

→ 20. RELIGIÖSE PLURALITÄT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT: SCHNITTSTELLEN UND WECHSELWIRKUNGEN

ILARIO ROSSI

1. EINLEITUNG

Inanspruchnahme wissenschaftlicher Spitzenmedizin, Gespräche mit Psychologen und Seelsorgern, einige Stunden Lymphdrainage und Reflexotherapie, regelmässige Termine beim Neuropathologen, einmal wöchentlich Akupunktur, homöopathische Medikamente, Ayurveda-Massagen, Magnetismus bei einem Heilpraktiker und eine Reiki-Therapeutin: irrationales Delirium, kopflose Bastelei oder gar verzweifelter Versuch, Gegensätze zu versöhnen? Eher ein therapeutischer Weg in heutigen Zeiten – Ausdruck der zunehmenden Autonomie der Kranken auf der Suche nach einer angemessenen und situationsgerechten therapeutischen Lösung. Pflege und Aufbau des Körpers sind nicht die Domäne der Wissenschaft allein; Kranke bedürfen auch der Sinngebung. Dieser Problematik will das vorliegende Kapitel nachgehen: Teil 2 skizziert in allgemeiner Weise den Kontext unserer Überlegungen, d.h. die Verbindungen zwischen Medizin, Gesundheit und Gesellschaft inklusive Religion und Religionen. Teil 3 behandelt die Art und Weise, wie Religion und Spiritualität in einer neuartigen Weise innerhalb des Strebens nach Gesundheit auftauchen. In Teil 4 wenden wir uns der Seelsorgetätigkeit innerhalb der Spitäler zu und Teil 5 gibt einige Beispiele nichtkonventioneller und mit Spiritualität und Religion verbundener Heilmethoden.

2. DER KONTTEXT: GESELLSCHAFT, MEDIZIN UND MEDIZINISCHER PLURALISMUS

2.1 Nur eine Gesundheit?

Im Jahr 1946, dem Jahr ihrer Gründung, definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen »Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens«; diese Definition hat seither keinerlei Änderungen erfahren. Gesundheit ist mithin nicht bloss die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen; vielmehr verweist sie auf die Notwendigkeit, die Deckung der Grundbedürfnisse einer Person sicherzustellen, damit sie ihren Lebensentwurf unter den bestmöglichen Voraussetzungen und gemäss ihrem eigenen Referenzsystem erarbeiten kann. Hier nun zeigt sich in aller Deutlichkeit die Re-

lativität der Begriffe »Gesundheit« und folglich auch »Krankheit«, so sehr sind sie in Raum und Zeit von sozialer und kultureller, wirtschaftlicher und politischer Diversität geprägt.

Als Zeugen und Akteure zugleich nehmen wir heute wahr, wie sich unter dem Druck des Globalisierungsprozesses eine neue Dynamik der Wechselbeziehungen zwischen Menschen und Gesellschaften entwickelt. Parallel dazu intensiviert sich der weltweite Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen, und es vollzieht sich dank einer zunehmend multikulturellen, von Sinn- und Wertevielfalt geprägten Gesellschaft ein eindrücklicher Paradigmenwechsel. Insofern bezieht sich auch in der Schweiz die Gesundheit auf ein mannigfaltiges »Sagen« und »Machen« mit Blick auf Körper und Person. Gesundheit und Krankheit sind mithin in der Mehrzahl zu denken und lassen so die sie definierenden Logiken in ein Mosaik unterschiedlicher Ausdrucksformen aufbrechen – Spiegelung einer vielfältigen Realität. Damit zeichnet sich das ab, was wir medizinischen Pluralismus nennen, nämlich die Koexistenz mehrerer therapeutischer Ansätze innerhalb ein und derselben Gesellschaft (Schmitz 2006). Dieser Pluralismus hat im Wesentlichen zwei Pole: Der eine ist der wissenschaftlichen Medizin und der andere der nichtkonventionellen Medizin und Pflege zugeordnet.

2.2 Die wissenschaftliche Medizin

Den einen Pol bildet die wissenschaftlich-universitäre Medizin samt den sie begleitenden professionellen Kompetenzen von Pflegenden, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Laborantinnen und Laboranten sowie Psychologinnen und Psychologen. Von einer einzigen Medizin zu sprechen, käme indes einer Vereinfachung gleich, sind doch die medizinischen Interventionen in mehrere Spezialgebiete unterteilt – namentlich Hausarztmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, Gynäkologie, Pädiatrie, Gerontologie, Palliativpflege. Jedes dieser Spezialgebiete erarbeitet sich einen eigenen Zugang zum Körper, zum Menschen und zu dessen Umwelt und bietet die entsprechenden Interventionsstrategien an. Die Aufteilung der ärztlichen Tätigkeit in Einzelbereiche zeugt mithin von einer Vielfalt von Bezügen und Praktiken innerhalb desselben Berufs. Alle diese Ansätze sind rechtlich sanktioniert und bilden ein organisiertes, politisch, wirtschaftlich und sozial legitimiertes institutionelles System. Dieses System wiederum beruht auf einer von Universitäten oder Hochschulen erteilten akademischen Ausbildung; angewendet wird es insbesondere in öffentlichen Spitälern und in Privatpraxen. Innerhalb dieses Rahmens unterwirft die Medizin ihre Praktiken der strikt medizinischen Argumentation, die ihrerseits unter dem Ein-

fluss einer als Modell und Richtschnur verstandenen Wissenschaft steht. Auf dieser Basis konnte sie sich Schritt für Schritt ein positives und anerkanntes Wissen über den menschlichen Körper und dessen Verfassung sowie über den angemessenen Austausch zwischen Arzt und Patient erarbeiten. Sie versteht sich mithin als eine empirische, auf diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen beruhende Disziplin; parallel dazu bedient sie sich der Technik, die ihrerseits als effiziente Anwendung der Wissenschaft begriffen wird.



Abbildung 1: Besuch einer Spitalsseelsorgerin am Krankenbett
Quelle: © Margarete Garlichs, 2005

So definiert sich denn das Konzept »Gesundheit« auf der Basis der Ge- wissheiten von Biomedizin und Epidemiologie (Forschung zur Entste- hung und Behandlung von Krankheiten). Lange Zeit einem biologisti- schen Körperverständnis und der Vorstellung eines optimal funktionie- renden Körpers verpflichtet, öffnet sich die wissenschaftliche Medizin

inzwischen Überlegungen systemischer Art; dieser als solcher bezeichnete systemische Ansatz bezieht Körper, genetisches Profil, Psyche, Emotionen, soziale, kulturelle, wirtschaftliche und ökologische Umwelt, Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen, aber auch den Zugang zu Pflege und Behandlung mit ein. Aus dieser Sicht ist die Dynamik, mit der sich die Medizin in unserer Gesellschaft durchgesetzt hat – wir sprechen auch von der »Medikalisierung der Gesellschaft« –, an die schrittweise Ausweitung ihrer wissenschaftlichen Kenntnisse, professionellen Kompetenzen und institutionellen Organisation gekoppelt; unser Leben untersteht je länger, je mehr dem Blick und der Kontrolle der Medizin, und zwar nicht blass im Zusammenhang von Krankheit und Leiden, sondern auch im Zusammenhang von Geburt und Fortpflanzung, Alter und Tod (Rossi 2005).

2.3 Medizinische Heterodoxien

Am anderen Pol des medizinischen Pluralismus stehen unterschiedliche, sich ergänzende Netzwerke ohne wissenschaftliches Referenzsystem; unter diese Heterodoxien (»abweichende Lehren«) fassen wir Disziplinen, Wissensbestände und althergebrachte wie neue Praktiken, deren kombinierter Einsatz das Grundschema einer holistischen oder ganzheitlichen Medizin bildet – der Begriff »holistisch« stammt aus dem Griechischen und verweist auf das Ganze, auf die Ganzheit. Diese ganzheitlichen Zugänge stehen im Gegensatz zu einem reduktionistischen (engführenden) Wissen, das sich an sektoriellen, beispielsweise auf die Körperteile fokussierten Kenntnissen orientiert. Diese Medizin- und Pflegepraktiken werden unter ganz unterschiedlichen Bezeichnungen zusammengefasst: Parallel-, Natur-, Alternativmedizin, sanfte Medizin; in der Schweiz sprechen wir von »Komplementärmedizin«, innerhalb der Europäischen Gemeinschaft von »nichtkonventioneller Medizin«. Charakterisieren lässt sie sich anhand einer Typologie, die zwischen nichtwestlicher Medizin und Pflege, nichtkonventioneller Medizin und Pflege sowie Volksheilkunde unterscheidet.

Aufgrund ihrer philosophischen und religiösen Implikationen können die Spielarten der nichtwestlichen traditionellen Medizin nicht als autonome Disziplinen betrachtet werden. Für sie gehören Leben und Tod sowie Gesundheit und Krankheit demselben Kontinuum an, wie sich an der indischen Ayurveda-Medizin (Hinduismus), der tibetischen Medizin (Buddhismus) oder der chinesischen Medizin (Taoismus) un schwer ablesen lässt. Deshalb betrachtet diese Medizin eine besondere Lebensqualität und spezifische Präventionsmassnahmen – Nahrung, Fasten, Meditation, Übungen zur psychophysiologischen Integration

oder auch Verfahren zur körperlichen und mentalen Reinigung – als die höchsten Pluspunkte für Gesundheit. Ihr Hauptzweck ist mithin die Förderung eines idealen Gesundheitszustands; definiert wird dieser Zustand nicht ausschliesslich als Gleichgewicht und optimales Funktionieren des Körpers, vielmehr auch als Zustand des Glücks, der Erkenntnis und der Selbstverwirklichung. In dieser Perspektive weist nicht nur die Krankheit als Ursache spezifische Symptome auf, vielmehr ist sie auch selbst das Symptom einer gestörten Beziehung zur Welt.

Die aus unserer Kultur hervorgegangene nichtkonventionelle Medizin ihrerseits bietet häufig sanfte Behandlungstechniken an, die darauf abzielen, die Leistungsfähigkeit des Körpers einer Person oder deren körpereigenes Abwehrsystem zu stärken. Sie begreift sich als Reaktion auf die als technizistisch und nicht selten inhuman angeprangerten Tendenzen der wissenschaftlichen Medizin. Von einigen wenigen Ausnahmen (etwa der Homöopathie) abgesehen, beruhen die meisten dieser Ansätze – namentlich Sophrologie, Naturopathie (Naturheilkunde), Osteopathie, Shiatsu, Reiki, Reflexologie (Fussreflexzonentherapie), Hypnose – auf Formen eines kulturellen Synkretismus, der aus den Wissensbeständen anderer Kulturen schöpft und sie für das heutige westliche Zielpublikum neu aufbereitet. Jeder dieser Ansätze stützt sich auf eine spezifische Ausbildung und auf unterschiedliche Erklärungstheorien, gemeinsam ist ihnen das Streben nach sozialer Anerkennung.

Die Volksheilkunde hingegen ist seit alters her bekannt. Sie ist Ausdruck ländlicher und mündlicher Kulturen und orientiert sich an Praktiken ohne theoretisches Fundament. Ganz im Gegenteil, ihre Praktiker – Gliedereinrenker, Gesundbeterinnen, Heilpraktiker, Hexen – greifen häufig auf Glaube und im Volk verankerte Überzeugungen als therapeutische Wirkfaktoren zurück; im Besonderen erheben sie Intention und Intuition zur erfahrungsgestützten Triebfeder ihres Vorgehens. Sie konkretisieren ein bestimmtes Bild des Heiligen (*le sacré*), obwohl ihre Präsenz von offiziellen religiösen Instanzen häufig verurteilt wird.

Bislang hat keiner dieser Ansätze rechtliche Anerkennung erlangt. Obwohl in unserer Gesellschaft stark verbreitet, werden sie im Rahmen der Krankengrundversicherung (KVG) nicht anerkannt, und zwar mit der Begründung, es fehle ihnen die wissenschaftliche Gültigkeit.

2.4 Religionen und Spiritualität in der Gesundheitswelt

Dieser Überblick erfasst keineswegs sämtliche Sektoren unserer Gesellschaft, die in Wechselwirkung mit dem Gesundheitsbereich stehen. Fast jede Religion befasst sich ausdrücklich mit menschlicher Kontingenz (Unvorhersehbarem, Zufall), mit Unglück und Krankheit. Wer sich

davon überzeugen will, werfe einen Blick auf die zahlreichen religiösen Praktiken, die zugleich Suchverfahren für Gesundheit und Heilung sind – Wallfahrten, Wunderquellen, als Heilige verehrte Heiler, Handauflelung, auf dem Volksglauben basierende Behandlungen. Diese Praktiken haben die Jahrhunderte durchlaufen und sind Teil unserer Gegenwart: Noch heute stossen wir überall in der Welt auf sie (Lautman/Maître 1995; Benoist/Massé 2002). Mit dem religiösen Bezug ist auch ein »Sinnzuschuss« in ganz bestimmten Situationen, wie etwa Leiden, Schmerz und Tod verbunden. Daran gekoppelt ist nicht selten die Hoffnung auf eine zu erzielende Wirkung. Man erwartet, dass derartige Zustände auch kraft der Religion gelindert, ja geheilt werden können.

Damit weisen sich die Religionen nicht bloss als Ort einer Pädagogik des Heilens aus, vielmehr wurzeln sie in einer eigentlichen Pädagogik des Lebens, gezeichnet von Zufall und Unergründlichkeit des Todes. Je nach Raum und Zeit unterscheiden sich die Beispiele, verweisen aber gleichwohl auf einen gemeinsamen Bezugspunkt: die Sorge, den Sinn des Lebens zu ergründen, die Lebensetappen auszuleuchten – also Antworten auf die *conditio humana* zu formulieren.

3. GESUNDHEIT, MEDIZIN UND RELIGIONEN: NEUE KONSTELLATIONEN

3.1 Grenzen der wissenschaftlichen Medizin und Gesundheit

Die Entwicklung der heutigen wissenschaftlichen Medizin sieht sich mit einem Sättigungseffekt konfrontiert. Die Medizin wird indes nicht etwa deshalb in Frage gestellt, weil sie sich verändert hätte, sondern weil sich ihr soziales und kulturelles Umfeld gewandelt hat. Aufgrund ihrer Position neigt die zeitgenössische wissenschaftliche Medizin dazu, die Gesundheit zum Super-Wert, zum Zweck an sich zu erheben. Die dergestalt zur Verwalterin des Lebens selbst sich aufschwingende Medizинwissenschaft sagt, welcher Sinn dem Leben beizumessen sei. Als Folge davon birgt das Verhältnis des Individuums zur Medizin – und durch sie zu Wissenschaft, Technik, Expertentum, politischer Entscheidungsfindung – zunehmend Konfliktpotenziale. Im Übrigen hat ein Teil der Bevölkerung, der dem eigenen Wohlbefinden wachsende Aufmerksamkeit schenkt, den Begriff des Rechts auf Gesundheit verinnerlicht und besteht auf Kontrolle und Aneignung dessen, was bislang strikt der medizinischen Autorität unterstellt war. Mit dem Aufkommen dieses neuen Gesundheitsbewusstseins wird die Definition von Gesundheit vielgestaltig und ist gekennzeichnet durch Überschneidungen von Wissenschaft und Moral, von Wirtschaft und Humanität, von Vernunft und

Glaube, von Recht und Hilfsbereitschaft (*caritas*), von Öffentlichkeit und Privatsphäre. Dieses Feld ist inzwischen von der Zivilgesellschaft lückenlos besetzt. Hier nun hat die Medizin ihre eigenen Fundamente und Zielsetzungen zu überdenken. Und so muss sich denn der Arzt des 21. Jahrhunderts die Frage nach seinem Auftrag stellen. Er darf die neuen Fragestellungen und die neuen Allianzen nicht einfach ausblenden, etwa das wachsende Interesse am Menschen, das namentlich in den wissenschaftlichen und nichtreligiösen Bezügen der Sozial- und Humanwissenschaften zum Ausdruck kommt, wie auch die Offenheit für theologisches und spirituelles Wissen (Stulz 2004).

3.2 Einbruch des Religiösen und des Spirituellen in die Gesundheit

In der Schweiz von heute zeigen mehrere soziale Indikatoren – unter der zugewanderten wie der einheimischen Bevölkerung – Verbindungen zwischen Gesundheitspraktiken, Religionen und Spiritualität an.

Ein Grossteil der hier lebenden Immigranten kennt und anerkennt den Stellenwert des Heiligen und des Ahnenkults in den Heilungsritualen. Vielfach nämlich implizieren traditionelle Heilmethoden, dass irdische Heilpraktiker eine göttliche Medizin anwenden und göttliche Praktiker in die irdische Medizin eingreifen. Ein weiteres, gut dokumentiertes Faktum sind die im Aufwind befindlichen »heilenden Kirchen«, vorab evangelikaler oder pfingstlicher Provenienz. Indem sie sich offen auf den Glauben beziehen, erarbeiten sie Dynamiken der Selbstkonstruktion, der Hinwendung zum Anderen und zur Welt, die mehr und mehr auf Körperwahrnehmung abheben. Erwähnt seien auch Wunderglaube und Vermittlungen heilbegabter Personen; beides hat im Alltag einer nicht unbedeutenden Anzahl Menschen seinen Platz. Zu beobachten ist weiter ein medizinischer Pluralismus samt seinen Rückwirkungen auf das Spektrum der Körpervorstellungen. Mit zu den sichtbarsten Ausdrucksformen dieser Vielfalt gehören auch Strömungen im Umkreis alternativer Spiritualität (vor einigen Jahren wohlbekannt unter dem Begriff New Age; vgl. Kapitel 15). Mehrere ausgesprochen verschiedenartige Praktiken gehen direkt oder indirekt auf diese Bewegung zurück: *channeling*, neoschamanistische Strömungen, transzendentale Meditation und zahlreiche psychophysische Ansätze. Wir haben es hier mit einem Ensemble von Glaubensüberzeugungen und Praktiken sowohl therapeutischer als auch religiöser, ästhetischer, ethischer, politischer und ökologischer Natur zu tun (Benoist/Massé 2002).

3.3 Medizin und neue religiöse Vielfalt

Eine der wichtigsten gegenwärtigen Herausforderungen der Medizin liegt darin, das Vorhandensein anderer medizinischer Wissensbestände und medizinischer Behandlungen, anderer Zugänge zu Schmerz und Leiden zur Kenntnis zu nehmen. Unumgänglich ist diese veränderte Wahrnehmung gerade deshalb, weil häufig eine Kluft zwischen medizinischen Verordnungen und Praktiken einerseits und dem therapeutischen Weg der Patienten andererseits besteht. Das therapeutische Verhalten des Kranken ist immer davon abhängig, welche Interpretationslogik er übernimmt. Diese kann religiöse Elemente beinhalten. Wer medizinische Behandlungen in Anspruch nimmt – sei er bzw. sie hier geboren oder eingewandert –, für den bzw. die ist der Umgang mit Krankheit höchstwahrscheinlich von einer Vielfalt von Formen und Wissensbeständen geprägt, und in dieser Vielfalt ist der Platz des wissenschaftlich-medizinischen Angebots durchaus relativ. Denn die Bezugsrahmen sind keineswegs einheitlich: Für einen Zeugen Jehovas sind Bluttransfusionen inakzeptabel und werfen ethische Probleme auf; für eine muslimische Patientin kann die Intimsphäre in ungebührlicher Weise berührt sein, wenn sie von einem Arzt und nicht von einer Ärztin behandelt wird; für einen Buddhisten dürfen technische Eingriffe nicht auf die spirituelle Dimension übergreifen.

Auch im Angesicht des Todes besteht ein Bezug zwischen den Bedürfnissen eines Patienten, seinen Überzeugungen und seinem Glauben. Die Waschung der verstorbenen Muslime bzw. der Muslimas darf traditionellerweise nur durch eine dafür eigens ausgebildete Person gleichen Geschlechts und gleichen Glaubens durchgeführt werden. Eine Autopsie der verstorbenen Person wird sowohl von Muslimen wie auch von Buddhisten und Hindus meist als Störung der Totenruhe abgelehnt und ist nur in Ausnahmefällen erlaubt, z.B. aus gerichtsmedizinischen Gründen.

Das Bedürfnis nach Spiritualität, als Raum der Ritualisierung des Lebens gerade auch in seinen entscheidenden Momenten, wird durch den medizinischen Eingriff also nicht einfach in nichts aufgelöst.

Um diese neu zu beobachtenden Wechselwirkungen anzugehen, behandeln wir in den nächsten beiden Teilen einerseits die Öffnung der wissenschaftlichen Medizin auf Religionen und Spiritualität hin (konkret die institutionelle Einführung der Spitalseelsorge), andererseits die Suche nach Spiritualität innerhalb des medizinischen Pluralismus sowie das Aufkommen der Heilungsreligionen. Eines eigenen Beitrages würde es bedürfen, im Weiteren die Thematik neuer religiöser Vielfalt im konkreten Krankenhausvollzug, d.h. den Umgang mit christlichen und nicht-

christlichen Patienten, darzustellen. Dieses muss hier jedoch unterbleiben.

4. SPITALSEELSORGE UND SPIRITUELLE KLINIKEN

4.1 Anfänge der Spitalseelsorge

Bis Mitte des 19. Jahrhunderts beruhte der Gesundheitsbereich im Wesentlichen auf dem Prinzip der christlichen Wohltätigkeit (*caritas*) und auf der ständisch geprägten Gelehrtenmedizin. Erst zu jener Zeit setzte das ein, was gemeinhin als die Säkularisierung von Medizin und Pflege bezeichnet wird. Diese Entwicklung ist gekoppelt an das Aufkommen des wissenschaftlichen Paradigmas und dessen Institutionalisierung in Spitälern und Krankenhäusern. Die aktuelle Einbindung der »Spitalseelsorge« oder »pastorale hospitalière« verweist so Medizin und Pflege auf die komplexe Ausgangslage, aus der sie hervorgegangen sind.

Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts nimmt die westliche Welt eine der Hauptkonsequenzen der in unserer Gesellschaft grassierenden Abwehrhaltung gegenüber dem Tod vermehrt zur Kenntnis, nämlich ihre zunehmende Einengung auf die Sphäre des medizinischen Systems. Dort aber ging es mehr darum, gegen das Sterben eines Patienten anzugehen, als das Kommen des Todes vorzubereiten. Die Folge davon waren lebenserhaltende Massnahmen um jeden Preis. Hier nun setzte eine ethische Reflexion über das Leiden der Kranken und deren Angehörigen ein. Den Tod resozialisieren und alles vorkehren, damit Sterben in Ruhe und Gelassenheit geschehen kann – dies sind, in groben Zügen, die Überlegungen, die am Ursprung der Einrichtungen der Palliativpflege stehen. Palliativpflege zielt darauf ab, eine Ethik des Sterbens zu begründen, die Lebensqualität und Bewahrung des Lebens vereint. Hier spielt christliche Religiosität eine gewisse Rolle, namentlich bezüglich der Motivation und der Zielsetzungen mancher Professioneller.

Die eigentliche Einbindung von Palliativpflege-Einheiten in den institutionell-universitären Rahmen geht auf die 90er Jahre zurück; aber erst im September 2006 wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne der erste diesem Thema gewidmete Lehrstuhl eingerichtet. Die entsprechenden Teams allerdings sind seit langem aktiv. Ihnen gehören ein Arzt, mehrere Pflegende, ein Psychologe oder ein Psychiater, eine Sozialarbeiterin, ein Seelsorger sowie Freiwillige an; diese Teams kümmern sich nicht bloss um medizinische Behandlungen, psychologische Unterstützung und soziale Belange, vielmehr konzentrieren sie sich auch auf die spirituelle Dimension. Dieses neue Know-how zielt darauf ab, eine von allen geteilte, fachbereichsübergreifende

und interdisziplinäre professionelle Kultur aufzubauen und zugleich die Fachkompetenzen der Einzelnen zu stärken. Doch das Auftauchen neuer Akteure, etwa der Spitalseelsorgerinnen und Spitalseelsorger, und die nicht unbedingt vorhandene Akzeptanz spiritueller Zuschüsse, lösten Mechanismen zur Verteidigung der traditionellen Vorrechte aus. Davon zeugen die heftigen Diskussionen um die Einbindung von Palliativpflege-Einheiten in ein auf die therapeutische Medizin verpflichtetes Milieu.

4.2 Der Auftrag der Spitalseelsorge

Im Zuge der aufkommenden Palliativpflege tritt nach und nach die Spitalseelsorge auf den Plan. Seelsorge im Spitalmilieu hat den Auftrag, im Namen des Evangeliums den Dienst am Nächsten in den Pflegeinstitutionen zu versehen. Ihre Rechtfertigung findet diese Präsenz darin, dass das zeitweise Leben in einem Hospital für den Patienten häufig eine Krisensituation darstellt, eine Konfrontation mit seinen Grenzen, seiner Schwäche und vielleicht gar seinem Tod. Für viele ist es eine Zeit intensiven Nachdenkens und Fragens. Deshalb steht die individuelle Begegnung mit der im Krankenhaus liegenden Person für die Spitalseelsorgerinnen und -seelsorger im Zentrum ihrer Tätigkeit. Dies setzt eine Zusatzausbildung voraus, genannt klinische Seelsorge oder *Clinical Pastoral Training (CPT)*.

Die Pädagogik der klinischen Seelsorge beruht im Wesentlichen auf der Förderung des Dialogs mit allen Menschen unter Respektierung sämtlicher Religionen und Formen von Spiritualität. Ausgehend von den im Spital anzutreffenden menschlichen Problemen verleiht sie der Ökumene neue Impulse; zugleich fördert sie die Zusammenarbeit der im Gesundheitsbereich und im kirchlichen Bereich tätigen Fachleute. In diesem Sinne sind die Seelsorger Partner des Spitalpersonals und beteiligen sich, indem sie die spirituelle Unterstützung in die Gesamtpflege einbringen, an der Patientenbetreuung.

So bedeutet denn Spitalseelsorge nicht so sehr ökumenische oder im engeren Sinne christliche Arbeit als vielmehr Offenheit für die Begleitung im Spannungsfeld zwischen der Krise des Religiösen und der vom Patienten angestrebten spirituellen Autonomie. Zudem kann sie strukturierende Momente in den Spitalalltag hineinragen, etwa Rituale, Sakramente und Feiern, die den Teilnehmenden wie dem spezifischen Ort angepasst sind. Kennzeichen der Arbeit ist ein interkonfessioneller, für jegliche spirituelle Dimension offener Geist. Insbesondere in der Konkretisierung einer »spirituellen Klinik« (Rochat 2005) finden die

Seelsorger ihre Legitimität als Akteure im Pflegemilieu. Insofern hat Spiritualität, verstanden als ein Faktor spezifischer Kohärenz, Vorrang vor der Religion. Dies wiederum wirft Probleme auf: Die Spitälselssorge sieht sich einer stärker spirituell denn religiös gefärbten Nachfrage gegenüber, löst sich aus der ökumenischen Verwurzelung und setzt eher auf einen weitgehend durch Psychologisierung des Spirituellen geprägten Zugang.

4.3 Merkmale der Spitälselssorge

Die Integration der Spitälselssorge in die verschiedenen Universitäts-spitäler der Schweiz spiegelt die vielfältigen institutionellen und kantonalen Realitäten wider, ist folglich keineswegs einheitlich und reicht von punktueller Zusammenarbeit bis zu struktureller Einbindung.

Nach seiner Gründung im Jahr 1982 entstand am Universitätsspital Lausanne die erste Spitälselssorge-Einheit mit einem von Angestellten des Staates erbrachten, in das Spital integrierten Angebot. Mit der 1988 erfolgten Einrichtung einer Zusatzausbildung in klinischer Seelsorge wurde die Grundlage für die Professionalisierung der Akteure geschaffen. Parallel gewährleistet die Spitälselssorge-Einheit die Weiterbildung von Pflegenden und medizinischem Personal. Sie hat zudem die Netzwerkarbeit mit nichtchristlichen Religionen und spirituellen Strömungen aufgebaut und ein interkonfessionelles Konzept erarbeitet. In ihrem Vorstand haben katholische und protestantische Mitglieder Einsitz, nichtchristliche Vertreter fehlen hingegen bislang.

Am Universitätsspital Genf verfügen die protestantische und die römisch-katholische Kirche je über eine eigene Spitälselssorge-Einheit. Geregelt werden die Beziehungen zwischen den Seelsorge-Einheiten und dem Genfer Universitätsspital in einem im Jahr 2000 überarbeiteten »Partnerschaftsabkommen«; dieses legt den Rahmen der Seelsorgetätigkeit fest. Zwei weitere Abkommen wurden 1995 mit der griechisch-orthodoxen Kirche und der Israelitischen Gemeinde in Genf unterzeichnet; diese beiden Institutionen haben aber keine eigene Seelsorge-Einheit, sondern lediglich Vertreter. Das Personal wird im Wesentlichen von der entsprechenden Kirche bzw. Gemeinde entlohnt, wobei das Spital Räume und Material zur Verfügung stellt und einen kleinen finanziellen Beitrag leistet.

Am Universitätsspital Bern (Inselspital) ist die Spitälselssorge, anders als in der übrigen Deutschschweiz, ebenfalls in die Spitäleinrichtung integriert. Diese stark ökumenisch ausgerichtete Einheit vertritt oder versammelt sämtliche christlichen Konfessionen und ist offen für

die Zusammenarbeit mit weiteren religiösen oder spirituellen Strömungen. Ihr Personal besteht aus reformierten und katholischen Theologen mit einer Zusatzausbildung in Spitalseelsorge.

Am Universitätsspital Basel werden die Dienstleistungen mehrheitlich von den Kirchen und zu einem geringen Teil vom Staat finanziert. Das Spital stellt Räume und Material zur Verfügung. Es handelt sich also um eine gemischtfinanzierte Struktur. Den evangelischen und katholischen Patienten wird ein ökumenischer Gottesdienst angeboten.

Am Universitätsspital Zürich existieren zwei Spitalseelsorge-Einheiten. Wie in den anderen Spitaleinrichtungen betreut auch hier die evangelisch-reformierte Kirche und die römisch-katholische Kirche je eine Einheit. Der Finanzierungsmodus ist extern und differenziert. Sämtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger verfügen über eine Zusatzausbildung in spiritueller Begleitung, *Clinical Pastoral Training*. Patienten, die keiner der beiden oben erwähnten Kirchen angehören, werden ermuntert, um die von ihnen gewünschte spirituelle Begleitung nachzusuchen.

5. RELIGIONEN UND SPIRITUALITÄT ALS THERAPEUTISCHE WIRKFAKTOREN

Der heterodoxe Pol des medizinischen Pluralismus umfasst mehrere Therapieformen spiritueller oder religiöser Art. Anhand der folgenden Beispiele sollen Spielarten neuer Gesundheitspraktiken veranschaulicht werden.

5.1 Reiki

Reiki ist eine Methode der Naturheilung und Energie-Harmonisierung. Die von Mikao Usui in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelte »Technik« stammt aus Japan. Die Bezeichnung Reiki setzt sich aus zwei Wörtern bzw. japanischen Schriftzeichen zusammen: *Rei* (universal, Transzendenz) und *Ki* (Energie). Die Prinzipien des Reiki basieren im Wesentlichen auf der therapeutischen Wirkung des Handauflegens. 1950 in den USA und in den 90er Jahren in Europa in Erscheinung getreten, ist Reiki heute im Westen weit verbreitet, und es sind verschiedene Schulen entstanden. Die Reiki-Ausbildung ist nicht einheitlich und dauert in der Regel acht Tage. Im amtlichen Telefonverzeichnis der Schweiz sind heute mehr als 250 Reiki-Praktizierende aufgeführt. Reiki wird als Technik der Kanalisierung von Lebensenergie angepriesen; Ziel ist die Stärkung der physischen, psychoaffektiven und spirituellen Selbstheilungskräfte. Reiki ist weder vom Bund noch von den Kantonen als Ge-

sundheitsberuf anerkannt. Zugelassen werden die Reiki-Therapeuten von den Berufsorganisationen der alternativen Therapeuten, etwa der Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin (ASCA), dem Erfahrungsmedizinischen Register (EMR) und der Association Romande des Thérapeutes (A.R.T.).



Abbildung 2: Eine Reiki-Behandlung

Quelle: © Philippe Moser, 2005

5.2 Neoschamanismus

»Schamanismus« ist ein sehr allgemeiner Begriff und bezeichnet mehrere Kulturen in Asien und Amerika. Er benennt ein kulturelles System, das auf einem als polytheistisch zu qualifizierenden Weltbild beruht. Als Folge der Wechselbeziehung zwischen den Menschen, den Ahnen und den Geistern empfängt die diesseitige Welt (Hierwelt) ihre Sinngebung aus der jenseitigen Welt (Anderswelt). Die Kommunikation zwischen diesen beiden Welten ist möglich; die Vermittlung geschieht durch Schamanen mittels Trancetechniken. Aus der Komplementarität (Entsprechung) der Hierwelt und der Anderswelt ergibt sich ein nicht-anthropozentrischer Status des Menschen. Als eine in den alten Mythologien verankerte mündliche Kultur wertet der Schamanismus die Erfahrung als Quelle der Erkenntnis auf.

Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts trägt der aufkommende Neoschamanismus zur Entstehung neuer Mythologien innerhalb der westlichen Gesellschaft bei. Die Prinzipien des Neoschamanismus beruhen auf der Auffassung, dass es eine allen Schamanen gemeinsame

Praxis gebe – die spirituelle Reise hinter unsere alltägliche Wirklichkeit – und dass jeder Mensch die Möglichkeit zu dieser schamanischen Reise in die nichtalltägliche Wirklichkeit hat. Die Bücher Carlos Castanedas und anderer popularisierten diese Idee. Aus dieser Auffassung heraus hat der amerikanische Anthropologe Michael Harner, nachdem er selbst Schamane geworden war, den »Core Shamanism« (auch Basis- oder Kern-Schamanismus genannt) entwickelt, eine von ihm vorgenommene Bestimmung der Schlüsselmethoden der verschiedenen Traditionen. Nach aussen tritt der Schamanismus mit Vereinen oder Stiftungen auf. In der Schweiz am bekanntesten ist die »Foundation for Shamanic Studies«. Ihr Ziel ist es, den Schamanismus zu erforschen, zu lehren und zu bewahren. Angeboten werden Praktika, Ausbildungen, Seminare sowie rituelle Arbeit namentlich in den Bereichen Rückholung von Kraft und Energie, Suche nach Antworten, Rückholung der Seele. Die heutige Legitimität dieser Praktiken liegt mithin in der Erneuerung des Selbst und der persönlichen Entwicklung; es geht darum, körperliches Wohlbefinden, seelische und moralische Entfaltung mit der Förderung des Spirituellen zu verbinden.

5.3 Anthroposophische Medizin

Die Anthroposophie definiert sich als eine Praktik personeller und sozialer Veränderung, mit deren Hilfe spirituelle Suche und Engagement im Alltagsleben, Entfaltung des Selbst und Entwicklung der Welt versöhnt werden sollen (vgl. auch Kapitel 14). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wandte Rudolf Steiner, der Begründer der Anthroposophie, diese Praktik auf Pädagogik und Landwirtschaft, auf Wirtschaft und Medizin an. Die anthroposophische Medizin beruht auf dem Paradigma der wissenschaftlichen, somatischen und psychiatrischen Medizin, der Steiner indes eine spirituelle Dimension hinzufügt. Der anthroposophische Zugang zur Krankheit trägt zwar den unumgehbar wissenschaftlichen Daten Rechnung, befasst sich aber auch mit der psychologischen und spirituellen Ebene von Krankheit. Für die anthroposophische Medizin spielt sich die von ihr rational erforschte Pathologie an der Schnittstelle dieser drei Ebenen ab. Das Grundpostulat lautet, zahlreiche Krankheiten, vor allem die an das Immunsystem des Menschen gekoppelten, seien von unserer Lebensqualität abhängig; eine Diagnose, und mithin ein angemessener therapeutischer Zugang, ist nur unter Einbezug des Krankheit verursachenden soziokulturellen Milieus möglich. In diesem Sinn ist das Krankheitsstadium lediglich der letzte Akt eines menschlichen Dramas. Die anthroposophische Medizin zielt darauf ab, eine Seziologie (Wissenschaft der Zeichen) der vorherigen Etappen zur Erstel-

lung einer präpathologischen (»vorkrankheitlichen«) Diagnose zu entwickeln; dabei geht sie im Wesentlichen vom Lebenslauf des kranken Menschen aus.

5.4 Heilungsreligionen

Im Bereich der Heilungsreligionen (Benoist/Massé 2002) können neben vielen anderen der Antoinismus, die Christliche Wissenschaft oder Scientology erwähnt werden. Die drei in unterschiedlichen Epochen entstandenen Religionen schöpfen ihre Inspiration aus den Bezügen zu ihrer Zeit – Spiritismus, Homöopathie und Mesmerismus bzw. Psychologie –, um sich von ihnen abzusetzen und auf die Regeneration des Selbst als Mittel der Heilung zu fokussieren. Es gibt noch andere Gemeinsamkeiten: Die Gründer dieser Religionen (Louis Antoine, Mary Baker Eddy und L. Ron Hubbard) litten unter somatischen Krankheiten, die am Anfang ihrer religiösen Suche stehen; ihnen gemeinsam ist zudem das Konzept von religiöser Bildung und persönlicher Entfaltung.

Neben diesen »Heilungsreligionen« existiert in der heutigen Zeit eine Vielzahl parareligiöser Bewegungen, die an die Stelle des ewigen Heils körperliches Wohlbefinden und persönliche Entfaltung in dieser Welt setzen. Alle diese Praktiken haben folgende Gemeinsamkeiten: Präsenz von Therapeuten in ihren Ritualen, eine die Sorge um den Körper legitimierende Lehre, einen höchst extensiven Krankheits- und Präventionsbegriff sowie einen robusten Umgang mit dem Scheitern.

Besondere Erwähnung verdient die Association Internationale des Ministères de Guérison, deren Sitz mit demjenigen der Église évangélique d'Oron-la-Ville, Schweiz, identisch ist. Ziel dieser Gesellschaft ist namentlich, »ein hohes Niveau biblischer Ethik im Dienste von Erlösung, Heilung und Gesundheit aufrechtzuerhalten«. Fundament ihrer Überzeugung ist der »Glaube an eine neue Befreiung des Heiligen Geistes, die sich durch Zeichen, Wunder und Heilungen manifestiert«. Es fanden bereits mehrere Heilungsgottesdienste statt, in deren Verlauf mehrere tausend Gläubige für die wundersame Heilung der Kranken beteten. Dem an einem spezifischen Leiden erkrankten Gläubigen steht zudem die Möglichkeit offen, im Gespräch mit einer Gebetsgruppe einen Heilungsversuch zu unternehmen (vgl. auch Kapitel 7).

6. ZUM SCHLUSS

Rückblickend drängt sich die Feststellung auf, dass religiöse Werte und religiöse Moral sich nicht bloss auf wirklichkeitsferne philosophische Universen beziehen, sondern auch Gegenstand sozialer und kultureller Gewohnheiten sind. Es ist dies eine durchaus paradoxe Situation.

Einerseits beschäftigt diese Situation die Behörden; diese sehen sich mit wissenschaftlich nicht bestätigten Praktiken konfrontiert, die auf Betrug oder Scharlatanerie beruhen können. In vielen Anfragen an einschlägige Fachstellen, etwa an das Centre Intercantonal des Croyances in Genf oder infoSekta in Zürich, geht es um die Legitimität einer bestimmten Therapie oder Behandlung oder auch einer bestimmten heilenden Gemeinschaft. Andererseits verweist ein körperbezogenes metaphysisches Suchen in Notlagen auf die vielfältigen Formen, welche den Grenzen der menschlichen Existenz Sinn verleihen können. Diese Formen sind eine soziale Antwort auf klinische Normalitätsstandards. Insofern zielen denn auch Gesundheitspraktiken nicht ausschliesslich auf Effizienz oder Heilung, versuchen vielmehr, die kognitiven, emotionalen und sinnlichen Dimensionen jeder therapeutischen Handlung mit zu bedenken. Sie erarbeiten einen spezifischen Ausdruck des Menschlichen und haben durchaus ihre Daseinsberechtigung.

7. VERTIEFENDE LITERATUR

7.1 Medizinischer Pluralismus

- Andritzky, Walter (1997): *Alternative Gesundheitskultur: Eine Bestandsaufnahme mit Teilnehmerbefragung*, Berlin: VWB.
- Jütte, Robert (1996): *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*, München: Beck.
- Rossi, Ilario (2005): »Médicalisation de la vie, enjeux de société«. In: *Éloge de l'altérité: Défis de société: 12 regards sur la santé, la famille, le travail*, Freiburg i.Ü.: Editions de l'Hèbe, S. 19-31.
- Schmitz, Olivier (Hg.) (2006): *Les médecines en parallèles: Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris: Karthala.

7.2 Religionen, Heilung und Gesundheit

- Benoist, Jean/Massé, Raymond (Hg.) (2002): *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris: Karthala.

- Deister, Tonja (2000): *Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten*, Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Koenig, Harold G./McCullough, Michael E./Larson, David B. (2001): *Handbook of Religion and Health*, Oxford: Oxford University Press.
- Lautman, Françoise/Maître, Jacques (Hg.) (1995): *Gestions religieuses de la santé: colloque de l'Association française de sociologie religieuse*, Paris 29-30 mars 1993, Paris: L'Harmattan.
- Schowalter, Marion/Murken, Sebastian (2003): »Religion und psychische Gesundheit: Empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte.« In: Christian Henning/Sebastian Murken/Erich Nestler (Hg.), *Einführung in die Religionspsychologie*, Paderborn: Schöningh, S. 138-162.

7.3 Studien zur Situation in der Schweiz

- Bürgi, Marianne/Sommer, Jürg H./Theiss, Roland (1996): *Alternative Heilmethoden. Verbreitungsmuster in der Schweiz*, Zürich: Rüegger.
- Rochat, Etienne (2005): »Souffrir de douleur existentielle: vers une reconnaissance de la détresse spirituelle«; online unter www.aumonerie-hopital.ch
- Stulz, Peter (Hg.) (2004): *Theologie und Medizin: Ein interdisziplinärer Dialog über Schmerz und Leiden, Heil und Heilung*, Zürich: Chronos.

7.4 Internet-Adressen (Primärquellen, Auswahl)

- Anthroposophie: www.anthroposophie.net
- Erfahrungsmedizinisches Register (Komplementärmedizin): www.emr.ch
- Neoschamanismus in Europa und in der Schweiz: www.shamanicstudies.net (Deutsch); www.chamanisme.ch (Französisch)
- Spitalseelsorge in der Deutschschweiz: www.spitalseelsorge.ch
- Spitalseelsorge in der Romandie: www.aumonerie-hopital.ch (Waadt), www.hugge.ch/aumoneries (Genf)