

ÄRZTETAG 2014



*Medizin und  
Spiritualität*

– in gemeinsamer Sorge  
um den Menschen

*Dokumentation*



Erzbistum  
Paderborn



# Inhaltsverzeichnis

## **Erzbischof Hans-Josef Becker**

Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen	
Eröffnungsworte .....	4

## **Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt**

Religion und Esoterik im medizinischen Alltag .....	8
---	---

## **Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ**

Spiritual Care – zu einer unterschätzten Dimension ärztlichen Handelns .....	19
--	----

## **Anfragen und Antworten –**

Auszüge aus dem Plenumsgespräch .....	30
Biographische Hinweise zu den Referenten .....	41
Dokumentationen der Ärztetage .....	42

---

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat  
Hauptabteilung Pastorale Dienste  
Redaktion: Dr. Werner Sosna  
Domplatz 3  
33098 Paderborn

# **Medizin und Spiritualität - In gemeinsamer Sorge um den Menschen**

## **Eröffnungsworte**

**von Erzbischof Hans-Josef Becker**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag hier im Heinz Nixdorf MuseumsForum. Ich freue mich, dass Sie die Einladung nach Paderborn angenommen haben und wir heute erneut in das Gespräch über ein wichtiges und aktuelles Thema im Schnittpunkt von Medizin, Kirche und Gesellschaft kommen werden. Aufgrund unserer diesjährigen Thematik, die uns nach der gemeinsamen Sorge im Blick auf die spirituellen Bedürfnisse des kranken Menschen fragen lässt, habe ich auch die Krankenhauseelsorgerinnen und –seelsorger unseres Erzbistums mit eingeladen. Dies ist nicht nur ein Signal für ein solidarisches Miteinander der beteiligten Professionen im Blick auf das Wohl des Patienten, sondern ein Stück weit auch ein Beispiel für das angezielte Miteinander in der Kommunikation, wenn es um die Wahrnehmung der spirituellen Bedürfnisse des Patienten geht.

Als Kirche stehen wir in der pastoralen und sozialetischen Verantwortung, uns den konkreten gesellschaftlichen Fragen und Herausforderungen zu stellen und nach entsprechenden Handlungsmöglichkeiten zu suchen. Dies geschieht dankenswerterweise in einer immer größeren Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen, um auf die Fragen und Nöte der Menschen konkret eingehen zu können. Diese Form eines interdisziplinären Miteinanders versteht sich nicht als eine Einmischung von außen in Bereiche, in denen wir als Kirche nichts zu suchen hätten, sondern entspringt der gemeinsamen Suche nach dem, was für das Leben der Menschen als gut und richtig angesehen werden kann – und das gilt ganz besonders im Blick auf den kranken und notleidenden Menschen. Denn die „Sorge um Kranke

und Notleidende ist wesentlicher Auftrag der Kirche<sup>1</sup>, wie ich es bereits in den Eckpunkten für die hauptberufliche Klinikseelsorge im Erzbistum Paderborn formuliert hatte.

Daher ist mir unser gemeinsamer Ärztetag immer wieder ein besonderer Anlass, dass wir uns den Fragestellungen im Bereich der medizinischen Ethik offen zuwenden können und nach überzeugenden Lösungen Ausschau halten. Denn es geht ja gerade darum, jene lebensdienlichen Perspektiven einzubringen und zu diskutieren, die wir im Horizont des christlichen Menschenbildes gewinnen. Als Erzbischof von Paderborn freue ich mich sehr, dass wir in einem solchen Austausch miteinander stehen und Sie diesen Dialog für das ärztliche Ethos so hoch schätzen.

Unser diesjähriger Ärztetag ist dem Thema der Spiritualität in der Medizin gewidmet. Für manchen mag diese Zuordnung überraschend sein, zumal die moderne Medizin mit ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ohne ihren naturwissenschaftlichen Fundus kaum denkbar ist. Dennoch ist es innerhalb der modernen Medizin zu einer solchen Entwicklung gekommen, dass eine ausgeprägte naturwissenschaftliche Sicht auf Krankheit und Leiden des Menschen als nicht ausreichend erkannt wurde. Eine solche Erkenntnis fiel jedoch nicht vom Himmel, sondern hat ganz empirische Wurzeln in einer konkreten Beobachtung, die Medizinern und Seelsorgern nicht verborgen bleiben konnte: Das ist die zunehmend spirituelle Not vieler schwer kranker und chronisch kranker Menschen!

Denn ein langwieriger Heilungsprozess oder eine unumkehrbarer Krankheitsverlauf führen uns nicht nur zu den rein medizinischen Daten und therapeutischen Fakten des Körpers, sondern eben auch zu unserer eigenen leiblich-seelischen Verfasstheit. Das ist sicher der Ausgangspunkt für jene neue Dimension, die wir mit dem Begriff der Spiritualität zu umschreiben versuchen. Es geht um die Berücksichtigung jener seelisch-geistigen Dimension, in die sich der kranke Mensch selber hineinfragt. Hier sucht er Antworten auf das Warum und Woher seiner Krankheit – und vor allem auch Hoffnung!

---

<sup>1</sup> Erzbischof Hans-Josef Becker, Eckpunkte für die hauptberufliche Klinikseelsorge im Erzbistum Paderborn, veröffentlicht in: Kirchliches Amtsblatt 2013 / Stück 12, Nr. 169)

So kommt der Patient nicht nur als Träger unterschiedlichster Symptome in den Blick, sondern mit seinen Bedürfnissen, die in dieser schweren Zeit seines Lebens ein ganz neues Gewicht bekommen. Denn schwere Krankheit und unabwendbares Leid gehören doch zu jenen grundlegenden Krisenerfahrungen, die uns in der Seele erschüttern. Zwingen sie uns nicht gleichsam vor die Frage und Sehnsucht nach Heilsein? Wer von uns hätte das nicht selbst schon so erlebt?

Der Münchener Moralthologe Konrad Hilpert führt dazu aus: *„Endlichkeit, Begrenztheit und Verletzlichkeit sind für die christliche Spiritualität herausfordernde Anlässe. Denn all das sind Situationen und Befindlichkeiten, in denen Menschen sich entweder als bejaht und beschenkt oder gerade im Gegenteil als bedroht erfahren<sup>2</sup>“*. Gerade die Erfahrung, uns nicht mehr selbst helfen zu können, öffnet gleichsam eine Tür, die uns neu zu spirituell Suchenden macht. Die Frage aus dem alten Kirchenlied „Wohin soll ich mich wenden, wenn Gram und Schmerz mich drücken“<sup>3</sup> mag dafür unausgesprochen im Hintergrund stehen. Der kranke Mensch ist wie auf einer Gratwanderung zwischen Verlust und Neuorientierung unterwegs, die ihn vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben mit seinen seelisch-geistigen Bedürfnissen konfrontiert. Das mag in vielen Fällen nur fragmentarisch geschehen, vielleicht sogar nur still und leise und nicht auf den ersten Blick erkennbar. Und doch wissen wir heute, wie stark diese Frage und sogar Hoffnung auf das, was in einer solchen Situation noch als tragfähig erfahren werden kann, in jedem Menschen aufscheint.

Dort, wo uns der Raum gegeben ist, dem Patienten in seiner Suche zu begegnen, ist auch die Medizin als Heilkunst beteiligt und berührt. Denn Sie als Ärztinnen und Ärzte stehen ja in einer solchen Situation beim Patienten. Der Mitbegründer des Instituts für medizinische Anthropologie und Bioethik in Wien, Prof. Prat de la Riba, nennt dies die *metaphysische Sensibilität*, die der Medizin als Heilkunst zu eigen ist. Denn – ich zitiere ihn an dieser Stelle – *„von alters her war deshalb klar, das Medizin als Heilkunst den ganzen Menschen im Blick haben muss – und daher nicht*

---

<sup>2</sup> Konrad HILPERT: Der Begriff Spiritualität. Eine theologische Perspektive, in: Eckhard FRICK., Traugott ROSER (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen, Stuttgart 2009, 18-25, 20

<sup>3</sup> Komponiert 1827, Text von J. Ph. Neumann, Melodie von Franz Schubert; in: Gotteslob. Katholisches Gebet- und Gesangbuch. Ausgabe für das Erzbistum Paderborn, 2013, Lied Nr. 145

*bloß als positivistische Wissenschaft agieren darf, sondern einer Ergänzung bedarf.“<sup>4</sup>*

Im Blick auf eine solche geweitete oder umfassendere Perspektive auf den Menschen formuliert auch Konrad Hilpert: „Der Mensch in der Ganzheitlichkeit seiner Person ist als ‚Gegenstand‘ der medizinischen Bemühung zu sehen und verlangt danach, stärker beachtet zu werden“<sup>5</sup>. So gesehen stehen wir heute in der glücklichen Situation, dass sich dieses Themengebiet und damit das Zueinander von Medizin und Spiritualität immer stärker etabliert. Das ist nicht nur an der Vielzahl von Veröffentlichungen ablesbar, die sich mit den einzelnen Facetten des Themas befassen, sondern auch an den vielen Akteuren auf medizinischer und auf seelsorglicher Seite, die - selber empfindsam geworden für diese Fragen - auf die spirituellen Bedürfnisse des leidenden Menschen eingehen. In medizinethischer und gleichfalls pastoraler Perspektive ist die Frage des Zueinanders beider Professionen daher ein besonderer Aspekt, den wir hier und heute näher beleuchten wollen.

---

<sup>4</sup> Enrique H. Prat: Editorial Spiritualität in der Medizin I, in: Imago Hominis. Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 20 (2013) Heft 3, S. 159

<sup>5</sup> Konrad HILPERT: Der Begriff Spiritualität. Eine theologische Perspektive, in: Eckhard FRICK., Traugott ROSER (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen, Stuttgart 2009, 18-25, 21

# Religion und Esoterik im medizinischen Alltag

von Klaus Bergdolt

Spätestens seit dem 19. Jahrhundert, als Rudolf Virchow und Emil Du Bois-Reymond, Claude Bernard und Robert Koch in der Medizin epochale wissenschaftliche Leistungen erzielten, gilt die alte, traditionelle Heilkunde als Naturwissenschaft. „Die Medizin wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein“, verkündete 1905 der Kliniker und Pharmakologe Bernhard Naunyn. Das oft zitierte Diktum war programmatischer, als man heute denkt. Fast klagend fügte er hinzu, daß „Humanität und Pietät“ wissenschaftlich tätigen Ärzten „enge Grenzen“ setzten, weshalb sie es im Wissenschaftswettbewerb schwerer hätten als „die anderen“.

Naturwissenschaft – das war für die führenden Ärzte um 1900 die „Kernwissenschaft logischen Denkens“ überhaupt. Inhalte, Ziele, Methoden und Karrierewege waren in der medizinischen Forschung nun geradezu dogmatisch festgelegt. Sie implizierte – jedenfalls für die große Mehrheit der Ärzte – eine gewaltige Emanzipation weg von allem Religiösen, aber auch von der traditionellen Empathie. Ein durchrationalisierter neuer Altruismus sollte die Gesellschaft künftig prägen, wobei die bewußte, geradezu verblüffende Anlehnung an kirchliche Traditionen (man traf sich sonntags zu Feierstunden, benannte Monate und Tage nach großen „Aufklärern“ und setzte bedeutenden Forscherpersönlichkeiten – nach dem Vorbild der traditionellen Heiligenverehrung – beeindruckende Denkmäler) sektiererische Züge trug, wozu auch eine überspannte, durchaus chiliastische Heil- und Erfolgserwartung beitrug. Nicht wenige Forscher waren davon überzeugt, daß Krankheiten in absehbarer Zeit der Vergangenheit angehören und zumindest die Europäer im Regelfall einfach an Altersschwäche sterben würden. Gesundheitsstörungen sollten und mußten, so die neue Devise, als naturwissenschaftliches, rational erfaßbares Phänomen rein „(natur)wissenschaftlich“ betrachtet und behandelt werden. Die christliche *Caritas*, welche das europäische Spitalwesen



organisation des Gesundheitswesens in eine – dessen war man sich sicher – viel effektivere staatliche Fürsorge umgewandelt werden. Was diesen Punkt betrifft, hatte die Aufklärung – in den deutschsprachigen Ländern vor allem unter Josef II. und seinem medizinischen Vordenker Johann Peter Frank – die entscheidende Vorarbeit geleistet. Die im 18. Jahrhundert eingeleitete Rationalisierung der Verwaltung von Krankenhäusern, Waisenhäusern und Sanatorien galt als vorbildlich.

Das naturwissenschaftliche, logische, vernunftgeleitete Denken hatte gleichzeitig Vorbildfunktion für alle anderen Wissenschaften, etwa für die Philosophie und Archäologie – von den primär „naturwissenschaftlichen“ Fächern wie der Physik oder Chemie ganz zu schweigen. 1847 erklärte Virchow: „Der Naturforscher kennt nur Körper und Eigenschaften von Körpern [gemeint war: er kennt nur Materielles]. Was darüber ist, nennt er transzendent, und die Transzendenz betrachtet er als eine Verirrung des menschlichen Geistes“. Viele prominente Zeitgenossen stimmten ihm zu. Für Du Bois-Reymond, den großen Berliner Physiologen, Virchows Kollegen, brachte, wie es der französische Philosoph und Soziologe Auguste Comte propagiert hatte, ein Volk zuerst seine Priester hervor, dann seine Philosophen und schließlich – als Krönung seiner Geschichte – seine Naturforscher bzw. naturwissenschaftlich gebildeten Ärzte. Religion und kirchlich gebundene Gläubigkeit („Esoterische“ Strömungen – der Begriff kristallisierte sich in seiner heutigen Bedeutung allerdings erst später heraus! – fanden trotz ihres kirchenkritischen Touches ebenfalls Verachtung, zumal sie in einige alternativmedizinische Lehren der Zeit Eingang gefunden hatten) hatten im Umfeld der medizinischen Fakultäten schlechte Karten. „Unsere Zeit ist weder für Asklepiaden oder Leviten noch für Mönche oder Diakonissen“, setzte Virchow nach. Damit bekamen die antike Mythologie, das Judentum, die katholische und die evangelische Kirche in gleicher Weise ihr Fett ab. Der spöttische antireligiöse Unterton entsprach in Deutschland, besonders im dominierenden Preussen dem Zeitgeist. Er schloß übrigens einen latenten Antisemitismus ein. Auch große Teile der Presse – bis hin zur Gartenlaube und zum Simplicissimus – zogen hier mit.

Der „Positivismus“, d.h. die Überzeugung, alles als materiell betrachten zu können, als machbar, meßbar und evident, hatte, auf der Basis des historischen Utilitarismus, in der Medizin wie eine Bombe eingeschlagen. Der Leipziger Professor Karl August Wunderlich – er hat um 1850 als erster, im Leipziger Jakobsspital, die berühmte „Fieberkurve“ ans Krankenbett geheftet, die heute als Display imponiert und die Messbarkeit menschlichen Befindens symbolisiert! – verkündete schon in den Vierzigerjahren des 19. Jahrhunderts: „Nichts Dogmatisches darf [in der Medizin] geduldet werden, sondern jedes Gesetz, das aufgestellt wird, muß die Proben seiner Berechtigung mit sich bringen. Es muß in Begleitung der Tatsachen, der Beobachtungen und Experimente erscheinen, aus denen es abgeleitet werden soll.“ Bereits 1828 hatte die Synthese des Harnstoffs durch Friedrich Wöhler besonderes Aufsehen erregt. Offensichtlich bedurfte es keiner Lebenskraft, keiner Seele, keines geistigen Pushes, keiner überirdischen Macht, um aus anorganischen Substanzen wie Stickstoff und Sauerstoff „Organisches“ zu machen, was für die Zeitgenossen „Leben“ bedeutete. War nun nicht bewiesen, daß ein paar Handgriffe im Labor reichten, um schöpferisch tätig zu sein? Daß man auch die gesamte Funktion höherer Lebewesen restlos verstehen, ja solche vielleicht sogar schaffen konnte, galt nicht mehr als ausgeschlossen. Wir können uns heute kaum vorstellen, mit welchem Triumphgefühl etwa Jakob Moleschott, ein herausragender Vertreter des sogenannten „Monistenbundes“, noch um 1900 das Wort „Ohne Phosphor kein Gedanke“ in die öffentliche Debatte warf.

Die sachliche Naturforschung triumphierte. 1863 glaubte der Arzt und Botaniker Karl-Heinrich Schultz-Schultzenstein: „Wenn sich auch Staatsmänner, Rechtsgelehrte, Theologen mit der Frage des materiellen Wohls beschäftigen, so hängt die Lösung der darin liegenden Rätsel am Ende doch immer von der Medizin und der Naturforschung ab“. Vorbild war hier der französische Philosoph Julien Offray de la Mettrie, den Friedrich der Große einst an seinen Hof geholt hatte. Zu dessen 100. Todestag führte Du Bois Reymond 1875 in der Berliner Akademie der Wissenschaften aus, de la Mettrie habe die Forschung „fort aus dem Studierzimmer, fort von den staubigen Pergamenten der Philosophen und Theologen... auf die Erfahrung der Ärzte, die Entdeckungen der Naturforscher verwiesen“. Er habe erkannt, daß sich der Mensch vom Affen unterscheide „wie eine

mechanische Uhr von der anderen“. De la Mettrie – Marx nannte ihn später einen „mechanistischen Materialisten“ – hatte 1748 sein berühmtestes Werk „L’homme machine“ verfaßt, in welchem auch die Seele als kleiner, mechanistisch funktionierender Apparat beschrieben wird, im Sinne eines Impulsgebers. Sonst könnte es, so die Meinung des Autors, keine körperlich-seelische Wechselwirkung geben (immerhin galt es das schwierige Problem der Emotion oder des Kunstverständnisses zu erklären!). Der Franzose war allerdings schon zu Lebzeiten – ungeachtet der Wertschätzung durch Friedrich den Großen, dessen Leibarzt und Vorleser er war – umstritten gewesen. Voltaire hatte ihn als den „Hofatheisten“ von Sanssouci verspottet.

1859 war Darwins Buch „Über die Entstehung der Arten“ erschienen. Schlagwörter wie der „Kampf ums Dasein“ oder die These vom „Überleben des Tüchtigsten“ faszinierten. Traditionelle Religion und religiöses Erleben (vor allem katholischer Provenienz – es war die Zeit des Kulturkampfes und der nationalen Abwehr der „Ultramontanisten“, denen Preussens Regierung, Militär und Wissenschaftsszene den geistigen Krieg erklärt hatten) trafen auf eine verbreitete „Unmusikalität“ in metaphysischen Dingen. Die Medizin wurde selbst zur Religion, und die Fakten schienen das neue Paradigma zu bestätigen. Die deutsche Forschung – das schien unbestreitbar – hatte unter preussischer Führung Weltgeltung erlangt. Ein Blitz, der „den neuen Babylonischen Turm zerschmettern könne“, wie Du Bois-Reymond ironisch feststellte, schien nicht in Sicht. Zweifel waren verpönt, zumal es auch darum ging, den Erbfeind Frankreich im Wettbewerb der Wissenschaften auf die Plätze zu verweisen. Du Bois-Reymond, Sproß einer Hugenottenfamilie war sich ganz sicher: Eines Tages würde die positivistische Religion, der Glaube an den unaufhaltbaren Fortschritt, „als ebensolcher Abschnitt in der Entwicklung der Menschheit und in der Religionsgeschichte erscheinen wie uns der Sieg des Monotheismus vor 1800 Jahren“. Stand da nicht eine neue Zeitrechnung an, wie es schon den Jakobinern nach 1789 in Paris vorschwebte?

Das Volk, auch das preussische, das ja die Patienten stellte, war allerdings eher beunruhigt. Das Vertrauen der Bevölkerung, vor allem der „Unterschichten“ in die Universitätsmedizin, die auf ihre Weltgeltung so stolz war,

war in Berlin, Heidelberg, Greifswald oder Jena merkwürdigerweise – oder soll man sagen „bezeichnenderweise“? – gering. Man hatte Angst, als „Versuchskaninchen“ mißbraucht zu werden. Die „Oberschicht“ ließ sich – bis auf wenige Ausnahmen – weiterhin zu Hause behandeln (daß sich Friedrich Ebert als Reichspräsident noch nach dem Ersten Weltkrieg in einer Klinik operieren ließ, war nicht so selbstverständlich, wie das heute erscheint!). Nicht zufällig entstanden in der zweiten Jahrhunderthälfte des 19. Jahrhunderts unzählige Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft, was durchaus als Protestbewegung verstanden werden konnte. Hier konnte man sicher sein, daß man nicht als kränklicher, schwacher, genetisch bedenklicher Zeitgenosse galt, wie es der in Deutschlands Ärzte- und Universitätskreisen stark rezipierte englische Philosoph Herbert Spencer propagiert hatte. Es war mehr als bezeichnend, daß allein im Erzbistum Köln die Zahl der Ordensschwester zwischen 1850 und 1900 um mehrere Tausend anstieg. Die jungen Frauen waren bereit, ihr ganzes Leben dem Dienst am Kranken zu weihen, Tag für Tag, von früh morgens bis abends. Gerade im Rheinland, wo sich viele als Speerspitze der antipreussischen Opposition empfanden, wurden auch mehrere einflußreiche Frauenorden gegründet. Erwähnt seien nur Namen wie Franziska Schevier und, gerade hier in Paderborn, Pauline von Mallinckrodt. Was für ein Gegenprogramm gegenüber dem Berliner Wissenschaftspositivismus! Die Anklage war stumm, aber deutlich.

Es war, nebenbei bemerkt, gar nicht so einfach, für die vielen neuen Chefarztstellen in den kirchlichen Häusern fähige Ärzte zu bekommen, die ja auch „gut katholisch“ sein sollten. Die Koryphäen der Zeit – Virchow, Koch, Du Bois-Reymond, Wunderlich, Billroth, Graefe, später auch Sauerbruch, Bier und Bergmann, von Haeckel, Ostwald und anderen positivistischen Vordenkern ganz abgesehen – waren evangelisch, ja überzeugte „Kulturprotestanten“. Auch ihre Schüler waren entsprechend beeinflußt und Mitglieder entsprechender Netzwerke. Nur die Pietisten, die Herrenhuter und andere konservativ gläubige Protestantenfraktionen, welche den bloßen Kulturprotestantismus als verweltlicht ablehnten, blieben skeptisch. Ebenso war das traditionsreiche Engagement der Johanniter auf protestantischer und Malteser auf katholischer Seite nach wie vor beachtlich. Ebenso boomte, als Gegenbewegung zu dem an der Charité vorgegebenen Trend, die 1836 von Theodor Fliedner in

Kaiserswerth begründete Diakonissenbewegung. Empathie, menschliche Wärme und Opferbereitschaft suchten nun viele Kranke bei solchen Schwestern, wobei manchmal sogar scheinbar festzementierte konfessionelle Grenzen gesprengt wurden. Als die Konsulin Elisabeth Buddenbrook in Thomas Manns Roman schwer erkrankte, wurde eine katholische Ordensschwester, Schwester Leandra, als Pflegerin ausgesucht, die der protestantische Hausgeistliche, Pastor Pringsheim, bei seinem Besuch am Krankenbett – so heißt es im Roman – „mit einem kalten Blick“ streifte. In den katholischen Ländern, etwa in Bayern und natürlich in der Habsburgermonarchie, erhielten zudem – ungeachtet der auch dort positivistisch ausgerichteten medizinischen Fakultäten – die alten Pflegeorden beachtlichen Zulauf – man denke nur an die „Barmherzigen Brüder“, deren Orden zur Pflege kranker Männer schon im frühen 16. Jahrhundert gegründet worden war! Florence Nightingale, die berühmte englische Krankenschwester, die 1855 die Verwundetenpflege im Krimkrieg organisieren sollte, hatte übrigens vier Jahre zuvor ausführlich Fliedners Konzept in Kaiserswerth studiert. Über die engagierte Engländerin entwickelten sich auch in der Krankenpflege verschiedene säkulare Trends. Die Gründung des Roten Kreuzes durch Henri Dunant nach der Schlacht von Solferino (1859) und die hierauf folgende „Genfer Konvention“ (1864) wurden hierfür das wichtigste und bekannteste Beispiel.

Die naturwissenschaftliche Revolution in der deutschen Medizin wurde allerdings nicht nur von einer religiösen, sondern auch von einer, wie wir heute sagen würden, esoterischen Gegenreaktion begleitet. Sie bestimmte einflußreiche alternative Heilkonzepte des frühen 20. Jahrhunderts. Heil-, Luft-, Sonnen- und Naturbäder kamen in Mode, die alten Gesellschaftsbäder erreichten neuen Glanz. Man nutzte therapeutischen Kräfte der Sonne, des Bodens („chthonische“), des Wassers und der Luft, wobei psychologisch wirksame Rituale, die weit über eine gesunde Gymnastik hinaus führten, charakteristisch wurden. Der ehemalige Schweizer Fabrikant Arnold Rikli propagierte so, um ein Beispiel zu nennen, die „atmosphärische“ Kur als Ausdruck der sogenannten „Lebensreform“, für die vor allem der Arzt Gustav Jäger stand, der eine zwanglose „Reformkleidung“ propagierte. Die sogenannte „Heliotherapie“ sowie vegetarische Speisen ergänzten Riklis Gesundheitsplan. Vor allem die wohlhabende Schicht Westeuropas und Russlands zeigte sich hier empfänglich. Einige

der in der Regel äußerst charismatischen Protagonisten solcher Bewegungen suchten ihre Konzepte „wissenschaftlich“ zu untermauern, wobei ihre häufig bizarren Thesen natürlich den Spott der Universitätsmedizin nach sich zogen. 1924 veröffentlichte der „Lebensreformer“ Hans Suren sein Buch „Der Mensch und die Sonne“, welche seine Anhänger am Morgen im kollektiven Ritual begrüßten. In diesen Kreisen, auf die ich hier nicht weiter eingehe, war man in der Regel streng nationalistisch-elitär eingestellt, vor allem gegenüber den Völkern Süd- und Osteuropas – und eben antisemitisch.

Nach der Entgleisung der positivistischen Wissenschaftsidee im Nationalsozialismus mit ihrem antireligiösem Unterton, der Positivismus und Monismus natürlich entgegenkam, sah sich die Krankenhausseelsorge in der frühen Bundesrepublik in besonderer Weise in die Pflicht genommen. Es fiel vielen Ärzten nicht leicht zu begreifen, daß das angeblich so rational-vernünftige Wissenschaftskonzept der Diktatur gegenüber versagt hatte. Nicht nur in kirchlichen Häusern stärkte man das Gewicht der geistlichen bzw. seelsorglichen Betreuung. Früh tat sich hier allgemein ein Arbeitsfeld auch für nicht ordinierte Theologen auf, den heute so genannten „Pastoralreferenten“. Selbst Universitätskliniken, wie zum Beispiel diejenige in Köln, wurden noch in den Siebzigerjahren von karitativen Orden betreut. Man gab sich große Mühe, den Patienten nicht nur zu therapieren, sondern auch in seiner existentiellen Bedingtheit zu verstehen. Diese „Aufbauzeit“ in den Fünfziger- und Sechzigerjahren war für diese geistlichen Betreuer eine besondere Herausforderung. Lange verdrängte man freilich, daß auch kirchliche Krankenhäuser Patienten für die berüchtigten Euthanasie-Aktionen bereitgestellt hatten. Über das Konzept der von den Kirchen traditionell bekämpften „assistierten Sterbehilfe“ hinaus waren auch christliche Chefärzte mit den Positivisten zur Überzeugung gelangt, daß Schwerbehinderte und „Debile“ von ihrem Leiden durch Tötung befreit werden mußten. Auch der Sterilisierung Blinder, Tauber und sonstiger sogenannter „Erbkranker“ im Sinne des 1933 verabschiedeten „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hatten nicht wenige kaum Widerstand entgegengebracht, was durch den bekannten Protest des mutigen Münsteraner Bischofs Graf von Galen etwas in Vergessenheit geriet. Beschämenderweise hatte man offensichtlich auch in einigen kirchlichen Häusern, wie es der Nobelpreisträger

Wilhelm Ostwald, das Idol des „Monistenbundes“, bereits 1913 gefordert hatte, von der belächelten „Gefühlsethik“ Abschied genommen.

Das alte Konzept der „Heilung“ wurde nun, nach dem Zweiten Weltkrieg, nicht mehr, wie es im 19. Jahrhundert in kirchlichen Krankenhäusern noch vielfach üblich war, von Gebeten und Bittgottesdiensten begleitet, die übrigens nicht selten, der alten Spitalgewohnheit entsprechend, individuell vom Kranken organisiert und bezahlt worden waren. Aufgabe des Krankenausseersorgers blieb aber immer noch das individuelle Gespräch und die Tröstung des Patienten. Die Spendung des Sterbesakraments, die letzte Ölung, stand zunächst noch im Mittelpunkt, verlor dann aber seit den Siebzigerjahren im Krankenhausalltag an Bedeutung. Das Sakramentale geriet in den Schatten des Sozialen. Viele Krankenhausseelsorger strebten, vielleicht allzu gerne, in Gremien oder übernahmen die Rolle von Sozialarbeitern – in bester Absicht, aber wohl auch etwas verunsichert. Vorstellungen des „Gesundbetens“ – in katholisch ländlichen Gebieten des 19. Jahrhunderts durchaus noch üblich – erschienen zu Recht nur noch peinlich, nicht weniger der „Exorzismus“ bei psychischen Erkrankungen. Mißglückte Ausnahmen, sogar mit Todesfolge, wurden in der Presse entsprechend kommentiert.

Wie so oft in der Medizingeschichte fühlten sich Schwerkranke und unheilbar Kranke nach dem Zweiten Weltkrieg nach wie vor von Alternativheilern angezogen, die mit astralen Kräften, durch Hypnose, durch „Psychagogie“, durch homöopathische und sonstige umstrittene Verfahren Heilung versprachen und versprechen. Ganz offensichtlich fühlte man sich hier, vor allem wenn man religiösen Traditionen entwöhnt war, in besonderer Weise geborgen. Aber auch in der Prophylaxe, in der Diätetik, wo es letztlich darum geht, Gesundheit, Glück und langes Leben zu versprechen, sowie in der Rekonvaleszenz scheut die westlich säkulare Gesellschaft kein Mittel, sich körperliches und seelisches Wohlergehen auch auf recht irrationale Weise zu sichern. Was man sich wünscht, ist verständlicherweise ein langes, beschwerdefreies Leben. Dieser Trend, der bis heute anhält, mag ein Phänomen der säkularen Gesellschaft sein – die Positivisten des späten 19. Jahrhunderts hätten die alternativen Methoden – nicht das Ziel! – mit ätzendem Spott begleitet.

Die „esoterische“ Medizin nimmt für sich in Anspruch, natürlich, sanft, ganzheitlich, altherwürdig, ohne Nebenwirkungen und deshalb gesund zu sein. Eo ipso gilt, wie man im entsprechenden Wikipedia-Artikel lesen kann, die Schulmedizin als „chemisch“, auf Symptome, nicht auf Ursachen ausgerichtet. „China, Tibet, Japan und Indien“ sind Lieblingsländer der Alternativen, das Stichwort „ganzheitlich“ verspricht die Berücksichtigung seelischer Ursachen von Schmerz und Leid. Astrotherapie, Ayurveda, Akupunktur, die sogenannte „traditionelle chinesische Medizin“, Magnetismus, Irisdiagnose, Yoga, Qi Gong, Schamanismus, Wasseraderbestimmungen usw. scheinen dem westlichen Menschen entgegenzukommen, einem Menschen freilich, der seine Wurzeln und die Möglichkeiten seiner eigenen religiösen und philosophischen Tradition kaum noch kennt – eine Folge der westlichen Säkularisierung, aber auch wohl einer neuen Art von Religionsunterricht, der biblische Inhalte bestenfalls zusammenfassend berührt und kirchenhistorische Kenntnisse auf im 19. Jahrhundert kanonisierte Schlagwörter wie Inquisition und Hexenverbrennung reduziert. Auch in kirchlichen und klösterlichen Buchshops wird gerne Alternativ-Literatur angeboten, Kraftsteine, Krafffelder, ostasiatische Heilslehren, die man dort kennenlernt, verdrängen urchristliche Fragen zur Existenz des Menschen, nach dem Sinn des Lebens, nach dem Jenseits, nach der Erlösung durch Christus, der Auferstehung usw. Hildegard von Bingen würde sich wohl im Grabe herumdrehen, wenn sie sähe, wie und was heute alles in ihrem Namen therapiert wird, auch in den Klöstern ihres eigenen Ordens. Ihre Heilslehren, ihre Medizin waren für die geistig-religiöse Landschaft des 12. Jahrhunderts bestimmt. Brechen diese Kontexte weg, wird die Sache hohl. Hildegard war eine der genialsten Denkerinnen ihrer Zeit. Ihre Appelle zu Kontemplation und Mitte können auch heute noch verstanden werden. Ihre Medizin, vor allem ihre Kräuterlehre, einfach ins 21. Jahrhundert zu übertragen, ist allerdings den Kranken gegenüber unverantwortlich.

Am Ende darf ich resümieren: Entgegen den Erwartungen der deutschen Eliten des 19. Jahrhunderts ist die Religion und das Verlangen nach Religion im 20. Jahrhundert – gerade auch bei Kranken – nicht weggebrochen. Aber wir sind dabei, im Bereich der Medizin eigene Traditionen aufzugeben und schillernde Ratschläge und esoterische Heilversprechen zunehmend höher zu werten. Man will tolerant sein. Toleranz geht hier aber leicht in Beliebigkeit über, wobei Ausnahmen die Regel bestätigen. Im



Krankenhaus oder in schwerer Krankheit scheinen, glauben wir den Sozialwissenschaften, immer mehr Menschen immer weniger die traditionellen Fragen nach dem Sinn des Lebens, nach dem Tod und dem Sinn der Existenz zu stellen. Mit diesem Faktum muß sich die Kirche auseinandersetzen. Was mich hier irritiert ist allerdings, dass solche Feststellungen zunehmend allein durch sozialemprirische Studien ermittelt worden sind. Hier sollte man besonders vorsichtig sein. Die Fragestellung und der Auftraggeber (im wissenschaftlichen Bereich auch der Drittmittelgeber) wären jeweils genau zu prüfen, übrigens auch in der Bioethik, wo sogenannte gesellschaftliche „Fakten“ – ebenfalls durch Befragungen festgestellt – zunehmend als wissenschaftliches Kriterium für „gut“ oder „schlecht“ gewertet werden. Man will „die Menschen erreichen“, lautet das neue Schlagwort. Je mehr ich im Bereich der Bio- und Sozialethik oder, hier zugegebenermaßen als Laie, in der Theologie Ergebnisse entsprechender Studien betrachte, umso mehr fällt mit auf, daß sie ungewöhnlich häufig dem Mainstream der Political Correctness und – natürlich rein zufällig – den politischen Erwartungen der Auftraggeber bzw. Drittmittelgeber folgen. Das muß nachdenklich stimmen.

### *Literatur*

Martin Gerhardt, Theodor Fliedner - Ein Lebensbild. 2 Bd. Kaiserswerth 1933-37

Wolfgang Jacob, Medizinische Anthropologie im 19. Jahrhundert: Mensch, Natur, Gesellschaft. Beitrag zu einer theoretischen Pathologie. Zur Geistesgeschichte der sozialen Medizin und allgemeinen Krankheitslehre Virchows. Stuttgart 1967

Heinrich Schipperges, Utopien der Medizin. Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie im 19. Jahrhundert. Salzburg 1968

Wolfgang Jacob, Medizinische Anthropologie im 19. Jahrhundert: Mensch, Natur, Gesellschaft. Beitrag zu einer theoretischen Pathologie. Zur Geistes-

geschichte der sozialen Medizin und allgemeinen Krankheitslehre Virchows. Stuttgart 1967

Eulner, Hans-Heinz, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebiets. Stuttgart 1970

Axel Bauer, Die Krankheitslehre auf dem Weg zur naturwissenschaftlichen Morphologie. Pathologie auf den Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte von 1822-1872 (=Schriftenreihe zur Geschichte der Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte Bd. 5). Stuttgart 1989

H. Przybylski, Positivismus, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie 7 (1989), Sp. 1118-1122

Manfred Vasold, Rudolf Virchow. Der große Arzt und Politiker. Frankfurt am Main 1990

Wolfgang U. Eckart, Rudolf Virchows „Zellenstaat“ zwischen Biologie und Soziallehre, in: Peter Kemper (Hg.), Die Geheimnisse der Gesundheit. Frankfurt a. M. 1994

Robert Jütte (Hg.), Wege der alternativen Medizin. Ein Lesebuch. München 1996

Robert Jütte (Hg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Köln 1997

Johannes Köbberling, Der Wissenschaft verpflichtet (=Eröffnungsvortrag 103. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 6. 4. 1997), in: Med. Klinik 92 (1997), S. 181

Klaus Bergdolt, Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute. München 2004

# **Spiritual Care – zu einer unterschätzten Dimension ärztlichen Handelns**

**von Eckhard Frick SJ**

Spiritualität ist heute in aller Munde. Es ist ein Wortfeld, das sich entwickelt und das keineswegs abgeschlossen ist.

## *1. Was heißt Spiritualität?*

„Sie wollen doch wohl nicht missionieren?!“ Diese Befürchtung höre ich immer wieder, auch von theologischer Seite. Im Deutschen ist `missionieren´ in einem bestimmten Kontext zu einer Art Schimpfwort geworden. Nur eine Firma, ein Unternehmen kann ohne weiteres vom `mission statement´ sprechen und dieses auch formulieren. Meine Eingangsfrage ist, ob wir wieder zu einem wohlwollenden Gebrauch des Wortes `missionieren´ zurückkehren, indem wir als historisch aber auch naturwissenschaftlich bewusste Ärztinnen und Ärzte unsere `Mission´ reflektieren. Insofern wir selbst gläubige Menschen sind, können wir diese Reflexion durchaus mit unserem ärztlichen Alltag in Verbindung bringen. Im guten Sinne missionarisch sein zu wollen, als katholische Ärzte und nicht das Spirituelle und das Medizinische abzuspalten voneinander, das scheint mir ein wichtiges Ziel zu sein. Diesem Wort das Odium der Manipulation, des Aufoktroyierens, des Über-den-Tisch-ziehens, ja vielleicht sogar des Missbrauchs der Krankheit und der Schwäche anderer Menschen zu nehmen und wieder zurückzufinden dazu, dass wir als gesellschaftlich verantwortungsbewusste Diskursteilnehmer auch mit Menschen anderer Überzeugung eine gemeinsame Mission haben. Es widerspricht sich überhaupt nicht, ein rational verankerter Mensch zu sein, `fides´ und `ratio´ zusammenzubringen, und gerade dies im Bereich der Spiritualität zu versuchen.

Spiritualität gilt manchen Menschen als verdächtig, als esoterisch-wabernd, unklar. Andere wieder sehen Spiritualität als eine große Chance. In den Gesundheitswissenschaften ist Spiritualität inzwischen zu einem Breitband-

Begriff geworden, der die Zugehörigkeit zu einer Religion einschließen kann – nicht nur zum Christentum, sondern auch zum Islam, zum Judentum, zu den asiatischen Religionen, oder auch anderen weltanschaulichen Orientierungen z.B. esoterischer Art. An dieser Stelle möchte ich ergänzen, dass ich esoterisch nicht als ein Schimpfwort verwende. Ich denke, dass es wichtig ist, das, was Menschen heute suchen, wahrzunehmen und eine Unterscheidung der Geister damit zu verbinden, d.h. auch nicht zu sakralisieren, was alternativ oder esoterisch auf uns zukommt, sondern schlichtweg damit in Kontakt zu gehen.

Ich möchte auch daran erinnern, dass Spiritualität ein biblisch fundierter Begriff ist. Paulus meint mit dem pneuma, (dem Atem, Wind oder Geist) den inneren Menschen, der für das göttliche pneuma offen ist. Und dieser offene, also für das pneuma offene Menschen (spiritualis oder im Griechischen pneumatikos) ist der geistliche, geistvolle, geisterfüllte, geistreiche und im Französischen sogar der humorvolle Mensch. Das Wort spiritualis/spiritualitas ist im Lateinischen nicht sehr häufig, aber es kehrt im 17. Jahrhundert in der nouvelle spiritualité wieder. Es handelt sich dabei nicht um eine Ordensspiritualität, sondern es war eine Laien- und Weltpriesterspiritualität (Peng-Keller 2014). Spiritualité ist nämlich zunächst einmal ein polemischer Gegenbegriff und zwar gegen eine mystische, von Laien und Weltpriestern getragene Frömmigkeitsbewegung im 17. Jahrhundert. Ich möchte nicht im Detail auf die wechselvolle Geschichte des Wortes eingehen, ich möchte aber ergänzen, dass Spiritualität heute ein emotional besetzter Begriff ist. So beäugen ihn die einen eher skeptisch, für die anderen ist er so wertvoll und wichtig. Nüchtern betrachtet müssen wir sehen, dass er inzwischen auch zu einem Trend geworden ist. Ein spiritual turn, der auch in der Medizin zunimmt (Frick & Hamburger 2014) – unter anderem sicher ein Grund, warum sich auch dieser Ärztetag dem Thema widmet.

## 2. Wann ist Spiritualität „akut“?

Die Medizin behandelt Krankheiten, die durch ihre Symptome `auf-fallen`, `zufällig werden`, `zusammenfallen` (griechisch: sympíptein, symptoma). Es sind aber auch oft chronische Entwicklungen, die exazerbieren. Und wie ist das nun mit der Spiritualität? Sie wird manifest durch Krisen, durch Distress. Darauf weisen Fachgebiete wie die Psychopathologie im

Allgemeinen oder spezieller die Religionspsychopathologie und auch neuere Gebiete, wie die Psychoonkologie hin. Die ältere Religionspsychopathologie hatte ja das Spirituelle vor allem unter dem Gesichtspunkt des Pathologischen gesehen, z.B. im religiösen Wahn, in der religiös eingefärbten Zwangsneurose usw. Inzwischen haben wir aber erkannt, unter anderem auch maßgeblich durch die Studien des Religionspsychologen Kenneth Pargament, dass Spiritualität ein Teil des Problems sein kann, d.h. für manche Menschen kann es dadurch schwerer sein gesund zu werden bzw. zu bleiben, aber sie kann auch genauso Teil der Lösung sein (Pargament 2013). Durch die Praxis und vor allem auch durch die Reflexion der Pflegenden erkennen wir, dass Spiritualität zu den Bedürfnissen des Menschen gehört, ähnlich einem Bedürfnis nach Nähe, Nahrung, Sexualität, Sicherheit oder Kommunikation, und Spiritual Care entstand in dieser begleitenden, pflegenden Zuwendung zum Mitmenschen. Mit anderen Worten: wir behandeln Spiritualität nicht wie eine Krankheit, die wir vielleicht beseitigen müssten, sondern wir begleiten Menschen in dieser bedürfnisorientierten Zuwendung.

Der Ausdruck Spiritual Care ist in Analogie zu Palliative Care gebildet und damit auch eng verbunden mit den Pionieren und Pionierinnen der Hospizbewegung – allen voran Dame Cicely Saunders. Aus christlich-anglikanischen Wurzeln wächst bei ihr eine spirituelle Offenheit für Menschen verschiedener Herkünfte. Als Krankenschwester, als Ärztin, als Sozialarbeiterin verkörpert sie diesen multiprofessionellen Ansatz von Palliative Care in sich. Die WHO hat ihren Zugang zu den physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen kranker und vor allem auch sterbender Menschen aufgegriffen – in säkularisierter Form – und damit Spiritual Care innerhalb der Gesundheitswissenschaften in gewissem Sinne ‚geadelt‘.

### 3. *Wann spielt Spiritualität eine Rolle?*

Die Frage, wann Spiritual Care eine Rolle spielt, beantwortet Palliative Care faktisch dadurch, dass es um sterbende Menschen und ihre Angehörigen geht. Damit kehrt jetzt säkularisiert eine Gefahr wieder, die Sie alle kennen: der Priester als Todesbote, die Krankensalbung als letzte Ölung, als rituelle Ankündigung des sicheren Todes: „Frau Doktor, ist es schon so weit gekommen, dass sie mir den Pfarrer schicken?“. Diese archetypische

Verknüpfung von Tod und Spiritualität hat eine solche Kraft, dass das Lebendige an der Sterbesituation und an der Spiritualität hinausgeschoben und oft vermieden wird. Deshalb beantworte ich meine Frage nach dem „wann?“ anders: Ja, die palliative Situation ist eine spirituelle par excellence – exemplarisch, aber nicht exklusiv. Es gibt nämlich auch sehr viele andere Grenzsituationen im Leben. So z.B. angefangen mit der Sorge um das entstehende Leben, um die Frühgeborenen, aber auch ganz generell in den Krisen und Übergängen des Lebens überhaupt – in Gesundheit und in Krankheit.

#### 4. *Wer oder was ist nun aber spirituell an Spiritual Care?*

Hierzu möchte ich eine Formalisierung versuchen mit den Buchstaben A k P.

Das A steht dabei für Arzt oder Ärztin, aber auch für Pflegende und Therapeuten usw. Das k meint „kümmern um“ und das P steht für die Patienten. Man könnte also von einer Grundformel der therapeutischen Zuwendung sprechen.

Jetzt stellt sich die Frage: gehört spirituell zu A, zu k oder zu P? Wir sind es gewohnt zunächst einmal auf P zu schauen, also auf unsere Patienten und Patientinnen. Diese haben Bedürfnisse, auf die wir eingehen. Interessant ist in diesem Kontext die Unterscheidung im Französischen zwischen besoin (Bedürfnis) und désir (lateinisch desiderium = Sehnsucht, Verlangen). Mit den Bedürfnissen können wir nie die Spiritualität eines Menschen ausschöpfen. Es mag sinnvoll sein, eine „Spiritual needs scale“ zu verwenden, oder auch ein „Disstress-Thermometer“ und damit einen Patienten auf einer Skala von 1 bis 10 zu befragen, wie hoch sein oder ihr spiritueller Disstress ist. Dann können wir natürlich auch einen cut-off-Wert festlegen und daraus ableiten, ab wann wir intervenieren müssen. Aber so sinnvoll und so vertraut eine derartige Herangehensweise im ärztlichen Alltag auch sein mag Spiritualität derart zu `messen` - wir können sie damit nicht ausschöpfen. Und genau das meint dieses französische Wort désir: Spiritualität ist größer als das Bedürfnis.

Wichtig ist zudem festzustellen, dass Spiritualität in erster Linie auch ein Recht unserer Patienten und Patientinnen ist. Ein Recht, das geachtet werden muss. Auch der Staat achtet deshalb z.B. das Recht auf Seelsorge, und auch wir in den therapeutischen Berufen haben Menschen mit ihrer

individuellen Geschichte vor uns, zu der einfach auch die spirituelle Dimension gehört. Wir wissen heute auch, vor allem aus Studien, die zu diesem Thema gemacht worden sind, dass die Spiritualität einen Einfluss auf unsere Lebensqualität hat.

Es ist uns also vertraut, zuerst auf unsere Patienten zu blicken: Was brauchen sie? Was können wir geben? Natürlich innerhalb der Grenzen, was wir vermögen, d.h. innerhalb unserer persönlichen und beruflichen Möglichkeiten.

Spiritualität betrifft aber auch das k - „kümmern um“ bzw. „caring“: `Spirituell` heißt nicht nur, dass jemand fromme Worte im Munde führt, sondern `spirituell` ist eine Haltung, die heute gerne mit dem neo-buddhistischen Ausdruck der Achtsamkeit umschrieben wird. Das meint präsent zu sein, die Andere oder den Anderen wahr zu nehmen. Dies beinhaltet natürlich auch die Art und Weise, wie z.B. ärztliche und pflegerische Handlungen ausgeführt werden und zwar in vielleicht ganz säkularisierten Situationen wie z.B. dieser, dass die Nachtschwester der Patientin beim Toilettengang hilft und die Patientin ruft: „Es hat doch alles keinen Sinn mehr!“. Das ist eine spirituelle Situation! Obwohl die Patientin natürlich ihr Empfinden nicht auf einer Skala von 1 bis 10 äußert und wir nicht offensichtlich einen cut-off-Punkt überschritten haben. Sie drückt einfach ihre Not in einer sehr säkularen und ganz alltäglichen bzw. allnächtlichen Situation aus.

Im Englischen kennt man zwei Wörter für Heilung: to cure, uns allen bekannt als Goldstandard der kurativen Medizin, und das zweite Wort ist to heal. Beide Wörter werden ins Deutsche mit `heilen` übersetzt und beide betreffen das `caring` und nicht nur das Beseitigen von Krankheiten, nicht nur die restitutio ad integrum, sondern auch – bis zum letzten Atemzug – den Wunsch nach `ganz-sein`. Ganzheitlichkeit ist zum Teil sehr banalisiert worden in unserem Sprachgebrauch, aber es drückt doch ein Grundbedürfnis des Menschen aus. Hier geht es um Versöhnung, um `mit sich selbst ins Reine kommen`, aber gleichzeitig auch die Erlaubnis, ein Fragment und eben nicht vollkommen sein zu dürfen. All das ist mit dem Ausdruck `healing` verbunden. Begleiten, das lernen wir vor allem aus der Pflege, heißt nicht, dass wir immer etwas tun müssen. Das ist für die Studenten in meinen Vorlesungen meist etwas Neues. Sie lernen erstmal im Kontext

Palliative Care, wie sie Schmerzmittel administrieren, wie und wann sie die Dosis erhöhen, wie sie die Zugangswege vielleicht verändern und dann kommt eigentlich immer die Frage: „Was tun wir denn im Bereich Spiritual Care“? Meistens gibt es dann aber eine kluge Studentin oder einen klugen Studenten, der vorschlägt, dass es vielleicht darum geht, dem Patienten zuzuhören. Das klingt zum einen so einfach und ist doch manchmal gleichzeitig so schwer, dass zum ärztlichen Handeln auch das Begleiten gehört und nicht nur das Machen. Aber genau das ist für den Bereich des `caring´ ganz besonders wichtig.

Der Philosoph Martin Heidegger hat uns in seinem Werk „Sein und Zeit“ eine schöne Unterscheidung an die Hand gegeben zwischen der einspringenden und der vorausspringenden Fürsorge. Einspringend gehört dabei in den Bedeutungshof des Paternalismus, im Sinne dessen, dass ich genau wüsste, was für den Anderen gut ist, also kann ich ihm das auch vorschreiben, kann ihm die Wege bahnen und an seiner Stelle entscheiden. Im Gegenzug dazu heißt vorausspringend, dass ich Freiheit ermögliche. Ich eröffne ein Feld, das für meinen Patienten möglicherweise wichtig ist – in diesem Fall das Spirituelle.

Und schließlich ist spirituell auch ein Epitheton für das A.

Auch der Arzt selbst hat eine Spiritualität. Auch er hat eine Motivation für das, was er tut, und er braucht eine cura sui – eine Selbstsorge. „Epiméleia tês psychês“ (= Sorge um die Seele) nennt es Platon im Dialog Alkibiades. Also eine Sorge um die Seele des Arztes. Sokrates ist es, der dem jungen Alkibiades sagt: „Bevor Du ein Staatswesen leiten kannst, kümmere Dich erstmal um Dich selber.“ Wir lernen (auch) in der Medizin vieles an uns selbst. Nicht nur im Bereich der psychotherapeutischen Selbsterfahrung. Was `durch´ uns selbst hindurch gegangen ist, das können wir auch beim Anderen verstehen. Das soll nicht heißen, dass wir in aufdringlicher Weise von uns selber reden müssen oder sollen, aber doch in Kontakt sein mit dem, was uns selbst spirituell beflügelt und beseelt. Das ist übrigens zugleich die beste Burn-out Prophylaxe.

Wir brauchen also eine Spiritualität der heilenden Berufe, und es ist sehr erfreulich, dass diese Erkenntnis aktuell aus vielen verschiedenen Richtungen kommt. Meiner Ansicht nach brauchen wir uns auch nicht ängstigen, dass z.B. buddhistische oder esoterische Anbieter oder auch



freie Träger die Spiritualität entdecken. Es ist vielmehr ein Zeichen der Zeit, welches wir als christliche Ärzte und Ärztinnen mutig aufgreifen dürfen. Es geht nicht darum defensiv zu sein und weil alle möglichen Leute von Spiritualität reden, dieses Wort jetzt vielleicht sogar fallen zu lassen. Interessant ist doch, zu schauen, warum Spiritualität denn jetzt in aller Munde ist? Warum ist denn daraus ein Modewort geworden?

##### 5. *Warum eigentlich nicht einfach `Seelsorge`?*

Spiritual Care und Spiritualität sind Fremdwörter. Es gibt in der Medizingeschichte Alternativen, z.B. bei Sigmund Freud, der von der weltlichen Seelsorge sprach. Viktor Frankl schrieb über die ärztliche Seelsorge. Diese Begriffsschöpfungen haben sich allerdings nicht durchgesetzt. Karl Jaspers ist in den 50er Jahren energisch zu Felde gezogen gegen den Ausdruck „ärztliche Seelsorge“. Beide Beschreibungen haben einen christlich-religiösen Klang und der schien nicht in die säkulare positivistische Medizin zu passen. Deshalb wird – bis heute noch – das Spirituelle oft ab-delegiert an die Seelsorge. Ich höre sehr oft die Aussage: „Wir haben eine Krankenhausseelsorge. Damit ist Spiritual Care doch wohl gewährleistet.“ Deshalb ist es hilfreich abzugrenzen, was Spiritual Care ist im Unterschied zu Seelsorge.

Spiritualität ist als ein medizinisches Thema in der Forschung und in der Praxis identifiziert. Krankenhausseelsorge ist hierzulande eine hochqualifizierte kirchliche Sendung. Spiritual Care hingegen ist eine Aufgabe der Gesundheitsberufe, die interdisziplinär wahrgenommen wird – wie wir hoffen – in Kooperation mit der Seelsorge. Aber es geht eben nicht darum, diese Aufgabe abzugeben. Hilfreich erscheint mir für diese Frage die Unterscheidung von Basis- und Spezialkompetenzen. Auf der Ebene der Basiskompetenzen können wir in einem weiten Sinne sagen, dass alle Gesundheitsberufe miteinander seelsorgend sind. Dadurch werden sie nicht zu Seelsorgern und Seelsorgerinnen im spezifischen Sinn. Es gibt Spezialkompetenzen der einzelnen Berufe (der Seelsorge, der Psychotherapie, der Pflege, der Medizin,...). Das ändert aber nichts – um auf den Anfang zurück zu kommen – an einem gemeinsamen Auftrag aller, einer gemeinsamen Mission aller: ein gemeinsames `spirituelles Priestertum`. Deshalb ist Spiritual Care also auch nicht einfach ein neumodischer Begriff für Krankenhausseelsorge. Es ist auch kein eigener

Beruf, sondern ein Querschnittsbereich von Seelsorge, Medizin, Pflege, sozialer Arbeit und Psychotherapie. Wir alle haben miteinander diese Aufgabe *Spiritual Care*.

#### 6. *Aber wozu das alles?*

Es gibt zahlreiche Studien über den Zusammenhang zwischen der spirituellen Haltung einerseits und dem Gesundheitsstatus andererseits (Koenig 2013). Ich habe das Thema mit Harold König diskutiert und ich bin übereinstimmend der Meinung, dass unabhängig davon, ob Spiritualität 'wirkt' und ob wir von einem Zusammenhang auf dem .30 oder dem .70 Niveau sprechen, die Befunde der faith & health Forschung kein Argument für Spiritual Care sind! Spiritual Care ist nicht deshalb eine Dimension der Medizin und der Sorge für kranke Menschen, weil sie 'wirkt', sondern weil Spiritualität schlichtweg zum Menschen gehört. Meine Argumentation ist also eine anthropologische und keine evidenz-basierte.

#### 7. *Die Gretchen-Frage: Wie hast Du's mit der Spiritualität?*

Gretchen: Versprich mir Heinrich!

Faust: Was ich kann!

Gretchen: Nun sag, wie hast Du's mit der Religion?

Stellen wir die Gretchen-Frage an die Ärztinnen und Ärzte, dann kommt der Faktor der Scham ins Spiel. Diese Gretchen-Frage kann Scham auslösen und zwar nicht, wenn wir unter katholischen Kollegen und Kolleginnen sind, aber wenn sie z.B. in solch ein neo-positivistisches, von Rudolf Virchow geprägtes Universitätsklinikum gehen, oder dort arbeiten, dann sind sie von ganz anderen Menschen umgeben. Plötzlich kommt es zu einer Art 'Leisetreterei' um das Thema Spiritualität, die daher kommt, dass Spiritualität etwas Intimes ist, etwas Privates. Es gibt eine gewisse Zurückhaltung, das Thema pro-aktiv zu eröffnen. Die S3-Leitlinien der Palliativmedizin sind von Kollegen verfasst, welche die Inhalte der Schlüsselempfehlungen sehr gut reflektiert haben, und hier steht geschrieben, dass dem emotionalen Erleben und den spirituellen Bedürfnissen ausreichend Raum gegeben werden soll. Beides sollte gezielt angesprochen werden, auch dann, wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt. So ist das Mantra in meinen Seminaren zur spirituellen Anamnese: Nur wenn wir als Ärzte den ersten Schritt machen, dann kann auch der Patient gewissermaßen 'aus der

Deckung herausgehen'. Sie haben als Ärzte und Ärztinnen Erfahrung darin und die Fähigkeit die Worte zu finden, um einerseits die Intimität ihrer Patienten zu schützen, aber gleichzeitig auch persönliche Dinge anzusprechen, die vielleicht etwas schwieriger zu benennen sind.

#### 8. *Wer soll das bezahlen?*

Ein häufig verwendetes Argument gegen Spiritual Care lautet, dass es zwar wünschenswert wäre, aber nicht finanzierbar durch die Kostenträger und auch im DRG-System überhaupt nicht abbildbar. Mit diesen Worten wird dann stillschweigend das Spirituelle den Kirchen überlassen. Die passendere Frage ist aber tatsächlich: Wie viel können wir einsparen durch Spiritual Care? Eine onkologische Studie, erschienen in der Zeitschrift *CANCER* mit prospektivem multizentrischem Design, hat terminale Tumor-Patienten befragt nach ihrer Zufriedenheit mit der spirituellen Betreuung durch ihr Behandlungsteam. Ganz amerikanisch-pragmatisch wurde in dieser Studie anschließend gerechnet, wie viel Kosten die spirituell zufriedenen und wie viel die spirituell unzufriedenen Teilnehmer verursachten. Es haben sich dabei interessante Zusammenhänge gefunden, und man kann aus den Ergebnissen interpretieren, dass die Unzufriedenen am Ende ihres Lebens einem höheren Risiko unterliegen auf eine Intensivstation verlegt werden zu müssen und dort zu versterben. Dieser Zusammenhang ist besonders ausgeprägt bei den religiösen ethischen Minderheiten und bei denen, die high-religious-coping Patienten sind. Zu letzterer Gruppe gehören z.B. häufig Muslime, bei denen das Religiöse in der Krankheitsverarbeitung sehr wichtig ist. Das heißt, dass hier auch für die Therapieziel-Entscheidung der göttliche Wille ganz entscheidend ist, sprich, wenn Allah möchte, dass ich kämpfe bis zum Ende, dann geht es um Lebensverlängerung um jeden Preis. Jede 'Rosskur', die der Arzt mir vorschlägt, wird dann mitgemacht, nur um auf jeden Fall sicher zu stellen, dass man länger lebt. So ein Motiv muss ich natürlich als Arzt kennen, weil ich sonst den Patienten nicht wirklich beraten kann (Balboni et al. 2011). Zur allgemeinen Diskussion hierzu möchte ich noch folgenden Denkanstoß geben: Es ist Aufgabe der Krankenkassen, Leistungen für die Gesundheitsförderung in Betrieben vorzunehmen, z.B. werden über den §20a SGB V Maßnahmen finanziert zur Rückenschulung für OP-Mitarbeitende. Sollte an dieser Stelle nicht auch die spirituelle Kompetenz gefördert werden?

### 9. *Wo aber ist denn eigentlich unser Gesundheitssystem spirituell?*

Medizinhistorisch, wenn wir in die vorklassische vorhippokratische Medizin zurückschauen, dann gab es dort noch einen 'overlap' zwischen dem Bereich der Gesundheit und der Religion. Beides ist damals noch sehr stark miteinander verbunden gewesen und man könnte in einem gewissen Sinne damit Hippokrates als 'Vater der evidenzbasierten Medizin' bezeichnen, denn er denkt zum ersten Mal empirisch. Er sieht sich Befunde an, sucht nach bewerteten Heilmitteln und er 'verbannt' Hygieia, Apollon, Panakeia und Asklepios in das Proömium des Eides, während es im Corpus des hippokratischen Eides streng empirisch zugeht. Diese Unterscheidung zwischen Gesundheit und Religion, zwischen dem Profanen und dem Tempel, bleibt durch die Jahrhunderte bestehen. Das Neue an Spiritual Care aber ist, sehr eng verbunden mit der Bio-Ethik, den spirituellen Bereich nicht mehr als 'Import aus der Sphäre des Tempels', sondern in der Medizin selber zu lokalisieren. Damit entsteht sozusagen als Überlappung die spirituelle Suche. Deshalb können wir von einer, nicht nur bio-ethischen und bio-psychozialen, sondern auch von einer spirituellen Neuorientierung der Medizin sprechen. Um diese zu verankern brauchen wir bewährte Mittel aus der Tradition, also z.B. spirituelle Exerzitien für die Gesundheitsberufe.

### 10. *Wohin wird sich Spiritual Care entwickeln?*

Der Verwaltungsleiter eines kirchlichen Krankenhauses sprach kürzlich mit mir über die Implementierung von Spiritual Care und wir diskutierten die verschiedenen Ebenen: die Pflege, die Medizin, die Chefarzte, die Stationen usw. – und dann sagte er zu mir: „Pater Frick, das ist ja eine systemische Beunruhigung!“ Ich habe mich sehr über diese Wortschöpfung gefreut, denn sie gibt in gewissem Sinne wieder, was ich zu vermitteln suche: Spiritual Care ändert etwas an der Zusammenarbeit unserer Berufe in der Medizin und im Gesundheitswesen insgesamt. Manch alte Struktur wird dadurch natürlich in Frage gestellt, neue Formen interprofessioneller Zusammenarbeit werden möglich. Diese Veränderungen können Angst auslösen, Scham und Konflikte. Wollen wir dieses Wagnis wirklich riskieren?

## *Literatur*

- Balboni Tracy, Balboni Michael, Paulk ME, Phelps A, Wright A, Peteet J et al. (2011) Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer* 117:5383-5391
- Frick Eckhard & Hamburger Andreas (Hg.) (2014) *Freuds Religionskritik und der "Spiritual Turn". Ein Dialog zwischen Philosophie und Psychoanalyse.* Stuttgart: Kohlhammer
- Koenig Harald G. (2013) *Spiritualität in den Gesundheitsberufen.* Stuttgart: Kohlhammer
- Pargament Kenneth I. (2013) Ziele, die dem Menschen heilig sind. Zur Bedeutung der Zukunft für die Gesundheit. *Spir Care* 2:8-16
- Peng-Keller Simon (2014) Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. Begriff- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundungen mit Blick auf das Selbstverständnis von Spiritual Care. *Spir Care* 3:36-47.

## **Anfragen und Antworten**

### **Auszüge aus dem Plenumsgespräch<sup>1</sup>**

**Dr. Polenz:** Wir haben zwei sehr informative Vorträge gehört und nehmen uns jetzt die Zeit, das Gehörte zu vertiefen und zu diskutieren. Zunächst bitte ich die beiden Referenten kurz zu benennen, was Ihnen am Vortrag des Kollegen diskussionswürdig scheint.

**Prof. Bergdolt:** Ich blicke auf die Gemeinsamkeiten und sehe die Notwendigkeit, dass Ärzte im Bereich Spiritual Care erst einmal „trainiert“ werden müssen. Hier besteht ein großer Nachholbedarf. Ich frage mich natürlich auch, wie das praktisch in den großen Krankenhäusern geleistet werden kann, zumal die Begabung der Ärzte ja in eine bestimmte Richtung gelenkt worden ist.

Auf der anderen Seite sehe ich das Problem, dass wir mit den spirituellen Angeboten in das Fahrwasser der Esoterik geraten können, wenn hier unterschiedliche Heilslehren vermischt werden. Das Christentum besitzt ja selbst eine hervorragende Tradition der Meditation und des Gebetes, die es wert ist, wiederentdeckt zu werden. Wir haben viele Vorbilder, nämlich meditative Gebete und Meditationstheorien christlicher Prägung in den geistlichen Schatzkammern des Westens. Das sollte nicht vergessen werden.

**Prof. Frick:** Die Esoterik ist zunächst einmal eine innerkirchliche und innertheologische Auseinandersetzung. Am Ende des letzten Jahrtausends veröffentlichte Pater Joseph Sudbrack eine Arbeit in der Zeitschrift Geist und Leben: ‚Spiritualität - Modewort oder Zeichen der Zeit?‘ - und er untertitelte diesen Aufsatz mit ‚Ein Kapitel moderner Pneumatologie‘ (Sudbrack 1998). Pneumatologie ist die Teildisziplin der Dogmatik, die sich mit dem heiligen Geist beschäftigt. In diesem Aufsatz diskutiert Sudbrack das Modewort Spiritualität und zählt all die schillernden Dinge auf, die es

---

<sup>1</sup> Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um eine gekürzte Abschrift der Tonaufzeichnungen aus der Plenumsdiskussion. Die Fragen der Teilnehmenden wurden anonymisiert, die Antworten der Referenten wurden durch diese für den Abdruck freigegeben.

hier gibt. Er sagt dann, hier habe das Christentum auch in der Esoterik, auch von dem, was von anderen Religionen auf uns zukommt, den wichtigsten Gesprächspartner in Mitteleuropa. Das heißt, wir sollten nicht leisetreterisch oder identitätsverleugnend mit diesen Dingen umgehen, sondern diese Entwicklung mutig aufgreifen. Denn es handelt sich um Megatrends, die weit über die Theologie hinausgehen - und das sehen wir gerade in den Gesundheitswissenschaften und mit dem Rüstzeug der Unterscheidung der Geister. Denn nicht alles, was angeboten wird und womit viel Geld gemacht wird, ist auf dem spirituellen Markt auch gut.

Wir sollten nicht aus einer Arroganz des Besserwissens als Christen und als Theologen heraus alles andere abwerten, bloß weil es nicht auf unserer Tradition gewachsen ist. Ich meine, dass wir eine Auseinandersetzung mit diesen Strömungen brauchen, sowohl akademisch, als auch im Blick auf das, was die Menschen bewegt.

In der Medizin ist es noch einmal etwas Anderes: Die Medizin ist jedenfalls in Europa ein weltanschaulich neutrales Unternehmen. Das ist auch Teil meiner Mission. Übrigens sehe ich mich als Priester in einem säkularen System. Das heißt, dass man auch von mir erwarten darf, dass ich nicht meine Identität verleugne, aber dass ich wirklich offen bin für die Sachverhalte. Ich habe einen muslimischen und einen jüdischen Doktoranden, und ich freue mich, wenn solche Kollegen und Kolleginnen zu mir kommen. Die Frage ist sehr vielschichtig und wir müssen sie sowohl innertheologisch als auch innerhalb des medizinischen Kontextes reflektieren. Wir brauchen uns als Christen nicht zu verstecken, sondern können diesen Strömungen mutig begegnen und – wie der Apostel Paulus es sagt – alles prüfen und das Gute behalten.

**Prof. Bergdolt:** Hier stimme ich Ihnen gerne zu. Meine Sorge ist, dass solche Verfahren auch schnell an eine gewisse Beliebigkeit grenzen können, wenn man hier nicht aufpasst. Die These, dass man in Sachen Religion nur dann sein Gewissen befriedigen kann, wenn man sich, salopp gesprochen, in allen Religionen auskennt, ist einerseits faszinierend, aber andererseits kann es auch dazu führen, dass das Christentum oder die abendländische Tradition am Ende einfach den Kürzeren zieht. Natürlich ist es richtig sich darüber zu informieren, was in den anderen Religionen läuft. Aber das geht eigentlich nur, wenn man zunächst einmal weiß, was

die eigene Religion ist, wie groß und tief ihre geistige Kapazität ist. Und ich sehe ein großes Problem, wenn man in Europa enorme Wissensdefizite bezüglich der christlichen Geschichte und Kultur hat (klischeehaft scheint hier häufig nur das Negative herausgehoben zu werden), aber sich dafür zum Beispiel sehr viel besser in chinesischer Mythologie auskennt.

**Teilnehmer:** Ich bin als Krankenhauspfarrer tätig und sehe, wie wichtig es für jeden von uns ist, sich zu seinen eigenen Wurzeln bekennen zu können. Jeder von bringt seine eigene Geschichte mit, ob als Arzt oder als Seelsorger/Pfarrer. Und das Wichtige dabei ist, dass man sich selber auch nicht versteckt, dass ich sagen kann, da und da sind meine Wurzeln und da komme ich her. Ich selber komme aus einer Spiritualität, die aus der Wüste Nordafrikas von Charles de Foucauld her geprägt ist. Er ist mit unterschiedlichen Kulturen und Religionen zusammen gekommen ist und hat nie in seinem Leben irgendeinen Menschen getauft. Aber von ihm ist seit 1916 so viel an Spiritualität für die Moderne ausgegangen, weil er gesagt hat: ‚Ich bin Bruder unter Geschwistern‘. Wie können wir in unseren Häusern zu einer solchen Haltung führen, dass wir zu unserem eigenen Stand stehen und auf unsere eigenen Wurzeln schauen?

**Teilnehmer:** Die Probleme der Medizin mit der Spiritualität hängen sehr viel mit dem Zeitgeist zusammen. Aber es ist auch eine Frage der finanziellen und personellen Ressourcen. Krankenschwestern und ärztliches Personal müssen heute sehr viel Zeit in Verwaltungsarbeit, Zertifizierungsmaßnahmen und Qualitätskontrolle investieren. Es wäre doch mehr als wünschenswert, wenn wir in unseren christlichen Krankenhäusern dafür Sorge tragen könnten, dass die Beschäftigten auch Zeit für Spiritualität finden.

**Prof. Frick:** Zu der ersten Frage. Das ist dieser A-Punkt meiner kleinen Formel AKP. Wir brauchen spirituelle Angebote für die Gesundheitsberufe. Das ist auch ein Markt, wo es sehr viele verschiedene Angebote gibt. Aber auf diesem Markt sollten sich auch die großen christlich spirituellen Familien einmischen und Charles de Foucauld steht für eine solche säkulare Spiritualität - eine Spiritualität der Präsenz in einem unchristlichen Umfeld. Ich möchte ein Beispiel aus dem freikirchlichen Bereich nennen. Das Albertinen-Krankenhaus in Hamburg bietet den Pflegenden eine existentielle Kommunikation und Spiritualität (EKS) als eine Intervention



während des Alltags an. Das heißt, die Pflegeperson füllt einen Zettel wie einen Konsilschein aus und fordert damit eine persönliche Beratung an. Es geht um eine kurze, zeitnahe Unterstützung oder Klärung von Fragen, nicht um eine große Supervision. Dieses Modell heißt „DiakonieCare“ und es wird in der evangelischen Kirche sehr gefördert.

Zu der zweiten Frage: Selbstverständlich ist es wünschenswert, dass kirchliche Träger auch Geld in diesem Bereich in die Hand nehmen. Für die Organisationsentwicklung ist es sogar sinnvoll, um einen Marktvorteil zu bekommen. Die kirchlichen Krankenhäuser können auch damit gewinnen, denn es geht nicht nur ums Geld, wie viele Studien zeigen: In erster Linie ist es Mangel an Kompetenz im kommunikativen Bereich, der Unsicherheit erzeugt.

Ich habe ja versucht zu zeigen, welche Ebenen für die Finanzen wichtig sind. Oft wird es eingeeengt auf das DRG-Problem der Krankenhäuser, und das hat in der Tat verheerende Auswirkungen auf den Alltag der Kolleginnen und Kollegen. Aber es geht auch um das, was wir hier jetzt tun: inwieweit kann eine solche Veranstaltung vielleicht gekoppelt werden mit Workshops und Implementierungsversuchen, so dass das, was sie im Beruf erleben, mit dem in Kontakt steht, was wir heute besprechen. Da bin ich eigentlich optimistisch. Wenn es viele Interessenten gibt, dann können wir auch etwas ändern. Wir werden uns nicht jetzt in die romantische Medizin zurück beamen, aber wir können diese Welle der Spiritualität in der heutigen Medizin nutzen.

Wir brauchen dabei nicht ängstlich zu sein, denn da kommt uns eine Zeitströmung hilfreich entgegen. Das hat die Kirche immer getan: Darauf einzugehen, was die Menschen denken und fühlen, und damit in Einklang zu gehen, ohne es zu unreflektiert zu imitieren.

**Prof. Bergdolt:** Die Unzufriedenheit – nicht nur im akademischen Mittelbau – an den großen Kliniken ist durch den ökonomischen Druck natürlich enorm groß. Dennoch sollten wir froh sein, dass wir in diesem Gesundheitssystem leben dürfen, auch als Patienten. Natürlich sollten wir schon in der Ausbildung versuchen, die Fragestellungen des Spiritual Care stärker zu berücksichtigen. Ich gebe aber zu bedenken, dass es immer Studenten geben wird, die dafür besonders begabt sind und auch

freiwillig gerne in solche Kurse kommen, und andere, die einen weiten Bogen darum machen.

**Teilnehmer:** Ich sehe die Problematik darin begründet, dass die Medizin von einer Kunst zu einem Handwerk geworden ist. Wir werden heute dafür gelobt, können publizieren und werden bezahlt, wenn wir in die kleinste Koronararterie einen Stent einsetzen und immer gewagtere Techniken anwenden. Wir haben mittlerweile mehr Fachärzte als der Mensch Organe hat, und wir wundern uns dann, warum es die Spiritualität nicht mehr gibt. Wir sind zu gut ausgebildeten Handwerkern geworden. Aber damit die Medizin von einem besseren Handwerk wieder zu einer Kunst wird, gehört genau das dazu, wovon wir heute reden.

**Prof. Frick:** Ich tue mich etwas schwer mit solchen generellen Einordnungen, also auf der einen Seite die Verhandwerklichung und Verbetriebswirtschaftlichung der Medizin, auf der anderen Seite die Medizin als Kunst. Zu allen Zeiten haben Ärzte ihren Weg zu den Patienten suchen müssen. Das ist doch, ob die Ausbildung heute gut oder schlecht ist, genauso wie es immer war, und sicherlich können auch die Universitätsmedizin, das Publikationssystem und andere Faktoren dem Arzt-Sein auch entgegenstehen. Wir sollten aber den dadurch ermöglichten Fortschritt nicht schmälern und froh sein, dass wir diese evidenzbasierte Forschung haben, aber sie jetzt ergänzen. Wir sollten daher keine unnötigen Gegensätze zwischen universitären Eliten und praktischer Medizin aufmachen, sondern miteinander überlegen, was die jungen Leute brauchen, damit die spirituelle Dimension wahrgenommen werden kann.

**Teilnehmer:** Ich möchte das Stichwort evidenzbasierte Medizin kritisch aufgreifen. Wenn sie einen Menschen nach evidenzbasierter Medizin behandeln, der meist zwei Krankheiten hat, z.B. Herzkrankheit und Diabetes oder hohen Blutdruck, dann geben sie ihm mehr als fünf Medikamente. Das ist evidenzbasiert. Aber jeder Pharmakologe würde Ihnen sagen, dass die Interaktion dieser Medikamente nicht mehr beurteilt werden kann. Die evidenzbasierten Studien haben eine ausgewählte Patientenpopulation in einer ganz bestimmten Situation - und dann bringen wir den Studenten bei, dass sie in dieser Situation so und so handeln sollen. Demgegenüber müsste ich erst einmal die genau die Studie beurteilen, mich fragen, welche Situation vorliegt und dann prüfen, ob

dieser Patient überhaupt in die Studie passt, sonst gilt die evidenzbasierte Medizin für ihn gar nicht. Wir übersehen, dass die evidenzbasierte Medizin nur die Aufgabe hat, in Situationen, wo ich nicht genau weiß, wie ich urteilen soll, einen Ratschlag zu bekommen. Aber danach handeln wir heute nicht, sondern geben die Verantwortung an eine Studie weiter, an eine Fachgesellschaft an der S3-Leitlinie.

**Prof. Frick:** Ich stimme Ihnen weitgehend zu. Als Psychoanalytiker schaue ich erst einmal auf den Einzelfall. Es gibt auch hier Evidenzstudien, denn die EBM ist das vorherrschende Paradigma im Moment. Im letzten Jahr war ich bei der Bundesärztekammer eingeladen und musste mich der Frage stellen, ob es evidenzbasierte Spiritual Care gibt (Frick 2013). Ich möchte den Bereich der Spiritualität in der Hochschulmedizin präsent machen und mit den Leuten sprechen, die von diesem Denken infiltriert sind und denen ein Stück Asklepios zu ihrem Hippokrates sicherlich gut tun würde. Darum geht es doch: das Asklepiadische an der Medizin wiederzuentdecken.

**Prof. Bergdolt:** Wir stehen vor dem Problem, dass uns wissenschaftliche Dogmen wie Hochschulmedizin, Drittmittelerwerb, Impactfaktoren und evidenzbasierte Medizin, in der Tat die Zeit und die Kräfte rauben, uns intensiver mit den durch das Spiritual Care angesprochenen Aspekten zu beschäftigen. Wir beide kommen ja von Exzellenzuniversitäten, die genau nach diesen Kriterien arbeiten. Ich habe meinen Stolz immer etwas zurückgehalten, weil ich genau weiß, dass die Exzellenzuniversität in einem Wettbewerb definiert wird, wo die Kriterien von der Politik, dem Wissenschaftsmanagement und auch vom Zeitgeist vorgegeben werden. Alle anderen Dinge, die da nicht zählen, werden praktisch vernachlässigt. Dennoch möchte ich einen kleinen optimistischen Vorschuss geben: Der Fakultätentag hat schon vor vielen Jahren gesagt, dass der Impactfaktor im Grunde Unsinn ist. Das weiß auch jeder gute Wissenschaftler. Die Frage, die wir beantworten müssen, ist freilich die: schlagen Sie uns etwas Besseres an Qualitätskriterien vor - und das ist eben das Schwierige.

**Teilnehmer:** Herr Prof. Frick, Punkt 7 in Ihrem Diagramm besagt, dass durch Spiritual Care Geld einzusparen sei. Ich bezweifle das. Vermutlich könnten wir eher Geld einsparen, wenn die Juristen bei uns im Hintergrund blieben. Denn im Hintergrund steht immer diese Reihenfolge bei einem

Fehler: Gutachterkommission – Staatsanwaltschaft – Versicherung – Anstieg der Prämie. Das ist eine Reihenfolge, die durch nichts zu unterbrechen ist.

**Prof. Frick:** Hinter meiner siebten These war ein kleines Augenzwinkern. Denn meistens sagt bei meinen Vorträgen jemand von der Verwaltung eines Krankenhauses, dass das niemand bezahlen kann: ‚Es wäre schön, aber wir können es nicht bezahlen‘. Das ist ein Totschlagargument, das gegen jede Innovation eingesetzt werden kann. Ich versuche dann zu sagen, denken sie doch bitte mal anders herum, wie geht denn Ökonomie und Spiritualität zusammen? Die Vorannahme, dass die Förderung von Spiritualität im Krankenhaus ein Luxus sei, den wir nicht finanzieren können, möchte ich hinterfragen. Denn teilweise haben wir auch eine Querfinanzierung über die Kirchen oder die Refinanzierung von Krankenhauseelsorge. Das wird wenig reflektiert. Ich denke systemisch, das heißt, wenn ich mir eine Institution anschau, kann ich nicht nur die Ärzte ansprechen, sondern ich muss unbedingt auch die Pflege und die Verwaltung ins Boot holen. Man mag das beklagen, dass die Verwaltung so wichtig geworden ist und dort die Juristen. Aber wir dürfen diesen Bereich nicht ausblenden, sonst machen wir die Rechnung im wahrsten Sinne des Wortes ohne den Wirt. Für dieses systemische Implementieren muss man auf die gesamte Organisation schauen, einschließlich der Juristen und Betriebswirte.

**Teilnehmer:** Wir sehen, dass das Wertefundament des Christentums in Westeuropa gesellschaftlich immer weiter wegbricht. Wäre es dann nicht gerade zu wünschen, dass wir alle diese spirituellen Strömungen, die stark aus dem Osten auf uns zugekommen sind, auch als angehende oder schon ausgebildete Ärzte auffangen, und den Patienten da abholen, wo er herkommt. Gerade mit dem Buddhismus, denn er ist ja schon eine jahrtausendalte unglaublich komplexe Form der Psychologie. Aber durch die Achtsamkeit ist er - gleichsam durch die Hintertür - in die westliche Medizin wieder zurückgekommen. Wäre es nicht eher wünschenswert, dass wir da offen bleiben und auch Dinge mit hineinnehmen, die dem Patienten faktisch helfen können?

**Prof. Bergdolt:** Das ist in der Tat mein Anliegen. Man sollte jedem in seinem kulturellen und religiösen Kontext und in seiner Tradition begeg-

nen. Wenn wir jetzt Patienten aus verschiedenen Religionsgemeinschaften durch Einwanderung hier haben, dann sollte man auch organisatorisch die Vorbereitungen treffen, dass man sie entsprechend begleiten und rüsten kann.

**Teilnehmer:** Ich möchte den Blick auf die Ausbildung unserer Studenten lenken. Nach dem Physikum werden sie mit den einzelnen klinischen Fächern konfrontiert. Sie lernen bis ins letzte Detail kardiologisch, nephrologisch, gastroenterologisch zu denken, aber eben nicht patientengemäß. Es müsste zur Pflichtausbildung gehören, dass die Studenten angeleitet werden mit Patienten umzugehen. Das heißt aber auch zu lernen, wie man z.B. seine eigene Furcht überwindet. Das aber ist sicherlich eine kollegiale Gesamtaufgabe, um Ärzte und nicht nur Mediziner zu schaffen.

**Teilnehmer:** Als Krankenhausseelsorger stelle ich fest, dass beim Einführungsseminar für die neuen Mitarbeiter und insbesondere für die Ärzte mehr Zeit benötigt wird, damit die Seelsorge sich vorstellen kann. Denn viele kennen keine Krankenhausseelsorge. Aber hier können sie lernen, dass jemand da ist, mit dem sie sprechen können und der jemandem Auskunft erteilen darf, wenn es gewünscht wird.

**Teilnehmer:** In der medizinischen Ausbildung der jetzigen Generation bekommt die Beziehung zum Patienten doch einen ganz anderen und hohen Stellenwert. In Düsseldorf läuft aktuell ein Modellverfahren, indem schon im 1. Semester des Studiums Anamnese, Patientenführung und Begegnung thematisiert werden. In der Diskussion wurde m.E. eine künstliche Polarität aufgebaut zwischen dem Verlust der christlichen Tradition im Bezug auf Spiritualität und einer Öffnung zum Osten hin. Ich glaube, dass diese Polarität nicht die Frage nach gelebter Spiritualität beantwortet. Denn eigentlich können wir doch bei uns selber anfangen und uns fragen, ob wir in unserer Praxis eben den Patienten als Mensch sehen, der beides braucht, sowohl die Wurzeln als auch die Flügel. Diese Frage können nicht unsere Ordnungssysteme beantworten, sondern dass liegt immer ganz speziell in unserer persönlichen Verantwortung.

**Prof. Frick:** Die Seelsorge wird dann besser akzeptiert, wenn die Gesundheitsberufe selbst ihre eigene spirituelle Kompetenz wahrnehmen. Dann wissen sie nämlich, welche Bedürfnisse kranke Menschen in dieser Hinsicht haben und können auch besser verweisen. Also, wenn das Modell

der Seelsorge ist: ‚Der kommt, wenn die Medizin nichts mehr auszurichten hat‘ - und dieses Modell gibt es ja noch -, dann kann auch nicht an einen Seelsorger verwiesen werden. Dann wird er auch nicht beteiligt. Also: es ist die Kenntnis, aber es ist auch die eigene Kompetenz.

Ärzte sind schwieriger für Spiritual Care anzusprechen als Pflegende. Dies hat viele Gründe. Einmal ist es das patriarchale System der Medizin, das sich jetzt langsam mit der Feminisierung ändert, und es sind vielleicht auch die Institutionen, die gegeneinander kämpfen. Medizin ist eine patriarchale Institution und Kirche auch. Diese sind oft in einem institutionalisierten Widerstreit. Zudem sehen wir, dass Medizin immer mehr zu einer Teamarbeit wird, bei der auch ein Arzt lernt, einer Krankenschwester zuzuhören und nicht nur ihr Befehle zu geben. Das kommt allmählich ins Bewusstsein, aber der Weg dahin ist noch weit.

Zur Frage der neuen Ansätze in der medizinischen Ausbildung: Ja, wir dürfen nicht klagen, sondern müssen nach den Ansätzen schauen, mit denen wir arbeiten können. Gerade in diesem Bereich der ‚liberal arts‘, der Kommunikation geschieht ja bereits sehr viel. Ich bin auch froh, dass ich Spiritual Care im Pflichtprogramm unterrichten kann. Das heißt, dass niemand in München Examen in der Medizin macht, der nicht irgendwie ein wenig darüber gehört hat. Man muss auch die religiös Unmusikalischen ansprechen, wie Max Weber und Jürgen Habermas sagen, und das geschieht am ehesten durch ein Pflichtprogramm. Das Ziel stecke ich bewusst ganz niedrig im Pflichtunterricht, und es ist dann immer wieder schön Kursgruppen zu haben, bei denen wirklich ein Prozess in Gang kommt.

**Prof. Bergdolt:** Mit den neuen Studienordnungen wird versucht, den Kontakt von Arzt und Patient bereits vom ersten und zweiten Semester an herzustellen. Aber es gibt darüber verschiedene Meinungen und Erfahrungsberichte. Man könnte ja auch sagen, dass das bisherige System seine innere Logik hat: erst das Physikum, also das Lernen der Zusammenhänge der Funktionen des menschlichen Körpers in der Theorie, und dann das Zugehen auf den Patienten.

Bei der neuen Studienordnung stehen Studenten im ersten und zweiten Semester am Patienten, die noch keine wirkliche medizinische Fachkenntnis haben. Sie sollen jedoch am Patienten lernen, wie man mit ihm umgeht.

Das ist nicht ganz so unumstritten, wie es im ersten Moment klingt. Denn der Patient weiß ja gar nicht, wie weit diese Studenten sind. Aber es ist natürlich ein Versuch und ein Weg, die Misere etwas zu reduzieren. Wahrscheinlich braucht man einige Generationen von Studenten, um das retrospektiv beurteilen zu können.

**Dr. Polenz:** Ich möchte nochmal auf die Arbeit am täglichen Patienten, auf die Arbeit am Krankenbett zurückkommen. Als Hausarzt erlebe ich es schon, dass Patienten von sich aus nach dem Sinn fragen und die Frage ‚Was für einen Sinn hat das denn jetzt alles?‘ auch an mich richten. Aber es gibt auch Situationen, in denen wird diese Frage nicht artikuliert, und doch spüre ich, dass der Patient eine Reaktion von mir erwartet. Wie gehe ich damit um?

**Prof. Frick:** Lassen Sie mich dies vorausschicken: Die Spiritualität der Gesundheitsberufe ist nicht dafür da, unmittelbar eine Kompetenz, die womöglich noch bepunktet wird, zu erwerben. Der heilige Bernhard von Clairvaux sagt: Spiritualität ist wie eine Muschel, die überläuft, nicht wie ein Kanal, durch den etwas durchfließt. Dieses Überfließende heißt: die Exerzitien sind nur für sie selbst da, für die Gottsuche. Aber weder gibt es Punkte, noch kann man sagen, dass hier Ziele erreicht werden müssen. Insofern ist Spiritualität ein Bereich, der unser evidenzbasiertes Denken sprengt, denn es muss auch zweckfreie Bereiche in unserem Leben geben.

Aber was mache ich nun bei meinem Patienten, wenn dieses Thema anklingt. Sie können ihn zum Beispiel fragen, wo er eigentlich seine Kraftquellen her hat, wie er es schafft, seine Krankheit zu bewältigen, oder was ihm Stärke gibt. Das wäre der Beginn einer spirituellen Anamnese. Wenn sie das morgen oder übermorgen vielleicht bei vier Patienten machen, dann werden sie die neue Erfahrung machen, dass sie mit einem solchen proaktiven Vorgehen Räume für die Patienten und für sich selber öffnen.

**Teilnehmer:** Im Blick auf meine eigene Ausbildung habe ich Medizin tatsächlich so gelernt, dass ich sozusagen eine allwissende Halbgöttin in weiß sein soll, die sich selbst keine Schwächen zugestehen darf. Und in meinem ärztlichen Wirken durften auch keine persönlichen Bedürfnisse und schon gar nicht mein eigener Glaube oder meine Spiritualität sichtbar

werden oder gar einfließen. Heute ist das anders. Die neue Form der Mediziner Ausbildung übt zum Beispiel durch Rollenspiele die Kontaktaufnahme und die Kommunikation mit dem Patienten. Daher die Bitte an Sie Herr Prof. Frick: Bleiben sie auch in den politischen Gremien und in den wissenschaftlichen Räten. Denn die Universitätsmedizin wird leider nicht durch die Basis und die Bedürfnisse von Kollegen und Patienten bestimmt, sondern durch die Politik! Und deshalb benötigen wir die Kollegen aus der Wissenschaft, die solche Überlegungen auch der Politik nahe bringen können.

**Prof. Frick:** Ich möchte dafür werben, dass wir das gemeinsam versuchen. Ich bin sehr froh, dass heute so viele Kollegen aus beiden Bereichen da sind – aus den Praxen und aus den Kliniken. Wir müssen miteinander Wege suchen, Spiritualität in der Medizin, in der Hochschulmedizin und in der Alltagsmedizin zu verorten. Um dieses Ziel zu erreichen haben wir die Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität gegründet, um Menschen miteinander zu vernetzen, die Spiritualität fördern wollen (<http://www.iggs-online.org/>).



## Die Referenten:

### **Erzbischof Hans-Josef Becker**

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz sowie Mitglied der „Gemeinsamen Konferenz“ von Deutscher Bischofskonferenz und Zentralkomitee der deutschen Katholiken.

### **Klaus Bergdolt, Prof. em. Dr. med. Dr. phil.**

geboren 1947 in Stuttgart; Studium der Medizin in Tübingen, Wien und Heidelberg; 1975 Promotion zum Dr. med. und 1981 Facharztprüfung an der Universitäts-Augenklinik Heidelberg; 1981–1986 Studium der Geschichte, christlichen Archäologie und Religionswissenschaften in Heidelberg und Florenz; 1986 Promotion zum Dr. phil. und 1989 Habilitation in Medizingeschichte in Würzburg. 1990 Direktor des Deutschen Studienzentrums in Venedig; seit 1995 Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik in der Medizin an der Universität zu Köln. Seit 1996 O. Mitglied der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und der Europäischen Akademie für Wissenschaften und Künste Salzburg. Seit 2006 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Zeitschrift für Medizinische Ethik.

### **Eckhard Frich SJ, Prof. Dr. med.**

geboren 1955 in Bad Nauheim; Studium der Medizin, Theologie und Philosophie an den Universitäten in Freiburg, Münster und Dijon. Promotion 1992 zum Dr. med., nach Weiterbildung an der Universitätsklinik in Paris 1987 Facharzt für Psychiatrie und seit 1997 Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. 1986 Eintritt in die Gesellschaft Jesu und 1992 Priesterweihe. Beratungstätigkeit an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums. 2007 Habilitation für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seit 2008 Professor für Anthropologische Psychologie an der Hochschule für Philosophie München. 2010 Berufung zum Professor für Spiritual Care an der Medizinischen Fakultät der LMU München. Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Analytische Psychologie“ und Gutachter für verschiedene internationale medizinische Zeitschriften.

***Bisher erschienen:***

- 1985      **Freiheit und Lebensengagement**  
Beiträge von:      Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main  
                                 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986      **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**  
Beiträge von:      Prof. Dr. Dr. H. Schipperges, Heidelberg  
                                 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987      **Heil und Heilung in der Medizin**  
Beiträge von:      Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg  
                                 Prof. Dr. Dr. E. Biser, München
- 1988      **Sucht – ein Alarmsignal**  
Beiträge von:      Dr. med. F. Böcker, Erlangen  
                                 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989      **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**  
Beiträge von:      Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen  
                                 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990      **Wahrheit am Krankenbett**  
Beiträge von:      Prof. Dr. J. van de Loo, Münster  
                                 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991      **Medizinische Altersversorgung**  
Beiträge von:      PD Dr. A. Kruse, Heidelberg  
                                 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992      **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**  
Beiträge von:      Prof. Dr. Dr. A. Görres, München  
                                 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993      **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**  
Beiträge von:      Dr. med. T. Kruse, Marburg  
                                 Dr. med. G. Markus, Paderborn  
                                 Prof. Dr. F. Furger, Münster  
                                 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994      **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**  
Beiträge von:      Prof. Dr. I. Oepen, Marburg  
                                 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995      **Angst als Grund von Krankheit**  
Beiträge von:      Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster  
                                 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen  
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz  
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**  
 Beiträge von: Günter Haaf  
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München  
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt  
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**  
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn  
 Bernward Büchner, Freiburg  
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel  
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen – als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**  
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt  
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen  
 Christa Nickels MdB, Berlin  
 Prof. Dr. Ulrich Lücke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**  
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster  
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**  
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena  
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg  
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004      **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund  
                                  Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg  
                                  Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005      **Wie alt werden in unserer Gesellschaft – Lebensqualität nur durch Medizin?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Dr. Michael Pries, Hamburg  
                                  Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda  
                                  Prof. Dr. Dr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006      **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn  
                                  Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007      **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln  
                                  Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008      **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn  
                                  Dr. Erhard Weiher, Mainz
- 2009      **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal  
                                  Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg
- 2010      **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg  
                                  Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg
- 2011      **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**  
 Beiträge von:      Weihbischof Hubert Berenbrinker  
                                  Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien, Münster / Osnabrück  
                                  Prof. Dr. Manfred Spieker, Osnabrück

- 2012      **Diagnose Burnout – Die erschöpfte Seele als Symptom unserer Zeit**  
Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                         Prof. Dr. Matthias Burisch, Hamburg  
                         Prof. Dr. Klaus Baumann, Freiburg
- 2013      **Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung  
und ärztlicher Verantwortung**  
Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                         Prof. Dr. Axel W. Bauer, Mannheim  
                         Msgr. Prof. Dr. Dr. Peter Fonk, Passau
- 2014      **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**  
Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                         Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln  
                         Prof. Dr. Eckhard Frick SJ, München

# Notizen

# Notizen

