Patienten lässt sich zeigen, dass sich zwei Drittel der Patientinnen und Patienten nicht als religiös bezeichnen würden und dass ein Drittel von ihnen Halt in ihrem Glauben finden. Viele können für sich keine spezifische haltgebende Ressource benennen. Diejenigen, die sich als nicht religiös einschätzten, unterschieden sich von religiösen und/oder spirituell eingestellten Personen nicht hinsichtlich der Ausprägung ihrer Krankheitsbewertung im Sinne einer Neubewertung, sondern hinsichtlich der Ausprägung von Ehrfurcht und Dankbarkeit, die bei ihnen geringer war.

1. Glaube als Ressource zur Generierung von gesundheitsbezogener Lebensqualität?

Wenn diverse Studien² zeigen, dass religiöse Menschen weniger depressiv seien und eine bessere Lebensqualität hätten, mag man in Erwägung ziehen, dass sie andere »Hoffnungspotentiale«³ haben, dass sie von einem unbedingten Vertrauen in einen guten »Ausgang« getragen sind. Das ist durchaus begründbar. Es ist aber auf der anderen Seite auch nicht auszuschließen, dass einige der positiven Ergebnisse beeinflusst sind von der spezifischen Studienpopulation und dem Messverfahren der Spiritualität bzw. Religiosität. Bedeutsam ist, was erhoben wird: die Ausübungsfrequenz einer bestimmten Ausdrucksform der Spiritualität (z.B. Meditations- oder Gebetshäufigkeit), spezifische Glaubensüberzeugungen (z.B. Glaube an Wiedergeburt oder Auferstehung), die Durchdringung der Lebensbezüge

durch den eigenen Glauben (»Bedeutsamkeit«), die Wahrnehmung des Transzendenten im Alltag (z.B. Erfahrung der Zuwendung Gottes) oder ein multivalentes »spirituelles Wohlbefinden«.

Für katholische Seelsorger konnte in diesem Zusammenhang klar gezeigt werden, dass es nicht die Ausübungsfrequenz ihres religiösen Tuns ist, die mit psychosomatischer Gesundheit zusammenhängt, sondern (marginal bis schwach) die Wahrnehmung des Transzendenten im Alltag.⁴ Für ein operationalisiertes »Vertrauen in Gottes Hilfe« (als adaptive Coping-Strategie) konnte sowohl bei gesunden älteren Menschen als auch für chronisch Kranke aus Deutschland kein wesentlicher Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität festgestellt werden.⁵

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zeigt jedoch deutlich, dass chronisch Kranke mit ihrer Erkrankung besser umgehen können, wenn sie Zugriff auf eine spirituell begründete Ressource haben.⁶ Diese Ressource ist vermutlich dann funktionell, wenn sie sich als »lebendiger Glauben« im bisherigen Leben bewährt hat und man entsprechend in Zeiten der Not auf diese zugreifen kann, möglicherweise auch in der vertrauensvollen Gewissheit des »Geborgenseins«, was immer auch sein mag. Dieses unbedingte Vertrauen mag gläubigen Menschen leichter gelingen als anderen. Religiosität kann dann eine Ressource sein, die das Selbstwertgefühl unterstützt, dem Leben Sinn und Bedeutung gibt sowie emotionalen Trost und Hoffnung.⁷

2. Glaube als Ressource bei Menschen mit Multipler Sklerose?

Ob und wie Menschen mit Multipler Sklerose (MS) ihren Glauben als Ressource nutzen können und welche Auswirkungen diese hat, ist unklar. Sie sind häufig deutlich jünger als Menschen mit Tumorerkrankungen und schätzen sich eher als nicht religiös ein⁸ und auch die Ausprägung unterschiedlicher Formen der Spiritualität ist bei ihnen geringer als bei anderen Personen mit chronischen Erkrankungen.⁹ Ihre Erkrankung verläuft zumeist unvorhersehbar hinsichtlich der Frequenz und Schwere der Schübe und möglicher Remissionen, was ihre Lebensqualität einschrän-

ken kann und sie hinsichtlich der realisierbaren Lebensziele im Unklaren lässt – und es gibt für sie keine medikamentöse Heilung, lediglich eine symptomatische und immunmodulierende Behandlung.¹⁰ Viele Menschen mit MS fühlen sich sozial isoliert, haben eine stärker ausgeprägte Depressivität und ein größeres Suizid-Risiko.¹¹

Eine aktuelle amerikanische Studie zeigt auf, dass Personen mit MS eher einen positiven denn einen negativen Zusammenhang zwischen Spiritualität und MS-assoziiierter Einschränkung sehen.¹² Auf der anderen Seite konnten Makros und McCabe keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Spiritualität/Religiosität und psychologischer Anpassung oder der Lebensqualität von Menschen mit MS feststellen. Vielmehr fanden sie, dass eine intrinsische sowie suchende religiöse Orientierung eher mit geringerer psychischer Anpassungsfähigkeit einherging.¹³ Dieser Befund wurde dahingehend gedeutet, dass das Auftreten von Krankheitssymptomen zu einer intensiveren reaktiven Nutzung religiöser Praktiken (z.B. Gebet) führen kann (sodass es zu einem inversen Zusammenhang zwischen beiden Variablen kommt). Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass sich eine depressive Gestimmtheit einstellen mag, wenn sich die erwarteten Resultate des Bemühens (z.B. des Gebetes um Heilung oder Symptomverbesserung) nicht einstellen.

Wichtig scheint daher auch zu sein, ob bestimmte Formen der Spiritualität kurzfristig und reaktiv »ausprobiert« werden (z.B. Gebet um Beistand und Heilung in akuten Situationen), ob eine »therapeutische« Nutzung empfohlen wird (z.B. Achtsamkeitsmeditation zur Stressreduktion) oder ob die Nutzung Ausdruck des Lebensstils ist (z.B. Vertrauen in Gottes Beistand ohne Erwartungshaltung wie im Vaterunser ausgedrückt: »Dein Wille geschehe«).

Eine Untersuchung unter 213 deutschen Patienten mit MS ergab, dass sich – trotz Dominanz einer nominell christlichen Religionszugehörigkeit (74 %) – ca. zwei Drittel als nicht religiös bezeichnen würden (54 % als weder religiös noch als spirituell und 16 % als nicht religiös aber spirituell) und ein Drittel als religiös (12 % sowohl religiös als auch spirituell und 19 % als religiös, aber nicht spirituell).¹⁴ Von diesen beten 31 % häufig bzw. regelmäßig, 28 % selten und 40 % nie. Glaube als fester Halt in schwierigen Zeiten wurde entsprechend von einem Drittel benannt.

Ob jedoch die untersuchten Personen ihren Glauben als Halt ansahen oder nicht, hatte keinen

Einfluss auf die Ausprägung der Erkrankungsbeeinträchtigung, der negativen Gestimmtheit, der Lebenszufriedenheit oder ihre positiven Lebenseinstellungen als adaptive Coping-Strategie.¹⁵ Bedeutsam war dieser Glaube allerdings für die Krankheitsbewertung im Sinne einer Neubewertung und positiven Sicht auf Krankheit, für einen bewussten Umgang mit den Lebensbezügen und für die Ausprägung von Ehrfurcht und Dankbarkeit, die bei ihnen jeweils größer war als bei denen, denen diese Ressource fehlte.¹⁶

Befragt nach dem, was sie trägt, was ihnen Hoffnung, Orientierung und Inspiration im Leben ist, gaben 22 % ihre Familie, Partner und/oder Kinder an, 10 % Glauben / Gott und 16 % andere Ressourcen (z.B. Natur, Kreativität, individuelle Erfüllung, Freude, Liebe, Tiere etc.), während 53 % hierzu nichts angeben wollten oder konnten.¹⁷ Diese Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Gesundheitsbeeinträchtigung, der Krankheitsverlaufsform, MS-assoziierten Erschöpfung (Fatigue), positiven Gestimmtheit oder ihrer Lebenszufriedenheit. Die Nichtantwortenden hatten jedoch eine signifikant höhere Gesundheitsbeeinträchtigung, ein geringeres Schulbildungslevel und schätzten sich zumeist als weder religiös noch spirituell (R-S-) ein. Ob sie tatsächlich keine Ressource für sich benennen konnten oder (nur) nicht wollten, ist unklar. Auffällig war jedoch ein Anteil von 70 % R-S-Personen bei den hier Nichtantwortenden (die auf andere Fragen zum Themenbereich Spiritualität aber sehr wohl eine Antwort fanden), während der R-S-Anteil für die benannten Ressourcen bei 6 % (Glaube), 40 % (andere Ressourcen) und 50 % (Familie) lag.¹⁸

3. Nicht religiös/nicht spirituell (R-S-) eingestellte Personen mit Multipler Sklerose

Was ist also mit denjenigen, die sich als R-S-einschätzen, sind sie tatsächlich signifikant »im Nachteil«? Zumindest nicht, wenn man die Ausprägung ihrer Lebenszufriedenheit, Krankheitsbeeinträchtigung oder Fatigue im Vergleich zu den anderen Patienten betrachtet.¹⁹ Bestimmte (spirituell-existenzielle) Themen scheinen für sie – aus welchen Gründen auch immer – nicht so sehr im Vordergrund zu stehen.²⁰ Beachtenswert ist jedoch das größere Empfinden von (genereller) Dankbarkeit und Gefühle »staunender Ehrfurcht« sowie die Wahrnehmung des Schönen im Leben, die bei Personen mit einer spirituellen/religiösen Selbsteinschätzung signifikant ausgeprägter waren als bei R-S-Personen (Tabelle 1).

Die vermeintlich homogene Gruppe der R-S-Personen mit MS lässt sich jedoch hinsichtlich ihres existenziellen Interesses (Skala »Existenzielles Problembewusstsein«²¹) weiter charakterisieren. Es zeigte sich, dass ein umfassendes existenzielles Interesse bei 41 % der R-S- vorhanden ist, ein partielles Interesse bei 20 % und ein fehlendes existenzielles Interesse bei 39 %.²² Hier waren es insbesondere die existenziell Desinteressierten, die zwar geringer ausgeprägte Scores für Ehrfurcht und Dankbarkeit hatten (Tabelle 1), die sich aber nicht signifikant hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit oder gesundheitsbezogenen Lebensqualität von den existenziell Interessierten unterschieden.²³

In Bezug auf die Themenbereiche der Krankheitsbewertung fiel auf, dass es nicht vornehmlich R-S-Personen sind, die ablehnend auf die Aussagen reagieren, dass ihre Krankheit einen Sinn haben (könne), oder sie durch ihre Erkrankung dazugekommen wären, darüber nachzudenken, was ihnen in ihrem Leben wirklich wichtig sei, oder ihre Krankheit als Chance für eine persönliche Entwicklung sehen können, sondern vornehmlich die spirituell und/oder religiös Eingestellten, die diesen Haltungen und Sichtweisen eher zustimmen würden (Tabelle 2). In Bezug auf das existenzielle Interesse waren es jedoch die Uninteressierten, die auf die genannten Sichtweisen klar ablehnend reagierten (Tabelle 2).

4. Mögliche Bedeutung der Befunde

Welche Bedeutung haben also diese Befunde, dass sich spirituell oder existenziell Interessiertere von denen ohne ein derartiges Interesse vornehmlich hinsichtlich der Ausprägung von Ehrfurcht/Dankbarkeit und Krankheitsneubewertungen im Sinne von eher positiven Interpretationen unterscheiden? Wichtig ist zu betonen, dass auch bei Personen mit depressiven und anderen psychiatrischen Erkrankungen im Mittel geringe Ausprägungen von Ehrfurcht/Dankbarkeit vorliegen²⁴, womit dies also kein MS assoziiertes Phänomen ist. Wichtigster Prädiktor für dieses Vermögen ist die religiöse Praxis der entsprechenden Personen.²⁵

Es ist also ihre Religiosität/Spiritualität, die sie offener für bestimmte Dinge macht. Sie schauen scheinbar anders auf das Leben, nehmen andere Dinge als möglicherweise bedeutsam für sich wahr, sehen sogar die Möglichkeit, Krankheit als Chance für ihre (innere) Entwicklung anzusehen und sind der Überzeugung, dass das Leben

(trotzdem) sinn- und bedeutungsvoll ist. Insbesondere die Bereitschaft, Erkrankung auch als Anlass zur Reflexion darüber zu nehmen, was ihnen in ihrem Leben wirklich wichtig ist, zeigt hinsichtlich der Mittelwert-Scores eine zustimmende Ausrichtung und differenziert deutlich die jeweiligen Gruppen. Aber das macht diejenigen mit diesen Fähigkeiten oder Bereitschaft dennoch nicht zufriedener mit dem Leben; ihre emotionale Gestimmtheit ist nicht anders und sie sorgen sich auch nicht mehr oder weniger um andere.²⁶ Dieses besondere Vermögen mag aber helfen, mit der Krankheit besser umzugehen, tiefer ins Leben »eintauchen« zu können und dies als eigenen Wert zu begreifen. Möglicherweise sind dies eigenständige Dimensionen der Lebensqualität und sie sind als adaptive Prozesse des Umgangs mit der Herausforderung der Erkrankung anzusehen. Beide sind moderat miteinander korreliert ($r = .40$; $p < .0001$; Spearman rho) und schwach auch mit positiver Gestimmtheit ($r = .22$ bzw. $r = .23$; $p < 0.01$).

Aber nicht jeder hat Zugang zu entsprechenden Ressourcen, die diese Prozesse unterstützen oder anstoßen würden. Ob es bei MS-Patienten ein therapeutisches Anliegen sein sollte, Wege des Zugangs zu Spiritualität/Religiosität aufzuzeigen, wenn diese Ressource nicht vermisst wird und ein klarer Zusammenhang zur Lebenszufriedenheit nicht belegbar ist, bleibt unklar. Bei katholischen Seelsorgern hängt die zugeschriebene Bedeutung von Ehrfurcht/Dankbarkeit mit ihrer Lebenszufriedenheit und Transzendenzwahrnehmung im Alltag zusammen²⁷, hat bei dieser dezidiert religiösen Gruppe also eine nachvollziehbare Relevanz. Die wertschätzende und bejahende Perspektive auf das Leben ist jedoch auch in Bezug zu Antonovskys Salutogenese-Konzept²⁸ insbesondere für chronisch Kranke bedeutsam. Hier scheinen individuelle Ressourcen einer inneren Entwicklung auf, die im Sinne der Spiritual Care entsprechend unterstützt werden könnten.

Anhang

Tabellen 1 und 2.

Datenquelle: Wirth & Büssing 2015.

Legende: * standardisierte z-Faktor-Werte (moderate bis starke Abweichungen sind hervorgehoben); SD = Standardabweichung

Tabelle 1: Erlebensfrequenz (von 0 bis 3) Dankbarkeit, Ehrfurcht und Schönes im Leben differenziert nach spiritueller/religiöser Selbsteinschätzung und existenziellem Interesse bei Personen mit MS

		Mich überkommt oft ein Gefühl großer Dankbarkeit.	Mich überkommt oft ein Gefühl staunender Ehrfurcht.	Ich habe Schönes erfahren und zu schätzen gelernt.
Spirituell-religiöse Selbstkategorisierung				
Gesamtsumme (n = 176)	Mittelwert	1,29	0,83	1,94
	SD	0,87	0,86	0,7)
Gesamtsumme (n = 176)	z-Faktor-Mittelwert *	0,03	0,03	0,02
	z-SD *	0,99	1,01	0,99
R + S+ / R + S- / R- S+ (n = 82)	z-Faktor-Mittelwert *	0,45	0,34	0,35
	z-SD *	0,94	1,07	0,89
R-S- (n = 94)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,35	-0,23	-0,26
	z-SD *	0,89	0,87	0,99
F Wert		33,6	14,6	18,1
p-Wert		< .0001	< .0001	< .0001
Existenzielles Interesse (ExisPro)				
Gesamtsumme (n = 168)	Mittelwert	1,17	0,70	1,84
	SD	0,83	0,78	,78
Gesamtsumme (n = 168)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,10	-0,12	-0,10
	z-SD *	0,95	0,91	0,99
existenziell uninteressiert (n = 53)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,70	-0,45	-0,42
	z-SD *	0,84	0,84	1,12
existenziell partiell interessiert (n = 32)	z-Faktor-Mittelwert *	0,06	-0,13	0,06
	z-SD *	0,89	0,96	1,08
existenziell umfassend interessiert (n = 83)	z-Faktor-Mittelwert *	0,21	0,12	0,04
	z-SD *	0,86	0,87	0,81
F Wert		18,3	6,7	4,2
p-Wert		< .0001	.002	.016

Tabelle 2: Zustimmungsscores (von 0 bis 4) zu Fragen der Krankheitsbewertung differenziert nach spirituell/religiöser Selbsteinschätzung und existenziellem Interesse bei Personen mit MS

		Ich bin überzeugt, dass meine Krankheit einen Sinn hat.	Durch meine Erkrankung komme ich dazu, darüber nachzudenken, was mir in meinem Leben wirklich wichtig ist.	Ich sehe meine Krankheit als Chance für meine persönliche Entwicklung an.	Ohne meine Erkrankung hätte ich mein Leben gar nicht zu schätzen gewusst.
Spirituell-religiöse Selbstkategorisierung					
Gesamtsumme (n = 181)	Mittelwert SD	1,30 1,30	2,49 1,23	1,85 1,32	1,33 1,25
Gesamtsumme (n = 181)	z-Faktor-Mittelwert *	0,03	0,05	0,07	0,02
	z-SD *	1,00	0,97	0,98	0,99
R + S + / R + S - / R - S + (n = 84)	z-Faktor-Mittelwert *	0,35	0,34	0,42	0,21
	z-SD *	0,99	0,92	0,91	1,00
R-S- (n = 97)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,24	-0,20	-0,24	-0,14
	z-SD *	0,92	0,95	0,93	0,96
F Wert		16,9	14,5	22,9	5,9
p-Wert		< .0001	< .0001	< .0001	.016
Existenzielles Interesse (ExisPro)					
Gesamtsumme (n = 175)	Mittelwert SD	1,30 1,30	2,49 1,23	1,85 1,32	1,33 1,25
Gesamtsumme (n = 175)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,15	-0,08	-0,12	-0,05
	z-SD *	0,92	1,00	0,95	0,97
existenziell uninteressiert (n = 56)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,50	-0,42	-0,59	-0,22
	z-SD *	0,77	1,10	0,85	0,97
existenziell partiell interessiert (n = 32)	z-Faktor-Mittelwert *	-0,18	-0,09	0,10	-0,30
	z-SD *	0,92	1,05	0,97	0,99
existenziell umfassend interessiert (n = 87)	z-Faktor-Mittelwert *	0,09	0,15	0,10	0,16
	z-SD *	0,95	0,84	0,90	0,94
F Wert		7,4	5,7	11,3	4,1
p-Wert		.001	.004	< .0001	.019

Anmerkungen:

¹ Dieser Artikel wurde erstmals veröffentlicht in Ehm, Simone/ Giebel, Astrid/Lilie, Ulrich/Prönneke, Rainer (Hg.), *Geistesgegenwärtig behandeln - Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis*, Neukirchen 2016, 87-97. Dem Autor und dem Neukirchener Verlag wird hiermit für die Erteilung der Abdruckgenehmigung gedankt.

² Übersicht bei Cobb/Rumbold 2012; Koenig/King/Carson 2010.

³ Geisler 2005; siehe http://www.linus-geisler.de/art2005/200503ph-glaube_gesundheit.html (13.01.16).

⁴ Büssing/Frick/Jacobs/Baumann 2015.

⁵ Büssing 2014; Büssing/Fischer/Ostermann/Matthiessen 2008; Büssing/Mundle 2012.

⁶ Übersicht bei Cobb et al. 2012; Koenig et al. 2010; Pargament 1997.

⁷ Thune-Boyle/Stygall/Keshtgar/Newman 2006.

⁸ Büssing/Ostermann/Koenig 2007; Büssing/Ostermann/Matthiessen 2005.

⁹ Büssing/Matthiessen/Ostermann 2005.

¹⁰ Bragazzi 2013.

¹¹ Feinstein 2002; Pompili et al. 2012; Turner/Williams/Bowen/Kivlahan/Haselkorn 2006.

¹² Chen/Glover-Graf/Marini 2011.

¹³ Makros/McCabe 2003.

¹⁴ Büssing et al. 2013.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Wirth/Büssing 2015.

¹⁸ Ebd.

¹⁹ Büssing et al. 2013.

²⁰ Ebd.

²¹ Skala »Existenzielles Problembewusstsein« (ExisPro; Klein 2008). Verwendete Items thematisieren Fragen nach der Existenz höherer Mächte oder Gott, nach der Bedeutung des Todes oder was nach dem Tod passiert, der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und danach, was moralisches Verhalten ausmacht, nach der Beschäftigung mit der Frage, was der Mensch eigentlich ist und was seine Existenz ausmacht.

²² Wirth/Büssing 2015.

²³ Ebd.

²⁴ Büssing et al. 2014.

²⁵ Ebd.

²⁶ Wirth/Büssing 2015.

²⁷ Büssing et al., in Vorbereitung.

²⁸ Antonovsky 1979.

Literatur:

Antonovsky, A. (1979), *Health, stress, and coping*, San Francisco 1979.

Bragazzi, N.L. (2013), *The Gap in the Current Research on the Link between Health Locus of Control and Multiple Sclerosis: Lessons and Insights from a Systematic Review*, *Multiple Sclerosis International*, 972471. doi: 10.1155/2013/972471.

Büssing, A. (2014), *Health-Related Quality of Life and Reliance on God's Help*, in: Michalos, A.C. (Hg.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Dordrecht 2014, 2801-2807.

– /Fischer, J./Ostermann, T./Matthiessen, P.F. (2008), *Reliance on God's Help, Depression and Fatigue in Female Cancer Patients*, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 357-372. doi: 10.2190/PM.38.3.j.

– /Frick, E./Jacobs, C./Baumann, K, *Health and Life Satisfaction of Roman Catholic Pastoral Workers: Private Prayer Has a Greater Impact Than Public Prayer*, *Pastoral Psychology*. doi: 10.1007/s11089-015-0672-2.

– /Matthiessen, P.F./Ostermann, T. (2005), *Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research*, *Health Qual Life Outcomes*, 3, 53. doi: 10.1186/1477-7525-3-53.

– /Mundle, G. (2012), *Reliance on God's Help in Patients with Depressive and Addictive Disorders is not Associated with Their Depressive Symptoms*, *Religions*, 3(2), 455-466.

– /Ostermann, T./Koenig, H.G. (2007), *Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases*, *Int J Psychiatry Med*, 37(1), 39-57.

– /Ostermann, T./Matthiessen, P.F. (2005), *Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire*, *Health Qual Life Outcomes*, 3, 10. doi: 10.1186/1477-7525-3-10.

– /Wirth, A.G./Humbroich, K./Gerbershagen, K./Schimrigk, S./Haupts, M./Heusser, P. (2013), *Faith as a resource in patients with multiple sclerosis is associated with a positive interpretation of illness and experience of gratitude/awe*, *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 128575. doi: 10.1155/2013/128575.

– /Wirth, A.G./Reiser, F./Zahn, A./Humbroich, K./Gerbershagen, K./Baumann, K. (2014), *Experience of gratitude, awe and beauty in life among patients with multiple sclerosis and psychiatric disorders*, *Health Qual Life Outcomes*, 12, 63. doi: 10.1186/1477-7525-12-63.

Chen, R.K./Glover-Graf, N.M./Marini, I. (2011), *Religion and Spirituality in the Lives of People with Multiple Sclerosis*, *Journal of Religion, Disability & Health*, 15, 254-271.

Cobb, M.R., Puchalski, C.M./Rumbold, B. (2012), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford 2012.

Feinstein, A. (2002), *An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis*, *Neurology*, 59(5), 674-678.

Geisler, L. (2005), *Der Glaube setzt starke Hoffnungspotenziale frei» - Gespräch mit Theresia Maria de Jong*, *Psychologie heute* 32(3), 26-27.

Artikel-URL: http://www.linus-geisler.de/art2005/200503ph-glaube_gesundheit.html

Koenig, H.G./King, D./Carson, V.B. (2010), *Handbook of Religion and Health*, Oxford 2010.

Makros, J./McCabe, M. (2003), *The Relationship Between Religion, Spirituality, Psychological Adjustment, and Quality of Life Among People with Multiple Sclerosis*, *Journal of Religion & Health*, 42, 143-159.

Pargament, K.I. (1997), *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*, New York 1997.

Pompili, M./Forte, A./Palermo, M./Stefani, H./Lamis, D.A./Serafini, G. et al., (2012), *Suicide risk in multiple sclerosis: a*

systematic review of current literature, *J Psychosom Res*, 73(6), 411-417. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.011.

Klein, C. (2008), *Weltbild und Wohlbefinden. Agnostische, spirituelle und religiöse Überzeugungen und ihre Bedeutung für vier Bereiche des Wohlbefindens*, in: Rosendahl, J./Strauß, B. (Hg.), *Psychosoziale Aspekte körperlicher Krankheiten. Abstracts zum gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie*, 24. bis 27. September 2008 in Jena (S. 150). Lengerich: Pabst Science Publishers

Thune-Boyle, I.C./Stygall, J.A./Keshtgar, M.R./Newman, S.P. (2006), *Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature*, *Soc. Sci. Med.*, 63, 151-164.

Turner, A.P./Williams, R.M./Bowen, J.D./Kivlahan, D.R./Haselkorn, J.K. (2006), *Suicidal ideation in multiple sclerosis*, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(8), 1073-1078. doi: 10.1016/j.apmr.2006.04.021.

Wirth, A.G./Büssing, A. (2015), *Utilized Resources of Hope, Orientation, and Inspiration in Life of Persons with Multiple Sclerosis and their Association with Life Satisfaction, Adaptive Coping Strategies and Spirituality*, *Journal of Religion & Health*. doi: 10.1007/s10943-015-0089-3.



Arzt sein im Spannungsfeld zwischen Glaubensüberzeugungen und Alltagsbedingungen

Von Prof. Dr. med. Werner Vogel, Internist, Kardiologie, Geriatrie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Vorstandstätigkeit 1993–2002 im Bundesverband Geriatrie e.V., bis 2015 im Landesverband Hessen-Thüringen, 2008–2010 Präsident der Dt. Gesellschaft für Geriatrie Hofgeismar

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« **Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016**

Einleitung

Das mir gestellte Thema eröffnet mir die Chance, einige Aspekte des heutigen Arztseins ganz subjektiv zu betrachten und mit Ihnen auszutauschen. Ich würde Sie also gern aktiv an meinen Gedankengängen beteiligen und Sie anregen, aus meinen Worten eigene Bilder entstehen zu lassen, die wir dann miteinander vergleichen können. Wenn der im Raum schon spürbare *gute Geist* gegenwärtig bleibt, gelingt uns vielleicht eine neue Sicht der Dinge.

Die Gliederung des Vortrags ist einfach und folgt wörtlich dem Thema: Arzt sein, Spannungsfeld, Glaube und Überzeugung. Alltag und Alltagsbedingungen. Den gebotenen wissenschaftlichen Anspruch müssen wir außen vor lassen. Den finden Sie in unserem neuen Buch¹ mit Abhandlungen brillanter Autoren aus so vielen Disziplinen.

Was ich dagegen ganz bewusst darstellen möchte, ist mein eigener Werdegang – in der Medizin und im Glauben. Dies nicht, um mich persönlich zu »outen«, wie es heute in den Medien so gern geschieht, sondern um Ihnen deutlich zu machen, auf welchem Weg ich zu einer Haltung gekommen bin, die Sie in der Antwort auf die Frage meines Themas wiederfinden werden.

1. Arzt werden – Arzt sein

Bevor man Arzt ist, muss man erst einmal Arzt werden. Ein langer Prozess, der bei vielen früh beginnt. Bei mir schien das anders zu sein. Ich wollte lange Zeit Architekt werden, war immer gestalterisch tätig mit Zeichnen, Malen, Bauen, Formen, schon als Kind. Architektur war lange

mein Traumberuf. Doch es sollte anders kommen. Während der Polioepidemie 1952, im Alter von 4 Jahren, geriet ich in intensiven Kontakt mit der Krankenhausmedizin. Was die sechs Wochen Isolierung für mich bedeutet haben, lernte ich erst 30 Jahre später allmählich verstehen: abrupte Unterbrechung der vertrauten Bindung zur Familie, Schmerz, Isolation, Angst, erzwungenen Bett-ruhe, künstliche Ernährung – aber auch Zuwendung, Trost, liebevolle Pflege, spannende Beobachtungen. Später, als es mir besser ging, erlebte ich das Auditorium der großen Visite, bei dem ich im Mittelpunkt stand, dem Professor offenbar erheiternde Fragen stellte und allgemeines Gelächter erntete.

Die Prognosen, namentlich der unerfahrenen Ärzte, hatten ein weites Spektrum und waren ein Schock für meine Eltern: »Der stirbt!«, war sich einer sicher. »Die mit diesem hirnnahen Befall sind alle gestorben, erst gestern wieder einer«. Später: »Es wird eine geistige und körperliche Behinderung zurückbleiben, eine Sprachstörung, mindestens ein Intelligenzdefekt!«. Dass ärztliche Prognosen mit Vorsicht zu genießen sind, habe ich also schon sehr früh gelernt und schärfte meinen Studenten und Patienten ein, nicht alles zu glauben, was Ärzte sagen. Schule und Abitur verliefen glatt, das sprach gegen den Intelligenzdefekt, der, um wissenschaftlich korrekt zu bleiben, allerdings nie testpsychologisch wirklich ausgeschlossen wurde.

Die Nachricht über den Studienplatz für Medizin traf ein paar Wochen früher ein als die für Architektur. Also hieß dies für mich, Arzt werden. Ein bisschen frustriert war ich schon. Meine Tante, eine in New York lehrende Neurobiologin, tröstete mich: »Was willst du, Medizin und Architektur haben doch eines gemeinsam: Beide beschäftigen sich mit Bau und Funktion – um Menschen zu nützen.« Im Studium folgte endloses Lernen von Strukturen und Funktionen. Anfangs gekoppelt mit vielen Zweifeln, aber immer mit der Hoffnung verbunden, eines Tages doch im richtig gewählten Beruf tätig wirken zu können.

Dass die gedankliche Trennung zwischen Leib und Seele nicht überwunden ist, habe ich im gruseligen Sektionssaal hautnah gespürt. Die Kollegin Susanne Hirsmüller beschreibt im genannten Buch² anschaulich, wie wir Mediziner die Geheimnisse des Lebens zuerst an der »toten« Materie und an Verstorbenen kennen lernen. Und doch ist das Lernen des »Normalen« nicht nur sinnvoll, sondern notwendig und auf seine Art sogar faszinierend.

Doch was ist es, das den Odem des Lebens vom Tod unterscheidet? Und was unterscheidet den Körper vom Geist? Die Grenze zwischen beiden scheint sich in den molekularen Strukturen aufzulösen; Körper und Geist eine untrennbare Einheit zu sein. So tauchten existenzielle Fragen schon früh im Studium bei mir auf, erst recht im klinischen Abschnitt. Zu der Freude, endlich mit Patienten in Kontakt zu kommen, kam das Gefühl, den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen – vor allem bei der schnell wachsenden Komplexität der modernen Medizin mit ihren zahllosen (Sub-)Spezialitäten.

Während meiner Ausbildung hat mir die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit Ärzten, Seelsorgern und Sozialpädagogen in einem sehr aktiven »Pastoralmedizinischen Arbeitskreis« geholfen, den Boden nicht zu verlieren; zumal dort Aspekte zur Sprache kamen, die über das eigene Fach hinausreichen, ganz ähnlich denen, die wir heute besprechen.

Dann endlich war ich Arzt, ein Jahr in der Chirurgie, eine Zeitlang in der Geburtshilfe in Paris, dann die Spezialisierung in Innerer Medizin und Kardiologie sowie der Psychosomatik.

Im Ausland habe ich den Unterschied zwischen Sachzwang und Systemzwang kennengelernt: Der Sachzwang heißt zum Beispiel: Der Blinddarm muss raus, der Systemzwang fordert – für die Ärzte unter Ihnen – die Versenkung des Stumpfes mit Tabaksbeutelnaht. Die Franzosen lassen die einfach weg, die Russen auch. Das brachte mich zum Nachdenken darüber, was der Patient braucht und nicht der Chef, die Krankenkasse oder das Gesundheitsamt.

In der Schulmedizin gibt es viele Glaubensüberzeugungen, die sich mit dem Fortschritt und dem Generationswechsel irgendwann wieder auswachsen. In der Geburtshilfe habe ich oft den ersten Atemzug bei Neugeborenen, in der Intensivmedizin den letzten Atemzug bei Sterbenden

mit Staunen und Ehrfurcht miterlebt und beides als gleichermaßen beeindruckend empfunden.

Als junger Arzt hatte ich das Glück, die technische Medizin in ihrer explosivsten Phase direkt mitzerleben: Intensivmedizin, Ultraschall, Computertomographie, Herzkatheter, Schrittmacher, Defibrillatoren, Herzklappenersatz, Dialysetechnik, moderne Beatmungsapparate, Rettungsmedizin, all das ist zu meinen Studien- und Ausbildungszeiten erfunden, wissenschaftlich erprobt, weiterentwickelt und in die Routinebehandlung eingeführt worden. Heute gibt es feste Standards, Leitlinien, Qualitätssicherung. Narkose- und Operationsrisiken sind minimiert worden, so dass selbst Hochbetagte komplizierte Operationen überstehen, zu denen ich sie vor 30 Jahren nie geschickt hätte. Diese Erfahrung hat mich zu einem Fan der Hochleistungsmedizin werden lassen.

Parallel zu diesen Fortschritten hat mich immer interessiert, wie es den Menschen geht, wenn sie ins Räderwerk einer Großklinik geraten. Steckte mir doch selbst genau diese Erfahrung aus der frühen Kindheit in den Knochen. Wer nimmt ihnen die Angst, wer begleitet sie bei schwierigen Entscheidungen, was wollen, was müssen sie (und was müssen die Angehörigen) wissen? Forschungen auf diesem Gebiet, zum Teil eigene, zeigten, dass diejenigen, die wissen, was mit ihnen geschieht, die keine Panik erleben – und diejenigen, die über gute private, aber auch religiöse Bindungen verfügen – leichter genesen. Oder, wenn dies nicht möglich ist, mit ihren chronischen Leiden oder Behinderungen besser umgehen können.

Den Wechsel von der Universitätsmedizin in die Leitung einer Klinik für Altersmedizin strebte ich an, weil ich selbst gestalten wollte: Strukturen aufbauen für diese neue und schnell wachsende Disziplin, die den alten Menschen das für sie verträgliche Maß an moderner Medizin zukommen lässt, ohne sie den besonderen Gefahren auszusetzen, die ihnen durch ein »Zuviel des Guten« drohen.

Hatte ich schon in der Herzmedizin gelernt, auf die Patienten zu hören, so wurde es mir bei den Hochbetagten erst recht zur Gewohnheit. Als es darum ging, ein Motto für die Arbeit in unserem Krankenhaus zu finden und mir der »barmherzige Samariter« nicht treffend schien, schlug unser Pfarrer das biblische »Was willst du, dass ich dir tun soll?« (Mk 10,51) vor. Genau das war es! Der Kranke *darf* nicht nur, er *muss* entscheiden, was

mit ihm geschieht. Wir wollten den mündigen Patienten, und wenn er oder sie in ihrer Not dazu neigten, ihre Bedürfnisse hintanzustellen, so ließen wir das nicht ohne weiteres zu. Bestanden Zweifel, welche Behandlung die richtige sei, so machten wir den Betroffenen klar, was *mit* einem Eingriff wahrscheinlich passieren würde und was *ohne* ihn. Zumeist war dann die Entscheidungsfindung klarer und auch leichter. Das ging bis zu Behandlungsabbrüchen in Grenzsituationen oder bei Palliativmaßnahmen, die es in der Geriatrie häufig gibt. Hierbei hat uns das Instrument der »ethischen Fallkonferenz« geholfen, in denen sich alle am Behandlungsprozess Beteiligten mit dem Patienten bzw. dessen Familie beraten haben.

Sind wir jetzt noch bei der Medizin oder schon mitten in existenziellen Fragen angekommen? Ich glaube, auch dazwischen gibt es keine klaren Grenzen.

In unserem neuen Buch kann man mehrmals lesen, dass die Medizin mehr das Technische, Machbare im Blick hat und spirituelle Fragen erst allmählich Raum gewinnen, vor allem in der Pflege und Palliativversorgung. Ich glaube, dass dies eine verkürzte Sicht ist. Sicher gibt es viele Ärzte, die forscht vorangehen, sich wenig auf Diskussionen einlassen und lautstark den Ton angeben. Es gab und gibt aber auch viel Besonnenheit, Selbstreflexion, Abwägen und Offenheit auch für kritische Fragen. Viele meiner Lehrer sind von der letzteren Art gewesen. Vielleicht habe ich sie mir auch deswegen ausgesucht. Mein Chef der Kardiologie hat auf meine Frage, wie er es denn schaffe, zehn Patienten an einem Vormittag ambulant zu untersuchen, ohne gestresst zu wirken wie wir Assistenten, einmal geantwortet: »Ach wissen Sie, Herr Vogel, ich lasse die Patienten – genau nach der Uhr – fünf Minuten frei reden, ohne sie zu unterbrechen, auch wenn sie zwischendurch nichts sagen. Meist habe ich danach alles gehört, was ich wissen muss.« Er hatte recht: Aktiv zuhören geht tatsächlich schneller, als Fragenkataloge abzarbeiten und besorgte Patienten in ihrem Rededrang zu unterbrechen.

2. Spannungsfelder

Der Zeitdruck ist zweifellos ein Problem für Ärzte, vor allem bei Notfällen und in Zeiten des Ärztemangels oder voller Wartezimmer. Ein weiteres Spannungsfeld ist das Bestreben, Leben zu erhalten und den rechten Moment des Loslassens nicht zu finden. Gelassenheit, d. h. die rechte Balance zwischen Tun und Lassen, kann man nicht im Lehrbuch lernen, man braucht das Vorbild guter

Lehrer dazu. Problematisch ist auch die Frage, wie viel Technik notwendig ist, um zu helfen ohne zu schaden. Die ausführliche und vor allem verständliche Aufklärung spielt dabei eine wichtige Rolle. Grenzsituationen am Lebensende sind ebenfalls ein Konfliktfeld. Die Liste ließe sich fortsetzen. Ich komme später darauf zurück.

Können Glaubensüberzeugungen ebenfalls ein Grund für Spannungen im klinischen Alltag sein? Diese Frage ist ja der Kern meines Themas. Auch sie kann ich nur subjektiv für mich beantworten. Dazu ein paar Aussagen zu meiner eigenen religiösen Sozialisation.

3. Glaubensüberzeugungen

Ich entstamme als zweites von drei Kindern einer sogenannten Mischehe, mein Vater war katholisch, die Mutter evangelisch. Ich bin katholisch aufgewachsen: Kindergarten, katholische Bekenntnisschule, Jugendgruppe etc. Der Einfluss der Mutter in ihrem Anderssein war eine gute Schule: Es käme nicht darauf an, welcher Konfession man angehöre, sondern ob man ein guter Mensch sei, hat sie oft gesagt. Mein Religionslehrer im Gymnasium überzeugte uns Schüler mit genial einfachen Aussagen. So konnte er uns in zehn Minuten die Ewigkeit so gut erklären, dass ich auch heute noch davon zehre. Dazu hörte er sich unserer Antworten auf die wiederholte Frage: »Woran merkt ihr, dass die Zeit vergeht?« an, die alle mit Sinneswahrnehmungen (Tageslicht sehen, Turmuhr hören, Hunger spüren etc.). Jeden dieser Sinne schaltete er in Gedanken schrittweise aus (Dauerverdunkelung, Ohren verstopfen, Dauerernährung etc.), bis wir zugeben mussten, jetzt nicht mehr zu merken, dass die Zeit vergehe, worauf er erwiderte: »Jetzt ist Ewigkeit!«. Diese sei also nicht eine »ewig« lange Zeit, sondern ein Zustand, eine andere Dimension, der die Zeit beinhalte. Neben dieser Erkenntnis hat er uns Lateinschülern erklärt, dass *re-ligio* Rückbindung bedeutet, was mich nach wie vor beschäftigt. Oder dass wir uns vor dem *Anthropomorphismus*, der »Vermenschlichung Gottes« hüten sollten.

Die andächtige Stille in Kirchenräumen, ihre besondere Akustik, der Geist, den der gregorianische Choral spüren lässt, 14 Tage im Kloster Maria Laach, all das sind unvergessliche Eindrücke. Am prägendsten war für mich jedoch als 14-Jähriger die Lektüre des gesamten Matthäusevangeliums an einem Sommertag an der italienischen Adriaküste. Was war dieser Jesus von Nazareth doch für eine faszinierende Person! Seine Menschenfreundlichkeit, Überzeugungskraft, Konse-

quenz und Sensibilität. So würde ich auch gern auf Menschen zugehen können!

Als junger 1968er diskutierte ich nächtelang in der evangelischen Studentengemeinde in Mainz, im Wechsel mit gregorianischem Choral mit den katholischen Studenten nebenan. Reflexion und Meditation, wie gut für mich, dass es beides gab!

Später wurde ich, der Katholik, Chef eines Evangelischen Krankenhauses. Wieder Mischehe, die Kinder jetzt evangelisch, allesamt ökumenisch orientierte Christen.

Ohne Spiritualität und religiöse Orientierung kann ich mir ärztliche Tätigkeit nur schwer vorstellen. Auch weiß ich nicht, welchen Weg meine Entwicklung in Kindheit und Jugend nach der frühen Krankheitserfahrung ohne meine religiöse Einbindung genommen hätte.

Mein Selbstverständnis ist zu großen Teilen in der Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen gewachsen, also dem, was erklärbar ist, aber auch aus meinem Glauben an das, was nicht – oder vielleicht noch nicht – erklärbar ist. Wenn Sie mich fragen, ob ich an Gott glaube, so würde ich sagen: Ja, aber ich weiß nicht, wer er ist, wie er (oder sie? oder es?) aussieht, wohl aber, dass es Gott gibt im Sinne von Jahwe (»Ich bin der Ich bin« oder »Ich bin da«), eine Vorstellung, die ich ebenfalls meinem verehrten Religionslehrer verdanke. Noch weniger weiß ich, wer oder was der *Heilige Geist* ist, auch wenn ich *Heilkundiger* bin. Trotzdem ist mir die Vorstellung von der Existenz dieser göttlichen Kraft, um deren Gegenwart es ja auf dieser Tagung und im Buch besonders geht, sehr sympathisch.

Dass Jahwe in Form seines Sohnes Jesus zu uns gekommen ist, bezeugt die besonders menschenfreundliche Präsenz dessen, den ich schon im Kindergarten als »allmächtig, allwissend, allgütig« bestaunen durfte. Aber nun noch einmal zurück, zu meinem Beruf als Arzt, insbesondere zu den Arbeitsbedingungen in der modernen Medizin:

4. Alltagsbedingungen in der modernen Medizin.

Über Zeitdruck, Kampf um Leben, Technik und Grenzsituationen habe ich schon gesprochen, sie prägen noch immer den ärztlichen Alltag. Das moderne Medizinsystem mit seinen enormen Möglichkeiten, aber auch hohen Kosten, bringt darüber hinaus noch weitere Herausforderungen mit sich: Es wird mehr und mehr von betriebs-

wirtschaftlichen Fragen beeinflusst, die neue Kompetenzen verlangen und mit der Gefahr der Marktorientierung und des Gewinnstrebens verbunden sind. Wenn ein Krankenhaus oder auch eine Praxis sich nicht um die Optimierung seiner Erlöse kümmert, droht es seine Existenz zu verlieren. Das ist ein Spannungsfeld von bisher nicht gekannter Brisanz, zumal Arbeitsplätze und die Existenz von Familien daran hängen.

Klinikchefs sehen sich dann oft veranlasst, die Zahlen der Behandlungsfälle zu erhöhen, was aber im geltenden pauschalierten Abrechnungssystem nur kurz wirkt.

Meine Strategie war es immer, gerade in diesen Spannungszeiten die Qualität auf allen Ebenen und damit die Patientenzufriedenheit und den Ruf des Hauses hochzuhalten. Denn ein Leistungsabfall spricht sich schnell herum. Übrigens mache ich einen Unterschied zwischen »Qualität« und »Qualitätssicherung«, wenn letztere zu einer Pflichtübung mit schematischem Abhaken von To-do-Listen verkommt.

Auch der übermäßigen Dokumentation habe ich einen Riegel vorgeschoben. Dokumentiert wird das für den individuellen Fall Nötigste, nicht das, was die Kostenträger sich als unbedingt erforderlich vorgeben. Es kann nicht sein, dass Krankenschwestern mehr Zeit am Computer verbringen als bei den Kranken.

Menschenfreundliche Bedingungen auf breiter Ebene durchzusetzen war meine vornehmliche Aufgabe – innerhalb wie außerhalb der Klinik. Deswegen habe ich mich lange Zeit berufspolitisch engagiert. Oft ein zähes Ringen, aber Empathie für die Verhandlungspartner einerseits und immer wieder die Aufforderung, sich in die Rolle der Patienten zu versetzen, hat vieles bewirkt.

Dazu braucht es einen klaren Kopf und den Willen zum Durchhalten gegenüber bürokratischen Ansprüchen. Die dafür notwendige, auch aus Glaubensüberzeugungen gespeiste Kraft hilft, zuallererst den bedürftigen Kranken in den Blick zu nehmen, gefolgt von den Bedürfnissen der Helfenden, die ja einen schweren Dienst tun. Auch hier immer wieder: Kommunikation, Fürsorge, Selbstsorge und Spiritualität.

Wie wir das in der Geriatrie mit multiprofessionellen Teams gemacht haben, darüber können Sie heute Nachmittag mehr hören im Workshop »Was willst du, dass ich dir tun soll«, oder in meinem gleichlautenden Beitrag in unserem

Buch.³ Die Regeln für eine heilsame Kommunikation sind zweitausend Jahre alt. Heute wissen wir, warum und wie sie wirken. Bringen wir dieses alte Wissen zu neuem Nutzen – für unsere Patienten und für uns selbst!

Anmerkungen:

¹ Ehm/Giebel/Lilie/Prönneke 2016.

² A.a.O., S. 110.

³ A.a.O., S. 145-158.

Literatur:

Ehm, Simone/Giebel, Astrid/Lilie, Ulrich/Prönneke, Rainer (Hg.), *Geistesgegenwärtig behandeln*, Neukirchen-Vluyn 2016.

Arbeitsgruppe 1: Zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen und ihren Angehörigen

Von Prof. Dr. med. Torsten Kratz, Facharzt für Neurologie, Geriatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Berlin

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« **Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016**

1. Das demenzsensible Krankenhaus

Die Demenzerkrankung selbst ist keine Erkrankung, die im Allgemeinkrankenhaus behandelt werden muss. Derzeit leiden etwa 1,3 Millionen Menschen in Deutschland an Demenz. Jährlich erkranken 300.000 Menschen neu an Demenz. Hintergrund hierfür ist, dass der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung einer Demenz das Alter ist. Bei den über 60-Jährigen sind etwa 2-5 %, bei den über 80-Jährigen ca. 20 % und bei den über 90-Jährigen etwa 30 % der Altersgruppe an Demenz erkrankt. Da es zu einer zunehmenden Verlängerung der Lebenszeit in Deutschland kommt, erklärt auch dies die steigende Zahl an Demenzerkrankten.

Die meisten Patienten mit einer Demenz werden aufgrund vieler unterschiedlicher körperlicher Erkrankungen im Allgemeinkrankenhaus behandelt. Somit spielt die *Nebendiagnose Demenz* eine recht bedeutende Rolle. Wir gehen derzeit davon aus, dass ca. 12 % der Patienten im Allgemeinkrankenhaus zusätzlich zu ihrer akuten körperlichen Erkrankung demenzerkrankt sind.

Wenn auch meist, wie bereits dargelegt, nicht die Demenz der Anlass für die stationäre Behandlung ist, so bestimmt sie dennoch maßgeblich den Versorgungsalltag. Die Mitarbeitenden des Krankenhauses sind dabei wenig auf diese Patientengruppe vorbereitet: Es gibt viele strukturelle Einflussfaktoren wie Terminpläne und starre Stationsabläufe, die dazu führen, dass unter dem Aspekt routinemäßige Pflege und Evidenzsteigerung der Patient mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus, ohne dass dies natürlich so formuliert oder überhaupt wahrgenommen wird, zu einem »Störfaktor« scheinbar eingespielter Abläufe wird. Um

deren Unterbrechung und die daraus resultierenden Verzögerungen zu minimieren, wird dem Demenzerkrankten häufig nicht genügend Zeit gelassen, seine von ihm noch beherrschbaren Routinen selber vorzunehmen. Daraus folgen häufig ein Verlust der Selbständigkeit, eine Verschlechterung des kognitiven Status sowie in der Folge das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten.¹ Sehr problematisch sind mögliche inter- und intra-institutionelle Versorgungsbrüche: Eine dramatische Konsequenz kann dabei der Zusammenbruch der häuslichen Versorgung nach dem stationären Aufenthalt sein. Das Risiko für einen demenzerkrankten Menschen, nach einer Krankenhausbehandlung nicht mehr in die Häuslichkeit zurückzukehren, sondern in ein Heim verlegt werden zu müssen, liegt dabei bei etwa 30 %.

Um geistesgegenwärtig zu behandeln, muss also auf die sich durch diese Nebendiagnose entwickelnden Verhaltensauffälligkeiten als Besonderheiten in der Versorgung demenzkranker Menschen geachtet werden. Eine hohe Bedeutsamkeit kommt dabei dem Erhalt und der Förderung der noch bestehenden Ressourcen zu. Da die Demenz mit Verlust von Kompetenz, Kommunikation und Orientierung einhergeht, besteht die Notwendigkeit eines personenzentrierten verstehenden und ganzheitlichen Ansatzes zur Erkennung und Förderung individueller Bedarfs- und Bedürfnislagen. Um dies zu erreichen, genügen allerdings keine Appelle: Hierzu ist eine ausreichende Schulung des ärztlichen Personals, jedoch insbesondere auch der Mitarbeitenden in der Pflege notwendig, damit diese lernen, aus der Perspektive eines Demenzerkrankten die Abläufe eines Krankenhauses zu verstehen.²

Bei Nichtbeachtung dieser Grundhaltung und fehlender Geistesgegenwärtigkeit bei der Behandlung im Allgemeinkrankenhaus sind am häufigsten sogenannte *Verhaltensauffälligkeiten*, in der Pflegewissenschaft auch als *herausforderndes Verhalten* bezeichnet, zu beobachten. Deshalb ist ein wichtiger erster Aspekt in der geistesgegenwärtigen Behandlung im Rahmen eines *demenzsensiblen Krankenhauses* der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten.

2. Verhaltensstörungen bei Demenz

Unter Verhaltensauffälligkeiten, herausforderndem Verhalten oder auch »nichtkognitiven Symptomen bei Demenz« zusammengefasst werden Aggressivität, Misstrauen, Unruhe, Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, wahnhaftige Verkennungen der Realität, Halluzinationen und Angst. Diese Symptome werden als sogenannte *produktive Verhaltensstörungen* bezeichnet. Depressivität, sozialer Rückzug, Apathie und Appetitverlust werden als *reaktive Verhaltensstörung* bei Demenz verstanden.³

Der Nährboden, auf dem solche Verhaltensauffälligkeiten sich gerne entwickeln, ist die defizit-orientierte Grundhaltung im Rahmen der Versorgung von Demenzerkrankten. Dabei versteht man unter defizit-orientiertem Vorgehen eine Sichtweise und ein Handeln betreuender Personen, das sich hauptsächlich daran orientiert, welche Einbußen der Demenzerkrankte hat, und nicht daran, welche noch vorhandenen Ressourcen gepflegt und benutzt werden könnten. Eine Versorgung, die ausschließlich reglementierend ist (z.B. »Wieso sind Sie denn jetzt schon wieder in ein falsches Zimmer gegangen?!«), führt, wie die folgenden Fallbeispiele zeigen, zu einer Irritation des an Demenz Erkrankten und zum Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten.

Fallbeispiele

Ein 84-jähriger demenzkranker Mann wird auf die chirurgische Station eines Allgemeinkrankenhauses aufgenommen. Nachdem seine Ehefrau vor zwei Jahren verstorben ist und der Patient nicht mehr in der Häuslichkeit versorgt werden konnte, musste er in ein Seniorenheim mit spezifischer pflegerischer Versorgung für Demenzerkrankte umziehen. Die Aufnahme in das Krankenhaus erfolgte aufgrund einer Leistenhernie. Da der Betroffene an einer mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz leidet, nicht orientiert ist und an schweren Gedächtnisstörungen leidet, kommt er mit der Situation der Verlegung auf die chirurgische Station nur unzureichend zurecht. Die fremde Umgebung, die unterschiedlichen Gerüche und die nicht verständlichen Abläufe irritieren ihn. Das Gefühl, das ihn bewegt, ist die Suche nach Geborgenheit, die er zeitlebens mit der Nähe zu seiner Ehefrau verbunden hatte. Folgerichtig erkundigt er sich beim Pflegepersonal nach seiner Ehefrau. Die in Demenzerkrankungen noch ungeschulte Pflege wählt ein defizitorientiertes Vorgehen auf die Frage des Demenzerkrankten und antwortet: »Aber Ihre Frau ist doch schon vor zwei Jahren verstorben!«

Da der Patient an einer Gedächtnisstörung leidet, stellt er die Frage sowohl im Frühdienst, im Spätdienst als auch im Nachtdienst. Man möge sich vergegenwärtigen, dass dieser Herr immer wieder quasi aufs Neue und ganz aktuell sozusagen frisch erfährt, dass seine Ehefrau verstorben ist. Bereits nach zwei Tagen auf der chirurgischen Station entwickelte der Patient, der eigentlich zur Behandlung einer Leistenhernie aufgenommen wurde, schwere Schlafstörungen, zeigte einen sozialen Rückzug und wollte keine Nahrung und Flüssigkeit mehr aufnehmen.

Das Fallbeispiel zeigt, dass ein Fehlen geistesgegenwärtigen Handelns bei der Versorgung von Demenzpatienten dazu führt, dass Verhaltensstörungen auftreten. Diese können wie im ersten Fall eine Reaktion auf ungeschicktes – eben nicht geistesgegenwärtiges Verhalten – der behandelnden Fachkräfte sein; in der Folge kommt es zu einem depressiven Bild mit Nichtaufnahme von Nahrung und Flüssigkeit. Im zweiten Falle entwickelte der Patient Verhaltensauffälligkeiten mit Aggressivität, Unruhe und Enthemmung. Gerade diese Zustände können sich in der Interaktion zwischen Demenzpatient und betreuenden Bezugspersonen so weit aufschaukeln, dass eigen- und fremdgefährdende Fehlhandlungen die Folge sind. Es sind Fallbeispiele bekannt, in denen pflegende Bezugspersonen so weit überfordert gewesen sind, dass sie die Polizei alarmierten, »um einen angespannten Patienten endlich zur Raison zu bringen«.

Ein geistesgegenwärtiges Behandeln von Demenzerkrankten erfordert also die *Vergegenwärtigung* des Blickwinkels eines Demenzerkrankten: es gilt, dessen Perspektive einzunehmen. Es ist wichtig, quasi in den Schuhen eines Demenzerkrankten zu stehen. Dabei gilt es, den Patienten, die Patientin als Ganzes, als Menschen zu begreifen und ihn nicht auf den Merkmalsträger einer Erkrankung (»in Zimmer 17 liegt die Schenkelhalsfraktur«) zu reduzieren. Hilfreich ist eine Beschäftigung, und sei sie auch noch so kurz, mit der Biographie und der Persönlichkeit des Betroffenen. Ein Mensch mit einer Demenz könnte also etwa als Forderung formulieren: »Ich habe eine Demenz, aber ich habe auch ein Leben.«⁵ Notwendig ist die Einbeziehung pflegender Angehöriger, die häufig im Rahmen der vielfältigen eigenen Erfahrungen im Umgang mit ihrem an Demenz erkrankten Familienmitglied originelle und hilfreiche Anregungen zum Umgang geben können.

Anmerkungen:

¹ Kratz 2011, 359ff. und Kirchen-Peters/Diefenbacher 2014, 595ff.

² Diefenbacher 2014.

³ Kratz 2012, 303ff.

⁴ Vergleiche auch die Website des HELP-Projekts des EvKB.

Literatur:

Diefenbacher, Albert, *Psyche und Soma – was kann der Konsiliar- und Liaisonpsychiater beitragen?*, *Neuropsychiatrie* (2014), DOI 10.1007/s40211-014-0126-6.

Kratz, Torsten, *Konsil- und Liaisonpsychiatrie bei Demenz*, in: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*, 3. Auflage, Heidelberg 2011, 395-418.

Kratz, Torsten, *Nichtkognitive Störungen bei Demenz*, in: Wallesch, C.W., Förstl, H. (Hg.), *Demenzen*, 2. Auflage, Stuttgart/New York 2012, 303-315.

Kirchen-Peters, Sabine/Diefenbacher, Albert, *Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste – Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz?* *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (2014), 595-604. 

Arbeitsgruppe 2: »Der Nächste bitte . . .« Erfahrungen aus der medizinischen und psychosozialen Hilfe für Flüchtlinge

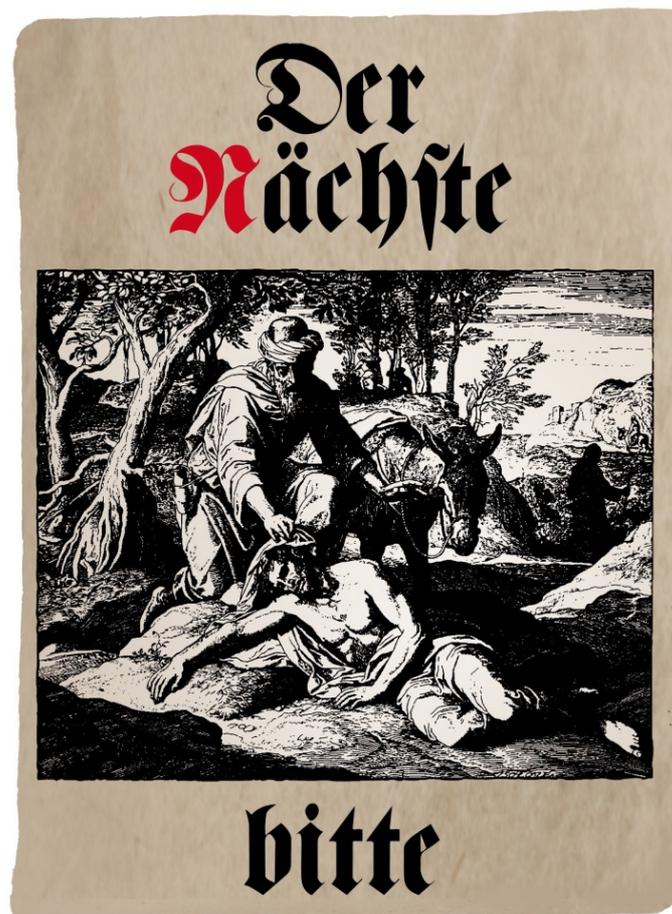
Von Dr. Klaus-Dieter Ehmke, Facharzt für Innere Medizin, Berlin

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Der Nächste bitte – der Bibeltext zum Bild:

Da stand ein Schriftgelehrter auf und sprach zu Jesus: »Meister, was muss ich tun, damit ich das ewige Leben ererbe?« Jesus antwortete: »Was steht im Gesetz geschrieben?« Er antwortete: »Du sollst

den Herrn, deinen Gott, lieben von ganzem Herzen, von ganzer Seele, von allen Kräften und von ganzem Gemüt, und deinen Nächsten wie dich selbst.« Da sprach Jesus zu ihm: »Du hast recht geantwortet; tu das, so wirst du leben.« Er aber wollte sich selbst rechtfertigen und sprach zu Jesus: »Wer ist mein Nächster?« Auf diese Frage hin erzählt Jesus die Geschichte vom barmherzigen Samariter und beschließt sie mit der Frage an den Schriftgelehrten: »Wer von diesen dreien, meinst du, ist der Nächste gewesen dem, der unter die Räuber gefallen war?« Er sprach: »Der die Barmherzigkeit an ihm tat.« Da sprach Jesus zu ihm: »So geh hin und tu desgleichen.« Lukasevangelium 10, 25-29.36-37



– Höre, was mich ich tun, daß ich das ewige Leben ererbe?
– Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben von ganzem Herzen, von ganzer Seele, von allen Kräften und von ganzem Gemüt, und deinen Nächsten wie dich selbst.
– Wer ist denn mein Nächster?
Luk 10, 25 - 29

1. Geflüchtete – unsere Nächsten

Die Frage nach meinem Nächsten oder dem »Nächsten in der Sprechstunde« tagtäglich hat sich bereits vor den Toren der Stadt entschieden. Denn Geflüchtete sind längst unter die Räuber gefallen. Ihnen ist die Zukunft geraubt worden. Sie suchen eine neue Zukunft vor unseren Toren.

Die Gelehrten im Land sind in der Pflicht, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es möglich machen, alle Menschen so zu behandeln, als wenn es die eigenen Verwandten, z.B. die eigene Tante, der eigene Onkel, wären. Übersetzt gesprochen: Sind die staatlichen Rahmenbedingungen so, dass jede und jeder so behandelt werden kann? Oder gehen sie am Tatsächlichen vorbei?

Die Diener der Institution sind in der Pflicht, gerechte Strukturen zu erarbeiten, die es ermöglichen, gerechte Strukturen zu entwickeln und durchzuhalten. Übersetzt gesprochen: Wie schnell reagieren wir als Institutionen – auch im Gesundheitswesen? Oder sind wir blind für notwendige Reformen von Strukturen, weil wir das Verantwortungsgefüge selbst nicht stören wollen?

2. Wir selbst sind – Teil des Ganzen

Wir selbst sind auch immer ein Teil des Ganzen. Auf politische Entscheidungen zu warten, hilft

mir in der täglichen Praxis kaum. Das hat auch bereits nicht funktioniert in der Behandlung von Obdachlosen. An diesem Beispiel hätten wir lange »üben« können. Wir haben es nicht getan und haben das Problem delegiert an Suppenküchen, an die Stadtmission und andere »Verrückte«, die das Verrücken der Normalität als Verrücken der Lebensumstände von Menschen einfach akzeptieren – als Möglichkeit in jeder Biographie; als mögliche oder tatsächliche Erfahrungen, an der Straße gestanden zu haben mit dem Daumen im Wind und genau die Hilfe anzunehmen (zu müssen), die gerade vorbeikommt.

Länder und Städte und damit Menschen zu besuchen, denen es schlecht ergangen ist, schärfen das Gewissen für die eigene Geschichte des Landes, der Stadt und damit der eigenen – Deiner – Biographie.

In der Arbeitsgruppe wurden verschiedene Erfahrungen zusammengetragen aus allen Arbeitsbereichen, besonders aus Sicht ärztlichen Handelns. Im Mittelpunkt standen Berichte, die vor allem den fürsorglichen Aspekt berührten und die Defizite beschrieben, die vor Ort konkret immer neue, nicht zu planenden Probleme generieren. Abschließend wurde vor allem von positiven Lösungsansätzen berichtet. D

Arbeitsgruppe 4: Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen, psychoanalytischen Praxis

Von Dr. theol. Elisabeth Grözinger, Psychotherapeutin in Dornach (CH), Lehranalytikerin am C.G. Jung-Institut Zürich, Pfarrerin

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Einleitung mit Blitzlicht zu einer Diskussion um den Ort von Spiritualität in der Psychotherapie in der Schweiz

Das Jung-Journal vom März 2016 thematisiert nicht den therapeutischen Prozess, sondern »das Schöpferische«. Gleichwohl fand ich in einem dort abgedruckten Text von Erich Neumann (1905-1960) aus dem Jahr 1960 einen Hinweis auf das, was wir heute mit »Spiritualität« verbinden. Neumann schreibt: »In jedem schöpferischen Menschen ist nicht nur die Erfahrung lebendig, in einem Größeren zu wurzeln und auf dieses fortlaufend angewiesen zu sein, sondern darüber hinaus ist seine offene Spontaneität Ausdruck des Wissens, dass er »gemeint« ist, d.h. dass sein Dasein von ihm und mit ihm etwas will . . .

Die Offenheit, um die es hier geht, ist in jeder noch so bescheidenen Lebensform möglich . . .¹

Im Lauf dieses Beitrags will ich den Spiritualitätsbegriff näher umreißen, der hier für mich leitend ist. An dieser Stelle möchte ich jedoch bereits darauf hinweisen, dass das, was heute damit in der Regel assoziiert ist, schon seit Jahrzehnten Thema jedenfalls in der Psychoanalyse/Psychotherapie jungianischer Provenienz ist und dort auch tiefenpsychologisch gewürdigt wird. Gleichwohl hat diese Thematik gerade in den letzten Jahren an Aktualität gewonnen. In der Verbandszeitschrift der Assoziation Schweizer Psychotherapeuten (ASP) »à jour« 01/06-15 wird daher ein Beitrag des Präsidenten der Schweizer Charta für Psychotherapie Peter Schulthess abgedruckt, in dem dieser auf österreichische Richtlinien für Psychotherapeuten hinweist. In diesen Richtlinien wird das »aktive Einbringen« etwa von Gebeten oder esoterischen Ritualen als »Verstoß gegen die psychotherapeutische Berufsethik« gewertet². Schulthess würdigt das menschliche Bedürfnis

nach Sinnsuche, postuliert in der Psychotherapie aber klar eine Begrenzung auf wissenschaftlich überprüfbare, spezifisch als psychotherapeutisch ausgewiesene Methoden. So konstatiert er zu Beginn: »Spiritualität als Lebenskunst zu verstehen, als Ausdruck des sich Einlassens auf Beziehungen, auf die Welt, in der man lebt, als Ausdruck einer Haltung, in der nicht das eigene Ego an erster Stelle steht, sondern die Fähigkeit besteht, sich selbst zu transzendieren, sich als eingebunden in ein größeres Ganzes zu sehen und doch sich selbst als Eigenes zu erleben, mit der Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln und Mitgestalten der sozialen und politischen Umgebung, in der man lebt, ist ein welt-zugewandtes Verständnis von Spiritualität, das gut zur Psychotherapie passt und ihrem emanzipatorischen Anspruch entspricht.«³

Schulthess grenzt sich gegen Psychotherapien ab, die er als »esoterisch« orientiert einordnet, da deren Vertreter sich auf einen nur an »Eingeweihte« vermittelten Wissensfundus beziehen. Er dagegen sieht sich als Psychotherapeut der »Exoterik« verpflichtet, deren Wissenschaftsverständnis er wie folgt beschreibt: »Exoterik hingegen braucht Offenlegung der Quellen und die wissenschaftliche Überprüfung für Innovation, Veränderungen und Weiterentwicklung des als immer wieder weiter ausbaufähig erachteten Wissens. Eine letzte Wahrheit gibt es hier wissenschaftstheoretisch nicht, zumindest solange man sich nicht dogmatisch versteift. Es gibt ja durchaus einen wissenschaftskritischen Diskurs zur Gefahr, dass sich die Wissenschaft selber zu einer dogmatischen Religion entwickeln kann, wenn etwa nur noch ein bestimmtes Wissenschaftsverständnis von der »scientific community« anerkannt wird und nur gewisse Forschungsdesigns anerkannt werden. Doch dieser Diskurs läuft öffentlich und ist beeinflussbar.«⁴

Schulthess schließt seinen Beitrag mit einem Plädoyer für die Trennung von spiritueller Begleitung und psychotherapeutischer Behandlung sowie für die Begrenzung von Psychotherapie auf psychotherapiewissenschaftlich geprüfte oder nachprüfbar Verfahren. Er schreibt: »Die Berufsausübungsbewilligung als Psychotherapeut/-in bezieht sich auf die Anwendung der Therapieme-

thode, in der wir geschult wurden. Natürlich wird sich unser Repertoire im Laufe des Berufslebens aufgrund von Fortbildungen erweitern. Es ist jedoch die Aufgabe von uns Psychotherapeuten/-innen, kritisch zu prüfen, was sich vereinen lässt und was eben nicht, wenn unverträglich divergierende Grundannahmen über das Menschsein vorliegen. Die Patienten/-innen haben einen Anspruch darauf, jene Behandlung zu erhalten, zu der wir als Psychotherapeuten/-innen ausgebildet wurden, und nicht unter diesem Namen eine andere, die womöglich gar nicht als psychotherapeutisches Verfahren anerkannt ist bzw. die Grenzen der Psychotherapie überschreitet. Wer eine spirituelle Entwicklung sucht, wird diese als persönliche Stütze auch außerhalb der Psychotherapie finden. Vermischen wir diese Gebiete nicht. Wir Psychotherapeuten/-innen müssen nicht gleichzeitig auch Schamanen, Priester und spirituelle Führer werden. Das gehört voneinander getrennt.«⁵

Thomas Lempert antwortet im folgenden Heft der Zeitschrift, in dem er einerseits Schulthess' Wissenschaftskonzept relativiert, gleichwohl aber die Notwendigkeit der Erforschung psychotherapeutischer Effekte von Praktiken, die traditionell in einem als religiöse bestimmten Kontext entwickelt wurden, herausstellt. Lempert weist im Übrigen auch darauf hin, dass sich längst Einflüsse buddhistischer Traditionen in der Psychotherapie etabliert haben, und dass Studierende dies nicht als unangemessen erleben, gehöre Religiosität doch ohnehin in unseren Alltag.⁶

Beide Autoren, Schulthess und Lempert, gehen behutsam, kritisch und respektvoll mit dem Bedürfnis nach sinnstiftender Deutung von Erfahrungen um. Ich kann in beiden Artikeln Aspekte entdecken, die überzeugen. Wie Schulthess plädiere ich für die klare Trennung von Spiritualität und Psychotherapie, bzw. für eine psychotherapeutische Perspektive auf Spiritualität oder Religiosität, sobald diese ein Thema der Psychotherapie wird. Mit Lempert bin ich einig, dass Spiritualität nicht als »Hokuspokus« erledigt sein kann, und dass die Erforschung von religiösen und spirituellen Praxen auch einen differenzierteren Umgang mit diesen Traditionen in der Psychotherapie ermöglichen könnte⁷. Allerdings frage ich mich, ob eine in der Psychotherapie genutzte religiös/spirituelle »Technik« noch »religiös/spirituell« ist oder ob sie nicht durch den anderen Kontext und therapeutischen Zweckbestimmung zur psychotherapeutischen Intervention verändert wird.

Lempert beschreibt das Gebet einmal als »psychotherapeutische Intervention«⁸ und verwendet Termini wie »spirituelle Tools« oder »spirituelle Techniken«⁹. Diese Termini mögen in einem religionswissenschaftlichen Kontext angemessen sein. Sie verfehlen aber m. E. die spezifische Kritik, die z. B. im Gebetsverständnis der jüdisch-christlichen Überlieferung gerade an der Konzentration auf alles Machbare liegt. Auf diesem Hintergrund verstehe ich das Gebet einerseits als eine Aktivität, mit der Menschen ihre Beziehung zu einem Transzendenten selbst zu gestalten vermögen. Das Gebet ist aber auch Ausdruck menschlicher Einsicht in die Unverfügbarkeit sowohl der eigenen Existenz als auch dessen, was als transzendent angesprochen wird. Wer betet, wünscht sich etwas. Das Gebet wird hier zwar tendenziell zum Mittel der Wunscherfüllung, gleichwohl bleibt es ein Zeugnis der Anerkennung der Grenzen der eigenen Möglichkeiten und des Respekts der Unverfügbarkeit dessen, der Gott genannt und dem am Ende des »Unservater« bestätigt wird: »Denn dein ist das Reich und die Kraft und die Herrlichkeit in Ewigkeit«. So gesehen ist ein als »Tool« verstandenes Gebet grundlegend verschieden von einem Beten, das letztlich auf dem Eingeständnis der Grenzen aller »Tools« basiert.

Gerade wegen meiner theologischen Perspektive gehe ich davon aus, dass Psychotherapie und Religiosität/Spiritualität zu trennen sind, sich eher komplementär zueinander verhalten und sich sogar ab und an wechselseitig kritisch ihre Grenzen, die Risiken ihrer Selbstüberschätzung aufzeigen können.

Im Folgenden führe ich, die ich sowohl eine theologische als auch eine psychotherapeutische Ausbildung genossen haben und beide Professionen, wenn auch unterschiedlich intensiv, ausübe, diese Position in drei Thesen aus

1. Angst und der Umgang mit Spiritualität und Religiosität in der Psychotherapie (4 Thesen)

A. Angst, Unbegreiflichkeiten und Hilflosigkeit können zur »Nutzung« von Spiritualität/Religiosität auch in der Psychotherapie motivieren. Das ist als spontane Krisenreaktion im psychotherapeutischen »Duo« menschlich verständlich, darf aber nicht zum Verzicht auf die psychotherapeutische, diagnostische Reflexion dieser »Nutzung« als Symptom führen und kann erst recht nicht die psychotherapeutische Behandlung ersetzen, für die der/die Behandelnde ausgebildet ist und bezahlt wird, und für die der Patient/die Patientin das Mandat erteilt hat.

Als zentral in der psychotherapeutischen Haltung halte ich die Fähigkeit, Widersprüche, Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit auch einfach zu ertragen und so die Reflexions- und Beziehungsfähigkeit immer wieder zu gewinnen. Ich verspreche mir davon Offenheit für die Möglichkeiten des Moments (»Geistesgegenwärtigkeit«), also keine schnelle »Flucht« in eine instrumentalisierend verwendete Religiosität/Spiritualität, und die Entdeckung oder Entwicklung vorhandener menschlicher Ressourcen.

B. Ich bevorzuge ohnehin – als Mensch, als Psychotherapeutin, sogar als Pfarrerin – eine »weite« Form von Spiritualität, die sich kaum in spirituell/religiösen Handlungen ausdrückt, die sich eher in der Verbundenheit mit Traditionen, aber auch in selbstfürsorglicher Vielfalt und in einer mich prägenden Haltung zeigt. Ich hoffe, dass diese Haltung mir grundsätzlich die liebevolle Akzeptanz aller Geschöpfe ermöglicht.

C. Zu dieser Form der Spiritualität gehört Selbstreflexivität: Die Reflexion eigener narzisstischer Anteile und die Reflexion der eigenen weltanschaulichen Verwurzelung mit deren Licht- und Schattenseiten. Ich erhoffe mir von dieser Form der Spiritualität Offenheit und Dialogfähigkeit, den weitestgehenden Verzicht auf die »Verzweckung« von religiös/spirituellen Wegen und (tendenziell »universalistisch«) die Verbundenheit mit einer Transzendenz, die sich in unterschiedlichen Traditionen formulieren kann, die ich durch meine Prägungen kennen und lieben lernte, von der ich aber annehme, dass sie sich darauf nicht begrenzen lässt.

D. Ich wünsche mir psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen, die die Bereitschaft zur Selbstbefragung und immer neuen Selbstverortung genauso behalten wie die Fähigkeit zum und die Freude am Staunen. Ich wünsche mir aus diesem Grund psychotherapeutische »sichere« Ort, in denen der Dialog über die eigene spirituelle-religiöse Biographie geführt werden kann. Gerade weil Religiosität und Spiritualität aus unserem Alltag nicht verschwunden sind, sondern in ihrer ganzen Ambivalenz (Fanatismus, Stigmatisierungen, Ressourcen und Flourishing) präsent sind, halte ich diese Auseinandersetzung mit den eigenen Zugängen zur Religiosität und Spiritualität für die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten genauso essentiell wie die Reflexion der eigenen Sexualität. Wenn nämlich Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen lernen, miteinander über ihre Religiosität und Spiritualität ohne Angst vor Dif-

famierungen oder Beschämungen zu sprechen, dann kann auch im psychotherapeutischen Gespräch mit Ratsuchenden Religiosität und Spiritualität nicht allein unter diagnostischen Gesichtspunkten relevant werden. Wo spürbar wird, dass Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ohne Abwehr, aber auch ohne Idealisierung mit Religiosität und Spiritualität umgehen können, da kann für ihre Patienten und Patientinnen auch ein Bereich der religiös-spirituellen Selbsterkundung, der Selbstvergewisserung entstehen. Wer im psychotherapeutischen Dialog Respekt für die eigenen Eigenheiten erfährt, kann auch für die eigene religiös-spirituelle Geschichte oder Perspektive und deren Ambivalenzen neu sensibler werden.

2. Begriffsklärung: Spiritualität, Religiosität, Geistesgegenwärtigkeit . . .

Ich kann hier nicht umfassend auf die Debatte um die Definitionen von Spiritualität und Religiosität eingehen, sondern möchte nur auf Tatjana Schnell verweisen. Sie hat zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland repräsentative Untersuchungen zu sinnerfüllenden Faktoren durchgeführt. Die Dimensionen Selbstverwirklichung, Ordnung und Wir- und Wohlgefühl stellten sich dabei als Quellen für ein als sinnvoll empfundenen Leben heraus.¹⁰ Als besonders wirksame vierte Dimension stellt sie die »Selbsttranszendenz« heraus, die »vertikal« als »Ausrichtung an einer jenseitigen Wirklichkeit« und »horizontal« als »engagierte Übernahme von Verantwortung« für sich und anderes realisiert werden kann.¹¹ Spiritualität und Religiosität zeichnen sich nach Schnell nicht nur durch die Fähigkeit aus, sich aus einer isolierenden Ich-Fixierung zu lösen und verbindliche Beziehungen einzugehen. Sie bieten auch besondere Möglichkeiten der Interpretation eigener Erfahrungen an, die Menschen einerseits von anderen Menschen unabhängig machen und die es doch ermöglichen, das eigene Leben auf dem Hintergrund einer universellen Gemeinschaft zu deuten.

Diesen Ansatz aufnehmend definiere ich »Geistesgegenwärtigkeit in der Psychotherapie« einerseits als Fähigkeit, sich offen, engagiert und verbindlich auf einen anderen Menschen zu beziehen, andererseits aber als eine *besondere* Art der Beziehungsfähigkeit. Ich meine eine Fähigkeit zur Verbundenheit, die mit Empathie einhergeht, genauer noch: die von einem »Geist der Liebe« zu jedem Lebewesen durchweht ist. Nur dadurch ist es Therapeutinnen und Patienten möglich, gemeinsam Erfahrungen unerschrocken, aber liebe-

voll, zuversichtlich und nicht abschließend zu interpretieren.

Neutral ist diese Haltung nicht. Es fragt sich nämlich, was mit dem »Geist der Liebe« gemeint ist. Aufgrund meiner Verwurzelung in der jüdisch-christlichen Tradition schreibe ich diesem wohlwollende Zuwendung zum konkreten einzelnen Lebewesen und zugleich das Interesse an der Entwicklung der gesamten Schöpfung zu, die Energien dieser Erde so zu nutzen, dass Angst und Schmerz ein Ende finden können. Ich weiß um die Relativität meiner Deutung sowie davon, dass sich das Phänomen, das ich »Geist der Liebe« nenne, letztlich der Definition entzieht. Ungeachtet dieser Relativität will ich auf meine, mich orientierende Interpretation des »Geistes der Liebe« nicht verzichten oder sie gar verleugnen. Mir liegt an einer klaren und transparenten therapeutischen Kommunikation. Ich verstehe mich allerdings gerade während meiner therapeutischen Arbeit nur als eine Stimme in der vielstimmigen humanen Interpretationsgemeinschaft der menschlichen Existenz und sehe den therapeutischen Dialog auch als Teil der Suche nach dem Verständnis dessen, was der »Geist der Liebe« für einzelne Menschen konkret bedeuten kann.

Als Psychotherapeutin möchte ich dennoch nicht einfach nur auf die deutenden, weltanschaulichen Traditionen verweisen, wie sie etwa in den biblischen Texten präsentiert wird, sondern nach den psychischen Dispositionen fragen, die Menschen von spiritueller oder der religiöser Praxis fasziniert sein lässt.

3. Zur neueren therapeutischen Würdigung von Spiritualität und Religiosität

Exemplarisch für einen revidierten Blick auf Spiritualität und Religiosität in der Psychoanalyse freudianischer Provenienz sei hier der Ansatz von Brigitte Boothe vorgestellt. Boothe nennt die Fähigkeit zur »Überraschung« als Grund für die Möglichkeit, zu staunen und sich auf Fremdes ohne Abwehr einzulassen. Sie führt dazu aus: »Das Andere wird in der Erfahrung des Staunens als Fremdes bedeutsam. Mit Staunen ist die vom basalen Affekt der Überraschung aus sich entwickelnde Fähigkeit gemeint, einem Gegenstand in der Haltung rezeptiver Offenheit zu begegnen und ihn auf sich wirken zu lassen, ohne sein Geheimnis zu enthüllen und ohne seine Integrität zu stören. Indem ein einzelner einen Gegenstand anschaut, tritt er zurück, und das Objekt wird ihm als ein Fremdes und Anderes bedeutsam. Die Fähigkeit zur religiösen Erfahrung ist gerade –

dies sei ausdrücklich und dringend hervorgehoben – die Offenheit und der Mut zur unbefangenen Offenheit.«¹² Ungeachtet ihrer Verwurzelung in der Psychoanalyse Freudscher Prägung grenzt Boothe sich von Freuds Religionskonzepten ab. Sie konzentriert sich nicht auf die Schwächen von Religiosität (z.B. illusionärer Bedürfnisbefriedigung, Surrogatfunktion), sondern hebt deren bereichernde Qualitäten hervor. So schreibt sie: »Die Fähigkeit zum Religiösen ist vielmehr eine Bewegung des Überschreitens der desiderativen Mentalität. Sie entwickelt sich im Rahmen einer Anschauungs- und Aufnahmebereitschaft, die den egozentrischen Bezug zurücknimmt und sich einem nicht-begriffenen Anderen öffnet.«¹³ Gedanken von Ludwig Wittgenstein aufgreifend, weist Boothe zudem auf die Möglichkeit hin, dass für Christen »die Alltagsökonomie kluger Kalkulation ihre Macht verliert, und zwar zugunsten der Fähigkeit, im Innwerden der Erscheinungen und des menschlichen Geistes das Leben als Gabe zu ehren«¹⁴. So gesehen kann die Entwicklung der basalen Emotion der Überraschung im religiös/spirituellen Kontext letztlich zur hinderungsfreien und dankbaren Zuwendung zum Leben führen. Spiritualität oder Religiosität ist für Boothe nichts dem Menschen Aufgedrängtes, sondern knüpft an natürliche Reaktionsmöglichkeiten der Gattung »Mensch« an. Die Tiefenpsychologin B. Boothe würdigt Religion nicht, um die eigene spirituelle oder religiöse Position zu verteidigen. Sie bewertet aufgrund psychologischer und therapeutischer Erkenntnisse Religiosität/Spiritualität als Potential.

Ich verzichte an dieser Stelle auf Hinweise zur Wertschätzung von Religion und Spiritualität bei Tiefenpsychologen mit jungianischem Hintergrund, da ich darauf bereits im Einleitungsteil mit dem Zitat von Erich Neumann hingewiesen habe.

Ich möchte aber Traumatherapieexperten wie Laurie Anne Pearlman und James Caringi erwähnen, die die Wertschätzung einer spirituell/religiösen Orientierung nicht allein bei Ratsuchenden empfehlen. Sie raten auch Therapierenden zur Entwicklung eigener Spiritualität zu deren Schutz, wobei sie allerdings betonen: »Es gibt viele Wege zur Spiritualität« und sowohl auf institutionell gebundene wie selbst initiierte Praktiken oder Freude an der Natur und gesellschaftliches Engagement verweisen.¹⁵

Sowohl die heute verbreitete Würdigung von Religion/Spiritualität als Ressource in Psychologie und Tiefenpsychologie als auch die Präsenz von

Religion/Spiritualität in unserem Alltag erhöht m. E. die Chance sowie die Notwendigkeit, Religion/Spiritualität in der Anamnese zu berücksichtigen und dort nicht allein als pathologisierenden Faktor zu sehen. Religion und Spiritualität können in jener Reflexivität, die ein therapeutischer Dialog ermöglicht, auch als salutogenetische und supportive Ressource entdeckt werden. Die konkrete Ausgestaltung ihrer jeweils spezifischen Religiosität und Spiritualität gehört aber m. E. nicht in den psychotherapeutischen Prozess, sondern vollzieht sich jenseits des therapeutischen Settings.

4. Meine eigene Praxis, mein Verständnis von »Geistesgegenwart« und ein Nachtrag

Der »Geist der Liebe«, den ich mir in den Therapien erhoffe, die ich verantworte, ermöglicht mir hoffentlich einen liebevollen, also auch selbstschützenden Umgang sowohl mit mir selbst als auch mit den Patienten. Ich möchte weder mich selbst noch die Patienten in einen spirituell-religiösen Rahmen zwingen, der mir eng vorkommt. Mein eigener theologischer Weg ist geprägt durch die Arbeit an einer permanenten Verflüssigung religiöser Schemata und ist geprägt von der Hoffnung, diese Traditionen doch nicht zu verwässern. Ich verstehe mich als Grenzgängerin und dazu werde ich in jeder psychotherapeutischen Begegnung immer wieder neu.

Ich entdecke in den psychotherapeutischen Gesprächen eine Fülle unterschiedlicher »Spiritualitäten« bzw. »Religiositäten«. Solange ich nicht Eindruck gewinne, dass meine Gesprächspartnerinnen durch die spirituell/religiöse Deutung ihrer Erlebnisse belastet und beengt werden bzw. sich vom Mainstream unserer Kultur isolieren, solange ich in der Psychotherapie also keine »pathologische« Form der Rezeption von Spiritualität oder Religiosität wahrnehme,¹⁶ würdige ich diese Bezüge. Wohl auch wegen meiner Verwurzelung in der Psychotherapie jungianischer Prägung sehe ich darin prinzipiell zunächst eine Ressource für Beziehungsfähigkeit, für das Erleben von Eingebundensein und für die Suche nach dem Sinn in der eigenen Lebenserfahrung. Allerdings frage ich auch immer, ob die spirituell/religiösen Überzeugungen depressiv gefärbt sind, also doch eher Bedrückung verstärken oder Angst fördern.

Da ist dann mein Mut zur Offenheit gegenüber den Patienten gefragt. Ich versuche die Selbst-Negativierungen, die mir auffallen, zu respektieren und gleichzeitig aufzulösen. Ich muss daher den Dialog wagen, mich mit meiner Perspektive

einbringen, bereit sein, mich in Frage stellen zu lassen, berührt zu werden und zu berühren, ja in meinen religiös/spirituellen Identifizierungen verletzt zu werden und zu verletzen. Ich versuche gleichwohl, die supportiven Potentiale in der Spiritualität, Religiosität wahrzunehmen, die meine Gesprächspartnerinnen pflegen. Ich möchte nicht meine Form des Umgangs mit religiösen Traditionen durchsetzen; ich bringe diese nur – falls es mir nötig oder hilfreich erscheint – als eine Möglichkeit in das therapeutische Gespräch ein. Auf Deutungshoheiten, die ich zu Anfang meiner theologischen Ausbildung noch meinte haben zu müssen, verzichte ich längst. Bescheidenheit ist angesagt und Zurückhaltung. Geistesgegenwärtigkeit im Umgang mit Spiritualität/Religiosität der psychotherapeutischen Praxis impliziert für mich das Bewusstsein, dass beide – Spiritualität wie Religiosität – vielstimmig sind. Sie sind weder Gift noch Allheilmittel. Ich verstehe sie als Ausdruck menschlicher Sehnsucht nach Geborgenheit und Orientierung.

Jedoch auch da, wo Spiritualität/Religiosität als hilfreich-liebevolle Bezogenheit ermöglichend praktiziert wird, erspart sie nicht die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensart. Darum geht es mir – wie grundsätzlich immer in der Psychotherapie – auch im geistesgegenwärtigen psychotherapeutischen Umgang mit Spiritualität und Religiosität um die Förderung des Bewusstseins der eigenen psychischen Voraussetzungen in der (spirituellen oder religiösen) Deutung von Erlebnissen.

Angst überrollt auch mich als Psychotherapeutin wieder und wieder. Was man »Spiritualität« nennen kann, hilft mir damit umzugehen. Im Interesse der Selbstreflexivität skizziere ich diese jetzt noch etwa einmal etwas deutlicher als etwa zu Beginn (z.B. These **I B**). Ich zeige mich allerdings dabei nicht so, wie ich es in einer vertrauten Gruppe mit Schweigepflicht täte. Ich schütze mich, indem ich nur skizziere.

Zeit für mich selbst und Zeit, die ich mit geliebten und anregenden Menschen teile, stärkt mich. Ich stärke mich, indem ich mir Zeit zum Staunen schenke – über die Natur oder über einen ästhetischen Event. Ich stärke mich, in dem ich mich – geistesgegenwärtig – für Konzepte öffne, die mir helfen, meine Angst zu verstehen und einzuordnen. Ich erlebe mich in »meiner« Spiritualität als rezeptiv, aber nicht nur als passiv. Ich wähle in der Regel, was ich als erweiternd erlebe. Manchmal aber lasse ich mich auch schlicht in den Markt einspannen. Ich gebe mich in die Trivia-

lität leiblicher Genüsse oder integriere mich in die Kommunität der nach Glück suchenden Konsumenten. Die Sehnsucht nach Verbundenheit kann sich auch materiell zeigen. Meine Spiritualität hat christlich-protestantische Wurzeln. Aber sie ist westeuropäisch geprägt und vielgestaltig geworden.

Spiritualität – wie sie heute vielfach verstanden wird – impliziert die Lösung aus der Fixierung auf sich selbst und die Fähigkeit, sich in eine Beziehung zu Fremdem einzubinden; sie erfordert keine Selbstvernachlässigung. Ich hoffe, dass eine liebevolle Offenheit für mich selbst mir eine liebevolle Offenheit für andere ermöglicht. Dieser »Geist der Liebe« lässt sich für keine Therapie erzwingen oder verordnen. Ich kann als Fazit nur den Wunsch ziehen, dass ich berührbar, überraschbar bleiben möchte vom »Geist der Liebe«, so dass er während meiner therapeutischen Arbeit spürbar wird.

Nachtrag

Berichten muss ich noch von einer Episode, in der meine rationalistische, immanente Variante von Spiritualität an ihre Grenzen stößt.

An dem Tag, an dem ich den Rohentwurf für den Aufsatz abschloss, der unter den Titel »Geistesgegenwärtigkeit in der psychotherapeutischen Behandlung« in dem Band »Geistesgegenwärtig behandeln«¹⁷ erschienen ist, fragte mich eine Patientin, warum Pfarrer mit so viel Gewissheit im Gottesdienst über Gott sprechen könnten. Sie fühle sich nie 100% zu einer Gemeinschaft zugehörig; Gewissheiten ohne Zweifel seien ihr nicht möglich. Wir erörterten den möglichen psychischen Hintergrund dieser Erfahrung. Ich räumte ein, dass auch mir die Vermittlung fragloser Gewissheiten fremd sei. Ich las ihr dann aus meinem Artikel vor. Sie sagte, sie erkenne mich in meiner Selbstbeschreibung wieder. Und ihre Spiritualität sei eben die ihre. Das sei die, bei der sie selbst »Frau« ihrer Art, zu glauben sei. Wir gingen wohl beide unserer selbst bewusst aus diesem psychotherapeutischen Dialog.

Ich erzählte davon in einem Nachtrag zu dem erwähnten Artikel. Der Nachtrag wurde allerdings nicht gedruckt. Die Patientin aber wollte den Beitrag gedruckt lesen, in dem sie vermeintlich im Nachtrag »vorkam«. Als ich das Buch »Geistesgegenwärtig behandeln« in Händen hielt, rief ich sie eines Morgens an, um ihr mitzuteilen, dass der Nachtrag zwar nicht gedruckt worden sei, sie aber gleichwohl den Artikel lesen könne.

Zu diesem Zeitpunkt war die Therapie abgeschlossen. Wir hatten einander monatelang nicht gesehen. Am Nachmittag gerade jenes Tages traf ich sie am Wegrand. Ungeplant. Perplex über diesen »Zufall«, angesichts dieser Überraschung haben wir einander begrüßt. Immer noch stauend sind wir voneinander gegangen. Jede in ihre Richtung.

Anmerkungen:

¹ Neumann 2016, S. 44.

² Vgl. Schulthess 2016, S. 24 oder: http://www.psychotherapie.ch/medien/f/documents/2015-06_ajour_EDITION-web.pdf.

³ A.a.O., S. 23f.

⁴ A.a.O., S. 25.

⁵ A.a.O., S. 26.

⁶ Siehe Lempert 2015. oder: <http://www.psychotherapie.ch/medien/d/documents/2015-12-%20ajour.pdf>.

⁷ Vgl. a.a.O., S. 29.

⁸ A.a.O., S. 27.

⁹ Vgl. a. a. O., S. 29.

¹⁰ Siehe dazu Schnell 2011.

¹¹ Siehe dazu a.a.O., S. 263f.

¹² Boothe 2014, S. 166.

¹³ A.a.O., S. 165f.

¹⁴ A.a.O., S. 169.

¹⁵ Siehe Pearlman/Caringi 2011, S. 253f.

¹⁶ Gravierende pathologische Formen von Spiritualität und Religiosität werden erfahrungsgemäß eher in psychiatrischen Kontexten gesehen, wenn es z.B. um die Behandlung von Schizophrenien oder schweren affektiven Störungen geht. Die Leiden der Mehrzahl derer, die ich begleite, zählen zu den Anpassungsstörungen.

¹⁷ Siehe Grözinger 2016, S. 161-172.

Literatur:

Boothe, Brigitte, *Wer glaubt, wird vielleicht nicht selig, aber klug*, in: Eckard Frick, Andreas Hamburger (Hrsg.), *Freuds Religionskritik und der »Spiritual Turn«*, Stuttgart 2014, S. 159 – 174.

Grözinger, Elisabeth, *Geistesgegenwärtigkeit in der psychotherapeutischen Behandlung*, in: Ehm, Simone/Giebel, Astrid/ Ulrich Lilie/Prönneke, Reiner (Hg), *Geistesgegenwärtig behandeln*, Neukirchen-Vluyn 2016, S. 161-172.

Lempert, Thomas, *Psychotherapie und Spiritualität: Wenn's passt!*, in: *à jour . Informationen für ASP-Mitglieder*, 02/12-2015. S. 26– 29. Oder:
<http://www.psychotherapie.ch/medien/d/documents/2015-12-%20ajour.pdf>.

Neumann, Erich, *Das Schöpferische als Zentralproblem der Psychotherapie (1960)*, in: *Jung-Journal*, März 2016, Heft 35, Jg. 19, S. 39 - 45.

Pearlman, Laurie Anne/Caringi, James, *Selbstreflexives Leben und Arbeiten als Mittel zur Überwindung vikariierender Traumatisierungen*, in: : C.A. Courtois, J.D. Ford, *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung*, Paderborn 2011, S. 237 – 262.

Schnell, Tatjana, *Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung*, in: Konstantin Klein, Hendrik Berth, Friedrich Balck (Hrsg.), *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde, Erklärungsansätze*, Weinheim, München 2011, S. 259 – 271, dort S. 263 – 265.

Schulthess, Peter, *Psychotherapie gehört abgegrenzt von der Transpersonalen Psychotherapie und der Esoterik*, in: *à jour . Informationen für ASP-Mitglieder*, 01/06-2015. S. 23 – 26.
 Oder:
http://www.psychotherapie.ch/medien/f/documents/2015-06_ajour_EDITION-web.pdf.



»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« – Geistesgegenwart im ärztlichen Handeln

Von Dr. theol. Astrid Giebel, Diplom-Diakoniewissenschaftlerin, Theologin im Vorstandsbüro der Diakonie Deutschland, Evangelischer Bundesverband

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Andacht in der Französischen Friedrichstadtkirche, Berlin, am 29.4.2016

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Teilnehmende an dieser Fachtagung!

In der (gestrigen) Kolumne der Berliner Zeitung vom 28.04.2016 hat sich wieder einmal der Zukunftsforscher Matthias Horx geäußert, dieses Mal über Digitalisierung. In seinem Artikel zitiert er Harald Welzer, Direktor von Futurzwei – Stiftung Zukunftsfähigkeit und Professor für Transformationsdesign an der Universität Flensburg, aus dessen Buch »Die smarte Diktatur – der Angriff auf unsere Freiheit«: »Das Leben ist analog. Beziehungen sind analog. Empathie, Liebe, Hass, Wut, Mitleid und Freude sind analog. Im Netz bekommen wir Hilfe nur in trivialen Fällen . . . Wenn es hart auf hart kommt, brauchen Sie richtige Menschen.«

Eine solche analoge Situation, in der triviale Hilfe nicht greift, schildert der folgende Text aus dem Lukasevangelium 18,35-43.

35 Und es begab sich aber, als er in die Nähe von Jericho kam, dass ein Blinder am Wege saß und bettelte. 36 Als er aber die Menge hörte, die vorbeiging, forschte er, was das wäre. 37 Da berichteten sie ihm, Jesus von Nazareth gehe vorbei. 38 Und er rief: Jesus, du Sohn Davids, erbarme dich meiner! 39 Die aber vornean gingen, fuhren ihn an, er solle schweigen. Er aber schrie noch viel mehr: Du Sohn Davids, erbarme dich meiner! 40 Jesus aber blieb stehen und ließ ihn zu sich führen. Als er aber näher kam, fragte er ihn: 41 Was willst du, dass ich für dich tun soll? Und er sprach: Herr, dass ich sehen kann. 42 Und Jesus sprach zu ihm: Sei sehend! Dein Glaube hat dir geholfen. 43 Und sogleich wurde

er sehend und folgte ihm nach und pries Gott. Und alles Volk, das es sah, lobte Gott.

Von nichts weniger als einem Heilungs-Wunder berichtet dieser Text. Wunder, wer glaubt denn an so etwas? – gelten sie nicht selten als Relikte eines magischen Zeitalters, eines hysterischen, massentypischen Phänomens, mit denen sich Pilgernde nach Lourdes und die Yellow Press abgeben mögen. Oder dubiose Fernsehheilungsprediger, über die Phil Collins in seinem Lied »Jesus, he knows me« so schön getextet hat: »... I can get you a pocketful of miracles ... get on your knee and start praying!« (statt: praying)

Nicht nur in der Medizin, auch in meiner Profession, der Theologie, sind Wunder manchmal peinlich und manchen Theologen ist es ein Anliegen, dass die Bibel von solchem Spuk gereinigt wird. In steigendem Maß ist man bereit, die Wunderberichte der Evangelien als bloß symbolisch zu verstehende Ereignisse zu betrachten.¹ Wunder werden dann nicht als Konfrontation und Begegnung mit der unbegreiflichen Macht Gottes verstanden. Sondern es werden Anstrengungen und Versuche unternommen, diese Unbegreiflichkeit zu mäßigen, um sie nicht als totale Überforderung des menschlichen Verstandes aufrechterhalten zu müssen. In großem Eifer, Glaube und Naturgesetze zu harmonisieren, werden Geschichten wie die eben gelesene moralisch gedeutet. Bei der Brotvermehrung, einer anderen Wundergeschichte des Neuen Testaments, wird z.B. erklärt, die Jünger Jesu hätten angesichts der vielen hungernden Menschen in einem Akt von Altruismus ihre Hasenbrote unter der Menge verteilt.

Natürlich können symbolische Aspekte von Wundergeschichten eine wesentliche Rolle spielen. So können Speisungswunder für das Empfangen des Wortes Gottes stehen. Blindenheilung bedeutet Öffnung der Augen des Herzens für die Wirklichkeit Jesu. Aufrichtung Kranker steht für den Beginn des neuen, ewigen Lebens. Symbolhafte Deutungen der Wunderberichte.

Aber diese zweite, zeichenhafte Ebene setzt immer die erste Ebene, das reale Zeichen voraus. In gewisser Weise ist alles, was Jesus gesagt und

getan hat, Andeutung eines größeren, umfassenden Geschehens, nämlich des Anbruchs des Reiches Gottes auf dieser Erde. Es sind keine leeren Zeichen. Das alt- und neutestamentliche Denken kennt keine leeren, abstrakten, leiblosen, didaktischen Zeichen. Es gibt dort keine Trennung von Leib und Seele; keine Geringschätzung des Leiblichen; keine Art von Deismus, der versucht Gott dadurch zu retten, dass er ihn weit in den Himmel verbannt. Ein solcher Gott würde sich nämlich mit Sicherheit nicht einmischen in diese Welt, würde sich nicht der Nöte und Krankheiten von Menschen annehmen, ihrer Einschränkungen und Leiden, schon gar nicht mit Wundern, und ein solcher Gott würde zur Verwandlung von Welt und Menschen nicht Willens und / oder in der Lage sein.

Also: Ein Wunder ist geschehen. Jedes legendarische Verflüchtigen oder moralische Hinbiegen würde die Geschichte verkürzen oder verkleinern. Wenn es um Begegnungen mit Gott geht, dem Höchsten und Heiligen, ist es nicht sinnvoll, die Geschichten aufs Erträgliche zu reduzieren – das macht sie uninteressant. Wir sollten nicht sie kleiner machen, sondern uns selbst vor den Berichten. Das nennt man Demut. Demut heißt auf lateinisch *humilitas*. Und das meint schlicht: nichts mehr und nichts weniger als die Anerkennung des Menschlichen. Demut vor einem Wunder, Anerkennung der menschlichen Begrenzungen, ohne dabei den Verstand an der Kirchentür abzugeben. Denn in Kirchengebäuden und diakonischen Einrichtungen ist viel Verstand versammelt. Nicht nur heute Morgen.

Die meisten Wunder setzen voraus, dass man sich mit Leib und Seele in Gottes Hand gegeben hat. Wunder sind nichts Mechanisches, das man mit einer Übermacht von Energie zu leisten imstande wäre, sondern sie haben im christlich-jüdischen Kontext immer personale Aspekte: Gottes Größe ist es, und die alle unsere Vorstellung grundsätzlich sprengende Weite seiner Liebe. Der Text in Lukas 18 spricht ausdrücklich davon, dass hier niemand von dieser Liebe und heilenden Zuwendung Gottes überrumpelt wird, sondern dass sich, wer will, auch gegen Wunder sperren und verwehren kann. Jesus fragt ausdrücklich: »Was willst du, dass ich dir tun soll?« Und er setzt damit auf Patientenautonomie. Willst du gesund werden? – das ist in Wahrheit die erste Kardinalfrage einer jeden Therapie.

Auf dem Christlichen Gesundheitskongress, der vom 14.-16. April 2016 in Kassel stattfand, hat Eckhard Nagel, Ärztlicher Direktor des Universi-

tätsklinikums Essen, Professor an der Universität Bayreuth und Mitglied des Deutschen Ethikrats, davon berichtet, dass sie als junge Ärzte verblüfft waren, als ihr Chef einen Patienten, den er beim Rauchen erwischt hatte, umgehend aus der Klinik verwies! Sie hätten als junge Ärzte nach diesem Vorfall damals miteinander diskutiert, ob dies ein Arzt eigentlich dürfe, einen Patienten *nicht* zu behandeln.

Hanna Wolff hat auf diesen feinen Unterschied hingewiesen: Viele Patienten wollen nicht gesund werden. Sie wollen gesund gemacht werden!² Und sie meint in ihrem 1978 erstmals erschienenen Buch »Jesus als Psychotherapeut: «Es gibt Abertausende Menschen, die leiden, die sich aber nicht helfen lassen wollen.« Sie übernehmen keine Verantwortung für sich. Sie stehen nicht aktiv für ihren Gesundungsprozess ein. Da gibt es uneinsichtige Männer, unansprechbare Frauen, Manöver, Ausweichen, Taktieren.

Willst du gesund werden? Diese Frage hat Jesus oft gestellt. Dem Gelähmten, der 38 Jahre am Teich Bethesda auf Heilung hoffte. Der kanaanäischen Frau, die sich wegen ihrer leidenden Tochter an ihn gewandt hatte. Ihr antwortete Jesus: »Dir geschehe, wie du willst!«

Der Theologe Rudolf Bultmann hat dies einmal so zusammengefasst: »Das Wesen des Menschen liegt nach Auffassung des Christentums nicht in Logos und Vernunft wie im Griechentum. Richtet man die Frage an das Christentum, worin das Wesen des Menschen liegt, dann lautet die Antwort: im Willen.«³ Menschsein ist trachten nach . . ., ist ausgerichtet sein auf . . ., ist wollen.

Eine an Diabetes erkrankte Frau aus meinem Bekanntenkreis hatte ihre helle Freude daran, ihren Arzt hereinzulegen. Hatte sie bei ihm einen Termin, sah sie zu, dass ihre Werte ins Lot gerieten, um anschließend »essensmäßig wieder so richtig in die Vollen zu gehen«. Ins Fäustchen lachte sie sich dabei, bis ihr – o jähes Erschrecken! – die Amputation eines Beines drohte.

Als Jesus den Blinden in der Nähe von Jericho fragte: »Was willst du, das ich für dich tun soll?«, wusste dieser sofort die Antwort: »Dass ich wieder sehen kann!« Und als er sehend war, pries und lobte er Gott. Überschwängliche Freude. Ein eindeutiges »Ja!« war seine Antwort. Hanna Wolf schreibt: »Das freiwillige Wollen ist geradezu der Initialeinsatz einer jeglichen Analyse«.

Übrigens ist der Ort der Handlung unseres Bibeltextes bedeutsam. Die Szene spielt sich bei den Winterpalästen des Herodes in Jericho ab. Ich hatte vor Ostern die schöne Gelegenheit, die wenigen Überreste betrachten zu können. Im Jahr 30 nach Christus waren die Winterpaläste des Herodes in Jericho kaiserliche Domäne. Einen gefährlicheren oder ungünstigeren Ort hätte der Blinde sich nicht aussuchen können, um »Jesus, du Sohn Davids« auszurufen. Mit diesem Ruf proklamiert er ihn – politisch brisant – als Königssohn. Nicht umsonst versuchen ihn die Umstehenden zum Schweigen zu bringen, da er sie alle in Schwierigkeiten bringen kann.

Der Blinde sieht in Jesus den Christus, den Messias und Retter. Die Sehenden sind blind für diese Einsicht. Die Ein-Sicht des Blinden kommt vor der Hilfe und Heilung. Den Durch-Blick, wer Jesus ist, geoffenbarter Sohn Gottes, hat er – und nicht die vermeintlich Gesunden. Und so wird sein Sehend-Werden, das Heilungswunder an ihm zum Zeichen, das Jesus als Messias ausweist.

Wer ist krank? Wer ist blind? Wer gesund? Wer ist sehend? Wo sind die Grenzen? Wo gehen Gesundheits- bzw. Krankheitsbereiche ineinander über in ihren bio-psycho-sozialen und spirituellen Dimensionen?

Im vergangenen Jahr hat sich mir noch einmal ein neuer Sinn für den Facettenreichtum von Gesundheit und Krankheit erschlossen. Da war eine schon in palliativer Versorgung befindliche Diakonisse ohne nachvollziehbaren Grund aus ihrer Schwesternschaft entlassen worden. Sie war psychisch und physisch schwer krank und hatte bereits einen langen Leidensweg hinter sich. Angesichts des von ihr massiv empfundenen Unrechts haben sich einige Menschen mit unglaublichem Einsatz um diese schwerkranke Frau geschart und sich um sie gekümmert. Es sind neue Freundschaften entstanden und viele E-Mails und SMS gingen hin und her. Sie arbeitete sich neu in Facebook ein, erhielt viel Besuch. Ihr Zimmer war mit Farben, Blumen, Düften erfüllt und sie ließ es sich nicht nehmen, ihren Besuchern den besten Kaffee der Welt zuzubereiten. Kurz bevor sie im Oktober 2015 dann in die palliative Sedierung ging und verstarb, sagte sie – für mich unfassbar angesichts ihres Leidens: »Ich bin Gott unendlich dankbar, dass ich in diesem Jahr so gesund gewesen bin.« Gesundheit war für sie etwas völlig anderes, als keine Schmerzen haben und schwerste körperliche Beeinträchtigungen zu erleiden. Ihr Wille zur Gesundheit trug sie durch ihr letztes Lebensjahr hindurch.

Was willst du, dass ich dir tun soll? Ein Wunder erleben. Geheilt werden. Heil werden. Ich habe es erlebt, dass ein junger Familienvater mit einer akuten lymphatischen Leukämie in fortgeschrittenem Stadium komplett und inzwischen seit über 25 Jahren geheilt worden ist. Eine Frau mit einem inoperablen Hirntumor konnte noch drei Jahre relativ beschwerdefrei leben. Beide hatten nach Jakobus 5 um das Krankengebet bzw. die Krankensalbung gebeten.

Anderen wurde ihr Wunsch um Heilung nicht erfüllt. Denn die Frage »Was willst du, dass ich dir tun soll?« steht unter Umständen in Spannung zur Vaterunser-Bitte: »Dein Wille, Gott geschehe, wie im Himmel, so auf Erden!« Und in Spannung dazu, dass letztlich doch alle Menschen, auch die, die eine außergewöhnliche Heilung erfahren haben, irgendwann verstorben sind.

»Was willst du, dass ich dir tun soll?« Das kann im Sinne von Hanna Wolf bedeuten, innere Unentschlossenheit überwinden, aber auch äußeren Widerständen begegnen wie die der Umstehenden, die den Blinden von Jesus wegdrängen wollten. Die er störte mit seinem übermächtigen Drang, sehend zu werden. Äußere Widerstände können Heilung unter Umständen beeinträchtigen. Was willst du, dass ich dir tun soll? – das ist nicht nur individuell zu fragen, sondern auch systemisch. Wo gibt es Blockaden in Familien? In unserem Gesundheitssystem? In unserer Gesellschaft?

Der Blinde, von dem Lukas 18,35 berichtet, ist quasi ein Musterpatient. Er weiß, was er will, er nimmt Anstrengungen in Kauf, er setzt sich für seine Gesundheit ein und übernimmt Verantwortung, er kann klar fokussiert benennen, was er will. Und er glaubt und vertraut darauf, dass letztlich alle Gesundung in den Händen Gottes liegt.

Ressourcenallokation gab es kaum bei Jesus: »Er heilte viele« heißt es. »In unserem Gesundheitssystem sind die vorhandenen Ressourcen begrenzt; da ist auf Sicht manche Decke zu schmal, um sich darein zu schmiegen (Jesaja 28,6). Oder – wie eine Arzthelferin einer allzu fordernden Patientin im Wartezimmer einmal entgegengeschleudert hatte: »Wir sind hier nicht bei ›Wünsch dir was!«

Herr Professor Werner Vogel hat gestern eindrücklich darauf hingewiesen, dass ein Arzt, der sich fünf Minuten Zeit zum Hinhören nimmt und dabei schweigt, eigentlich bereits alle wesentli-

chen Informationen von seinem Patienten erfährt. In der Geschichte von der Heilung des Blinden wird deutlich, für wen Jesus ein Ohr hat. Die Massen, die ihn begleiten und von ihm bedient werden wollen, waren ihm auf einmal unwichtig. Er hörte die Stimme des blinden Bettlers; er erkannte den Ruf nach Erbarmen und Verzweiflung, die dahinter stand. Und er verschloss sich diesem Hilfeschrei nicht.

Geistesgegenwärtig behandeln bedeutet nichts anderes, als die Wirklichkeit Gottes im Alltag wahrzunehmen. Des »Ich bin, der ich bin da«, Jahwe. Oder wie Jesus es gesagt hat: »Ich bin bei euch alle Tage, bis an der Welt Ende.« Wird diesem Geist Gottes Raum gegeben, können erstaunliche Dinge passieren. Vielleicht sogar ein Wunder. In jedem Fall entsteht aber, so hat es Herr Professor Johannes Fischer gestern beschrieben, ein Geist-Schwingungsfeld. Ein dynamischer Prozess, eine Interaktion. Präsenz aus Präsenz heraus.

Für das Vorwort des Ärztebandes »Geistesgegenwärtig behandeln« habe ich nach einer Verhältnisbestimmung zwischen göttlichem und ärztlichem Handeln gesucht. Und es treffend beschrieben gefunden in Sirach 38,1-2: »Ehre den Arzt mit gebührender Verehrung, damit du ihn hast, wenn du ihn brauchst, denn der Herr hat ihn geschaffen und die Heilung kommt von dem Höchsten.« Die-

se Worte des jüdischen Lehrers Jesus ben Sirach aus dem zweiten vorchristlichen Jahrhundert bündeln in eindrucksvoller Weise geistesgegenwärtige ärztliche Behandlung: »Es kann die Stunde kommen, in der dem Kranken allein durch die Hand der Ärzte geholfen wird; denn auch sie werden den Herrn bitten, dass er's ihnen gelingen lässt.« (Sirach 38,13)

Umfassende Heilung kommt – bei aller ärztlichen Kunst – letztlich woanders her, dass wusste der Blinde bei Jericho. Dieser Glaube hat ihm geholfen.

Anmerkungen:

¹ Vgl. Berger, Klaus, *Jesus*, München 2004, 419.

² Wolff ¹⁰2001, 18.

³ Vgl. Schnübbe 1959, 85 und passim.

Literatur:

Wolff, Hanna, *Jesus als Psychotherapeut*, Stuttgart ¹⁰2001.

Schnübbe, Otto, *Der Existenzbegriff in der Theologie Rudolf Bultmanns*, Göttingen 1959.



Geistesgegenwärtig behandeln – ohne Burnout?

Von Dr. med. Martin Grabe, Psychiater und Psychotherapeut, Chefarzt der Psychotherapeutisch-Psychosomatischen Abteilung der Klinik Hohe Mark in Oberursel und 1. Vorsitzender der Akademie für Psychotherapie und Seelsorge (APS).

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« **Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016**

Einleitung

In meiner Psychotherapie-Abteilung haben wir eine Begrüßungsgruppe. Da setze ich mich mit allen neuen Patienten zusammen, erkläre ihnen einiges und natürlich stellen sich alle kurz vor. Ich habe neulich mal mitgezählt, da waren bei 16 neuen Patienten fünf ausgebrannte Mitarbeitende im Gesundheitswesen, drei davon Krankenschwestern.

Helfende sind in besonderer Weise burnoutgefährdet, statistisch machen sie 40 % aller Betroffenen aus. Darum freue ich mich, dass auch dieser Aspekt der Selbstfürsorge hier im Tagungsprogramm vorgesehen wurde. Denn was nützen alle wichtigen Aufträge und Visionen, wenn wir selbst am Boden liegen.

Bei Ärzten sieht es besonders alarmierend aus. Wenn man die neueren Artikel zum Thema im Ärzteblatt durchsieht, stößt man u. a. auf folgende Tatsachen:

Ein Drittel der niedergelassenen Ärzte in Österreich halten sich für burnoutgefährdet, ein Viertel wies erhöhte Werte in Bezug auf »Erschöpfung« auf im Maslach-Burnout-Inventory. Diese Größenordnung hat sich bei anschließenden Untersuchungen in Deutschland in verschiedenen Bundesländern bestätigt.

Die schlimmste Zahl aber: Das Suizidrisiko bei Ärzten ist etwa doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung; bei Ärztinnen ist es sogar viermal so hoch, was an der Doppelbelastung Familie/Beruf liegen mag. Bei den vollendeten Suiziden führen die Psychiater die Rangliste an, gefolgt von Anästhesisten, Chirurgen und Internisten.

1. Was sind die stärksten Stressoren im ärztlichen Alltag?

Im Krankenhaus: Hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck, Verantwortungsüberlastung und Konflikte am Arbeitsplatz stehen an der Spitze der Stressoren, die im Zusammenhang mit Burnout genannt werden. Dies alles gibt es in Kliniken zuhauf. Hinzu kommen emotional belastende Situationen mit Patienten und Überhäufung mit administrativen Tätigkeiten, die von vielen als sinnlos betrachtet werden und ebenfalls das Ausbrennen begünstigen.

Bei Hausärzten zeigte sich, dass bei den Stressoren die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit im Vordergrund stehen. Insbesondere der Stressor »gesundheitspolitische Restriktionen« konnte als bedeutender Faktor für geminderte Berufszufriedenheit gefunden werden. Es entsteht das Gefühl der Hilflosigkeit, von drohendem Kontrollverlust und mangelnder Handlungsfähigkeit. Hinzu kommen Stressoren, die das Selbstwertgefühl der Ärzte verletzen. Der krankheitsbedingte Verlust von Patienten stellt eine besonders langfristige emotionale Belastung dar. Zu hohe Erwartungen auf Seiten der Patienten und der Ärzte führen zu Frustrationserleben und Erschöpfung.

2. Wo liegen die Klippen?

Im Sinne unseres Themas muss deshalb die Frage lauten: Wie kann ich als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter im Gesundheitswesen, wie kann ich als Arzt auf eine Weise arbeiten, dass ich mich nicht dumpf und immer tiefer in solche überall lauern den Burnout-Mechanismen verwickle? Sondern geistesgegenwärtig die Augen offen behalte für meine Situation und die Menschen, die mir anvertraut sind? Auf uns selbst aufpassen können wir allerdings nur, wenn wir wissen, wo die Klippen liegen. Es wird also wenig Sinn haben, wenn ich Sie jetzt allgemein zu mehr Wellness ermutige. Dass Sie ausreichend Freizeit brauchen und sich gesund ernähren sollten, wissen Sie ja schon. Um die Chance zu haben, dass dieser Vortrag Ihnen tatsächlich etwas mitgeben kann, müssen wir uns etwas grundlegender mit dem Thema Burnout beschäftigen. Sie werden bald merken, dass es ein Thema ist, das uns alle an-

geht. In der Beschäftigung mit Burnout kommen wir gar nicht um grundlegende Gedanken zu unserer eigenen Lebenskonstruktion herum.

3. Was ist Burnout?

»Burnout« ist eine bildliche Umschreibung dafür, dass bei einem ehemals engagierten Menschen das Gefühl eintritt, ausgebrannt und leer zu sein. In erster Annäherung kann man sagen, dass der Betreffende offensichtlich über lange Zeit zu viel Energie abgegeben hat bei ungenügendem Energienachschub. Wie ein Akku, der nicht nachgeladen wird.

Typisch sind folgende Anzeichen:

Idealismus, Arbeitseifer und Begeisterung verwandeln sich in einen Zustand chronischer Erschöpfung. Das geschieht oft über Jahre und in mehreren Phasen. Der Erschöpfungszustand ist gekennzeichnet durch Antriebs- und Leistungsschwäche, Gedächtnisstörungen, Niedergeschlagenheit und Müdigkeit. Hinzu kommt eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen und verschiedenste psychosomatische Beschwerden.

Häufig betroffen sind Menschen, die an sich besonders hohe Anforderungen stellen und über einen langen Zeitraum viel Engagement in ihre Tätigkeit investieren. Sie brennen aus, wenn sie gleichzeitig längst nicht im erwarteten Maß Erfolg und Anerkennung erhalten. Das ist oft in sozialen und helfenden Berufen der Fall, wie etwa bei Sozialarbeitern, Therapeuten, Lehrern, Ärzten und Krankenschwestern. Aber auch allein das Gefühl, dass nirgends sinnvoller beruflicher Einsatz möglich und erwünscht ist, kann Burnout verursachen. Es geht also nicht um die Arbeitsmenge an sich, sondern darum, dass es ein Missverhältnis gibt zwischen Anstrengungen und Erfolgen – oder zwischen Idealen und Möglichkeiten.

4. Situationen, in denen ein Burnout entsteht

Burnout kann in recht verschiedenen Situationen entstehen. Ich nenne einige Beispiele:

- Ein Burnout-Syndrom hat z. B. eine Altenpflegerin, die jetzt schon seit Monaten krankgeschrieben ist. Vorher hatte sie als Stationschwester in ihrem immer weiter durchrationalisierten Altenheim nur noch mit ungelerten ausländischen Kräften zusammengearbeitet. Trotz aller Hetze und Überstunden hatte

sie immer das Gefühl, dass die alten Menschen eigentlich unterversorgt sind.

- Oder ein Lehrer, der vor 20 Jahren enthusiastisch ins Referendariat ging, weil er wollte, dass seine Schüler ganz andere Erfahrungen machen, als er sie machen musste. Und der jetzt langweiligsten Unterricht nach immer gleichen alten Konzepten abliefert und die Schüler durch angedrohte Tests in Schach hält. Seit Jahren baut er schon an seinem alten Haus herum, was sein wesentlicher Lebensinhalt zu sein scheint.
- Oder eine niedergelassene Ärztin, die nie weiß, was die Kassen ihr nun eigentlich für ihre Arbeit bezahlen werden, und sich außerdem mit Regressforderungen auseinandersetzen muss, weil sie ihren Patienten sinnvolle Sachen verschrieben hat.

Man könnte noch lange fortfahren: der Pastor, der sich zu keiner Predigtvorbereitung mehr aufraffen kann, die Hausfrau, die ihre Schwiegermutter pflegt usw.

5. Warum brennen Menschen aus?

Ich möchte drei Grundursachen unterscheiden, die dazu führen, dass bestimmte Menschen ein Burnout-Syndrom entwickeln – obwohl andere in der gleichen Umgebung es nicht tun.

Die »inneren Antreiber«, die »äußeren Antreiber« und mangelnde Fähigkeiten.

5.1. Die »inneren Antreiber«

Diese Ursachengruppe – um es gleich zu sagen – ist die weitaus wichtigste. Denn: Ein erwachsener Mensch bestimmt selbst, in welcher Umgebung er sich dauerhaft aufhält, also welchen äußeren Antreibern er sich aussetzt, und auch, was er erlernt. Das Entscheidende ist die Frage, was ihn innerlich antreibt. Es geht im Tiefsten immer um die Wünsche, anerkannt und gemocht zu werden. Allerdings ist das den Betroffenen kaum bewusst. Jedenfalls nicht, welche lebensbestimmende und lebensdeformierende Durchschlagskraft diese Wünsche entfalten können, wenn sie im Untergrund brodeln.

Dass solche Wünsche so mächtig werden können, hat immer mit Versagungssituationen in der Kindheit zu tun. Je früher sie stattgefunden haben, desto schwerwiegender sind die Auswirkungen und desto weniger davon ist den Betroffenen be-

wusst. Ich möchte Ihnen hier einmal die wichtigsten Konstellationen nennen. So kann es

a) . . . um eine in der Kindheit offengebliebene Sehnsucht nach Anerkennung durch den Vater gehen. Dieser war vielleicht viel zu sehr mit seiner Arbeit beschäftigt, als dass er für die Kinder angemessen hätte präsent sein können. Vielleicht war er auch aus eigener Selbstunsicherheit heraus oft zynisch und die Kinder fühlten sich klein und lächerlich gemacht. Viele Menschen versuchen nicht nur in der Kindheit, sondern ihr ganzes Leben hindurch noch, diese Sehnsucht nach väterlicher Anerkennung zu füllen: durch besondere Erfolge, durch Erreichen offizieller Anerkennung, durch Karriere. Aber es reicht nie. Unbewusste Kindheitswünsche sind so riesig, dass man sie nicht auf diesem Wege erfüllt bekommt.

b) . . . um einen empfundenen Mangel an mütterlicher Zuwendung gehen. Das wäre dann der Aspekt des Gemocht-Werdens. Vielleicht war die Mutter überfordert, selbst an ihrer Grenze, und hatte deshalb nur selten ein Lächeln für das Kind übrig. Manche Mütter lehnen ihre Kinder auch bewusst oder unbewusst ab. Auf diesem Hintergrund könnte ein Mensch z.B. eine Helferpersönlichkeit entwickeln. Indem er anderen hilft, sichert er sich deren Wertschätzung und Liebe, was ja sein offengebliebenes Hauptbedürfnis ist. Weil der Bedarf aber nicht gestillt werden kann, muss er sich immer wieder und immer mehr von dieser Droge holen. Das Helfen wird zur Sucht. Schmidbauer beschreibt das ausführlich in dem Buch »Hilflose Helfer«.

c) Es bewirken aber auch die äußeren Umstände viel, zum Beispiel die Stellung in der Geschwisterreihe. Älteste Geschwister sind oft leistungsorientiert und entwickeln eine hohe Verantwortungsbereitschaft, während jüngere Geschwister sich leichter in Rivalitätskämpfe verwickeln. Beides kann im späteren Leben zum Burnout-Motor werden. Aber auch Armut oder Außenseitertum der Familie kann Auswirkungen auf eine spätere übertriebene Leistungsorientierung haben.

Sie merken: die Färbung der Leistungsorientierung ist jedes Mal anders. Im ersten Fall geht es eher um Selbstbehauptung und öffentliche Anerkennung, was durchaus einen aggressiven Akzent hat, im zweiten um idealistisch wirkendes Helfen und Liebesbedürfnis, also eher eine depressive Orientierung. Im Fall der älteren Geschwister steht ein hohes Verantwortungsbewusstsein im Vordergrund und im Fall der Rivalität wieder eher eine aggressive Ausprägung. In vielen Fällen ist

die Motivation bei Burnout-Betroffenen eine Mischung aus verschiedenen dieser Faktoren.

Gemeinsam ist aber allen, dass es sich leider nicht um bewusste Motivationen handelt. Das heißt, wir haben jetzt gerade über den großen Teil des Eisbergs gesprochen, der unter der Wasseroberfläche verborgen liegt. Das muss nun allerdings glücklicherweise nicht immer so bleiben. Es ist eine Sache der Selbsterfahrung, des Michselbst-Kennenlernens, ob ich auch davon etwas wahrnehme. Es sind insbesondere die Krisen des Lebens, die uns immer wieder mal merken lassen: es ist wichtig, über meine Motive, über die Selbstverständlichkeiten meines Lebens nachzudenken. Weil ich nämlich damit an eine Grenze gestoßen bin.

Aber auch die äußeren Antreiber haben einen eigenen Stellenwert. Sie werden allerdings erst dann besonders schädlich, wenn sie sich mit inneren Antreibern verbünden.

5.2. »Äußere Antreiber«

Mit äußeren Antreibern meine ich Druck, der sich aus der sozialen Situation oder aus dem Berufsumfeld ergibt. Viele Chefs z. B. haben ganz schön ausgefeilte Techniken, unter Druck zu setzen. Außerdem ist jede größere Firma inzwischen von irgendeiner teuren Beraterfirma reorganisiert worden, immer mit dem Ziel, dieselbe Arbeit auf noch weniger Mitarbeiter zu verteilen. Es gibt Berufsumfelder, da ist der Druck inzwischen so groß, dass die meisten Menschen darin auf Dauer einfach nicht gesund bleiben können. Zum Beispiel, wenn in Umbruchsituationen keiner mehr weiß, ob es in einem Vierteljahr seinen Arbeitsplatz überhaupt noch gibt. Wir haben in den letzten Jahren sehr viele eigentlich fähige Leute in der Klinik gehabt, die unter solchen Umständen restlos ausgebrannt sind!

6. Was schützt vor einem Burnout?

Es gibt inzwischen glücklicherweise eine ganze Reihe von Studien darüber, wie in Unternehmen die Umgangskultur so gestaltet werden kann, dass die Mitarbeiter nicht ausbrennen. Immer wieder kam, einmal ganz kurz gesagt, Folgendes heraus:

Burnout-prophylaktisch sind Strukturen, die Mitarbeitenden das Gefühl geben, in einem verlässlichen Rahmen selbst lohnende Prozesse steuern zu können.

Klare Strukturen mindern sekundären Stress. Alle wissen viel eher, woran sie sind. Eine Studie z. B. wurde auf der Neugeborenenstation eines Universitätsklinikums durchgeführt. Dort hatte über ein Drittel der Schwestern innerhalb eines Jahres gekündigt. Gemeinsam mit den Forschern wurden dann folgende Änderungen vereinbart:

- zu Beginn jeder Schicht wurde eine kurze Besprechung eingeführt, wo die Stationschwester und die Ärzte miteinander abklärten, wie viele Neuaufnahmen zu verkraften waren
- vereinbarte Urlaubstage wurden für unantastbar erklärt
- der Dienstplan wurde 14 Tag im Voraus bekanntgegeben, so dass Freizeitaktivitäten verlässlich geplant werden konnten
- und es wurde eine regelmäßige Fortbildung eingeführt.

Die Kündigungsrate fiel danach sofort unter die Hälfte und blieb da auch.

Rein unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten müsste Burnout-Prophylaxe ein ganz wichtiges Anliegen jedes Arbeitgebers sein. Es ist schwer zu schätzen, welcher Riesenbetrag durch Frühpensionierungen, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Neueinstellungen, verminderte Arbeitsleistung und »Ansteckung« von Kollegen bei frustrierter Grundhaltung verloren geht. Was letztlich wir alle in der Solidargemeinschaft bezahlen.

7. Aufgaben für leitende Mitarbeitende

Wer unter uns Leitungsverantwortung besitzt, hat hier vor allem drei Aufgaben:

1. dafür zu sorgen, dass der Druck für die Mitarbeiter nicht größer wird, als gesund ist,
2. jederzeit für klare Strukturen zu sorgen, und
3. aufzupassen, dass der Gesprächsfaden zu den Mitarbeitenden nicht abreißt.

Nur wenn ein echtes Teamgespräch stattfindet, kann das Gefühl entstehen, wahrgenommen und ernstgenommen zu werden. Entscheidungen sollten wo möglich miteinander gefällt werden, und wo das nicht geht, so transparent wie möglich gemacht werden. Es sollte immer Raum dafür sein, dass vernünftige Vorschläge Gehör finden,

und zwar völlig hierarchieunabhängig. Nichts tut einer Firma und gleichzeitig den Mitarbeitern besser als identifizierte Mitarbeiter, die ihr kreatives Potential einbringen.

8. Mangelnde Fähigkeiten, erhöhtes Engagement – oder ein Schuss Spielerisches

Ein Grund für Burnout kann auch schlicht und einfach sein, dass jemand seiner Aufgabe nicht gewachsen ist. Dann sollte man sich entweder nachqualifizieren oder wechseln, könnte man sagen. Aber Sie ahnen ja schon: So einfach ist das nicht. Denn: Meist hat es Gründe, dass ein Mensch mehr wollte, als er kann, und deswegen in dieser Aufgabe drinsteckt. Und das sind meist keine äußeren Gründe. Wir kommen doch wieder bei den inneren Antreibern an. Aber welche positiven Fähigkeiten sind es denn, die einen Menschen vor Burnout schützen können? Eine Burnout-Prophylaxe muss da ansetzen, wo eine Person Gefahr läuft, sich immer stärker in ein erhöhtes Engagement hineinzusteigern.

Das heißt, ein Mensch braucht Abstand zu dem, was er da tut. Am besten werden Dinge getan, wenn ein kleiner Schuss Spielerisches dabei ist. Kreativ, ein wenig spielerisch kann ich aber nur dann mit Dingen und auch Arbeit umgehen, wenn mein Leben nicht davon abhängt. Wenn ich noch andere Bereiche habe, die ebenfalls wichtig sind, die ein Gegengewicht bilden. Nur dann kann ich dem Sog, der von der Arbeit ausgeht, dem Druck, der von meinen inneren Antreibern ausgeht, etwas entgegenzusetzen. Der wichtigste Bereich sind hier Beziehungen. Gute Beziehungen zu Menschen, zu Lebewesen, zur Natur, zur Kunst. Dazu gehört auch ein gutes Hobby, womit ich eine Beschäftigung meine, bei der ich mich selbst vergessen kann und bei der ich mich wohlfühle.

Situationen, in denen ich mich wohlfühle, sollte ich gezielt immer wieder aufsuchen. Das klingt so selbstverständlich. Aber wir machen es nicht! Um der Arbeit nicht ausgeliefert zu sein, weil es irgendwann auch nichts Ernstzunehmendes anderes gibt, brauchen diese Bereiche Raum. Nur wenn Beziehungen und Hobby ausreichend und regelmäßig Zeit bekommen, haben sie auch genug Gewicht, um mich vor der Arbeit zu schützen.

Gleichzeitig verwandelt sich die Arbeit, wenn sie nicht mehr alles ist. Wenn mir zwischendurch mal das nette Gespräch mit Freunden gestern Abend einfällt, oder auch nur, dass ich meiner

Tochter versprochen habe, ihr am Wochenende beim Umzug zu helfen, oder dass wir mal einen Ausflug machen könnten – dann hat mich die Arbeit nicht in ihrer Gewalt. Sondern ich bewege mich in ihr als eigene, ganze Person. Erstaunlicherweise arbeite ich dann nebenbei auch noch besser.

Wie burnout-resistent ich bin, hängt insgesamt damit zusammen, wie stabil ich außerhalb meiner Arbeit in Sinn- und Beziehungszusammenhänge eingebunden bin. Hier spielt auch die spirituelle Ebene eine wichtige Rolle.

In Bezug auf unser Thema liegt das auch ziemlich nahe. Wir hatten ja eben gesehen, dass den unbewussten inneren Antreibern bei Ausbrennern immer der Wunsch zu Grunde liegt, anerkannt oder gemocht zu werden, oder beides. Wo Menschen die Vergebung Gottes in Anspruch nehmen können, ermöglicht das ein Leben in dem Bewusstsein, dass diese höchste Instanz sie tatsächlich anerkennt und mag. Und das macht Menschen unabhängiger davon, sich diese Wünsche jeden Tag vom Chef, Klienten oder Kunden erfüllen lassen zu müssen. In derselben Richtung sind auch gute Freundschaften oder Partnerschaften protektiv.

Trotzdem: wenn ein Burnout-Prozess läuft, ist es nicht einfach, wieder herauszukommen. Sich einmal Zeit zu nehmen, um über die eigene Situation nachzudenken, ist für einen Betroffenen eine paradoxe Forderung. Gerade Zeit hat er ja nicht. Was muss nicht noch alles erledigt werden. Burnout-Kandidaten fühlen sich in der Regel unersetzlich. Auch wenn es fast keiner zugeben würde. Manchmal braucht es heftige Krisen, wie z. B. schwere Krankheit, bis Menschen verstehen, dass jetzt ja schließlich auch andere ihre Arbeit machen. Dass sie vorher also auch nicht unersetzlich gewesen sein können. Besser ist es natürlich, zwischendurch immer mal wieder Pausen einzuplanen, um darüber nachzudenken, ob unser Leben eigentlich im grünen Bereich liegt. Das empfehle ich hiermit ausdrücklich!

Wenn wir uns solche Reflexionspausen gönnen, merken wir überhaupt erst richtig, ob wir uns zurzeit unter Druck fühlen – und warum. Und ob es genug Zeit zum Luftholen gibt. Ob unsere Freundschaften und Hobbies eigentlich lebendig sind. Oder ob sie auf Eis liegen, weil wir immer keine Zeit haben.

Es geht darum, dass der auf Pflicht und Ideale verengte Blick sich wieder weiten darf. Lebensbe-

reiche, die uns als individuelle Person gut tun, müssen wieder ihr Recht und ihre Zeit bekommen. Auch die Arbeit macht mehr Freude, wenn sie Grenzen gesetzt bekommt und einen angemessenen Platz im Leben. Und wir können uns wieder als freie Personen in ihr bewegen. Zum Schluss noch einmal zur Frage:

9. Warum sind Ärztinnen und Ärzte so besonders gefährdet?

Das hat zwei Gründe:

Zum einen sind wir Mediziner eine streng selektierte Gruppe. Durch den Numerus clausus werden seit inzwischen Jahrzehnten fast ausschließlich junge Menschen abgeschöpft, die von vornherein schon besonders leistungsorientiert sind. Natürlich, es mag hier und da ein Genie dabei geben, dem ganz entspannt die 1,2 in den Schoß gefallen ist. Und irgendwer hat auch beim Losen Glück gehabt. Der Rest hat schon in der Schule die Hausaufgaben über den Spaß gestellt.

Der zweite Grund ist, dass der Arztberuf nach wie vor ein Helferberuf ist. Und wer sich für einen solchen Helferberuf entscheidet (und eben nicht für Jura oder BWL, wo man auch ganz ordentlich verdienen kann), den hat in der Regel sein Unbewusstes dazu bewogen, sich vom Helfen etwas zu versprechen. Ich habe es gerade unter dem Punkt »Innere Antreiber« erklärt.

In den letzten Jahren gibt es allerdings auch eine Gegenbewegung. Die strafferen Regeln in Kliniken in Bezug auf Dienste und Arbeitszeiten haben nicht zuletzt den Effekt gehabt, dass Kolleginnen und Kollegen zwangsweise ausprobieren mussten, wie sich z. B. ein freier Vormittag anfühlt. Und inzwischen haben viele durchaus Geschmack daran gefunden.

Aber auch für alle Übrigen gilt: Als Mediziner sind wir Überarbeitung und Burnout nicht schick-salhaft ausgeliefert. Wir sind es insbesondere dann nicht, wenn wir ehrlich mit uns selbst sind und an uns heranlassen, dass wir aus den genannten Gründen ganz besonders gefährdet sind. Wer alles nur auf äußere Umstände schiebt (»Versuchen Sie doch mal, unter heutigen Umständen eine Praxis zu führen!«), der ist noch im Status des Verdrängens und stark gefährdet. Wer es wagt, sein aktuelles Leben mit dem zu vergleichen, was er seinen Patienten wünscht oder ihnen vielleicht auch predigt, der ist schon nicht mehr so fern von einem Umdenken. Und das würde uns selbst, unserer Familie und unseren Freunden sehr, sehr gut tun. 

»Bleiben oder gehen« – zum Umgang mit ärztlichen Gewissensfragen¹

Von Dr. med. Marianne Kloke, Direktorin der Klinik für Palliativmedizin und des Instituts für Palliative Care, Kliniken Essen-Mitte

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Prolog

Wenn ein Arzt gefragt wird, ob er zum Thema »bleiben oder gehen« mit dem Untertitel »Zum Umgang mit ärztlichen Gewissensfragen« einen Vortrag halten sollte, so fühlt er sich in der heutigen Zeit unmittelbar angesprochen. Wenn er einen christlichen Hintergrund hat, wird ihm wahrscheinlich die Assoziation mit der Frage Jesu an die Jünger »Wollt auch ihr gehen?« (Joh 6,67) kommen und er wird sich an die korrespondierende Gegenfrage »Herr, wohin sollen wir gehen?« erinnern. Auch in dieser biblischen Situation war eine Gewissensfrage im Raum, die eine Antwort fand. Die Suche nach einer Antwort auf die im Titel gestellte Frage mag vielleicht zu einer analogen Antwort führen. Sie zu finden ist das Anliegen dieses Beitrages.

Unter der Voraussetzung, dass das Sein das Bewusstsein bestimmt, ist es wichtig, aus welcher Perspektive die Frage nach der Gewissensentscheidung gestellt wird. In diesem Falle wird sie bearbeitet von einer Palliativmedizinerin, die seit über dreißig Jahren Menschen und ihre Zugehörigen in schwierigen Situationen, auch in der Sterbe- und Trauerphase sowohl im ambulanten als auch stationärem Sektor begleitet. Die medizinökonomische Seite ist aus der Tätigkeit der Leitung eines Palliativnetzwerkes und einer klinischen Fachabteilung gegeben. Dass Aus-, Fort-, und Weiterbildung sowohl im Bereich der Palliativmedizin als auch der klinischen Ethik zum Aufgabenbereich der Autorin zählen, ist nicht bedeutungslos für die Gedankenführung.

1. Grundlagen des Arztberufes

Zunächst erscheint es wichtig sich die Grundlagen des Arztberufes bewusst zu machen. Hierzu wird zunächst die Bedeutung der Profession,

dann die zur Ausübung dieser Profession erforderliche Tugendhaftigkeit beleuchtet. Der Zusammenhang zwischen Gelöbnissen und Gewissen kann dann helfen, den Spagat zwischen Fürsorge und Autonomie zu schaffen.

Das Wort *Profession* leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet so viel wie »laut oder öffentlich bekennen«. Das Ergreifen eines Berufes impliziert somit darum einen Bekenntnisakt, d. h. es wird das freiwillige und feierliche Versprechen der Kompetenz und des Eintretens in ein vertragliches Vertrauensverhältnis abgegeben. Der Professionelle verpflichtet sich zum Tun auf das Gute für denjenigen hin, dem zu dienen seine Aufgabe ist. Dies erfordert eine Bindung an intellektuelle und moralische Tugenden. Auch wenn an dieser Stelle auf eine Entfaltung der verschiedenen im Laufe der Kulturgeschichte entwickelten Tugendlehren verzichtet werden muss, mag der Hinweis erlaubt sein, dass Kunst, Wissenschaft, Klugheit und Verstand von Aristoteles zu den intellektuellen, Großzügigkeit, Mäßigung, Freigebigkeit, Hilfsbereitschaft und Besonnenheit zu den moralischen Punkten gezählt wurden. Seine Tugendethik wird von vielen Ethikern als Grundlage für eine Tugendethik in der Medizin betrachtet.

Das Wort *Tugend* ist abgeleitet vom Verb taugen. Die ursprüngliche Bedeutung ist die »Tauglichkeit« (Tüchtigkeit, Vorzüglichkeit) einer Person. Allgemein versteht man unter Tugend eine hervorragende Eigenschaft oder vorbildliche Haltung. Im weitesten Sinne kann jede Fähigkeit, als wertvoll betrachtete Leistungen zu vollbringen, als Tugend bezeichnet werden. In der Ethik bezeichnet der Begriff eine als wichtig und erstrebenswert geltende Charaktereigenschaft, die eine Person befähigt, das Gute zu verwirklichen. Wenn ein allgemeingültiges Kennzeichen eines Berufes ist, dass er menschlichen Nöten dient, so gilt für die Medizin, dass es der Kranke ist, der nach Heilung sucht. Damit ist für die medizinischen Berufe *das Wohl der Patienten zu wollen* oberste Richtschnur. Dieses spiegelt sich unter anderem auch in den Gelöbnissen einiger Berufe wieder. Somit stellt medizinisches Handeln eine *Kunst* dar, weil sie das praktische Wissen, wie etwas zu tun oder zu machen ist, erfordert. Darüber hinaus ist es eine *Wissenschaft*, weil das richtige Han-

deln gemäß der Wahrheit als Grundlage jeden medizinischen Fortschrittes erfolgen muss. Medizinisches Handeln überschreitet als Profession *beides*, indem es umfassend auf das Wohl des Patienten gerichtet ist. Diese lässt die Frage nach Wesen und Natur des Patienten stellen.

Der Patient erwartet Heilung seiner ganzen Person, wobei dieses zunächst einmal das medizinisch physiologische Wohl betrifft. Aber es geht auch darum, dass das Wohl, so wie er es wahrnimmt, geschieht (Beispiel: Ausschluss von Bluttransfusionen aufgrund religiöser Überzeugung). Darüber hinaus soll das Wohl sich dem unterordnen, was grundsätzlich für jeden Patientenwillen gilt. Dies ist zum Beispiel in den von Beauchamp und Childress definierten vier Prinzipien – Autonomie, Benefizienz, Non-Malifizienz, Gerechtigkeit – festgelegt. Diese Prinzipien dürfen nicht mit einer Tugendethik verwechselt werden, da sie sich aus einer allgemeinen zitierten Moralvorstellung ableiten. Es ist somit vorstellbar, dass sie sich mit dem Zeitgeist grundlegend wandeln. Das für den Menschen grundsätzlich Gute kann aber nicht Gegenstand sozialer oder kultureller Übereinkunft sein. Es ist mit der menschlichen Natur mitgegeben und kann auch nur aus ihr abgeleitet werden. Schließlich gilt auch, dass der Patient erwartet, dass das, was er für sich als das spirituell Gute erkannt hat, als integraler Bestandteil der Haltung zu respektieren ist. Somit ist festzuhalten, dass der Patient ein Mensch ist, der in der Regel sein eigenes Wohl nicht mehr vollumfänglich realisieren kann und der hierin der Hilfe von außen bedarf. In dieser Situation vollzieht sich der Bekenntnisakt des Professionellen: Er verpflichtet sich, das Wohl des Patienten als oberste Richtschnur für seine Handlungen und Entscheidungen zu nehmen. Dies erfordert ein weitere und vielleicht für den ärztlichen und pflegerischen Beruf sogar absolut zentrale Tugend: die der Vertrauenswürdigkeit. Wird diese einem Professionellen zuteil, so berechtigt sie keineswegs zur Einforderung autoritär paternalistischen Verhaltens. Vertrauenswürdigkeit muss immer neu unter Beweis gestellt werden, bedarf der Rechtfertigung. Dies wird in dem Maß gelingen, in dem Wohlwollen, Selbstlosigkeit, intellektuelle Redlichkeit, Empathie, Mut und Demut vorhanden sind. Das geht deutlich über das Prinzip des Nichtschadens hinaus.

Wem wollen wir somit begegnen, wenn wir krank sind, wenn wir zur Wahrnehmung unserer eigenen Interessen, unserer Autonomie medizinische, pflegerische, therapeutische Hilfe brauchen? Suchen wir den Health Care Provider oder doch

den Professionellen, der sich in einem Bekenntnisakt unserem Wohl verpflichtet? Wenn Edmund D. Pellegrino 2004 in einem Vortrag in Köln sagt: »Menschen heilen und ihnen zu helfen sind zum Produkt geworden, zu einer Ware, deren Angebot sich regelt nach Gewinnaussicht, Eigeninteresse und einer fiktiven Wahl des Verbrauchers. [...] Der Doktor und der Patient sind zum »Health Care Provider« und »Client« geworden, zum »Gesundheitslieferanten und seinem Kunden«, dann ist es etwas, was Angst macht und dem mit Entschlossenheit entgegengewirkt werden muss!

Haltung im Sinne einer Grundausrichtung ist unverzichtbar für den Professionellen. In der Palliativmedizin ist dies eine der vier inhaltlichen Forderungen. Da dieser Begriff in verschiedensten psychologischen Kontexten – z.B. in der Psychotherapie – verwendet wird ohne explizit geklärt worden zu sein, hat die Palliativforschungsgruppe der Universität Oldenburg eine Untersuchung durchgeführt, an der 350 Professionelle in 63 palliativen Institutionen teilnahmen. Die Befragten nannten eine Vielzahl von Umschreibungen und Definitionsansätzen für das Konzept *Grundhaltung*. Sie wiesen meist eine Gemeinsamkeit auf: »Die Grundhaltung bestimmt die Art und Weise des Umgangs untereinander und wird als eine tiefe, innere Überzeugung beschrieben, als eine Werthaltung und Auffassung, die das Denken und Handeln einer Person bestimmt. Das Konzept kann mit den Synonymen Menschenbild oder Weltansicht umschrieben werden. Die innere Arbeitseinstellung hat demnach viel mit dem eigenen Selbstverständnis der eigenen Identität und dem inneren Halt zu tun« (G. Geiss-Mayer/Ch. Ramsenthaler/M. Otto).

Damit wird Aus- und Weiterbildung, die immer auch eine Haltungsbildung impliziert, zu einer unverzichtbaren Aufgabe eines christlichen Krankenhauses – auch oder gerade wenn die zu verinnerlichenden Tugenden nicht immer gradlinig in die Medizinökonomie oder dem gesellschaftlichem Mainstream passen. Christliche Krankenhäuser haben die Chance, Bastionen der Achtung von Menschenwürde und Menschenrechten zu werden, indem sie hieraus resultierende Menschenpflichten einfordern.

Ging es bis jetzt darum, die besondere Bedeutung eines Berufes, der sich dem kranken Menschen zuwendet, und die sich hieraus ableitenden professionellen Fähigkeiten darzustellen, so gilt es jetzt, Wege zu finden, die Professionalität zu lehren. Auch hier mag noch einmal Aristoteles bemüht werden. Er schreibt: »Darum werden uns

die Tugenden weder von Natur noch gegen die Natur zuteil, sondern wir haben die natürliche Anlage, sie in uns aufzunehmen, zur Wirklichkeit aber wird diese Anlage durch Gewöhnung.« Und weiter »Wir erlangen die Tugenden nach vorausgegangener Tätigkeit, wie dies auch bei den Künsten der Fall ist. Denn was wir tun müssen, nachdem wir es gelernt haben, das lernen wir, indem wir es tun. So wird man durch Bauen ein Baumeister und durch Zitherspielen ein Zitherspieler. Ebenso werden wir aber auch durch gerechtes Handeln gerecht, durch Beobachtung der Mäßigkeit mäßig, durch Werke des Starkmuts starkmütig.«

Giovanni Maio schreibt in seinem 2012 erschienenen Lehrbuch »Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin« unter der Überschrift Tugend als Freude am Guten: »Von zentraler Bedeutung zum Verständnis [...] ist der Aspekt, dass die Tugend sich nicht aus der reinen Gewohnheit oder aus einem sozialen Druck heraus ergeben kann. Vielmehr setzt Tugend Freiheit und Freiwilligkeit voraus. Das Gute ist also nicht einfach das rational erkannte und durch Willensanstrengung herbeigeführte, sondern es ist das, was der Tugendhafte mit Leidenschaft sucht und mit Freude vollzieht.« In Freiheit und Freiwilligkeit erworbene Tugend weckt Leidenschaft und macht Freude. Diese zu erleben kann jedem Professionellen nur gewünscht sein.

Wenn das *ärztliche Gewissen* als Maßstab für ethisch richtiges Handeln angesehen werden kann, so müsste sich seine Prägung in den verschiedenen Gelöbnissen spiegeln.

Das Genfer Gelöbnis ist ein Dokument der Globalisierung. Der Grundlagentext des Weltärztebundes wurde 1948 ein Jahr nach seiner Gründung fast zeitgleich zur Gründung der UNO und der WHO verabschiedet. In der Folge wurde es dreimal revidiert (Sydney 1968, Venedig 1983, Stockholm 1994) und zweimal sprachlich überarbeitet (Frankreich 2005 und 2006). Es stellt die Suche nach gemeinsamer Grundlage für ärztliches Handeln in einer pluralen, multikulturellen Welt dar. Als Dokument der Rückbesinnung vor dem Hintergrund des Verlustes ethischer Standards im NS-Staat und in anderen totalitären Staaten ist es ein traditionsbetontes Gelöbnis als Selbstvergewisserung.

Das Genfer Gelöbnis

Bei meiner Aufnahme in den Beruf gelobe ich feierlich:

Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen.

Ich werde meine Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben.

Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen werden meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinische Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Das Europäische Ärztegelöbnis hat Eingang in die Berufsordnungen nahezu aller Deutschen Ärztekammern gefunden.

Das Europäische Ärztegelöbnis (Auszüge)

1. Es ist Aufgabe des Arztes, [...] die körperliche und geistige Gesundheit des Menschen zu schützen und sein Leiden zu lindern.

2. Der Arzt hat bei der Ausübung seines Berufes die Gesundheit des Patienten in den Vordergrund zu stellen. [...] Er darf in keinem Fall zu ihrem Schaden tätig werden.

3. Es widerspricht der ärztlichen Ethik, wenn der Arzt dem Patienten bei der Ausübung seines Berufes seine persönlichen, weltanschaulichen,

moralischen oder politischen Vorstellungen aufzwingt.

Gelöbnisse sind somit nicht zeitlos, sondern Ausdruck einer bestimmten historischen Situation. Sie sind sprachlich und sachlich oftmals antiquiert, v. a. in der deutschen Übertragung: Worthülsen wie »Menschlichkeit«, »Würde«, »edle Überlieferung«, »Ehre«, »Ehrfurcht«, »Gebote«, »schuldige Achtung« sind Luftnummern, solange sie nicht mit Inhalt gefüllt werden. Sie sind als Tribut an einen ethischen Pluralismus in entscheidenden Passagen sehr vage und vertreten immer noch ein zu paternalistisches Arztbild. Eine Work-Life-Balance oder positiver ausgedrückt das Prinzip der Self Care oder der Verantwortlichkeit des Arztes für die eigene Existenz wird an keiner Stelle erwähnt; vielmehr soll der Arzt sich ggf. für seinen Beruf opfern. Die verhängnisvollen Folgen sind vielleicht die gegenüber der Normalbevölkerung um ein vielfaches höhere Rate an Selbsttötungen von Ärzten. Gebote der Kollegialität oder ein blindes Folgen einer ärztlichen Tradition können genauso falsch wie richtig sein, wofür es in der Medizingeschichte zahlreiche Beispiele gibt. Somit fassen Gelöbnisse grundlegende Aspekte der modernen Medizinethik zusammen. Es fehlen jedoch fast durchgehend Aspekte wie Honorierung von Hilfe, Lernen am kranken Patienten, Umgang mit Ungeborenen oder Sterbenden, Patientenautonomie, Forschungsethik. Sie sind somit kein ethischer Kodex, sondern ein Ausdruck für bestimmtes ärztliches Ethos (sittliche Gesinnung): eine Sammlung von einigen handlungsrelevanten Anweisungen aus einem historischen Kontext der Medizin, die zum Teil überholt sind. Gelöbnisse haben eine »spezifische« Verbindlichkeit für heutige Ärzte, wofür die von einigen Universitäten durchgeführten öffentlichen Gelöbnisfeiern mit teils folkloristischem Charakter ein Indiz sein mögen. Es drängt sich die Frage auf, ob hierdurch der Verlust gemeinsamer Werte kompensiert werden soll. Als Teil der Musterberufsordnung ist es für deutsche Ärzte nur eine rechtsunverbindliche Absichtserklärung.

Zusammenfassung Teil I:

Die Profession des Arztes, des Pflegenden, des Therapeuten . . . ist durch einen *Bekennnisakt* gekennzeichnet. Da dieser gegenüber einem durch seine Erkrankung in der Wahrnehmung seiner Interessen oftmals eingeschränkten Menschen erfolgt, setzt voraus und erfordert *Tugenden* als Grundlage einer professionellen Haltung. Die Haltungsbildung vollzieht sich auf der indivi-

duell persönlichen Ebene, geschieht somit niemals anonymisiert. Haltung ist nur kontextuell realisierbar.

2. Das Wesen des Patient-Seins

Der *informed consent* ist heute eine selbstverständliche medicolegale Grundlage für jedes ärztliche medizinische Handeln. Wir vergessen dabei oft, dass diese Errungenschaft den Preis von fürchterlichen Diktatoren und unzählige durch Menschenversuche getöteten Individuen ist. Somit gilt die These: Autonome Entscheidungen von Patienten sind ohne vorherige umfassende Aufklärung nicht möglich. Die Bedeutung der rosaroten Brille oder des Auf-Wolken-Gehens oder auch der Grundausrichtung des Alles-rabenschwarz-Sehens für die individuelle Wahrnehmung sind uns allen geläufig. Psychologisch bewiesen wurde das anhand von Vexierbildern. Somit ist das, was der Einzelne für »wahrnimmt«, nie gleichzusetzen mit der dokumentierten Realität. Die Grundannahme muss in jedem »Aufklärungsgespräch« präsent sein unabhängig davon, ob es der Informationspflicht oder dem Informationswunsch des Arztes geschuldet ist. Die ethischen Prinzipien der *Autonomie* (der Patient ist Taktgeber des Gespräches), der *Benefizienz* (es muss eine realistische Hoffnung vermittelt werden), der *Non-Malefizienz* (der Patient darf sich nicht perspektivlos und verlassen fühlen), der *Angemessenheit* (der Patient wird in keiner Dimension überfordert) müssen Maßstab der Informationsvermittlung sein. Das von Schulz von Thun beschriebene Vierohrenmodell sollte ebenso wie das SPIKES- oder das NURSE-Konzept zum Handwerkszeug des Arztes gehören. Als Grundvoraussetzungen der »Wahrhaftigkeit« können bei den Behandlern die persönliche Auseinandersetzung mit dem eignen Leben und Sterben, die Befähigung zum Wahrnehmen und zur Empathie sowie die Wertschätzung des Gegenübers angeführt werden.

Zum Verständnis der Bedeutung des heute die Medizinethik und das Medizinrecht so dominierenden Autonomiebegriffes kann ein Blick in seine Entstehungsgeschichte hilfreich sein. Kant verstand unter Autonomie des Menschen zunächst eine Willensfreiheit: Der Mensch handelt nicht nur, er kann sich verhalten. Diese Kompetenz begründet die Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur. In Erkenntnis der fürchterlichen Handlungen wider die Menschenwürde in der Zeit der Nationalsozialistischen Diktatur, deren Inhumanität besonders deutlich in den von Ärzten durchgeführten Menschenversuchen wird, wurde 1947 der Nürnberger Kodex formuliert. Er

schreibt erstmals vor, dass jede medizinische Intervention der Zustimmung des Patienten bedarf. Die noch nicht einmal ein halbes Jahrhundert alten Prinzipien der Biomedizinischen Ethik sind heute Grundlage jedes Handelns in der Medizin. Stark vereinfacht räumen sie dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der *Autonomie*, oberste Priorität eine. Die beiden nächsten Prinzipien sind *Benefizienz* und *Non-Malefizienz*, was vereinfacht zusammengefasst werden kann in der Forderung, dass jedes medizinische Handeln mehr nutzen als schaden muss, bzw. eine richtige Handlung nicht neuen Schaden anrichten darf. Das letzte Prinzip der *Angemessenheit* bzw. *Gerechtigkeit* bezieht sich zum einen auf das Individuum: die intendierte Handlung muss der aktuellen Situation angemessen sein. Zum anderen werden hierunter aber derzeit auch zunehmend Fragen der Allokation von finanziellen, strukturellen und auch personellen Ressourcen diskutiert.

Stellen somit die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmtheit das oberste Gesetz dar? Lange Zeit wurden die Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge in der Medizin gegeneinander ausgespielt. Es gab entweder den paternalistisch und somit autoritär handelnden Arzt oder den, der sich gemäß seinem Selbstverständnis eines Dienstleisters als Vollstreckungsgehilfe des Patientenwillens verstand. Dass dieses verhängnisvolle Auswirkungen auf die von einem Arzt in besonderer Weise zu fordernde tugendethische Ausrichtung hatte, erklärt sich von Selbst. Heute gilt, dass Autonomie und mit ihr die Würde des Menschen durch die Fürsorge für den anderen konstituiert werden. Dieses gilt in besondere Weise für den Arzt: seine Beziehung zu dem Patienten als einem Menschen, der durch seine Erkrankung in der Wahrnehmung seiner Interessen oftmals eingeschränkt ist, setzt voraus und erfordert Tugenden als Grundlage einer professionellen Haltung. Nach M. Bobbert umfasst Autonomie vier Rechte: a.) das auf Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung, b.) das auf wahrheitsgemäße und vollständige Information über die Natur, Risiken und Zielsetzungen der Behandlung, c.) das auf Festlegung des Eigenwohls und d.) das auf Auswahl von Alternativen. Die Autonomie darf nur eine möglichst milde Einschränkung durch die im Gesundheitssystem unumgänglichen institutionellen Strukturen erfahren. Somit existieren heute drei Aufklärungsmodelle in der Medizin: Das informative Modell stellt dem Patienten alle Informationen zur Verfügung. Ihm wird aber in der Annahme, dass er seine Erwartungen und Werte selbst am besten einschätzen kann, die Entscheidung überlassen. Im interpretativen Modell stellt

der Arzt nicht nur alle Informationen zur Verfügung, sondern er befragt und berät den Patienten zu seinen Werten und Erwartungen und spricht durchaus auch Empfehlungen aus. Das abwägende Modell ermutigt auf der Grundlage von Information, Beratung und einer gemeinsamen Exploration der gesundheitsbezogenen Werte den Patienten, im Rahmen der Indikationsstellung eine gute Entscheidung zu treffen. Wenn Anerkennung, Förderung und ggf. Wiederherstellung von Autonomie Grundelemente ärztlichen Handelns sind, wie Linus Geisler in seinem mehr als lesenswerten Aufsatz 2007 schreibt, dann kommt dem Arzt gerade für das kranke Individuum eine besondere Garantenpflicht zu. Wie kann er dieser gerecht werden? Was sind Elemente ärztlichen, pflegerischen – professionell medizinischen Tuns?

3. Die Sicht von außen oder das medizinethische Dilemma

Wenn der Titel der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer September 2013 »Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten« lautet, so wirft das ein bezeichnendes Licht auf die Bedingungen im heutigen Gesundheitswesen oder besser der Gesundheitswirtschaft. Schonungslos werden hier Fehlentwicklungen mit zum Teil lebensbedrohlichen Konsequenzen für die Patienten aufgezeigt (z. B. überflüssige Operationen, starke Zunahme von gewinnträchtigen Eingriffen und Untersuchungen). Aber auch die erheblichen ökonomischen Zwänge, denen Klinikärzte bei der Auswahl von Patienten zur stationären Aufnahme, der Wahl der Behandlungsmethoden und der Festlegung der Dauer eines stationären Aufenthalts ausgesetzt sind, werden benannt. Die psychische Belastung und Unzufriedenheit von leitenden Klinikärzten wird in dieser Analyse als stark zunehmend bezeichnet.

In der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates vom April 2016 »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus« werden eingangs als ständige Herausforderungen, diesem Prinzip zu genügen, genannt: die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, Weiterentwicklungen in der Medizin mit der Notwendigkeit von Investitionen und einer kontinuierlichen Anpassung der medizinischen Infrastruktur, veränderte Erwartungshaltungen aufseiten der Patienten, das Interesse, an einem volkswirtschaftlich attraktiven Wachstumsmarkt teilzunehmen, und die demografische Entwicklung in einer alternden

Gesellschaft. So heißt es in der Einleitung: *»Solche Entwicklungen haben erhebliche Auswirkungen auf das Patientenwohl und seine normative Funktion als Leitprinzip der Gesundheitsversorgung. Zum Patientenwohl gehört nicht nur die nach medizinischen Maßstäben beurteilte körperliche und seelische Situation. Zentrale Beurteilungskriterien, ob das Patientenwohl gewahrt wird, sind darüber hinaus die Behandlungsqualität, die Selbstbestimmung des Patienten sowie die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit angesichts knapper Ressourcen. Diese Kriterien markieren den ethischen Orientierungsrahmen des stationären Versorgungssystems. In der vorliegenden Stellungnahme werden die ethischen Probleme analysiert, die sich auf der Ebene des Krankenhauses insbesondere aus den auf der übergeordneten Allokationsebene festgelegten Rahmenbedingungen ergeben. Krankenhäuser müssen ihre Versorgungsleistungen vor dem Hintergrund politischer Vorgaben und unter ökonomischen Bedingungen erbringen, die zum Teil problematische Auswirkungen auf die Entscheidungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich und damit auf das Patientenwohl haben.«* Diese Textpassagen bedürfen keiner Kommentierung, sie entsprechen Alltagserfahrungen deutscher Ärzte. Ob das Wohl des Patienten noch die Handlungsmaxime im Gesundheitswesen darstellt, darf angesichts der folgenden Feststellungen aus der aktuellen Stellungnahme angezweifelt werden: *»Zusammenfassend lässt diese Übersicht erkennen, dass der Bereich der stationären Versorgung in Deutschland in operativer, finanzieller, struktureller und rechtlicher Hinsicht eine höchst komplizierte Konstruktion darstellt, deren umfassendes Verständnis ein intensives Spezialwissen erfordert, das zudem wegen der systemimmanent hohen Dynamik erforderlicher Veränderungen einer andauernden Aktualisierung bedarf. Auf der Ebene der Leistungserbringer im ärztlichen Bereich, der Pflege und der im Krankenhaus tätigen Gesundheitsberufe ist ein stets aktuelles Wissen über die jeweils geltenden Details des Vergütungssystems gefordert, um abrechnungsrelevanten Defiziten in der Dokumentation von Diagnosen zu begegnen oder eine in ökonomischer Hinsicht problematische medizinische Leistungserbringung zu vermeiden. Diese Anforderung tritt zunehmend bestmühmend neben eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung.«*

Deshalb gehören Allokationsüberlegungen zukünftig wohl intrinsisch in ethische Überlegungen; sie werden möglicherweise ein für die Erreichung des Patientenwohls notwendiges, wenn auch nicht hinreichendes Kriterium. Das pessi-

mistische Fazit dieser Analyse lautet: Das Patientenwohl steht in der Gefahr bzw. wird schon auf dem Altar medizinökonomischer und wettbewerbsrelevanter Bedingungen geopfert.

Gibt es jenseits der Resignation Gegengifte? Sind sie möglicherweise in der Sicherung einer qualifizierten Arzt-Patienten-Angehörigen-Kommunikation und in einer dramatischen Verbesserung der (ärztlichen) Leitungsqualifikation zu finden? Die Verringerung von Fehlanreizen bei der Vergütung durch Fallpauschalen (DRGs) sowie der Ausbau qualitätssichernder Strukturen stellen auch geeignete Abwehrmaßnahmen dar. Die Verbesserung der Pflegesituation im Krankenhaus, die besondere Berücksichtigung der Bedarfe besonderer Patientengruppen und eine Reform der systembedingten Rahmenbedingungen erscheinen als *conditio sine qua non* für eine den Patienten in den Mittelpunkt stellende Medizin.

Wenn die »Frankfurter Allgemeine Zeitung« am 27. April 2016 titelt: *»Ärzte der Zukunft - Der Brotberuf der Begabten«* und dann im Header schreibt: *»Die Bewerberzahlen für das Medizinstudium explodieren, der Numerus clausus schießt nach oben. Vor allem talentierte Frauen versprechen sich von dem Beruf eine sichere Zukunft. Porträt einer Ärztegeneration [...]«* dann mag das bei zukünftigen Patienten mehr als eine Gänsehaut hervorrufen. In die gleiche Kerbe schlägt Edmund D. Pellegrino in seinem Aufsatz *»Bekenntnis zum Arztberuf?«* und was moralisch daraus folgt: *»In meiner 60-jährigen klinischen Tätigkeit habe ich kein durchschnittlich niedrigeres moralisches Niveau unter den Ärzten erlebt als jetzt. Und ich habe auch zu keinem Zeitpunkt so viele Ärzte sich aus dem aktiven Beruf zurückziehen sehen. Gewissenhafte Ärzte verkraften diese Art Wandel nicht.«* In ihm beschreibt er die Phänomenologie der Arzt-Patient-Begegnung als Grundlage einer Philosophie der Medizin:

»Und darum kommt niemand herum, dass der Arztberuf eben auf diesem »act of profession« gründet. So nimmt es der Patient entgegen, und darin liegt der Kern des Bekenntnisses zum Beruf. In diesem Bekenntnis ist bereits die Selbstverpflichtung zu bestimmten Verhaltensweisen enthalten.« Wenn in dem Script für Medizinstudenten der Universität Düsseldorf von D. Schäfer in den Ausführungen zu den Arztgelöbnissen steht: *»es gibt den engen Bezug zwischen Beruf und Lebensführung: die moralische Integrität des Arztes«* so benennt er die Schlüsselqualifikation für eine dem Menschen dienende und den Ärzten wohlthuende Medizin. Auch sollte der Passus

»Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen« im Eid des Hippokrates als ein tragendes Element ärztlichen Tuns nicht vernachlässigt werden.

4. Nachsatz und Fazit

Wurde zu Anfang die Frage gestellt, was denn der richtige Umgang mit ärztlichen Gewissensfragen sei: das Bleiben oder das Gehen, so kann in Analogie zur Antwort der Jünger auf die Frage Jesu nach dem Gehen die Antwort nur lauten: Bleiben und Gehen, weil der Arzt sich uneingeschränkt dem Wohl des Patienten verpflichtet hat. Das impliziert auch die Selbstsorge, denn das wichtige »Heilmittel« ist der Arzt. Diese Antwort erfordert die Tugenden, die in einem alten Kirchenlied beschrieben sind. Als ihr Geber wird der Heilige Geist genannt, dem nicht zufällig der Beinamen der Tröster gegeben wird. Der Text dieses Liedes mag als Schlusswort gelten.

KV: Heil'ger Geist, du Tröster mein, kehr in unsere Herzen ein, dass wir nur in dir uns freun.

1. Deine Weisheit hauch uns ein, dass wir suchen Gott allein, dass wir nur in dir uns freun.
2. Um Verstand wir herzlich flehn, dass wir Gottes Wort verstehn, dass wir nur in dir uns freun.
3. Steh uns bei mit deinem Rat, dass wir gehn den rechten Pfad, dass wir nur in dir uns freun.
4. Starkmut gib zu jeder Zeit, fest zu stehn in Leid und Streit, dass wir nur in dir uns freun.
5. Gib uns heil'ge Wissenschaft, zeig der Wahrheit Siegeskraft, dass wir nur in dir uns freun.
6. Schenk uns wahre Frömmigkeit, die all Tun und Lassen weiht, dass wir nur in dir uns freun.
7. Wollst uns Gottesfurcht verleihn, dass wir stets die Sünde scheun, dass wir nur in dir uns freun.

Anmerkung:

¹ Hinweise zur verwandten Literatur sind bei der Verfasserin erhältlich.



Spiritualität und Religiosität in der Medizin – ein Thema in der ärztlichen Ausbildung?

Von Dr. med. Jochen Dutzmann, Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie an der Medizinischen Hochschule Hannover¹

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Einleitung

»Die Antwort ist einfach: Nein!«. So reagierte vor wenigen Wochen ein guter Freund und Kollege, den ich auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie vom heutigen Vortrag erzählte. Besagten Freund kenne ich aus Studienzeiten. Unsere Wege haben sich mehrfach gekreuzt: Zunächst am Institut für Geschichte der Medizin der Uni Gießen, an dem ich als studentische Hilfskraft tätig war, er als wissenschaftlicher Mitarbeiter. Dann in der experimentell-kardiologischen Arbeitsgruppe meines Doktorvaters, in der er als Postdoktorand wissenschaftlich arbeitete. Und schließlich war er einer meiner Dozenten in der Inneren Medizin – immer noch an der Uni Gießen. Uns verbinden darüber hinaus zahlreiche teils philosophische, begeisternde, aber auch ernüchternde, immer jedoch inspirierende Gespräche und Diskussionen über das Leben, Handeln und Entscheiden als Arzt.

Heute bin ich selbst Assistenzarzt in der Inneren Medizin und Kardiologie, inzwischen an der Medizinischen Hochschule Hannover. Philipp – so heißt erwähnter Freund – hat sich inzwischen als kardiologischer Oberarzt zum Master of Medical Education weiterqualifiziert und ist an einer anderen Universitätsklinik verantwortlich für die kardiologische und internistische ärztliche Ausbildung. Ein idealer Gesprächspartner, sollte man meinen, um sich mit dem heutigen Thema auseinanderzusetzen. Umso schwerer wiegt das kurze und knappe »Nein!« auf die Frage, ob Spiritualität und Religiosität in seinen Augen ein Thema in der ärztlichen Ausbildung seien. Aber stimmt das?

1. Ein Blick in die Approbationsordnung und in die Medizingeschichte

Naheliegender ist, zunächst einen Blick in unsere Approbationsordnung zu werfen. Tatsächlich findet sich unter den etwa 50 verschiedenen in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegten Fächern kein einziges, das sich offensichtlich mit Spiritualität oder Religiosität auseinandersetzt. Überhaupt stechen aus der langen Liste an Fächern nur wenige hervor, denen man eine direkte und explizite Auseinandersetzung mit Spiritualität und Religiosität auf den ersten Blick bloß zutraut: Beispielsweise das Fach »Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin« – oder kurz: GTE –, das im Jahr 2002 mit der 9. Novelle der Approbationsordnung für Ärzte als pflicht- und prüfungsrelevantes Ausbildungsfach eingeführt wurde.

Nun gibt es human-, geistes- und sozialwissenschaftliche – und damit auch religiöse und spirituelle! – Fragestellungen mit medizinischer Dimension selbstverständlich nicht erst seit entsprechender Novelle, also seit 14 Jahren. Bereits in der Antike wurden diese Fragen als inhärenter Bestandteil der Medizin begriffen. Noch bis ins 20. Jahrhundert hinein waren sie jedoch lediglich impliziter Bestandteil medizinischer Curricula. Vielmehr wurde bis dahin auf die Orientierung an der ärztlichen Grundhaltung von Rollenmodellen gesetzt.

Zwei Entwicklungen trugen wesentlich zur Schärfung eines kritischen Bewusstseins in der Öffentlichkeit dafür bei, dass medizinische Entscheidungen neben naturwissenschaftlichem Fachwissen zu rechtfertigende moralische Wertungen enthalten: Erstens, die Etablierung weitreichender Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in der gesamten Bandbreite medizinischer Disziplinen in den vergangenen Jahrzehnten. Alleine Beispiele hierfür könnten – da werden Sie mir zustimmen – wahrscheinlich die Zeit des gesamten Vortrags füllen. Zweitens, eine zunehmende Pluralität gesellschaftlicher Lebensstile und Moralvorstellungen. Als Reaktion wurden in den 1960er Jahren die ersten medizinhistorischen Lehrstühle gegründet und die Lehr- und Forschungsfächer »Medizinische Soziologie« und »Medizinische Psychologie« etabliert. In der darauffolgenden

Dekade entwickelte sich eine argumentativ und interdisziplinär ausgerichtete wissenschaftliche Medizinethik, die allerdings zunächst nicht als Lehrfach begründet wurde. Seit den 1980er und 90er Jahren fanden an vielen deutschen Fakultäten meist auf Initiative einzelner Lehrkräfte und interdisziplinärer und studentischer Arbeitskreise hin außercurriculare Veranstaltungen statt, die im wesentlichen die Arzt-Patient-Beziehung und kommunikative Aspekte, also zum Beispiel Aufklärungsgespräche, Sterbebegleitung usw. fokussierten. 2002 folgte die Einführung des Faches GTE. Die hier zu unterrichtenden Inhalte und auch der Stundenumfang werden durch die Studienordnungen der einzelnen medizinischen Fakultäten festgelegt. Eine deutliche Heterogenität zwischen den einzelnen deutschen Fakultäten ist damit programmiert und auch gelebte Realität.

Neben der medizinischen Soziologie, der medizinischen Psychologie, der Medizingeschichte und der Medizinethik haben sich in den letzten Jahrzehnten neue Fächer entwickelt, die sich mit human-, geistes- und sozialwissenschaftlichen Fragestellungen in der Medizin beschäftigen. Als Beispiele hierfür seien die »Spiritual Care« und die »Medical Humanities« genannt.

Nun ist bereits die Definition der Inhalte der Medizinethik häufig unscharf und divergiert zwischen einzelnen Autoren teils erheblich. Die Abgrenzung dieser neuen zu den etablierten Disziplinen und auch die der neuen Disziplinen untereinander fällt damit bisweilen durchaus schwer. Nur ein kurzes Beispiel zur Veranschaulichung: Christina Puchalski, Gründerin und Direktorin des *Institute for Spirituality and Health* an der *George Washington School of Medicine and Health Sciences* in Washington, D.C. veröffentlichte Anfang 2014 mit ihren Kollegen in »Academic Medicine« einen Fachartikel über die Entwicklung der »Spiritual Care«. In einer Folgeausgabe des gleichen Fachmagazins antworten die schwedischen Wissenschaftler Salander und Hamberg darauf und kritisieren Puchalski und Kollegen, sie definierten einerseits »*spirituality encompasses individuals' search for meaning and purpose; it includes connection to others, self, nature, and the significant or sacred; and it embraces secular and philosophical, as well as religious and cultural beliefs*«, also Spiritualität umfasse die persönliche Suche nach dem Sinn und Zweck und beinhalte die Verbindung zu anderen, sich selbst, der Natur sowie dem Bedeutsamen oder Heiligen. Und sie umfasse weltlichen und philosophischen ebenso wie religiösen und kulturellen Glauben. Andererseits definierten Puchalski und Kollegen »*spiritua-*

lity as an individual's search for ultimate meaning through participation in religion and/or belief in God, family, naturalism, rationalism, humanism and the arts«, Spiritualität sei also die persönliche Suche nach dem ultimativen Sinn durch Teilhabe an einer Religion und/oder dem Glauben an Gott, die Familie, Naturalismus, Rationalismus oder die Kunst. Die Schweden Salander und Hamberg antworten darauf, dass abgesehen davon, dass hier ohnehin zwei in ihren Augen divergierende Definitionen vorgelegt würden, diese so weit gefasst seien, dass sie alles und nichts umfassten und man diese Inhalte genauso gut unter »*humanistic side of medicine*« – ich würde sogar umformulieren: »*Medical Humanities*« – zusammenfassen könnte. Wirklich interessant wird die direkt darunter abgedruckte Antwort. Hier merkt man, Puchalski und Kollegen fällt die Antwort auf diesen Einwand nicht leicht. Ich habe den Eindruck, sie kommen sogar richtig ins Schleudern, räumen zunächst klare Überschneidungen zwischen »*spirituality*« und »*humanistic practice*« ein, argumentieren, die Definition der »*spirituality*« sei in klinischer Praxis und Ausbildung bewusst breit gehalten, um der unterschiedlichen Art und Weise, in der Menschen die transzendente Bedeutung ihres Lebens verstünden, gerecht zu werden und überhaupt seien die Definitionen der »*humanistic practice*« ja ähnlich breit gehalten. Die bemerkenswerten Überschneidungen seien außerdem gar nicht so überraschend, weil beide Fächer ja das gleiche Ziel, nämlich das mitfühlender Behandlung hätten. Es folgt der Versuch, die Unterschiede herauszuarbeiten: »*Humanistic practice*« konzentriere sich eher auf biopsychosoziale Aspekte, »*spirituality*« auf das innere Erleben.

Es gibt also offensichtlich curricular verankerte und nicht-curriculare Disziplinen, von denen wir annehmen, dass sie Spiritualität und Religiosität thematisieren. Aber bringen diese Disziplinen Religion und Spiritualität auch als Fächer in die ärztliche Ausbildung ein? Und unterscheiden sie sich dabei angesichts aller Überschneidung? Werfen wir im Folgenden einen Blick auf die Lehrkonzepte einiger dieser Disziplinen.

2. Ein Blick in die Medizinethik

Ich möchte beginnen mit der Medizinethik. Sie kann verstanden werden als eine Bereichsethik, also als Teil der philosophischen Disziplin der allgemeinen Ethik. Diese befasst sich mit Kriterien für die Bewertung menschlichen Handelns als gut oder schlecht, im Falle der Medizin also mit der Bewertung von Handlungen und Vorge-

hensweisen in der Patientenversorgung, im Gesundheitswesen und in der biomedizinischen Forschung. Im Unterschied zur fundierten *Bildung* eines Philosophiestudiums muss Studierenden der Medizin im Rahmen der *Ausbildung* zur Ärztin oder zum Arzt innerhalb einer nur geringen Stundenzahl Rüstzeug zur Wahrnehmung und Lösung konkreter moralischer Probleme des ärztlichen Alltags an die Hand gegeben werden. Gerald Neitzke vom Institut für Medizinethik unserer Hochschule, der sich wissenschaftlich unter anderem mit der medizinethischen Lehre beschäftigt, hat dazu einmal in einem Themenheft des »Bundesgesundheitsblattes« präzisiert: »Ethikunterricht sollte also auf Situationen vorbereiten, in denen die Moralität und das eigene Gewissen durch Arbeitsbelastungen, Personalnotstand und Ressourcenknappheit herausgefordert werden und darauf hinwirken, dass ein angemessenes Minimum von Moral nicht unterschritten wird.«

Nach Einführung von GTE (s. u.) als curricularem Pflichtfach wurden im Jahr 2003 viele bestehende außercurriculare Lehrkonzeptionen der 1990er Jahre kurzerhand in den Pflichtunterricht überführt. Diese außercurricularen Veranstaltungen umfassten nicht nur Veranstaltungen mit medizinischem und -historischem Schwerpunkt, sondern an vielen Fakultäten auch Veranstaltungen, die wir heute eher den »neuen« Disziplinen wie der »Spiritual Care« oder den »Medical Humanities« zurechnen würden. Sie wurden nun in vielen Fällen unter dem Oberbegriff »Geschichte, Theorie und Ethik« (GTE) zusammengefasst und in die Curricula der jeweiligen Fakultäten integriert.

Bis heute besteht geringe Einigkeit über die Inhalte dieses Pflichtunterrichts. Die Fachverbände »Medizingeschichte« und »Akademie für Ethik in der Medizin« erklärten in einem gemeinsamen Grundsatzpapier im Jahr 2009, insbesondere sollten die Studierenden »die Veränderungen des historischen Kontextes, des wissenschaftstheoretischen Verständnisses und der moralischen Überzeugung wahrnehmen und reflektieren«. Im Folgenden wurden Lehrziele der Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Lehrziele der ärztlichen Haltung definiert. Insbesondere wurden hier als Lehrziele der Fähigkeiten und Fertigkeiten »der sensible Umgang [...] mit verschiedenen Menschenbildern und [...] die Wahrnehmung moralischer Werte in der Patientenversorgung« genannt. Drei vergleichbare Lehrziel-Ebenen in der Medizinethik unterscheidet auch Neitzke in erwähntem Themenheft: Zunächst eine kognitive Ebene,

zu der wissensbezogene Lehrziele wie beispielsweise die Kenntnis relevanter Kodizes und Gesetze, aber auch Grundlagen der philosophischen Ethik gehören. Zweitens eine affektive Ebene, die Haltung und Werte wie Empathie vermitteln soll und die zur – so schreibt er – »Entwicklung eines ärztlichen Ethos« beiträgt. Sowie drittens eine praktische Ebene, zu der neben kommunikativen Fähigkeiten und Diskurskompetenz auch die Fähigkeit zählt, *moralische Probleme überhaupt wahrzunehmen*.

Zu der in diesen Texten viel berücksichtigten Wahrnehmung moralischer Probleme gehört aber zwangsläufig auch die Wahrnehmung des Patienten, des Angehörigen und des Kollegen mit seiner Religion und seiner Spiritualität. Beispielsweise lässt sich die Ablehnung einer eigentlich lebensrettenden Bluttransfusion für die Angehörigen eines Zeugen Jehovas nur in dem Wissen verstehen, dass diese in Textpassagen des Alten und Neuen Testaments Gebote sehen, sich von Blut zu enthalten, und daher Fremdblutübertragungen ablehnen. Religion und Spiritualität finden also, da sie Teil moralischer Entscheidungen sein können, einen Platz in der – curricular verankerten – Medizinethik.

3. Spiritual Care

Spiritual Care gründet sich auf die WHO-Definition der Palliative Care, zu einer Betreuung Schwerstkranker gehöre unter anderem die Behandlung belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und eben spiritueller Art. Insbesondere die spirituellen Bedürfnisse von Schwerstkranken sind erst seit Ende der 1990er Jahre Gegenstand verstärkter Forschungsbemühungen. Inhaltlich beschäftigt sich die neu gegründete Disziplin der Spiritual Care in Abgrenzung zur Medizinethik mit *Sinnfragen des Lebens*, die sich Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte stellen. Es ist wichtig, in diesem Zusammenhang Spiritualität von Religion zu unterscheiden, die ihrerseits »Ausdrucksmöglichkeit von Spiritualität durch organisierte Systeme von Ritualen und Praktiken« ist. Im Hinblick auf eine strukturierte Thematisierung der Spiritual Care im Rahmen der ärztlichen Ausbildung kann es von Seiten der Verantwortlichen in Studiendekanaten sinnvoll sein, die enge Verknüpfung zur Religion nicht unbeachtet zu lassen und mögliche Expertise beispielsweise in einer Zusammenarbeit mit Klinikseelsorgerinnen und -seelsorgern zu suchen.

Im Gegensatz zur Medizinethik hat die Spiritual Care bislang keinen Einzug in die Approbationsordnung und damit in die verbindliche Lehre aller deutschen Fakultäten gefunden. Wie viele Fakultäten bereits außercurriculare Angebote etabliert haben, ist bisher nicht erfasst. 2013 veröffentlichte die International Society for Health and Spiritual Care, kurz IGGS, eine Umfrage unter ihren deutschsprachigen Mitgliedern, die zeigt, dass der Unterricht in Spiritual Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz meist in die Curricula für Palliativmedizin integriert ist. Auch diese ist allerdings erst seit dem Wintersemester 2012/2013 als Prüfungs- und Pflichtfach in der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte verankert. Gleichzeitig ist der Unterricht von Spiritualität im Rahmen des humanmedizinischen Studiums an britischen und U.S.-amerikanischen Medical Schools verhältnismäßig gängig: 75% der U.S.-Medical Schools und sogar bis zu 78% der britischen Medizinfakultäten haben entsprechende Inhalte in ihre Curricula integriert.

Die Autoren der Umfrage unter den Mitgliedern der IGGS unterscheiden in der Lehre von Spiritual Care als Lehrebenen »Haltung«, »Wissen« und »Fertigkeiten« – vergleichbar mit der Unterscheidung, die Neitzke für die Medizinethik trifft. Die Befragten waren aufgefordert anzugeben, welche Kompetenzen in die jeweiligen Unterrichtsmodelle integriert waren. Besonders häufig wurden als haltungs- und wissensrelevante Inhalte »spirituelle und ethische Themen«, »spirituelle Bedürfnisse«, »religiöse und kulturelle Sensibilität« und »Kommunikation« genannt. Die »Identifikation spiritueller Bedürfnisse«, »Kommunikation« und »ethische Beratung« waren häufig genannte zu erlernende Fähigkeiten.

Insbesondere die Überschneidungsbereiche mit der Medizinethik sind mit eben dieser häufig schon Bestandteil curricularer Lehre an deutschen Medizinfakultäten. Einen deutlichen Unterschied zur Medizinethik sehe ich bei der Spiritual Care in dem Erlernen der Identifikation von und des Eingehens auf spirituelle Bedürfnisse anderer. Dort also, wo Spiritualität und Religiosität nicht als Rationale für Entscheidungen herangezogen werden, sondern selbst als Bedürfnis im Mittelpunkt stehen. Wie regelmäßig deutsche Medizinstudenten allerdings Spiritual Care gerade auch in dieser »wortwörtlichen« Hinsicht lernen, ist nicht bekannt. Von 2010 bis zum Mai letzten Jahres gab es in Deutschland genau eine Professur für Spiritual Care, angesiedelt am Lehrstuhl für Palliativmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München und vertreten durch einen katholischen

und einen evangelischen Theologen. Eckhard Frick, der im Tagungsband »Geistesgegenwärtig behandeln« den sehr lesenswerten Eröffnungsbeitrag geschrieben hat, war einer von ihnen. Diese zunächst auf fünf Jahre befristete Professur lief 2015 aus und wurde – trotz zur Verfügung stehender finanzieller Mittel – aus zumindest mir nicht bekannten Gründen nicht verlängert.

4. Medical Humanities.

Unter dem Begriff Medical Humanities werden seit den späten 1970er Jahren neben wissenschaftlichen Querschnittsdisziplinen wie der Medizinethik auch nichtwissenschaftliche Projekte und Lehrkonzepte zusammengefasst. Inhaltlich, methodisch und hinsichtlich der Organisationsform bietet sich hierbei ein sehr buntes Bild: Es existieren Schwerpunktcurricula, die Public-Health-Aspekte wie den Zugang zu öffentlicher Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt stellen, daneben in studentischer Eigenregie organisierte Medizinerkabarets, die die Erfahrung, krank zu sein oder sich um Kranke zu kümmern, satirisch und musikalisch darstellen, sowie Lehrveranstaltungen zu Medizin in Film und Literatur. Eine Vielzahl dieser und weiterer Angebote findet sich an fast allen Fakultäten. Wahrscheinlich auch wegen dieser Heterogenität ist dieses Feld verhältnismäßig schlecht beforscht.

Beispielhaft möchte ich daher das Angebot an der Medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen skizzieren, das ich während meines Studiums kennen lernen durfte: Seit 2011 besteht dort das inzwischen mit dem *Ars Legendi*-Fakultätenpreis des Medizinischen Fakultätentages ausgezeichnete Schwerpunktcurriculum »*Global Health*«. Neben dem durch die Studienordnung vorgegebenen Curriculum finden im Rahmen dieses Schwerpunktcurriculums Wahlfächer, Themenabende und Vertiefungsseminare statt. Thematische Schwerpunkte bilden u.a. Medizin und Migration, Medizinethik, Menschenrechte sowie kulturelle Diversität und medizinischer Pluralismus. Das in diesem Curriculum federführende Institut für Geschichte der Medizin bietet außerdem eine Veranstaltungsreihe mit dem Titel »Medizin in Literatur, Film und Kunst« an und gibt das Magazin »in weiß« heraus. Dieses Magazin führt den Untertitel »The variety of life in the art of medicine« und veröffentlicht Lyrik, Kurzgeschichten, Essays, Photographien, Zeichnungen, Interviews und Rezensionen von Studenten, Mediznern, Nichtmediznern und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens. Hiermit will es einen Beitrag zum Verständnis der theoretischen Medi-

zin mit den Erfahrungen aus der Praxis leisten. Als assoziierter Mitarbeiter des Instituts unterstützt außerdem der Kabarettist und Arzt Dr. Eckart von Hirschhausen die Lehre im Fach »Medizinische Terminologie« mit einer Mischung aus Vorlesung und Kabarett, in der er für die Bedeutung von Sprache im Arzt-Patienten-Kontakt sensibilisiert. Daneben bestimmen studentische Initiativen entscheidend das Bild der »Medical Humanities« in Gießen: Das Medizinerkabarett »Elephant Toilet«, das inzwischen über die Grenzen Gießens hinaus bekannt ist, sowie das Medical-Singer-Songwriter-Projekt »Tante Doktor«, das Erlebnisse aus dem medizinischen Alltag musikalisch verarbeitet.

Die kontroverse Auseinandersetzung all der genannten Initiativen mit unterschiedlichen Lebenswelten von Behandelnden und Behandelten schließt deren Spiritualität und unterschiedliche religiösen Hintergründe zwangsläufig mit ein. Gerade Initiativen wie das Medizinerkabarett oder Medical-Singer-Songwriter-Projekte leisten daneben einen entscheidenden Beitrag zur Selbstsorge und verlangen hierbei von den Mitwirkenden nicht selten auch spirituelle Bekenntnisse, zumindest vor sich selbst.

5. Religiosität / Spiritualität in den klassischen curricularen Fächern der Medizin

Blicken wir zuletzt noch auf die »klassischen« curricularen Fächer. Religiosität und Spiritualität sind hier häufig impliziter Bestandteil bestehender Curricula. Die Anatomischen Institute nahezu aller medizinischen Fakultäten nutzen den Präparierkurs, um mit den Studierenden bereits zu Beginn ihrer Ausbildung kulturelle, medizinische und eben auch spirituelle Dimensionen von Tod und Sterben ebenso wie die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten über den Tod hinaus zu reflektieren. Aber auch gerade jene Fächer, bei denen das Arzt-Patient-Gespräch über die Anamnese hinaus im klinischen Alltag einen entscheidenden Stellenwert einnimmt, fokussieren auch in ihren Lehrveranstaltungen immer wieder Grundlagen geistesgegenwärtiger Begegnungen. Als Beispiele seien die Allgemeinmedizin, die Psychiatrie, die Psychosomatik und die Palliativmedizin genannt.

Die übrigen sogenannten somatischen Fächer leiden hinsichtlich impliziter oder expliziter Thematisierung von Religion oder Spiritualität unter ihrem Erfolg in naturwissenschaftlicher Hinsicht: So nimmt die Vielfalt an Behandlungsstrategien unterschiedlicher Erkrankungen mit enormer

Geschwindigkeit zu. Eine immer weiter fortschreitende Subspezialisierung scheint dabei unvermeidlich. Abgesehen von der Notwendigkeit, den grundsätzlichen Umgang mit dieser Tendenz zu diskutieren, haben die allermeisten Fakultäten bisher keine befriedigenden Lösungsansätze zur Integration einer sinnvollen Stoffauswahl in ihre Curricula. Die massive Stofffülle – eingangs habe ich die Zahl von ca. 50 verschiedenen Fächern erwähnt – führt unter Studierenden zu einer Abwägung, in welche Fächer sie wie viel Zeit und Energie investieren. Entscheidungskriterien sind hier meist in erster Linie die Klausur- und Examsrelevanz und in zweiter Linie die unmittelbare und offensichtliche Relevanz für die spätere ärztliche Tätigkeit. Im Rahmen dieser Abwägung schneiden Fächer wie GTE und Spiritual Care häufig schlecht ab. Eine Lösung dieser Problematik könnte die systematische Integration insbesondere dieser Inhalte in die Curricula somatischer Fächer sein. Diese nehmen unter den Studierenden häufig einen höheren Stellenwert ein. Daneben könnten Medizinethik, Spiritual Care und Medical Humanities, wenn sie in Ergänzungen zu Expertinnen und Experten auf den jeweiligen Gebieten durch klinisch Tätige – also Rollenmodelle – unterrichtet werden, klarer als fester Bestandteil ärztlicher Tätigkeit wahrgenommen werden. Rollenmodelle spielen in diesem Zusammenhang eine ambivalente Rolle: Zwar gilt das streng orientierte Lernen an Vorbildern als antiquiert, dennoch imitieren Studierende weiterhin Vorbilder im klinischen Alltag und besuchen auf Kongressen zahlreich für sie veranstaltete Vorträge, in denen Ordinarien ihren Karriereweg als beispielhaft skizzieren.

Problematisch ist außer der erwähnten ohnehin schon exorbitanten Stoffmenge, die wenig Platz zur Integration zusätzlicher Inhalte lässt, auch die fehlende Expertise von Klinikerinnen und Klinikern hinsichtlich der nichtnaturwissenschaftlichen Disziplinen wie Medizinethik, Spiritual Care und Medical Humanities. Dieser Tatsache begegnen longitudinale Curricula, die bereits an einigen Fakultäten etabliert sind und in denen Klinikerinnen und Kliniker begleitet durch Expertinnen und Experten aus den entsprechenden nichtklinischen Disziplinen in jeweils überschaubarem Rahmen, dafür aber über das gesamte Studium hinweg, entsprechende Inhalte unterrichten. Auch hier möchte ich ein Beispiel aus Gießen anbringen, wo Studierende im Rahmen des longitudinalen Curriculums »Sprechende Medizin« zunächst im vor-klinischen Studienabschnitt in der Medizinischen Psychologie, später dann in der Psychosomatischen Medizin, Pädiatrie, Palliativmedizin und

Allgemeinmedizin auf Schauspielpatienten. Von Studierenden moderierte Diskussionen ethischer Konfliktfälle finden über den klinischen Studienabschnitt verteilt im Blockpraktikum Pädiatrie im Rahmen eines klinischen Wahlpflichtfaches und des Faches »Intensivmedizin« statt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt dabei durch das Institut für Geschichte der Medizin, die evangelische Klinikseelsorge und Professor Fred Salomon, den Lehrbeauftragten für »Ethik in der Medizin« an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Die Falldarstellung erfolgt durch klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Disziplinen, bspw. der Pädiatrie, der Herzchirurgie, der Anästhesie und der Neurologie. Ein ähnliches Curriculum existiert auch an der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Religiosität und Spiritualität finden sich also auch als *impliziter* Bestandteil bestehender »klassischer« curricularer Fächer.

6. Resümee

Was antworte ich nun auf das »Nein!« des eingangs erwähnten Freundes? Nun, Religiosität und Spiritualität sind offensichtlich sehr wohl Bestandteil der ärztlichen Ausbildung. Wenngleich auch die Art ihrer Thematisierung zwischen den deutschen Medizinfakultäten extrem heterogen ist und sie häufig (*lediglich*) impliziter Bestandteil anderer Fächer sind und explizitere Thematisierung vorwiegend in außercurricularen Veranstaltungen erfolgt.

Anmerkung:

¹ Dr. med. Jochen Dutzmann arbeitet seit 2014 als Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist Mitglied der Projektgruppe »Ethik in der Kardiologie« der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. sowie der Arbeitsgruppe »Ethik der Epigenetik« der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen auf der Gefäßbiologie und Medizinethik. 

Entscheidungen finden im Management kirchlicher Einrichtungen¹

Von Prof. Dr. theol., Dipl. Päd. Michael Fischer, Professor für Qualitätsmanagement an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall/Österreich, Referat für Qualitätsmanagement/Leitbildkoordination der St. Franziskus-Stiftung Münster

»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis. Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versicherten im Raum der Kirchen, Berlin, Französische Friedrichstadtkirche, 28.–29. April 2016

Einführung

Im Management kirchlicher Einrichtungen prallen unterschiedlichste Interessen aufeinander. Verantwortliche Personen erleben in Entscheidungssituationen daher häufig Wertekonflikte. Um in dieser Situation möglichst verantwortete Entscheidungen treffen zu können, hat der Deutsche Caritasverband einen Leitfaden entwickelt, der Einzelpersonen und Einrichtungen dabei unterstützen möchte, Entscheidungen auf der Grundlage ethischer Kriterien abzuwägen.

In kirchlichen Einrichtungen sind unternehmerische Entscheidungen von christlichen Wertvorstellungen berührt. Da in komplexen Entscheidungssituationen oft unterschiedliche Interessen aufeinander prallen und von den beteiligten Akteuren einzelne Wertvorstellungen verschieden priorisiert werden, kommt es bei Entscheidungen oft zu Spannungen. Die Entscheider erleben sich in einem Wertekonflikt. Dies liegt in der Natur von Organisationen, die in ein interessengeleitetes Umfeld eingebunden und den entsprechenden Anspruchsgruppen verpflichtet sind.

Verantwortungsträger kirchlicher Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich benennen insbesondere vier Themenfelder, in denen häufig ethische Dilemmata auftreten: Ersten sind dies personalpolitische Anliegen wie die Arbeitszeitverträge, die Überlastung und die Kündigung von Mitarbeitenden; zweitens sind es die Folgen einer zunehmenden Verknappung der Ressourcen wie die Rationierung der Leistungen und Knappheit des Personals; drittens entstehen ethische Konflikte im Hinblick auf die anvertrauten Menschen aufgrund der schlechter werdenden Rahmenbedingungen; und schließlich werden organisati-

onsbezogene Gründe aufgeführt wie beispielsweise die Umstrukturierung der Einrichtungen.² Ausgelöst durch verschlechterte ökonomische Rahmenbedingungen stehen diesbezügliche Entscheidungen häufig im Konflikt mit dem eigenen kirchlichen Selbstanspruch.

Viele derzeitige Konflikte in den kirchlichen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens entstehen dadurch, dass ökonomische Notwendigkeiten andere Interessen überlagern. Die Hinweise von Verantwortungsträgern, dass die ökonomische Rationalität zur dominanten, im schlimmsten Fall zur allein maßgebenden Steuerungsrationalität wird, sind nicht zu überhören. Dieser Befund beschränkt sich freilich nicht auf den Gesundheits- und Sozialbereich, sondern spiegelt eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung wider. Als kirchliche Einrichtung manifestiert sich die Verpflichtung zu einem ethisch verantwortlichen Entscheiden und Handeln insbesondere an der Rückbindung an die biblische und kirchliche Tradition.

1. Zahlreiche Ansprüche an eine Einrichtung

Wie kommen diese unterschiedlichen Ansprüche an eine Einrichtung zustande? Um dies zu erläutern, kann die Umwelt einer Einrichtung in vier Einflussbereiche unterteilt werden: Wirtschaft, Technologie, Gesellschaft und Natur.³ Für Einrichtungen des Gesundheitswesens sind diese Umweltsphären beispielsweise: die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, gerne unter dem Begriff der Ökonomisierung zusammengefasst; die gesundheitspolitischen Weichenstellungen mit ihren zahlreichen Struktur- und Qualitätsvorgaben; die verschärften Wettbewerbsbedingungen, die sich in einer neuen Trägervielfalt widerspiegeln und die expandierenden technologischen Diagnose- und Therapieverfahren, die eine zunehmend rasche Veränderung der Dienstleistungen erfordert. Weitere könnten ergänzt werden. Alle diese Umweltsphären haben einen maßgeblichen Einfluss auf das unternehmerische Entscheiden und Handeln.

Aus den unterschiedlichen Umweltsphären erwachsen sogenannte Anspruchsgruppen, die ihre Interessen einbringen und einfordern. Wer sind diese Anspruchsgruppen in caritativen und diakonischen Einrichtungen? Die Wichtigsten sind die Patienten oder Bewohner, die Krankenkassen, der Gesetzgeber und die Öffentlichkeit, die Zulieferer oder Kooperationspartner und natürlich die Mitarbeiter. Nicht vergessen werden darf als eine wichtige Anspruchsgruppe in kirchlichen Einrichtungen die Kirche, deren Interessen einen maßgeblichen Einfluss haben sollten. Verständlicherweise bringen all die genannten Anspruchsgruppen ihre Interessen ein und möchten ein mehr oder weniger gewichtiges Wörtlein mitreden.

Für ein Krankenhaus bedeutet dies: Als medizinisches Leistungszentrum ist es den medizinischen Anforderungen verpflichtet, deren Ansprüche sich aus der Einhaltung der Berufsnormen und der Standards der Fachgesellschaften ergeben. Ebenso ist es in eine zunehmend marktähnliche Leistungs- und Bewertungslegitimation eingebunden, in der die Kosten und die erbrachte Qualität maßgebliche Erfolgsindikatoren sind. Auch die Akzeptanz und Legitimation durch die Politik ist notwendig, um als Akteur im Gesundheitswesen anerkannt zu werden, in dem die Gesundheitspolitik ihre Erwartungen in rasch sich verändernden und nicht immer zu Ende gedachten Gesetzesvorgaben formuliert. Um schließlich in der wissenschaftlichen Welt Anerkennung zu finden, braucht es ausgewiesene Publikationen in anerkannten Fachzeitschriften und die Mitarbeit in entsprechenden wissenschaftlichen Gremien.⁴

Weil die unterschiedlichen Anspruchsgruppen Einfluss nehmen und mitgestalten möchten, kommt es zu teilweise recht kontroversen Aushandlungsprozessen zwischen den Einrichtungen und ihren jeweiligen Anspruchsgruppen. Nicht alle Anspruchsgruppen haben die gleichen Interessen, manche deren Ziele sind sogar diametral kontrovers. Manche Anspruchsgruppen sind wirkmächtig, weil sie finanzstark sind oder die gegenwärtige Situation ihre Verhandlungsmacht untermauert. Andere Anspruchsgruppen besitzen weniger Lobby, obwohl deren Ansprüche ebenso relevant sind. Es bedarf nicht allzu viel Phantasie, um sich vorzustellen, mit welcher harten Bandagen die Anspruchsgruppen teilweise ihre Interessen einbringen und versuchen, diese wirkmächtig durchzusetzen.

Organisationen, die eine derartige Komplexität aufweisen und bearbeiten müssen, werden gerne als pluralistische Organisationen⁵ benannt:

Organisationen können dann als pluralistisch bezeichnet werden, wenn sich Entscheidungen und Handlungen solcher Organisationen an grundlegenden unterschiedlichen Handlungslogiken, Sinnhorizonten und Erfolgsvorstellungen orientieren. Die Unterschiedlichkeit der relevanten Handlungslogiken, Sinnhorizonte, Erfolgsvorstellungen oder »Rationalitäten« kann sich zum einen auf die Ausrichtung einer Organisation an unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssystemen beziehen, z.B. Wirtschaft, Recht, Politik, Wissenschaft, Erziehung, Religion, Kunst usw. Zum anderen entwickeln sich heute immer mehr eigenständige »Praxis-Welten« mit spezifischen Experten-Professionen (wie z.B. Medizin, Pflege, Theologie), die sich durch eine spezifische Professionsidentität und eine eigenständige Professionspraxis auszeichnen.⁶

2. Entscheidungen in Organisationen

Ein Management, das bewusst mit unterschiedlichen Rationalitäten umgeht, wird in der St. Galler Managementenschule als ein multirationales Management bezeichnet: »Die Kunst des multirationalen Managements ist es nun, diese zunächst unvereinbare Vielfalt der Rationalitäten aufzunehmen und die Organisation zu einem konstruktiven Umgang mit möglichen Widersprüchen zu befähigen.«⁷ Zweifellos ist das Management einer pluralistischen Organisation herausfordernd, denn unterschiedliche Referenzsysteme und deren Akteure müssen eingebunden werden, um eine gemeinsame Identität und Zielperspektive für die Organisation zu schaffen. Werden bestimmte Perspektiven verhindert oder gar unterdrückt, führt dies zu Gesichts- und Vertrauensverlust.⁸

Wie können in kirchlichen Einrichtungen möglichst verantwortet Entscheidungen getroffen werden? Damit sind Entscheidungen gemeint, die nicht nur der gegenwärtig dominanten Leitrationalität der Ökonomie folgen, sondern in die auch andere Perspektiven einfließen. Freilich gibt es nicht nur eine moralisch gute oder schlechte Entscheidung, sondern im Rahmen der Möglichkeit die moralisch bessere oder schlechtere Entscheidung. Die besondere Qualität solcher Entscheidungen liegt darin, dass im Vorgang der Entscheidung die bestimmenden Werte transparent sind und durch ein integrales Entscheidungsverfahren Beschlüsse nicht in einer eindimensionalen Perspektive, sondern in einer integralen Gesamtschau gefällt werden.⁹

Entscheidungen in Unternehmen sind in den wenigsten Fällen einsam, eindeutig oder punktuell.

Diese Vorstellung ist eine Fiktion. Vielmehr sind Entscheidungen in der Regel kollektive Kommunikationsleistungen, oft uneindeutig und immer in einen Prozess eingewoben. Bei Entscheidungen sind mehrere Personen oder Gruppen mit unterschiedlichen Perspektiven beteiligt, aufgrund der verschiedenen Interessen und Ansprüche gibt es zumeist nicht nur die einzig richtige Entscheidung; jede Entscheidung hat ihre eigene Geschichte, die auf zuvor getroffenen Entscheidungen aufbaut und auf weitere nachwirkt.

Mit Recht spricht man in Einrichtungen von einer Entscheidungskultur. Denn Entscheidungen reifen und fallen nicht in einem voraussetzungslosen Raum, sondern in jeder Einrichtung gibt es gewachsene Regeln, bewährte Kriterien, Erfolgsvorstellungen und eine Rückbindung an Werte, auf die in Entscheidungssituation zurückgegriffen wird. Organisationen haben daher mehr oder weniger explizite Verfahren, wie fortlaufend Entscheidungen zustande kommen, wie interne und externe Kontroversen moderiert werden, welche organisationspezifischen und organisationsübergreifenden Kommunikationsplattformen zur Bearbeitung von Konflikten angemessen und hilfreich sind.

Für komplexe Entscheidungsprozesse sind verbindliche Orte, Zeiten und Verfahren notwendig. Das Management einer Einrichtung trägt allerdings nicht nur die Verantwortung dafür, einzelne Kommunikationssituationen zu strukturieren, sondern auch dafür, zeitüberdauernde Kommunikationsplattformen und Entscheidungsverfahren zu schaffen: Wer soll welche Probleme wie und wann lösen? Es werden also die Bedingungen und Verfahren festgelegt, unter denen im Normalfall in einer Organisation entschieden wird, welche Kommunikationswege hierfür notwendig sind und welche Personen einbezogen werden müssen.¹⁰ Dabei gilt: Nur das kommunikativ artikulierte kann bearbeitet und damit wirksam werden.

Freilich sind solche Kommunikationsplattformen und entsprechende Verfahren in einem unterschiedlichen Maß institutionalisiert. Es gibt den höchsten Formalisierungsgrad in Form von Routinesitzungen und die am wenigsten institutionalisierte Plattform ist der spontane Austausch.¹¹ Dazwischen gibt es eine Reihe von bedarfsgerechten Mischformen. Jedenfalls muss eine Organisation eine ihrem Selbstverständnis entsprechende Kommunikationsarchitektur aufbauen.

Insbesondere die Moderation von Kontroversen verhilft dazu, Interessensgegensätze wahr und ernst zu nehmen und ihnen die nötige Aufmerksamkeit zu schenken.¹² Die erste Voraussetzung allerdings ist, dass Differenzen überhaupt offen ausgesprochen werden können. Dies zeigt sich darin, »dass es grundsätzlich möglich und sogar erwünscht ist, ungewohnte und unangenehme Beobachtungen, Widersprüche und Einsprüche vorzutragen«. ¹³ In pluralistischen Organisationen ist dieses Vorgehen überlebensnotwendig, denn Spannungsfelder sollten nicht vorschnell aufgelöst werden, sondern deren Beobachtungsunterschiede sind fruchtbar zu nutzen.

3. Leitfaden »Ethisch entscheiden«

Um eine hilfreiche Entscheidungskultur in kirchlichen Einrichtungen zu fördern und zu unterstützen, hat der Deutsche Caritasverband in Kooperation mit konfessionellen Trägern den Leitfaden »Ethisch entscheiden – Leitfaden zur Einzelreflexion und für Konferenzen« entwickelt.¹⁴ Das dort entwickelte Entscheidungsmodell möchte Führungskräfte in Konferenzen und in der Form einer Einzelreflexion dabei unterstützen, in schwierigen Entscheidungssituationen unterschiedliche Perspektiven zu bedenken. Dabei ist kein Experte gefragt, der eine ethisch durchdachte Lösung präsentiert, sondern die Verantwortlichen selbst überdenken ihre Lösungsmöglichkeiten auf der Folie unterschiedlicher Kriterien. In der Hinführung zu diesem Leitfaden heißt es:

Der hier vorgestellte Ansatz schlägt einen Weg der ethischen Reflexion vor, der von den Verantwortlichen selbst und in Entscheidungsgremien durchgeführt werden kann. Er unterstützt die an einem Entscheidungsprozess Beteiligten, gemeinsam (ggf. mithilfe einer externen Moderation) eine anstehende Entscheidung zu prüfen.¹⁵

Ebenso bietet er eine Unterstützung für eine Einzelreflexion. Denn das Instrument hat nicht nur Entscheidungssituationen in Konferenzen im Blick, sondern auch die einzelnen Personen. Beide Perspektiven werden in der Hinführung deutlich:

Bei einer Einzelreflexion steht das Finden der eigenen Position im Vordergrund. In Konferenzen ist das Ziel die Verständigung auf eine von möglichst allen Beteiligten getragene Position.¹⁶

In komplexen und weitreichenden Entscheidungssituationen schlägt der Leitfaden folgende Vorgehensweise vor: (1) Eine bewusste Entschei-

derung für eine ethische Reflexion. Gewinnt eine Führungsperson oder ein Leitungsgremien den Eindruck, dass eine anstehende Entscheidung aus unterschiedlichen Perspektiven gut bedacht sein sollte, kann die Durchführung einer ethischen Reflexion zur Klärung beitragen. (2) Die Durchführung der Reflexion. Um zu einer möglichst verantworteten Entscheidung zu kommen, werden folgende Schritte gewählt: Zunächst sollte die Fragestellung gut formuliert werden. In einem zweiten Schritt wird der Sachverhalt geklärt: Hintergründe, Entstehung und Bedeutung der Fragestellung können hier für alle Beteiligten aufgearbeitet werden. In einem weiteren Schritt erfolgt die Benennung von Handlungsmöglichkeiten. Es werden zunächst ohne bevorzugte Optionen unterschiedliche Lösungsansätze gesammelt. Sind die Lösungsmöglichkeiten benannt, werden diese auf der Grundlage von acht Kriterien bedacht. Erst dann erfolgen eine Abwägung, die Entscheidung und die Planung der Umsetzung. Eine kurze Auswertung des Entscheidungsprozesses bildet den Abschluss.

4. Theologische und spirituelle Orientierung

Um in schwierigen und widersprüchlichen Entscheidungssituationen Orientierung zu finden, braucht es einen Sinnhorizont, in den eine Entscheidung eingebettet ist. In kirchlichen Einrichtungen fließen in diesen Sinnhorizont neben anderen auch theologische Kriterien ein.¹⁷ Als anschauliches Bild für Entscheidungsprozesse, in denen unterschiedliche Interessen, Sinnhorizonte und Funktionslogiken aufeinander treffen, hat Alfred Jäger das Bild eines wirtschaftsethischen Entscheidungstrichters verwandt.¹⁸ In diesen Trichter wandern gleichsam alle entscheidungsrelevanten Perspektiven hinein und am unteren Ende des Trichters kommen im Laufe des Entscheidungsprozesses integrierte Entscheidungen heraus. Das bedeutet nicht, dass während und nach einer Entscheidung nur Einmütigkeit herrscht, sondern dass im Prozess der Entscheidung die Suche nach einer breit bedachten und verantwortbaren Lösung angelegt ist.

In den Referenzrahmen kirchlicher Einrichtungen gehören auch theologische Kriterien. Im Leitfaden »Ethisch entscheiden« sind vier der acht Bewertungskriterien bewusst aus theologischer Perspektive formuliert: Gerechtigkeit, Barmherzigkeit, Frieden und Treue. Jenen, die theologische Kriterien im Unternehmensalltag für nicht geeignet halten, weil zu weltfremd und zu abgehoben, kann gesagt werden: Es zeichnet eine kirchliche Einrichtung aus, dass sie Orientierungspunkte

kennt, die weit über das eigene Tun hinausgehen und dennoch konkrete Verbindlichkeit haben. Die weiteren vier Kriterien sind: Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit, Legalität und Transparenz.

An dieser Stelle sollen nicht alle acht Kriterien kurz vorgestellt werden, sondern nur die ersten vier, die bewusst aus einer theologischen Perspektive formuliert sind:

Gerechtigkeit

- Sind die Interessen der direkt Betroffenen gesehen/gehört/beteiligt – und sind sie angemessen berücksichtigt?
- Ist bei der Maßnahme gewährleistet, dass niemand in unverantwortbarer Weise bevorzugt oder benachteiligt ist?

Barmherzigkeit

- Sind die Interessen der Schwachen/Ausgegrenzten geschützt – wird ihre Lage verbessert?
- Sind bei der Maßnahme die Fürsorgepflichten gegenüber allen Beteiligten gewahrt?
- Ist gewährleistet, dass niemand unerträglich geschädigt oder gekränkt wird?

Frieden

- Ist die Maßnahme geeignet, Versöhnung konkurrierender Interessen zu stiften und eine Eskalation zu vermeiden?
- Ist die Maßnahme für alle Beteiligten nachvollziehbar erträglich?
- Kann ein Schaden, der entstanden oder zu erwarten ist, angemessen ausgeglichen werden?

Treue

- Bleibt die Maßnahme dem institutionellen Leitbild einer christlichen Organisationskultur treu?
- Ist gewährleistet, dass die Handelnden ihrem jeweiligen beruflichen Ethos treu bleiben können?
- Ist bei der Maßnahme gewährleistet, dass die Handelnden/die Entscheidungsträger ihren

persönlichen Überzeugungen treu bleiben können?¹⁹

Alle acht genannten Kriterien sind gleichgewichtig. Freilich müssen im Entscheidungsprozess die acht genannten Kriterien situationsbezogen abgewogen werden. Dieses Modell dient nicht dazu, mit Hilfe einer mathematisch exakten Gewichtung und Abwägung der Kriterien eine Entscheidung zu treffen. Vielmehr möchte das Entscheidungsverfahren helfen, nicht vorschnell Entscheidungen zu treffen, sondern sie mit Hilfe relevanter Kriterien und auf der Grundlage der eigenen kirchlichen Tradition zu bedenken. Und auch hier gilt: Modelle sind nicht zwanghaft abzuarbeiten, sondern sollen den eigenen Entscheidungsvorgang unterstützen und inspirieren. Höchstwahrscheinlich gibt es noch weitere kontextbezogenen Kriterien.

Erste Erfahrungen in der Anwendung bestätigen, dass dieses Modell in Entscheidungen unterstützen kann. Den Erfahrungen nach dauert die Durchführung einer Konferenz in der Regel 45 bis 65 Minuten. Die Struktur des Entscheidungsmodells scheint nachvollziehbar und verständlich zu sein und in Entscheidungssituationen zu mehr Klarheit und Sicherheit zu verhelfen. Man muss sich allerdings die Zeit für eine Konferenz nehmen; die Anwendung bedarf etwas Erfahrung. Die acht Kriterien erscheinen insgesamt als hilfreich, auch wenn sie kritische Nachfragen provozieren.²⁰

Der gesamte Entscheidungsvorgang kann auch aus einer spirituellen Perspektive beleuchtet werden. In einer Entscheidungssituation geht es darum, sich von den Dingen, Positionen und Gedanken berühren zu lassen. Gerade hier kann es hilfreich sein,

(...) den routinemäßigen Abwägungs- und Entscheidungsprozess bewusst zu »unterbrechen« und mich angesichts der konkreten Entscheidungssituation spirituell zu vergewissern, »wes Geistes Kind ich bin«, mich also ausdrücklich in eine »innehaltende« und »besinnende« Beziehung zu setzen zu dem, aus dem heraus – privat wie beruflich – ich handle und lebe und aus dem heraus ich dieses Handeln und Leben zu deuten, auszurichten und zu gestalten versuche.²¹

Freilich kann dies die Abwägung einer konkreten Entscheidungsfrage unter ökonomischen, fachlichen und weiteren Kriterien nicht ersetzen,

(...) kann aber auf ihre eigene Weise zur Orientierung beitragen und kann helfen, die konkret anstehende Entscheidung in einem größeren Zusammenhang zu sehen und sie in Verbindung zu bringen.²²

Anmerkungen:

¹ Dieser Artikel wurde erstmals veröffentlicht in Ehm, Simone/Giebel, Astrid/Lilie, Ulrich/Prönneke, Rainer (Hg.), *Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis*, Neukirchen 2016, 325-224. Dem Autor und dem Neukirchener Verlag wird hiermit für die Erteilung der Abdruckgenehmigung gedankt.

² Diese vier Themenfelder haben sich im Rahmen einer Erhebung im Projekt ‚Ethisch entscheiden im Management kirchlicher Einrichtungen‘ ergeben, das unter der Leitung des Deutschen Caritasverbands durchgeführt wurde.

³ Vgl. Rüegg-Stürm 2002.

⁴ Vgl. Schedler/Rüegg-Stürm 2013, 33-60 und 72.

⁵ A.a.O., 15f.

⁶ Rüegg-Stürm 2015, 3.

⁷ Schedler/Rüegg-Stürm 2013, 62f.

⁸ A.a.O., 82.

⁹ Vgl. Jäger 1992, 178.

¹⁰ Vgl. Höver 2015, 87.

¹¹ A.a.O., 99.

¹² Vgl. Rüegg-Stürm/Grand 2014, 159.

¹³ Höver 2015, 306.

¹⁴ Vgl. Deutscher Caritasverband 5/2015.

¹⁵ A.a.O., 3.

¹⁶ A.a.O., 4.

¹⁷ Vgl. Fischer 2015 (1), 165-176 und Fischer 2015 (2), 302-312.

¹⁸ Vgl. Jäger 1992, 178.

¹⁹ Deutscher Caritasverband 2015, 10f.

²⁰ Vgl. dazu Fritz/Fischer/Heinemann/Beuel (voraussichtlich Frühjahr) 2016.

²¹ Deutscher Caritasverband, 7/2015, 7.

²² Ebd.

Literatur:

Deutscher Caritasverband (Hg.), *Ethisch entscheiden. Leitfaden zur Einzelreflexion und für Konferenzen*, Freiburg 5/2015.

–, *Entscheidungsfindung und Spiritualität. Handreichung für Führungskräfte*, 7/2015.

Fischer, M., *Denken – Glauben – Orientieren. In einem theologisch fragenden Kontext*, in: ders. (Hg.), *Erkenntnis und Verantwortung. Anthropologische und theologische Bezugspunkte für das Gesundheitswesen*, Rheinbach 2015 (1), 165-176.

–, *Kirchliche Krankenhäuser in pluraler Gesellschaft. Hat die Theologie etwas beizutragen?*, in: *Stimmen der Zeit* 5/2015 (2), 302-312.

Fritz, A./Fischer, M./Heinemann, W./Beule, G. (Hg.), *Entscheidungen im Management christlicher Organisationen*, Freiburg (voraussichtlich Frühjahr) 2016.

Höver, H., *Entscheidungsfähigkeit in diakonischen Unternehmen. Eine St. Galler Management-Studie*, Münster 2015.

Jäger, A., *Diakonie als christliches Unternehmen. Theologische Wirtschaftsethik im Kontext diakonischer Unternehmenspolitik*, Gütersloh 1992.

Rüegg-Stürm, J., *Das neue St. Galler Management-Modell. Grundkategorien einer integrativen Managementlehre. Der HSG-Ansatz*, Bern 2002.

–, *Geleitwort*, in: Höver, H., *Entscheidungsfähigkeit in diakonischen Unternehmen. Eine St. Galler Management-Studie*, Münster 2015, 3f.

–/Grand, S., *Das St. Galler Management-Modell. 4. Generation. Einführung*, Bern 2014.

Schedler, K./Rüegg-Stürm, J., *Einführung*, in: Schedler, K./Rüegg-Stürm, J. (Hg.), *Multirationales Management. Der erfolgreiche Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen an die Organisation*, Bern 2013.

–, *Multirationalität und pluralistische Organisationen*, in: Schedler, K./Rüegg-Stürm, J. (Hg.), *Multirationales Management. Der erfolgreiche Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen an die Organisation*, Bern 2013, 33-60. 

Rezension

Von Prof. Dr. Michael Utsch, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen, Referat Psychologische Aspekte neuer Religiosität, Krankheit und Heilung, Lebenshilfemarkt, Sondergemeinschaften, Berlin

Simone Ehm, Astrid Giebel, Ulrich Lilie, Rainer Prönneke (Hg.), Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der in ärztlichen Praxis. Neukirchen 2016, 371 Seiten

Im Bemühen um eine individualisierte und personalisierte Medizin ist seit einigen Jahren auch die Einbeziehung existenzieller Fragen und spiritueller Bedürfnisse eines erkrankten Menschen in die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft gerückt. Pionierin für diesen Trend war die Palliativmedizin, wo heute im Leitlinienprogramm Onkologie ausdrücklich die spirituelle Dimension als ärztlicher Behandlungsauftrag mit aufgenommen ist. Astrid Giebel und KollegInnen haben in den letzten Jahren auf verschiedenen diakonischen Anwendungsfeldern der Pflege und Beratung ein Curriculum zur Verbesserung der existenziellen Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge installiert und Praktiker angeleitet, in ihrem Berufsalltag »geistesgegenwärtiger« vorzugehen. In dem nun vorliegenden Band *Geistesgegenwärtig behandeln – Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis* werden in 26 Beiträge Anregungen und Erfahrungen geliefert, wie Spiritualität als wichtige Dimension in der Sorge um Kranke in der ärztlichen Praxis nachhaltig erfahrbar gemacht werden kann.

Das Buch ist in sieben Abschnitte gegliedert: Grundlagen, Präventivmedizin, somatische Medizin, Psychosomatik, Palliativmedizin, Medizinethik und Organisationsentwicklung. Ein Praxisbericht von Patientengottesdiensten in Hamburg schließt mit einem mutmachenden Beispiel über das Zusammenwirken von Gesundheitswesen und Gemeinde diesen Band ab. Aus der Fülle der differenzierten Beiträge können hier nur einige Schlaglichter hervorgehoben werden. Welche Bedeutung hat Spiritual Care für Ärztinnen und Ärzte (Eckhard Frick), wie kann die heilende Kraft Zuwendung die Medizintechnik ergänzen (Giovanni Maio), wie können Ehrfurcht und Dankbarkeit zu einer Neubewertung einer schweren chronischen Erkrankung wie Multipler Sklerose führen (Arndt Büssing), wie können Ärzte einem Burnout vorbeugen (Martin Grabe), wie können demente Patienten geistesgegenwärtig behandelt werden (Albert Diefenbacher). Im Abschnitt über Organisationsentwicklung werden

u. a. Themen wie Gesundheitsgerechtigkeit (Hartmut Kreß), diakonische Unternehmenskultur (Beate Hofmann) und kirchliches Management (Michael Fischer) behandelt.

Neben renommierten Autorinnen und Autoren, die wichtige Übersichtsartikel verfasst haben, profitiert der Leser von den anschaulichen und zum Teil anrührenden Fallgeschichten, die bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen und Behandlungssituationen verdeutlichen, wie durch geistesgegenwärtiges Behandeln menschliche Würde zu leuchten beginnt, auch wenn keine schnellen Verbesserungen erzielt werden können. Der Leser wird mit hineingenommen in die existenziellen Bedürfnisse und die Sinnsuche von Kranken, ohne dass ärztlicherseits religiös aufgeladenen Heilsversprechen gemacht werden. Wohltuend deutlich werden die Grenzen medizinischen Handelns beschrieben, und ebenso deutlich wird immer wieder die Zusammenarbeit mit Seelsorgern empfohlen, um den ganzen Menschen als Körper-Seele-Geist-Einheit im Blick zu behalten.

Mit diesem Band werden auf unterschiedlichen medizinischen Anwendungsfeldern praxiserprobte Vorschläge und Beispiele geliefert, wie die spirituelle Dimension in der ärztlichen Behandlung und Begleitung von Patienten verankert werden kann. Den HerausgeberInnen gebührt große Anerkennung, weil sie voll ausgelastete ÄrztInnen zum Schreiben über ein Thema gebracht haben, das nicht zu ihrer beruflichen Kernkompetenz zählt. Diese Pionierarbeit bedarf jedoch der Weiterführung, weil die Auswahl der Beiträge eklektisch ist und manche medizinische Fachgebiete fehlen. Auch ein systematischer Entwurf, wie die Beziehungsdimension der Spiritualität in der medizinischen Behandlungstechnik mehr Beachtung findet und den Gesundungsprozess unterstützt, ist dringend überfällig.

Für die Pflegeberufe haben Astrid Giebel und ihr Team das Curriculum »DiakonieCare« (Neukirchen 2013) als Arbeitshilfe für Weiterbildungskurse vorgelegt, ähnliches Material gibt es auch für die Palliativmedizin (Margit Gratz, Traugott Roser: »Curriculum Spiritualität«, Göttingen 2016). Es wäre wünschenswert, ähnliche Formate auch für weitere ärztliche Fachgebiete systematisch zu entwickeln – der Band liefert wichtige Vorarbeiten und zahlreiche Anregungen dazu. 

Jahrgang 2015

- 39/15 – **Reformator, Ketzer, Judenfeind. Jüdische Perspektiven auf Martin Luther** (Evangelische Akademie zu Berlin) – 80 Seiten / 6,40 €
- 40/15 – **Abgeschlossen? Stand und Folgen der Aufarbeitung der Geschichte der Kirchen in der DDR** (Tagung an der Theologischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) 76 Seiten / 5,90 €
- 41/15 – **50 Jahre EKD-Ostdenkschrift**
36 Seiten / 4,10 €
- 42/15 – **Kirchenbilder – Lebensräume**
(3. Land-Kirchen-Konferenz der EKD; Beiträge der 2. Fachtagung zur Land-Kirchen-Konferenz)
76 Seiten / 5,90 €
- 43/15 – **Kirchenzugehörigkeit als Voraussetzung zur Begründung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses in der evangelischen Kirche**
(Fachtagung der FEST und des Kirchenrechtlichen Instituts der EKD) – 56 Seiten / 5,10 €
- 44/15 – **Flucht- und Migrationsursachen bekämpfen, nicht die Flüchtlinge – was können wir tun?**
(Füllkrug-Weitzel) **Kirche nach dem Sozialismus und vor dem Reformationsjubiläum** (Ueberschär)
»Verfilzte Dinge« **Wie evangelische Christen seit 1948 um eine verantwortliche Haltung zum Staat Israel und zum Nahostkonflikt ringen** (Gronauer)
32 Seiten / 4,10 €
- 45/15 – »... damit sie das Leben und volle Genüge haben sollen«. **Ein Beitrag zur Debatte über neue Leitbilder für eine zukunftsfähige Entwicklung**
(Eine Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung – Auszüge) – 44 Seiten / 4,60 €
- 46/15 – »Religiöse Atheisten« – **Ein neuer Trend?**
(Tagung der Evangelischen Akademie Hofgeismar und der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)
76 Seiten / 5,90 €
- 47/15 – **Sterbehilfe** (Debatte und Beschluss im Bundestag zur Neuregelung der Suizidbeihilfe)
32 Seiten / 4,10 €
- 48/15 – **Synodentagung 2015 (1)**
(Berichte, Beschlüsse) – 68 Seiten / 5,40 €
- 49/15 – **Synodentagung 2015 (2)**
EKD-Synode (Schwerpunktthema und Beschlüsse)
VELKD-Generalsynode (Schwerpunktthema)
48 Seiten / 4,60 €
- 50/15 – **Eröffnung des Themenjahres 2016**
»Reformation und die Eine Welt« und **Verleihung der Martin-Luther-Medaille 2015 in Straßburg**
32 Seiten / 4,10 €
- 51-52/15 – **Synodentagung 2015 (3)**
VELKD-Generalsynode (Bericht, Referat, Entschlüssen) UEK-Vollkonferenz (Bericht, Einbringungsreferat, Votum) – 52 Seiten / 5,10 €

Jahrgang 2016

- 1/16 – GKKE: **Rüstungsexportbericht 2015** –
78 Seiten / 5,90 €
- 2/16 – **Kinder, Medien, Religion – Medienhandeln und religiöse Sozialisation bei Kindern** (Evangelische Akademie Thüringen) – 44 Seiten / 4,60 €
- 3/16 – **Frieden kann nicht mit Waffen gewonnen werden** (Stellungnahmen und Äußerungen zum Einsatz der Bundeswehr in Syrien) – 36 Seiten / 4,10 €
- 4/16 – »... dem Frieden der Welt zu dienen«
(Abschlussstagung des Diskursprojekts der Ev. Akademien in Deutschland) **Am gerechten Frieden orientieren** (Fachgespräch der EKD zum Weißbuch-Prozess)
48 Seiten / 4,60 €
- 5/16 – **Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft** (41. Workshop Medizinethik) **Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft** – 48 Seiten / 4,60 €
- 6/16 – **Reformation und Israel – gestern, heute, morgen. Versuche einer protestantisch-israelischen Annäherung** (Tagung der Botschaft des Staates Israel in Berlin, der Evangelischen Akademie Sachsen-Anhalt, der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Investitions- und Marketinggesellschaft Sachsen-Anhalt) – 28 Seiten / 3,40 €
- 7/16 – **Neue Texte aus der Debatte über die Thesen von Professor Slenczka zum Alten Testament (1)** –
52 Seiten / 5,10 €
- 8/16 – **Neue Texte aus der Debatte über die Thesen von Professor Slenczka zum Alten Testament (2)** –
28 Seiten / 3,40 €
- 9/16 – »Allianz für Weltoffenheit« und andere **zivilgesellschaftliche Bündnisse für Flüchtlingschutz und Integration mit kirchlicher Beteiligung** –
28 Seiten / 3,40 €
- 10/16 – **Martin Luther und die Juden. Luthers Judenschriften und ihre Rezeption – Ein Projekt zum Reformationsjubiläum (1)** (Internationale Tagung vom 4.-6. Oktober 2015, Evangelisch-lutherische Landeskirche Hannovers, Deutscher Koordinierungsrat der Gesellschaften für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit, Evangelische Akademie Loccum, Buber-Rosenzweig-Stiftung der Gesellschaften für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit) – 64 Seiten / 5,40 €
- 11/16 – **Martin Luther und die Juden. Luthers Judenschriften und ihre Rezeption – Ein Projekt zum Reformationsjubiläum (2)** – 52 Seiten / 5,10 €

Gemeinschaftswerk der
Evangelischen Publizistik gGmbH
Verlag/Vertrieb
Postfach 50 05 50
60394 Frankfurt am Main

Jahrgang 2016

12-13/16 – **»Die SDGs – Weichenstellung für eine global nachhaltige Entwicklung? Herausforderungen für Kirche, Entwicklungszusammenarbeit und Politik«** (EKD-Forum der Projektstelle Diskurs Nachhaltige Entwicklung in Kooperation mit der Evangelischen Akademie Bad Boll) – 60 Seiten / 5,40 €

14/16 – **»Kirche mit Mission. Möglichkeiten der mittleren Leitungsebene«** (Konsultation der Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste im Verbund der Diakonie (AMD) – 72 Seiten / 5,90 €

15/16 – **Europa als Friedensmacht? Zwischen Sicherheitslogik und Gerechtem Frieden** (Theologische Studientagung der Konferenz für Friedensarbeit im Raum der EKD in Kooperation mit der Ev. Akademie Tutzing) – 64 Seiten / 5,40 €

16/16 – **»Reformation – Bildung – Transformation«. Beiträge zu einem ökumenischen Prozess (1)** (Dokumente der ersten Versammlung der »Twin Consultation«) – 68 Seiten / 5,40 €

17/16 – **»Das wird man wohl noch posten dürfen!? Alltagsrassismus und Demokratiefindlichkeit im Netz«** (Evangelische Akademie Thüringen) 36 Seiten / 4,10 €

18-19/16 – **Beiträge, Reden, Predigten aus der Kontroverse um den Wiederaufbau der Garnisonkirche in Potsdam** – 112 Seiten / 7,90 €

20/16 – **Siehe, ich will Neues schaffen. Erkennt ihr's denn nicht?** (EKD-Zentrum für Mission in der Region) 68 Seiten / 5,40 €

21/16 – **Gärtner – Mörder – Gott. Gott und der Ursprung des Bösen im Krimi** (Ergebnisse einer theologisch-literarischen Tagung der Evangelischen Akademie Frankfurt) – 32 Seiten / 4,10 €

22/16 – **»Der Herr lässt sein Heil kundwerden.« Christen und Juden als Zeugen der Treue Gottes – zur theologischen Frage der Judenmission** (Studientag der Evangelischen Kirche in Deutschland) 52 Seiten / 5,10 €

23/16 – **Von Gottesebenenbildlichkeit und anderen irritierenden Horizonten** (Theologische und religionspädagogische Reflexionen und Konzepte zur Bearbeitung gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit und Texte aus der gesellschaftlichen und kulturellen Praxis) 48 Seiten / 4,60 €

24/16 – **Erzähltes Leben: Auto-Biographien in interdisziplinärer Perspektive. Annäherungen an ein schillerndes Phänomen** (Tagung der Evangelischen Akademie Hofgeismar) – 52 Seiten / 5,10 €

25/16 – **80 Jahre NS-kritische Denkschrift der Bekennenden Kirche von 1936** – 28 Seiten / 3,40 €

26/16 – **Friedensgutachten 2016. »Fluchtursachen in den Fokus – Verantwortung übernehmen«** – 24 Seiten / 3,40 €

27/16 – **Atlas zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der evangelischen Kirche in Deutschland** (Konferenz der Frauenreferate und Gleichstellungsstellen in den Gliedkirchen der Evangelischen Kirche in Deutschland, Studienzentrum der EKD für Genderfragen in Kirche und Theologie) 60 Seiten / 5,10 €

28/16 – **Innovationswerkstatt Soziale Sicherung (mit Günter Wallraff)** – (Arbeitnehmerfachtagung 2016, Nürnberg – eine Tagung des Evangelischen Verbandes Kirche Wirtschaft Arbeitswelt) – 40 Seiten / 4,10 €

29/16 – **Social Talk 2015: »Am Wendepunkt? InnenPerspektiven der Sozialwirtschaft«** – (Tagung des Instituts für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft der Evangelischen Hochschule Darmstadt) – 72 Seiten / 5,90 €

30/16 – **»Christliches Glaubenszeugnis in der Begegnung mit Muslimen«** (Akademische Fachtagung an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal/Bethel) – 72 Seiten / 5,90 €

31/16 – **»Was willst Du, dass ich Dir tun soll?« Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis** (Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Diakonie Deutschland und der Akademie der Versorcherer im Raum der Kirchen) – 72 Seiten / 5,90 €

Der Informationsdienst
epd-Dokumentation
(ISSN 1619-5809) kann im
Abonnement oder einzeln
bezogen werden.
Pro Jahr erscheinen mindes-
tens 50 Ausgaben.

Bestellungen und Anfragen an:
GEP-Vertrieb
Postfach 50 05 50,
60394 Frankfurt,
Tel.: (069) 58 098-191.
Fax: (069) 58 098-226.
E-Mail: vertrieb@gep.de
Internet: <http://www.epd.de>

Das Abonnement kostet monat-
lich 28,25 € inkl. Versand (mit
Zugang zum digitalen Archiv:
32,95 €). E-Mail-Bezug im PDF-
Format 26,70 €. Die Preise für
Einzelbestellungen sind nach
Umfang der Ausgabe und nach
Anzahl der Exemplare gestaffelt.

Die Liste oben enthält den
Preis eines Einzel exemplars;
dazu kommt pro Auftrag eine
Versandkostenpauschale (inkl.
Porto) von 2,50 €.

epd-Dokumentation wird auf
chlorfrei gebleichtem Papier
gedruckt.