



Ärztetag 2021

Vom Einfluss der Kulturen und
Religionen auf den Umgang
mit Schmerz und Leid



ERZBISTUM
PADERBORN

Inhalt

Erzbischof Hans-Josef Becker

Vom Einfluss der Kulturen im Umgang mit
Schmerz und Leid im digitalen Zeitalter.

Eröffnungsworte 5

Prof. Dr. theol. Aaron Langenfeld

Leiden als Erlösung? Schmerz als ambivalenter Gegenstand
der Religion

9

Prof. Dr. med. Walter Bruchhausen

Schmerz und Leid in kultureller Differenz. Eine
anthropologische Perspektive

17

Biographische Hinweise zu den Referenten 24



Eröffnungsworte Erzbischof Hans-Josef Becker

Vom Einfluss der Kulturen im Umgang mit Schmerz und Leid

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen hier in Paderborn zu unserem diesjährigen Ärztetag. Ich freue mich sehr, dass Sie die Einladung angenommen haben und wir diesen Ärztetag heute wieder in seiner klassischen Form mit realer Begegnung und Gesprächen durchführen können. Die Planung unseres Ärztetages als Präsenzveranstaltung stand durch die nach wie vor andauernde Corona-Situation zwar immer unter Vorbehalt, aber nun ist es doch möglich, hier in sicherer und verantworteter Weise zusammenkommen zu können. Zudem ist es auch eine besondere Freude für mich, den Ärztetag hier im Bildungs- und Tagungshaus Liborianum durchzuführen, das wir nach zweijähriger Umbauphase im September des letzten Jahres wiedereröffnen konnten. So ist nun alles bereit, um mit Ihnen Einblick in wichtige und spannende Fragestellungen zu erhalten, die Sie in Ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld als Ärztinnen und Ärzte begleiten.

In der Kooperation mit der Akademie für medizinische Fortbildung ist es für uns als Kirche ein zentrales Anliegen, dem bleibenden Anspruch der Ethik zur Gestaltung des guten Lebens im Dialog mit Ihnen Raum zu geben.

Ihr Interesse am diesjährigen Ärztetag würdigt die besondere Relevanz der für den heutigen Tag gewählten Thematik. Die Phänomene „Schmerz und Leid“ sind Ihnen im Umgang mit den Patienten fast allgegenwärtig. Es ist zentraler Inhalt Ihres Berufsethos, Schmerzursachen zu erkennen und nach Möglichkeit auch zu beseitigen, das Leiden der Patienten zu lindern, Therapien vorzuschlagen, die eine Heilung erwarten lassen. All dies geschieht immer im Gespräch mit dem Patienten und setzt seine Einwilligung zur Behandlung

voraus. Schmerz und Leid werden allerdings auch von jedem von uns immer selbst erfahren, es sind keine theoretischen Gebilde, auf die ich aus einer gewissen Distanz schauen kann. Es sind, wie Philosophie und Theologie sagen, Existenziale des menschlichen Lebens. Daher verwundert es auch nicht, dass diese Phänomene seit jeher in einem größeren Kontext stehen, den wir „Kultur und Religion“ nennen. Schmerzen und Leiden sind Phänomene, vor denen die Menschheit insgesamt steht. Schon immer mussten die Menschen diese bittere Erfahrung irgendwie verorten und ihr damit einen Deutungsrahmen geben. Fragen wie „Welche Macht sucht mich hier heim?“ oder „Wem habe ich dieses Leid zu verdanken?“ legen nicht selten Erklärungsmuster bereit, die Leid als Strafe, als Sühne, als Prüfung oder auch als eine von Göttern verhängte Willkür deuten mögen. Die Auseinandersetzung darüber wurde schon im Buch Hiob minutiös entfaltet. Die wohlmeinenden Freunde des Hiob, die sein Leiden nur in den Kategorien von Schuld und Strafe denken konnten und ihn darüber zur Einsicht und zum Geständnis führen wollten, gehen am Ende allerdings leer aus.

Heute können wir Krankheiten oftmals bis auf ihre molekularbiologischen Komponenten und Ursachen zurückführen und haben dadurch in vielen Fällen neue medizinische Möglichkeiten gewonnen, Krankheiten zu heilen. Diesen Erkenntnis- und Handlungsgewinn verdanken wir weitestgehend einer Medizin, die an naturwissenschaftliche Erklärungsmodelle geknüpft ist.

Dennoch haben Schmerz und Leiden ihre existenzielle Rätselhaftigkeit bis heute nicht verloren. Für den Betroffenen bricht gleichsam eine Welt zusammen. Welchen Halt sollte es da noch geben? Bei dieser Frage stoßen wir auf Fundamente, die in der Regel nicht selbst von uns geschaffen wurden, sondern mit denen wir gleichsam unser Leben lang konform gehen, die uns gerade dann Sinn- und Werthaftigkeit vermitteln, wenn wir ihrer am Nötigsten bedürfen. Kulturelle Prägungen, die nicht erst bei der Aussage „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ deutlich zu Tage treten, begleiten uns durch alle Höhen und Tiefen unserer Existenz. Ähnlich verhält es sich, wenn wir bewusst oder unbewusst dem Religiösen einen Platz in unserem eigenen Leben gewähren. Kultur und Religion können gleichsam als Mittler auftreten, unsere eigene durch Schmerz und Leid bestimmte Situation zu interpretieren.

Nun leben wir nicht alle in der gleichen Kultur oder in der gleichen Religion. Zu unterschiedlich sind wir Menschen aufgestellt, um „eines Sinnes“ zu sein – einmal auf das Arzt-Patienten Gespräch angewendet. Nicht immer ist deutlich, welche Regeln und Muster uns als Individuum leiten oder wie wir sogar darüber sprechen können. Wie uns auch soziale und psychologische Bedingungen immer mit begleiten. Dennoch ist es wichtig, die durch Schmerz und Leid geprägten Situationen ins Gespräch zu bringen, um Symptome zu verstehen, Diagnosen zu stellen, und angemessene Therapien durchführen zu können.

Dieser Ansatz wird explizit deutlich in der Begegnung mit und der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund – aber natürlich nicht nur hier. Unsere kulturellen und religiösen Einstellungen sind als Orientierungssysteme oftmals nicht direkt erkennbar und zudem sind sicher auch dazugehörige individuelle und soziale Faktoren zu berücksichtigen. Die Medizinethnologie macht uns heute zu Recht auf solche Faktoren aufmerksam, da sie das Krankheitsverhalten maßgeblich beeinflussen können und in der Kommunikation eine entscheidende Rolle spielen.

So ergibt sich die Notwendigkeit, einen Blick gerade auf diese Grundlagen zu werfen, die uns Menschen in vielen Bereichen unseres Lebens prägen und uns zugleich Verstehensmuster an die Hand geben, mit außerordentlichen Situationen umzugehen. So ist der Titel unserer diesjährigen Tagung gewählt:

„Vom Einfluss der Kulturen und Religionen auf den Umgang mit Schmerz und Leid“.



Prof. Dr. Aaron Langenfeld

Leiden als Erlösung?

Schmerz als ambivalenter Gegenstand
der Religion

1. VOM SINN DES LEIDENS

„Der Sinn des Quälens“ – So titelte DIE ZEIT im Oktober einen Beitrag über die Frage, warum Menschen Schmerzen, sei es im Sport, in der Arbeit, geradezu suchen. Ausdrücklich bekannte sich der Autor als Atheist und brachte so zum Ausdruck, dass er sich einer religiösen Sinndeutung des Leidens verweigerte. Damit machte er zugleich implizit deutlich, dass der Zusammenhang von Schmerz und Sinn nicht selten oder gar gewöhnlich mit Religion im weitesten Sinne assoziiert wird.



Ein beeindruckendes Zeugnis dieser Assoziation war die Rede des damaligen Quarterbacks der Philadelphia Eagles, Nick Foles, nach dem überraschenden Gewinn des Super Bowls 2018. Foles, eigentlich nur Ersatzmann und im Laufe der Saison über sich hinausgewachsen, wird von seinen Teamkollegen auch ‚St. Nick‘ genannt, weil er parallel zur Karriere als Football-Profi ein Theologiestudium betrieben hat und sich klar zur Rolle des Glaubens in seinem Leben öffentlich äußert. Auf dem Höhepunkt dieser Under-dog-Story also gibt Foles nach dem Sieg des Super Bowls folgendes Interview, das ich frei aus dem Englischen übersetzt habe:

„Mag sein, dass ich gerade den Super Bowl gewonnen habe. Aber ich habe noch immer alltägliche Kämpfe. Das ist der Ort, an dem mein Glaube ins Spiel kommt. Ich denke, diese Mühen sind Gelegenheiten zum Reifen. Das ist die ganze, einfache Botschaft: Wenn etwas in Deinem Leben passiert und Du zu kämpfen hast, nimm es an, weil Du reifst!“

Folies vermittelt eine einfache und sehr geläufige Idee: Leiden, auch das Leiden von Schmerzen, ist eine Gelegenheit, sich zu entwickeln. Leiden vernichtet uns nicht und wo es uns gelingt, es anzunehmen oder womöglich, gerade weil es uns gelingt, es anzunehmen, werden wir reifere, erwachsenere Menschen.

Denn zum Menschsein, so könnte man den Grundgedanken fortspinnen, gehören banale Dinge wie der sichere Tod, Krankheit und Schmerzen. Und all diesen Dingen wird man nicht aus dem Weg gehen können, man kann höchstens lernen, ihnen in ihrer Unausweichlichkeit zu widerstehen, indem man ihnen ihre Macht über uns nimmt. Denn da – so wusste nicht zuletzt Camus –, wo die Endlichkeit, der Tod und der Schmerz keine Macht mehr über uns haben, verlieren sie ihren Schrecken. Liegt dann im ganzen menschlichen Elend nicht ein tieferer Sinn? Der Sinn eben, sich zu entwickeln, die Angst um sich und andere zu besiegen, sodass nicht mehr diese Angst, sondern die Liebe des Lebens das Eigentliche des Lebens bleibt? Und geht es nicht genau darum in der Religion: Um diese ursprüngliche Bejahung des Lebens, das bedingungslose „Gott sah, dass es gut war“ der Schöpfungsgeschichte, das jedem Geschöpf gilt? Verspricht also in der Folge nicht gewissermaßen das Leiden eine Form sich entwickelnder Erlösung?

2. DER SINN DES LEIDENS UND DIE GEFAHR, ERLÖSUNG IN DIE WELT ZWINGEN ZU WOLLEN

Jüdischen, christlichen und islamischen Theologien ist diese Idee ebenso wenig fremd wie buddhistischer Philosophie, Schopenhauer und Nietzsche kennen sie jeweils auf ihre Art und – soweit ich das zu beurteilen vermag – auch noch in der gegenwärtigen Psychologie hat sie bisweilen einen Ort.

Im Christentum ist sie in besonderer Weise prominent durch das zentrale Symbol des Kreuzes und die mit ihm verbundene Leidensmystik. Das Kreuz ist von den Ursprüngen des Christentums her Skandal und Glaubensgrund zugleich, unvorstellbarer Ort der Gottesbegegnung und die Selbstmitteilung

Gottes schlechthin – das Kreuz sprengt alle erwartbaren Vorstellungen Gottes und so bleibt eben dieses (und nicht der erklärte Auferstandene) das Symbol des Christentums schlechthin. Das Leiden und Sterben des Gekreuzigten transformieren die Sicht auf die Wirklichkeit so, dass der Gott, von dem her Jesus sein Handeln verstand, nicht mehr ohne dieses Leiden zu denken ist. Nietzsche ärgerte insbesondere diese paulinische Idee, dass sich das Göttliche im Leiden und in der Schwäche zeigt, dass der Mensch da zu sich selbst kommt, wo nicht sein eigener Wille, sondern die Liebe zum Nächsten im Vordergrund steht.

Nicht unproblematisch ist denn historisch auch tatsächlich, dass sich der christliche Erlösungsgedanke zusehends auf das Bild des Kreuzes so zuspitzt, dass das Leben Jesu kaum noch eine nachvollziehbare Rolle spielt. Erkennbar wird diese Zuspitzung sogar im apostolischen Glaubensbekenntnis, das von der Geburt Jesu recht unvermittelt zu seinem Leiden und Tod springt. So ist der Eindruck nicht ganz von der Hand zu weisen – und die zahlreichen Märtyrer-Narrative verstärken das natürlich unmittelbar –, dass das Leiden Jesu das eigentliche bzw. das alleinige Erlösungsgeschehen darstellt. So droht der eigentlich holistische Erlösungsbegriff in eine sehr spezifische Form zu kippen, denn die so konturierte Vorstellung von Heil ruft natürlich auch in eine spezifische Form der Nachfolge und Anteilhabe: Das Schicksal soll hier erduldet und ertragen werden, Schmerz soll ausgehalten werden. So sagte etwa noch der Seelsorger meiner Urgroßmutter auf dem Sterbebett, sie solle auf Schmerzmittel verzichten, weil sie im Jenseits umso stärker Anteil hätte an der Erlösung. Nicht zuletzt diese aufscheinende Dynamik einer Jenseitsvertröstung, die Karl Marx so stark in den Fokus seiner Religionskritik gestellt hatte, macht offensichtlich, wie leicht die Annahme eines inneren Zusammenhangs von Leidakzeptanz und fundamentaler Daseinsbejahung in eine Relativierung der Gegenwart und ihrer Güter führen kann.

Tatsächlich erscheint mir diese Form religiösen Erlösungsdenkens problematisch. Nicht nur, weil sie offenkundig Leiden idealisiert und banalisiert, auch nicht nur, weil sie demagogische Züge entwickeln kann, sondern vor allem, weil sie die Relation von Erlösung und Leiden verkehrt und darin die menschliche

Rolle im Gelingen des religiösen Erlösungsgedankens überschätzt. Es geht nämlich nicht mehr darum, dass der Mensch aus der umfassenden, sein ganzes Dasein betreffenden Erfahrung einer befreienden, letzten Getragenheit auch das Leiden in seinem Leben annehmen, womöglich sogar durch das Leiden dieses Getragensein erst entdecken kann, sondern es geht nunmehr um die Vorstellung, man könnte die Erfahrung der Geborgenheit erzwingen, wenn man nur hinreichend viel leidet. In der theologischen Fachsprache wäre das der Versuch, Gnade und damit zuletzt Gott in die Welt zu zwingen. Dann wäre Gott aber nicht mehr Gott, nicht mehr dasjenige, worüber hinaus Größeres nicht gedacht werden kann, weil er zu einem Teil der Welt geworden wäre. Er stünde in einem kausalen Abhängigkeitsverhältnis zum Menschen, in dem die Erlösung des Menschen bewirkt wird, wenn sich dieser im Leiden nur hinreichend erniedrigt. Es scheint aber dem christlichen Gottesbegriff nicht angemessen, wenn er überhaupt einer Veranlassung zum Handeln bedürfte, schon gar keiner, die menschliches Leiden zur Bedingung hätte. Denn dann wäre er streng genommen weder allmächtig noch allgütig, was das unmittelbare Ende jedes Versuchs einer Rechtfertigung des Glaubens im Angesicht des Leidens bedeuten würde.

Der Skandal des Kreuzes scheint aber ja gerade darin zu bestehen, dass Gott nicht nach der erwartbaren Weise des tyrannischen Herrschers über das Schicksal der Welt bestimmt, sondern im und durch das Leiden hindurch dem Menschen eine Möglichkeit stiftet, sein Dasein anders zu verstehen.

3. ERLÖSUNG DURCH DAS LEIDEN?

Die Theologie ist eine hermeneutische Wissenschaft, das heißt, sie versucht nicht, die Welt zu erklären, sondern sie zu verstehen; sie sucht nicht nach versteckten Kausalprinzipien, die Gottes Wirken in der Welt beinhalten könnten, sondern sie sucht nach Gründen, die die Vernünftigkeit des Daseins plausibilisieren können. Konkret heißt das: Christliche Theologie will nicht erklären, was das Leiden an sich ist, sondern wie man vernünftigerweise mit dem Leiden leben kann. Und die Theologie tut das nicht im luftleeren Raum, sondern sie geht von der Frage aus, ob sich dafür argumentieren lässt, dass

ausgerechnet die Geschichte des Gekreuzigten den Grund menschlicher Existenz zeigt. Die Frage lautet nun also: Lässt sich verstehen, dass diese Geschichte einen Zusammenhang von Leid und Erlösung herstellt, der nicht dazu zwingt, Schmerz als Bedingung von Erlösung anzunehmen? Oder – noch einmal einfacher ausgedrückt – kann Religion dabei helfen, Leiden als Teil des Lebens zu verstehen, ohne ihn zum Eigentlichen des Lebens zu machen?

Ich würde hier die Metapher des Vexierbilds gerne variieren und ihre Logik eines Entweder/Oder überführen in eine theologische Dialektik, das heißt in eine Gleichzeitigkeit von anthropologischem Realismus und existenziellem Optimismus.

Einerseits müsste es also darum gehen, Erfahrungen des Schmerzens und des Leidens nicht eskapistisch kleinzureden oder sie ganz leugnen zu wollen. Dass Menschen schlechte Tage haben, dass sie elendig krank werden und unter kaum erträglichen Schmerzen leiden können, dass sie sicher sterben müssen, das alles sind keine Glorifizierungen des Leidens, sondern banal realistische Einschätzungen zur menschlichen Existenzwirklichkeit. Die christliche Theologie wirbt darum, diese allgemeinen Erfahrungen nicht aus dem Bewusstsein zu verdrängen, sondern sie zum Alltagsthema zu machen, die permanente Instagram-Timeline perfekter Stories zu unterbrechen und dem Nichtschönen, dem Erschreckenden, kurz: dem Nichtseinsollenden, das uns unbedingt angeht, Raum zu geben. Zur Corona-Pandemie gehört auch die erneuerte Einsicht, wie neurotisch säkulare Gesellschaften Krankheit und Leiden aus dem Alltagsbewusstsein zu verdrängen versuchen. Die nüchterne Einsicht, dass Menschen an sich sterblich sind, dass es prinzipiell jeden von uns überall treffen kann, und dass es deshalb einen öffentlich Raum geben muss, um über Krankheit, Leiden, Schmerzen und Tod zu sprechen, will man oftmals nicht hören – nicht selten wurde sie kurzerhand gegen jede Intention umgedeutet in einen Aufruf gegen die Maßnahme zum Lebensschutz. Man kann hinter dieser Abwehrhaltung den säkularen Reflex gegen eine religiöse Rechtfertigung des Leidens nur vermuten. Der Versuch aber, das Leiden aus dem öffentlichen Bewusstsein herauszuhalten, ist nicht unbedingt eine Bejahung des Lebens, sondern, wie Nietzsche übrigens sehr deutlich formuliert hat, Ausdruck der Unfähigkeit, dieses Ja im Angesicht des Äußersten sprechen zu können.

Der nüchterne anthropologische Realismus ist keine Zustimmung, sondern Einsicht in eine Unausweichlichkeit – und unausweichliche Aufforderung, sich zu ihr zu verhalten. Die christliche Theologie leugnet – vom Kreuz her – diese Unausweichlichkeit nicht, sondern stellt sie symbolisch ins Zentrum des ihr zugrundeliegenden Glaubens. Aber sie bestreitet, dass das Unentrinnbare das letzte Wort über den Menschen hat. Darin ist sie existenziell optimistisch: Das Leiden ist ein Teil, aber nicht das Eigentliche des Lebens. Ihm stehen ebenso Erfahrungen des schlechthin Guten gegenüber, die das Dasein zu begründen vermögen. Und es ist nicht ausgeschlossen, dass durch das Leiden hindurch Menschen entdecken können, wo sie diese Erfahrungen des Guten gemacht haben, was für sie wesentlich ist, was sie im Letzten trägt, und wovon sie sich möglicherweise haben täuschen lassen. Noch im Leiden, so die christliche Perspektive, besteht die Hoffnung, dass Menschen wachsen, mehr sie selbst werden können. Es besteht die Hoffnung, dass die realistische Wahrnehmung der äußersten Ernsthaftigkeit des Lebens, die Bejahung des Lebens ermöglicht und bestärkt.

Das heißt gerade nicht, dass Erfahrungen von Sinn nur und ausschließlich durch das Leiden hindurch gemacht werden können. Es heißt aber schon, dass Erfahrungen letztgültigen Sinns auch da noch gemacht werden können, wo man nicht mehr mit ihnen rechnet. Die biblische Gestalt des Hiob, der wie kein anderer mit Gott angesichts der Ungerechtigkeit abrechnet, die ihm widerfahren ist, macht dabei darauf aufmerksam, dass es gerade nicht um demütige Fügung ins Schicksal gehen muss, sondern dass gerade auch das Hadern, das Kämpfen, der existenzielle Zweifel Wege sind, auf denen das eigene Leben nicht als sinnlos abgeschrieben wird, sondern wo um Gerechtigkeit gerungen wird. Die Revolte gegen das Nichtseinsollende – so bestätigt selbst Albert Camus – fordert und behauptet das Seinsollende schlechthin.

Erlösung heißt in diesem Sinne nicht Leiden, ist aber auch nicht von ihm getrennt, weil der Mensch nicht von ihm getrennt ist. Erlösung meint diesen existenziellen Optimismus, sein Leben nicht auf den erfahrenen Schmerz beschränken zu müssen, sondern auf die Erfahrung bauen zu dürfen, dass es an sich gut ist, zu sein. Und genau in dieser Erfahrung, dass schon hier und jetzt das Leiden nicht das letzte Wort über das menschliche Dasein haben muss, gründet letztlich die religiöse Hoffnung, dass diese Erfahrung nicht täuscht, dass die Hoffnung auf Vollendung des Lebens nicht irrational ist.



Prof. Dr. Walter Bruchhausen

Schmerz und Leid in kultureller Differenz.

Eine anthropologische Perspektive

1. DIE HERAUSFORDERUNG: KULTURELLER DIFFERENZ GERECHT WERDEN

Das Genfer Ärztegelöbnis, als säkulare Nachfolge des Hippokratischen Eides, verlangt, dass ärztliche Pflichtausübung unabhängig von kulturellen Merkmalen wie Religion, Nationalität oder politischer Überzeugung erfolgt. Aber mit bloßem Ausblenden solcher Merkmale ist es nicht getan, denn einige von ihnen verlangen aktive Kompensation, z. B. durch höheren Aufwand im sprachlichen oder kulturellen Verstehen. Nicht wenn alle gleich behandelt werden, sondern wenn alle das jeweils verschiedene Notwendige bekommen, ist Fairness gegeben und kann bestmögliche Ergebnisgleichheit erzielt werden. Um hier keine weitere Überforderung des häufig ohnehin schon überlasteten Gesundheitspersonals zu verursachen, ist es wichtig, dass sich die völkerrechtliche Verpflichtung zur Erfüllung des Menschenrechts auf Gesundheit, im General Comment Nr. 14 von 2000 recht weitgehend konkretisiert, primär an die Staaten richtet.¹ Sie sind für die Rahmenbedingungen verantwortlich, damit in Gesundheitseinrichtungen u. a. die Kultur von Gruppen und Einzelnen respektiert wird. Also geht es auch um Berücksichtigung individueller kultureller Identität, die sich eventuell von der jeweiligen Nation oder Religionsgemeinschaft stark unterscheiden kann. Und es geht ausdrücklich darum, dass nicht z. B. die Interessen von Frauen und Kindern herrschenden patriarchalischen Strukturen untergeordnet werden.



¹ UN Economic and Social Council (2000), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Genf).

2. DIE GEFAHR: KULTURELLE STEREOTYPE ZUGRUNDE LEGEN

Wie aber kann man in Erleben, Ausdruck und Bewältigung von Schmerz und Leid der Kultur bei Einzelnen und Gruppen gerecht werden? Reicht unser kulturelles Wissen über andere Gesellschaften dafür, und kann (vermeintliches) Wissen überhaupt reichen und nicht vielleicht auch kontraproduktiv werden?

„Der Indianer kennt keinen Schmerz.“ Diesen meist als Aufforderung zur Tapferkeit gebrauchten Satz haben wohl alle schon einmal gehört. Das darin steckende Stereotyp wird publizistisch zumeist auf Karl May, insbesondere seinen Bestseller „Der Schatz im Silbersee“ zurückgeführt. Persönlich hat der sächsische Schriftsteller bekanntlich vor dem Verfassen seiner Wild-West-Romane nie Indianer oder Nordamerika kennengelernt. Es handelt sich um eine verallgemeinernde Konstruktion aus einzelnen Berichten, die aus der umfassenden Lektüre von Romanen und Reiseberichten während der Gefängniszeit als Betrüger und Hochstapler entstanden ist, nicht zuletzt Coopers Lederstrumpf. Einzelne schmerzhaftes Rituale wie der Sonnentanz mit seiner absichtlichen Verletzung von Haut und Muskeln werden als Beleg genommen, dass Verdrängen von Schmerz gesellschaftlich erwartet und erfolgreich ist. Heutige Indianer widersprechen dem vehement.

Dabei stand so ein ähnliches Denken tatsächlich am Anfang der akademischen interkulturellen Schmerzforschung. Der ukrainische Jude Mark Zborowski (1908-1990), der über Aufenthalte in Polen, Russland und Frankreich in die USA kam und somit bereits viele Kulturvergleiche hinter sich hatte, wird häufig als der Beginn der kulturvergleichenden Schmerzforschung erwähnt. Aus seiner Schmerzklinik, die er als Sozialwissenschaftler, nicht als Arzt, im Schmelztiegel New York gegründet hatte, berichtete er 1952 sehr plastisch vom theatralisch wehleidigen Italiener, vom Zähne zusammenbeißenden Yankee oder Iren und vom hypochondrischen Juden.² Das können wir in der Wissenschaft heute nur noch als Karikatur ansehen, aber es entspricht einer langen Tradition.

Denn solche Stereotype für den Einfluss von Kultur auf Verhalten und Erleben, auch im Hinblick auf Krankheit, sind keineswegs nur das Produkt bekannter Phantasiebegabter Einzelner. Sie sind ein fester Bestandteil von Nationbildung

im frühneuzeitlichen Europa, und sicher nicht nur hier. Ein kurzer Blick auf die Völkertafel aus der Steiermark von ca. 1725, die in wenigen Exemplaren erhalten ist, kann dies verdeutlichen.³

Für die großen Völker Europas, das dort auch das osmanische Reich mit Türken und Griechen einschloss, wurden neben den unterschiedlichen Merkmalen in Krieg, Liebe, Religion, Kleidung oder Politik auch die angeblich zugehörigen Krankheiten aufgeführt: Verstopfung (Engländer), Pest (Italiener), Lues (Franzose) und Gicht (Deutscher), Schwindsucht (Engländer), Ödeme (Schwede), Durchfall (Pole), Anfallsleiden (Ungar) und Kurzatmigkeit (Russe).

Auch damals dürfte schon eine gehörige Portion Ironie und Übertreibung dabei gewesen sein, aber sowohl die Auswirkungen als auch die Gründe solcher Stereotype sind einer näheren Betrachtung wert. Denn sie beruhen häufig auf tatsächlichen Auffälligkeiten, die – im Fall der Krankheiten – oft auf klimatische oder geographische Bedingungen zurückgeführt werden können. Hilfreich sind solche Stereotype allerdings allenfalls im Regel-, nicht aber im Einzelfall, um den es in der Medizin als Krankenversorgung immer geht. Die intrakulturelle Variabilität ist zumeist größer als die interkulturelle. Dazu gehört, dass kulturelle Übergänge besonders in der heutigen Mobilität eher die Regel als die Ausnahme sind, dass Akkulturation, also Anpassung an eine neue kulturelle Umgebung z. B. durch Orts- oder Institutionenwechsel, immer häufiger gefordert ist. „Hybridisierung“, „Synkretismus“ oder „Kreolisierung“ als Bezeichnungen für Vermischung oder Verbindung kultureller Elemente verschiedener Gruppen, zunehmend auch bewusste „Bricolage“, ein stärker bewusstes Basteln der eigenen kulturellen Identität, sind allgegenwärtige Prozesse. Wir alle sind durch unsere Biographie in unterschiedlichem Maße kulturelle Hybride. Menschen, die dies besonders verunsichert und die Sehnsucht nach dem vermeintlichen „reinen Ursprung“ haben, neigen hier zu „Retraditionalisierung“ oder „Fundamentalismus“ als Versuch der Identitätssicherung. Aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht sind das besonders realitätsferne und faktenresistente Fiktionen und Konstruktionen, die gesamtgesellschaftlich wenig tragfähig sind.

2 Zborowski, Mark (1952), *Cultural Responses to Pain*, in: *Journal of Social Issues* 8, S. 3-16.

3 Art. Völkertafel (Steiermark), in: *Wikipedia*

Um es prägnant zusammen zu fassen: Ein kultureller Code prägt, aber ist nicht so determinierend wie ein genetischer; der Mensch ist nicht Gefangener „seiner Kultur“, sondern kann sich in sehr verschiedene Richtungen weiterentwickeln; und kulturelle Gebilde selbst sind nicht unveränderlich stabil, sondern höchst dynamisch mit oft erstaunlich schnellen Anpassungsprozessen.⁴

3. DER EINWAND: KULTURELLE MUSTER EXISTIEREN

Nun kann man auf solche Relativierungen des Kulturbegriffs zurecht antworten, dass es aber doch erkennbare Häufungen und Muster gibt. Selbstverständlich müssen wir uns vor abwertenden Begriff wie „Morbus orientalicus“, „bosporus“ oder „mediterraneus“, „transalpines“, „anatolisches“ oder „Balkansyndrom“ hüten, schon alleine weil die Gefahr besteht, so lebensbedrohliche Zustände zu übersehen. Aber wir können auch nicht einfach von einer Gleichverteilung von Schmerzäußerungen ausgehen. Frauen mit Migrationsgeschichte kommen in Deutschland doppelt so oft wie Frauen ohne Migrationsgeschichte wegen Schmerzsymptomen zur ärztlichen Behandlung. Dabei spielt sicher eine Rolle, dass bei fehlender sprachlicher Kommunikationsmöglichkeit der Verweis auf Schmerzen die einfachste Möglichkeit ist, auf das eigene Leiden aufmerksam zu machen. Aber auch die Ärzteschaft weist Nationalitätenunterschiede auf. Wenn man – so die Erfahrung einer amerikanischen Journalistin – in Frankreich mit unspezifischen Beschwerden ärztliche Behandlung suchte, fiel der Verdacht schnell auf die Leber, in Deutschland auf das Herz-Kreislaufsystem und in Großbritannien auf den Darm, während in den USA bei gut Versicherten apparative Überdiagnostik drohte.

4. DIE ERFAHRUNG: EIGENE FELDFORSCHUNG IN TANSANIA

Bei meiner eigenen Feldforschung in der multiethnischen südöstlichen Region Tansanias war ich überrascht, dass alle der über 90 besuchten Heilerinnen und die meisten der Heiler uniform antworteten, wenn ich nach Beginn und Grund ihrer Heilungstätigkeit fragte. Sie sagten „Nilium(w)a“, „Ich war krank/ hatte Schmerzen“, wörtlich: „Ich wurde gebissen“. ⁵ Die unangenehme Einwirkung von außen führte oft zu einer langen Patientenkarriere, mit biome-

dizinisch erfolgreicher Therapie z. B. von Tuberkulose. Aber die Beschwerden verschwanden nicht. Schließlich diagnostizierten traditionelle Heilkundige die Besessenheit durch einen Geist, der zum Heilen beruft. Durch mehrjährige Initiationsrituale, darunter mehrfach nächtelanges Tanzen zu Trommelmusik mit Ekstase und Ohnmachten, lernten sie mit dem Geist zu leben, ihn zu rufen und zu nutzen. Man denkt hier zwangsläufig an die Figur, ja den Archetyp des verwundeten Heilers bei C. G. Jung: Wie in der griechischen Mythologie der Zentaur Chiron durch seine eigene, nicht heilende Wunde heilkräftig ist, kann man auch in der Psychotherapie durch eigene Verwundung wirksamer sein.⁶

Die Logik der Krankheitserklärung in den bantusprachigen Teilen Afrikas unterscheidet sich von der naturwissenschaftlichen grundlegend. Während in Europa spätestens seit der Aufklärung, vielleicht auch schon seit der Emanzipation natürlicher Krankheitserklärung in der von Karl Jaspers postulierten Achsenzeit (circa 800 bis 400 v. Chr.) in den drei großen Schriftkulturen des östlichen Mittelmeerraumes (hippokratische Schule), des indischen Subkontinents und Chinas, eine Trennung von vermuteten Ursachen in „Natur“ und „Übernatur“ zugrunde liegt, wird in Afrika vielfach nach drei Ursachenbereichen unterschieden: die Krankheiten „von Gott“ sind die natürlichen, gewöhnlichen, denn sie entsprechen der von Gott geschaffenen natürlichen Ordnung der Welt und können mit Mitteln aus der Natur behandelt werden. Gefährlicher sind oft tödliche Erkrankungen oder Verschlimmerungen, die durch Menschen verursacht werden, absichtlich oder unabsichtlich, sei es durch Tabubruch, Gift oder Verhexung. Und als drittes gibt es die erwähnte Störung durch Geister, entweder verstorbener Menschen oder aus der Natur.

Beim Versuch, diese Kategorien zu verstehen, hat mir das in afrikanischer Philosophie und Theologie stark rezipierte, teilweise auch kritisierte Buch „Bantu-Philosophie“ eines belgischen Missionars geholfen. Ein fern gedachter Gott ist Ursprung der Lebenskraft, die uns durch die drei Wege von Ahnen(geistern), Pflanzen als Nahrung oder Heilmittel und Mitmenschen erreicht. Wenn diese aber nicht gut sind, bringen sie auf den gleichen drei Wegen – als störende Geister, als magisches oder physisches Gift und als Hexer und Hexen – Unheil, Schmerz, Leid und Tod.

⁴ Payer, Lynn (1989), *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande* (Frankfurt/M.: Campus).

⁵ Bruchhausen, Walter (2006), *Medizin zwischen den Welten. Vergangenheit und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania* (Göttingen: v&r University Press/Bonn University Press), S. 237.

⁶ Hofmann, Liane & Roesler, Christian (2010), *Der Archetyp des verwundeten Heilers. Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 16 (1), S. 75-90.

5. DIE ERKLÄRUNG(SVERSUCHE): MEDICAL ANTHROPOLOGY

Solche kulturspezifischen Wahrnehmungen und Erklärungen von Krankheit, Leid und Schmerz zu erforschen, ist ein Gebiet der Medical Anthropology, die im Deutschen u. a. als Ethnomedizin betrieben wurde. Sie hat sich in vielfältigen Studien explizit und intensiv mit Leiden und Schmerz im Kulturvergleich beschäftigt.⁷ Die kulturspezifischen Krankheitsbeschreibungen haben als „Culture-bound syndroms“ sogar Eingang in den Anhang des psychiatrischen „Diagnostic and Statistic Manual IV“ (1994) gefunden, was zu einer recht diversen Liste von Ausdrücken aus aller Welt für Verhexung, z. B. durch den „bösen Blick“, Besessenheit durch Geister, erschreckende Erlebnisse, abnorme Reaktionen und beeinträchtigende körperliche Wahrnehmungen führte. Demgegenüber wurden sie in der nächsten Ausgabe 5 von 2013 nicht mehr als unterschiedliche Krankheiten, sondern als kulturabhängiger Ausdruck von Grunderfahrungen wie Leid, Schmerz und Störung („distress“) behandelt.

Aus einem einschlägigen Sonderband der Zeitschrift *Curare* von 1988 sollen kurz zwei Beispiele aus umfangreicher Feldforschung dargestellt werden, um die Vielfalt der Phänomene wie der Forschungsfragen zu Schmerz und Leid zu verdeutlichen. Ein Missionar, der fünf Jahre bei den Bayansi im damaligen Zaire, heute Demokratische Republik Kongo, u. a. medizinisch gewirkt und als Ethnologe geforscht hatte, stellte fest, dass die soziale Akzeptanz von Schmerzüßerungen stark vom sozialen Rang abhing.⁸ Kinder durften über Schmerzen weinen und wurden getröstet, hochrangige Personen durften das nicht und wurden bei Zuwiderhandlung verspottet. Leid hingegen, wie v. a. Kinderlosigkeit, durfte beklagt werden und wurde auf die behebbaren Folgen von Inzest oder Verhexung zurückgeführt. Einen Arzt und Ethnomediziner interessierte bei den Cabutogueños auf den Philippinen hingegen die quantifizierende Einstufung des

Schmerzes bei verschiedenen Krankheitsbildern.⁹ Auch wenn fragwürdig bleibt, inwieweit das einheimische Wort für Schmerz dem deutschen Begriff entspricht, ist doch bemerkenswert, dass Krankheiten wie Lepra, Blindheit und Geistesschwäche, die biomedizinisch kaum mit Schmerzen in Verbindung gebracht werden, in der Rangfolge höher als oder gleich mit bekanntermaßen schmerzhaften Krankheitsbildern wie Kopfschmerzen oder Ruhr eingeordnet wurden. Offenbar spielt die schlechte Prognose und Beeinträchtigung bei der Schmerzbewertung, die also auch offenbar eher eine Leidbewertung ist, eine entscheidende Rolle.

FAZIT

Schmerz und Leid sind – wie Krankheit – menschliche Bewertungen von naturwissenschaftlich beschreibbaren und oft auch erklärbaren Ereignissen, bei denen es um die empfundene Beeinträchtigung und Unerwünschtheit geht. Werte aber sind bis zu einem gewissen Grad kulturabhängig. Deshalb sind Schmerzwahrnehmung, -äußerung und -bewältigung, im Gegensatz zum neurophysiologisch messbaren Stimulus, kulturell sehr variabel. Dieser kulturellen Variabilität gerecht zu werden gehört zur ärztlichen Herausforderung ebenso wie die Beachtung biologischer Variabilität in Krankheitsverläufen. Bei der Einschätzung von Belastung durch Schmerz ist kulturelle Sensibilität wichtiger als vermeintliches „kulturelles Wissen“, denn wie sich einzelne Menschen zu den Normen und Durchschnittswerten ihrer angenommenen kulturellen Herkunft verhalten, kann nur im Einzelfall festgestellt werden. Es wäre ebenso zynisch, Menschen mit Verweis auf Kultur ein Schmerzerleben abzusprechen, wie es bei allen als gleich anzunehmen.

7 Kleinmann, Arthur, et al. (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition* (New York: Basic Books).

8 Thiel, Josef Franz, *Zur Sozialisierung des Schmerzempfindens bei den Bayansi, Zaire*, in: Greifeld, Katrin, Kohnen, Norbert und Schröder, Ekkehard (Hg.), *Schmerz. Interdisziplinäre Perspektiven* (Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg (1989), S. 75-80.

9 Kohnen, Norbert, *Schmerzerleben der Cabutogueños. Faktoren des Schmerzes in einer philippinischen Fischergruppe*, in: ebd., S. 87-96.

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 03.07. 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz.

AARON LANGENFELD, PROF. DR. THEOL.

geboren 1985 in Neuwied am Rhein; 2005 bis 2010 Studium der Kath. Religionslehre, der Germanistik und der Philosophie an der Universität zu Köln. Im Anschluss Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Systematische Theologie und ihre Didaktik am Institut für Katholische Theologie der Universität Paderborn und am Zentrum für Komparative Theologie und Kulturwissenschaften. 2015 Promotion im Fach Fundamentaltheologie an der Theologischen Fakultät Paderborn – ausgezeichnet mit dem Friedrich-Spee-Preis der Theologischen Fakultät Paderborn. 2020 Habilitation an der Universität Innsbruck – ausgezeichnet mit dem Karl-Rahner-Preis für theologische Forschung. Vertretung der Professur für Dogmatik und Dogmengeschichte unter Berücksichtigung fundamentaltheologischer Fragestellungen an der Universität Vechta. Seit 2022 Lehrstuhlinhaber für Fundamentaltheologie und vergleichende Religionswissenschaft an der Theologischen Fakultät Paderborn. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft katholische Dogmatik und Fundamentaltheologie, der American Academy of Religion und des Zentrums für Komparative Theologie und Kulturwissenschaften an der Universität Paderborn.

WALTER BRUCHHAUSEN, PROF. DR. MED.

geboren 1963 in Bonn; 1982 bis 1990 Studium der Medizin, Kath. Theologie und Philosophie (v. a. Philosophy of Medicine / Health Care Ethics) und Ethnologie an den Universitäten Bonn, Würzburg und Glasgow. Master of Philosophy 1990, Promotion in der Medizin 1991, Diplom-Theologe 1994. Nach Weiterbildungsjahren in der Chirurgie Tätigkeit und Forschung in verschiedenen afrikanischen Ländern. 2004 Habilitation für Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin an der Universität Bonn, 2013 Umhabilitation an die RWTH Aachen, 2019 außerplanmäßiger Professor an der Universität zu Köln. 2020 Berufung auf die neue Stiftungsprofessur für Global Health – Social and Cultural Aspects am Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Universitätsklinikums Bonn und Leiter der Sektion Global Health mit dem Masterstudiengang Global Health. Besonderes Engagement für interkulturelle Fragen der Gesundheitsversorgung in der Akademie für Ethik in der Medizin, in der German Alliance for Global Health Research und in einer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Kommission Justitia et Pax.

Notizen

Notizen



IMPRESSUM

HERAUSGEGEBEN VON

Erzbistum Paderborn

Körperschaft des öffentlichen Rechts
vertreten durch den

Generalvikar Alfons Hardt

Erzbischöfliches Generalvikariat

Bereich Pastorale Dienste

Domplatz 3 | 33098 Paderborn

REDAKTION

Dr. Werner Sosna

FOTOS

shutterstock.com

Maria Aßhauer | Erzbistum Paderborn