

was auch kein gutes Licht auf die polnische Kirche wirft – je häufiger Befragte die Kirche besuchen, desto geringer ist die Quote derer, die eine Teilnahme von Polen an den Morden für möglich halten. Bei der Frage „Ob Juden Brüder im Glauben sind?“ scheiden sich die Geister in zwei gleich große Gruppen (jeweils 40 Prozent). Noch ein gutes Jahr vorher hatten dies über 52 Prozent bejaht (und nur 26 Prozent verneint) – Hauptgrund war wohl die Reise des Papstes in das *Heilige Land* Anfang 2000.

Jedwabne bleibt in Polen ein schwieriges Thema. Es hat die größte Geschichtsdebatte nach dem Krieg ausgelöst, vergleichbar mit dem deutschen Historikerstreit oder der Goldhagen-Debatte. *Agnieszka Magdziak-Miszewska*, Diplomatin, Publizistin und Expertin für den christlich-jüdischen Dialog, sieht in dieser Auseinandersetzung „das wichtigste Examen“ für ihr Land: „Ja, einige Polen ermordeten Juden. So war es. Viele Polen halfen Juden; es gab solche, die bei der Rettung

von diesen selbst starben. Wenn ich das moralische Recht auf begründeten Stolz auf diese letzteren haben will, muss ich auch mich mit Scham zu denen bekennen, die getötet haben“ (Więź, Juli 2001).

Die Diskussionen sind auch nicht ohne Wirkung an den deutsch-polnischen Beziehungen vorübergegangen. Viele Polen fühlten sich von den zahlreichen Artikeln in deutschen Zeitungen über die Morde und die immer wiederholten Vorwürfe des Antisemitismus zu sehr belehrt und angegriffen. Es ist nicht sicher, ob das *Institut für das nationale Gedenken* (IPN) mit seinen Ergebnissen die grundsätzliche Schuldfrage wird endgültig beantworten können. Aber ein sehr wichtiger, von vielen schon begonnener Prozess ist das Bemühen um einen neuen und intensiveren christlich-jüdischen Dialog in Polen und die Auseinandersetzung mit schwierigen Gesellschaftsfeldern.

Ulrike Kind

Glauben ist keine Wunderdroge

Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit?

Vor allem in den USA ist derzeit eine Renaissance des Religiösen und Spirituellen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit zu beobachten. Steckt mehr dahinter als etwa die Alltagsvermutung, dass optimistische Menschen länger leben, fragt der Arzt und Psychoanalytiker Eckhard Frick, Leiter der Projektgruppe Psychoonkologie am Klinikum München. Sein Plädoyer: Der Bereich des Spirituellen darf in der Sorge für kranke Menschen nicht völlig ausgeblendet werden.

In dem gerade in Cannes ausgezeichneten Film „Das Zimmer meines Sohnes“ erlebt der Zuschauer, wie sich im Behandlungszimmer eines Psychoanalytikers dessen Privatleben und die Lebensschicksale der Patienten berühren. Im Zuschauer entstehen Entsprechungen zwischen den Lebensbereichen, ohne dass derartige Zusammenhänge im Therapiedialog thematisiert würden. Andrea, der Sohn Giovanni, gespielt vom Regisseur *Nanni Moretti*, kommt bei einem Tauchunfall ums Leben, als dieser (ungewöhnlich genug für einen Analytiker!) am Sonntagfrüh einen Hausbesuch bei einem Patienten macht, dem gerade die Diagnose einer Krebserkrankung mitgeteilt wurde.

Beide Ereignisse sind ein Sturz aus der „normalen Wirklichkeit“ und bringen schlagartig die *spirituelle Suche nach Sinn* zum Bewusstsein (vgl. *N. Gerdes*: Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. In: W. Schmidt [Hg.]: *Leben mit Krebs*, Mün-

chen 1986). Zwischen beiden Ereignissen besteht kein kausaler Zusammenhang. Giovanni versucht eine verzweifelte Verknüpfung durch heftige Schuldgefühle: Wäre ich nicht zu meinem Patienten gegangen, hätte ich meinen Sohn zum Joggen einladen können ... In der nächsten Sitzung konfrontiert ihn sein krebskranker Patient mit der Überzeugung, er müsse den Krebs nun durch Glauben überwinden, dazu brauche er die Unterstützung seines Therapeuten. Giovanni reagiert reserviert: Er kann dieser *Psychologisierung* der Krebserkrankung ebenso wenig folgen wie den religiösen Ritualen, die den Tod Andreas einrahmen. In der gegenwärtigen psycho-spirituellen Diskussion, besonders auf der anderen Seite des Atlantiks, beobachtet man eine gegenläufige Tendenz, nämlich eine Renaissance des Religiösen und Spirituellen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit.

„Sollen Ärzte religiöse Aktivitäten verordnen?“ Unter dieser provozierenden Überschrift werden in einer angesehenen

medizinischen Fachzeitschrift die Zusammenhänge zwischen Religion und Gesundheit heftig und kontrovers diskutiert (R. P. Sloan u. a.: Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine* 342 [2000], 1913–1916). Die Autoren referieren zunächst den zunehmenden Trend in der US-amerikanischen Öffentlichkeit und Medizin, die folgenden Annahmen für empirisch belegt zu halten: Religiöse Aktivität geht mit guter oder verbesserter Gesundheit einher; derartige Aktivitäten vermitteln dem Patienten Trost und Unterstützung; Patienten wünschen, dass religiöse Fragen in der ärztlichen Behandlung berücksichtigt werden.

Religion – getestet wie ein Antibiotikum

Das Urteil der Autoren über diese mit dem Anspruch auf empirische Evidenz vorgetragene Annahmen ist vernichtend, sowohl aus methodischen als auch aus grundsätzlichen anthropologischen und theologischen Gründen: Die Bandbreite des Phänomens „Religion“ werde nicht berücksichtigt (zwischen Patienten unterschiedlichen Glaubensbekenntnisses und unterschiedlicher religiöser Praxis, zwischen Ärzten und Patienten), die Messung von Religiosität durch oberflächliche Indizes wie den Kirchbesuch sei unspezifisch und nicht valide.

Die Autoren räumen ein, dass ein Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und religiöser Praxis belegt ist. Diese durch Untersuchung einer (epidemiologischen) Normalbevölkerungsstichprobe gewonnenen Daten haben jedoch nicht die Aussagekraft klinischer Studien, in denen die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen zufallsverteilt im Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe nachgewiesen werden kann. Auch die Empfehlung, Ärzte sollten religiöse Aktivitäten empfehlen, da sie vielen Menschen Trost spenden, lassen Sloan et aliter nicht gelten: Wegen des starken Gewichts der ärztlichen Autorität einerseits und den erheblichen kulturellen Unterschieden zwischen den einzelnen religiösen Gruppen gefährde dies die Freiheit der Patienten.

Auch der Wunsch vieler Patienten, religiöse Dinge in die ärztliche Behandlung einzubeziehen, dürfe nicht unreflektiert und undifferenziert erfüllt werden. Der Arzt solle nach spirituellen Ressourcen nicht isoliert, sondern im größeren Kontext der Krankheitsverarbeitung fragen. Der wichtigste Einwand ist jedoch der Hinweis auf eine drohende Trivialisierung der Religion. Religion dürfe nicht instrumentalisiert und getestet oder verordnet werden wie ein Antibiotikum.

Die provozierende Position der Autoren wird im selben Jahrgang der Zeitschrift heftig diskutiert. Es wird ihnen entgegen gehalten, ihre Fragestellung sei tendenziös: Religion und Spiritualität seien zwar nicht zu verordnen, müssten aber erfragt und gefördert werden, freilich nur auf Wunsch der Patienten und in einer interdisziplinären Zusammenarbeit (nicht allein

durch Ärzte, sondern auch durch das Pflege- und Seelsorgspersonal).

Die Unterscheidung zwischen *epidemiologischen* und *klinischen* Studien deutet schon auf unterschiedliche Fragestellungen hin: Religionssoziologische und sozialmedizinische Studien untersuchen das spirituelle Phänomen, indem sie nach Sterblichkeit oder Erkrankungshäufigkeit in der Allgemeinbevölkerung in Abhängigkeit von Merkmalen fragen, mit denen man Religiosität beziehungsweise Spiritualität zu erfassen hofft. Klinische Studien haben es hingegen mit Erkrankten im therapeutischen Kontext zu tun, solche Studien orientieren sich am Wirksamkeitsnachweis für Medikamente.

Ist ein Mensch erst einmal erkrankt, können seine von der Krankheit unabhängigen Persönlichkeitseigenschaften nur mehr im Rückblick („retrospektiv“) erfasst werden, was den Blick erheblich trübt: Es kommt zu einer Vermischung von spirituellen Fragen mit Einflussfaktoren der Krankheitsverarbeitung, Veränderungen der Lebensqualität durch die Erkrankung. Es ist im Dialog mit einem kranken Menschen über seine Spiritualität – vorsichtig ausgedrückt – nicht sehr aufschlussreich, wie vor der Erkrankung seine religiöse Praxis ausgesehen hat. Viel wichtiger (allerdings auch methodisch sehr schwer zu erfassen) ist die Frage, wie sich seine Spiritualität angesichts einer schweren Erkrankung entwickelt, ob sie gegebenenfalls eine Ressource in der Krankheitsbewältigung darstellt.

Spiritualität ist ein gegenüber dem Gesundheitswesen eigenständiger soziokultureller Bereich, in dem eigene Verhaltens-, Sprach- und Deutungsmuster gelten. „Wirksamkeit“ im Sinne pharmakologischer Studien ist keine theologische Kategorie. Dass sich die christlichen Kirchen seit Jahrhunderten im Feld

von Pflege und Medizin engagierten, ist Teil der Diakonie als einer Wesensäußerung der Kirche, die ausgehöhlt wird, wenn man sie als Quasi-Medikament verzweckt. Wenn man schon innerhalb einer theologischen Anthropologie von „Wirksamkeit“ sprechen will, so nicht funktionalistisch, sondern im Sinn einer *Deutungskompetenz* angesichts der Erfahrung von Sinn- und Hoffnungslosigkeit durch schwere Krankheit. Sinn und Hoffnung

Der Jesuit Eckhard Frick ist Arzt und Psychoanalytiker und leitet die Projektgruppe Psychoonkologie der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Unter anderem veröffentlichte er 1996: *Durch Verwundung heilen. Zur Psychoanalyse des Heilungsarchetyps*. Göttingen. Er ist auch Mitherausgeber des *Tumormanual Psychoonkologie*, Werner Zuckschwerdt Verlag, München (im Druck). Vgl. auch: www.psychoonkologie.org

kann man freilich nicht infundieren oder transplantieren. Sie entsteht, wo in menschlichen Begegnungen Gestaltungsfreiheit möglich wird. Oft beginnt diese in paradoxer Weise da-

mit, dass Ausweglosigkeit und Zerbrechen bisheriger Deutungsmuster erlitten und letztlich akzeptiert werden. Gerade hauptamtliche Seelsorger und Seelsorgerinnen müssen damit rechnen, dass die bisherigen Gottesbilder, die Verzweigung und das Hadern mit Gott auf sie projiziert werden. Nur wenn ich selbst als Gottsucher diese Projektionen annehme, können sich diese verwandeln.

Wenn Angehörige, Freunde oder in Pflege und Medizin Tätige zu einem Schwerkranken kommen, müssen sie als erstes lernen, die ihnen plausibel erscheinenden „Antworten“ zurückzustellen. Erst dann können sie lernen, einen möglichst offenen Raum des Dialogs anzubieten, in dem sich die spirituelle Suche nach Sinn, Hoffnung und Transzendenz artikulieren kann. Rituale, Sakramente, Feiern und eine persönliche Verkündigung sind meist hilfreicher als theologische Erklärungsversuche.

Über den Bereich der christlichen Kirchen hinaus findet heutige spirituelle Suche schon längst in einem vom Pluralismus der Religionen und Weltanschauungen geprägten Feld statt. Hier ist vom interreligiösen Dialog, auch vom Dialog mit der „Esoterik“ viel für eine gemeinsame spirituelle Sprache zu erwarten. Allerdings krankt dieser Dialog häufig an begrifflichen Unklarheiten, die sich mit dem Phänomen des Spirituellen verbinden.

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts zur Erfassung und Verbesserung der Lebensqualität von Tumorkranken legten wir einer 65-jährigen Patientin die folgende standardisierte Frage vor: „Gehören Sie zu einer religiösen oder spirituellen Gruppe?“ Die Dame antwortete mit einem entrüsteten „Nein“ und fügte hinzu: „Jetzt muss ich aber zum Rosenkranz in der Klinikkirche!“ Offenbar hatte sie mit dem Begriff „Spiritualität“ alles Mögliche verbunden (Esoterik, kriminelle Sekten, Gesundheitsbetriebe), jedoch nicht ihre kirchlich-religiöse Praxis. Zugleich legt dieses Beispiel die Frage nahe, inwieweit gängige Selbstbeurteilungs-Fragebögen das Phänomen „Spiritualität“ valide erfassen, das heißt messen, was sie unter „Spiritualität“ zu messen vorgeben.

Das aus dem französischen Katholizismus des frühen 20. Jahrhunderts stammende Substantiv „Spiritualität“ leitet sich von dem Adjektiv „spiritualis“ (lat.) beziehungsweise „pneumatikós“ (von griech. „pneuma“: Atem, Wind, Geist) ab und entspricht dem alttestamentlichen Begriff „ruach“. So soll zum Beispiel der Prophet Ezechiel (37, 5 f.) im Auftrag Gottes zu den Gebeinen der Erschlagenen sagen: „Ich selbst bringe Ruach in euch, dann werdet ihr lebendig. Ich spanne Sehnen über euch und umgebe euch mit Fleisch; ich überziehe euch mit Haut und bringe Ruach in euch, dann werdet ihr lebendig.“ Die göttliche Ruach lässt sich hier am besten durch ihre Wirkungen verstehen: (Re-)Vitalisierung der toten Materie, aber auch Wiederherstellung eines lebendigen Organismus durch organische Verknüpfung seiner Bestandteile. Diese „spirituelle“ Wirkung auf die Materie darf nicht als Leib-Seele-Dualismus missverstanden werden. Modern

gesprochen, ist „Spiritualität“ eine Systemeigenschaft des lebendigen Menschen, der sich durch Subjektivität, Kommunikation und Selbsttranszendenz auszeichnet.

„Spiritualität“ blieb bis in die siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts ein konfessioneller Begriff, der sich allmählich bis zur heutigen Weite veränderte. Es ist trotz einer gewissen Unschärfe wenig hilfreich, die heutige Rede von Spiritualität als esoterische Mode abzutun. Vielmehr ist die spirituelle Suche, auch im Bereich von Krankheit und Therapie, ein wichtiger Ort des Dialogs, auch für christliche Theologie und Seelsorge. (J. Sudbrack: *Spiritualität – Modewort oder Zeichen der Zeit?* Geist und Leben 1998; 71 Jg., S. 198–211).

Religion und Spiritualität sind sich überschneidende Bereiche. Unter dem Einfluss der im angelsächsischen Sprachraum geführten Diskussion versteht man unter beiden Begriffen die Suche nach dem Heiligen und Göttlichen. Dabei fasst man unter „Religiosität“ heute eher institutionell organisierte Überzeugungen, Werte und Verhaltensweisen zusammen, während „Spiritualität“ nach dem Konsensvorschlag des National Institute for Healthcare Research jegliche Lebenserfahrung und Zugangsweise meint, meist in einem breiten Verständnis von Sinn- und Hoffnungssuche, Selbsttranszendenz und Bezogenheit.

Spiritualität der Gesundheit oder Krankheit?

Die Spiritualität wird im Gespräch von Arzt und Patient häufig im Zusammenhang von Sterben und Tod Thema, zum Beispiel wenn aus der Verzweigung über das Zusammenbrechen illusionärer Hoffnungen eine tiefere Hoffnung wächst, über diesen oder jenen „Strohalm“ hinaus, an den sich der Patient klammerte (vgl. H. Plügge: *Über die Hoffnung. Wohlbefinden und Missbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie*, Tübingen 1962). Im Unterschied zu den kleinen, alltäglichen, intentionalen Hoffnungen, die sich auf bestimmte Ziele richten, ist die „große“ spirituelle Hoffnung unbestimmt, über unmittelbare Ziele wie Symptombekämpfung und Lebensverlängerung hinausgehend (selbst-transzendent). Die Realisierung „kleiner Hoffnungen“ (wirksame Symptomkontrolle, familiäre und soziale Unterstützung, Befriedigung körperlicher Bedürfnisse usw.) ist jedoch vielfach eine Voraussetzung dafür, dass der Patient sich den „großen“ spirituellen Fragen nach Sinn, Transzendenz, Dankbarkeit und Versöhnung stellen kann. Umgekehrt führt die „große“, nicht intentionale, sondern transzendente, das heißt allen einzelnen Handlungen und Einstellungen zugrunde liegende Hoffnung zu einer klinisch beobachtbaren Besserung des Befindens.

Der skizzierte Zusammenhang von Spiritualität, Krankheit und Sterben bedeutet nicht, dass Spiritualität auf die Bereiche Sterbebegleitung und Palliativmedizin eingeschränkt werden kann. Viele Patienten berichten, dass sie „wieder“

beten, über den Sinn ihres Lebens und darüber nachsinnen, was nach ihrem Tod sein wird. Frühere, oft unbewusste und bis in die Kindheit zurückreichende, Bilder, Melodien, Worte werden erneut wichtig. Im Vergleich zu angelsächsischen medizinischen Publikationen ist die Zurückhaltung im deutschen Sprachraum auffällig: Eine Literaturrecherche mit „Medline“ ergibt für die Jahre 1990 bis 2001 592 Publikationen, die das Stichwort „spirituality“ enthalten; nur drei von ihnen kommen aus deutschsprachigen Ländern. Dies mag mit traditionellen, methodisch bedingten Vorbehalten der naturwissenschaftlich denkenden Medizin gegenüber der Sinn- und Subjektivitätsfrage zusammenhängen (vgl. *H. Theml: Warum tut sich die Medizin schwer mit der Frage nach ‚Spiritualität und Krebs‘? In: K. Neuwöhner, S. Sommerfeld [Hg.]: Krankheit und Sinn: Die spirituelle Dimension in der Krebstherapie, Idstein 2000, 39–48.*

Positive Emotionalität

Alternative Heilungsmethoden, unter ihnen zahlreiche psycho-spirituelle Angebote, konkurrieren mit der Schulmedizin um gleich gute oder bessere Wirksamkeit im Kampf gegen schwere Krankheiten, beispielsweise gegen Krebs (vgl. *H. Theml: Komplementäre Behandlungsformen (CAM). In: A. Sellschopp u. a. [Hg.]: Tumormanual Psychoonkologie, München, Zuckschwerdt [im Druck].* Abgesehen von noch ausstehenden Wirksamkeitsnachweisen bringen ihnen viele Betroffene Hoffnung entgegen, nicht selten unter erheblichen finanziellen Opfern. Die epidemiologischen Befunde zum Zusammenhang von religiöser Praxis und Gesundheit werden häufig, auch in Publikationen oder in Äußerungen am Krankenbett im Sinne des „positiven Denkens“ verwendet: Wenn du glaubst, wirst du gesund werden. Du kannst deine Krankheit als Chance nutzen und, mehr noch, wirst das Wunder der Heilung erleben.

All dies mag spirituell und religiös klingen. Außerdem: Hören wir nicht aus dem Mund des synoptischen Jesus an sieben Stellen den Satz „Dein Glaube hat dich gesund gemacht“ (zum Beispiel Markus 5,34)? Tatsächlich bezeugt das Neue Testament ein Vertrauen auf Gottes Wirken auch angesichts schwerer Krankheit. Andererseits überlässt es die Heilung ganz Gottes Willen und macht keine festen Versprechungen. Auch wenn eine nach Lourdes pilgernde Person keine Wunder- oder medizinisch gesprochen: Spontan-Heilung erlebt, so kann sie darin unterstützt werden, ihr Leid anzunehmen. „Das ist das Wunder, das jeden Tag in Lourdes geschieht und das überall – auch ohne Wallfahrt – geschehen kann“ (*B. Grom: Macht der Glaube gesund? Materialdienst der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen 2001, 64, 313–321.*

Wer angesichts eines Schwerkranken von „positivem Denken“ redet oder meint, den christlichen Glauben wie eine

hochwirksame Heildroge anbieten zu müssen, läuft Gefahr, sich in der Rolle der Freunde Hiobs wiederzufinden. Gewiss, psychologisierende Krankheitstheorien, welche die Schuld für eine Krebs- oder sonstige Erkrankung dem Kranken anlasten wollen, sind heute seltener als noch vor 20 Jahren (wenngleich es sie gibt, beispielsweise im Gewand eines fatalistischen karmischen Denkens). Offenbar ist aber am schwersten die Negativität der Krankheit und das unvermeidliche Los des Todes auszuhalten. Die Phantasie der „Heilung“ (ob schul- oder alternativmedizinisch) entspringt dann häufig der Größenphantasie der Unsterblichkeit, der Leugnung des Todes.

Demgegenüber ist die christliche Verspottung des Todes (beispielsweise 1 Kor 15,55 „Tod, wo ist dein Stachel?“) Frucht eines äußersten Realismus, eines solidarischen In-Einklang-Gehens mit einer dem Sterben und Tod ausgesetzten Schöpfung, vor allem aber mit dem eigenen Sterbenmüssen. Es wäre fatal, wenn ausgerechnet in der Suche nach Hoffnung und Sinn christliche Spiritualität auf eine scheinbar fromme Verleugnungsstrategie hereinfiele, anstatt ihr ureigenes kritisches Potenzial zu entfalten.

Am 22. September 1930 schrieb die nordamerikanische Regionaloberin der Armen Schulschwester an alle Konvente und bat darum, vor Ablegung der Letzten Gelübde eine handgeschriebene Autobiographie zu verfassen. Diese zwischen 1931 und 1943 verfassten Texte bildeten 60 Jahre später die Basis für eine erstaunliche prospektive Längsschnitt-Untersuchung: 678 hochbetagte Schwestern erklärten sich zur jährlichen körperlichen und psychometrischen Untersuchung bereit und stimmten der Sektion ihres Gehirns nach dem Tod zu, um mögliche demenzielle Prozesse (vor allem Alzheimersche Krankheit) nachweisen zu können. In diesem Zusammenhang konnten 180 Lebensläufe in den Archiven gefunden werden, die den von den Forschern zuvor definierten Einschlusskriterien entsprachen (*D. D. Danner u. a.: Positive emotions in early life and longevity. Findings from the nun study. Journal of Personality and Social Psychology 80 [2001], 804–813.*

Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen erfassen und respektieren

Diese Texte werteten zwei unabhängige, den Schwestern nicht bekannte Forscher getrennt und inhaltsanalytisch aus. Bewertet wurden nicht Lebensereignisse als solche, sondern deren emotionaler Widerhall. Trotz der sehr homogenen Stichprobe (Schwestern vor den Letzten Gelübden mit der Hoffnung, bald unterrichten zu dürfen), finden sich recht unterschiedliche Stile des emotionalen Ausdrucks. Das Ausmaß positiver Emotionen in den Texten korreliert in statistisch signifikanter Weise mit der Lebenserwartung der Schwestern.

Welche Folgerung ist aus den hier nur knapp skizzierten Befunden zu ziehen, über die Alltagsvermutung hinaus, dass optimistische Menschen länger leben? Es handelt sich bei den hier untersuchten Texten nicht um einen (sozial erwünschten) Optimismus, sondern um die Fähigkeit, auf Lebensereignisse mit einem positiven gefühlsmäßigen Widerhall zu antworten, das heißt günstige, zufriedenstellende Erfahrungen so in sich aufzunehmen, dass sie mitteilbar werden (ausstrahlen). Im Falle schwieriger Lebensereignisse heißt dies, dass sie in fruchtbarer Weise verarbeitet werden und die positive Emotionalität nicht beeinträchtigen können.

Das inhaltsanalytische Kriterium „positive Emotionalität“ ist zugleich ein Hinweis auf die spirituellen Erfahrungen, Haltungen und Praktiken durch Jahrzehnte. Dieses Kriterium bietet auch die Möglichkeit, Menschen unterschiedlicher spiritueller Beheimatung zu vergleichen und jene Auswirkungen von Glaubenserzeugungen genauer zu erfassen, die in epidemiologischen Studien als gesundheitsförderlich beschrieben wurden. Offenbar gibt es Ausprägungen von Spiritualität, die gesundheitsförderlich wirken.

Kann aber Spiritualität auch ein Feld sein, in dem sich Störungen zeigen, kann sie gar krank machen? Gibt es im Bereich der Spiritualität Notfälle und Krisen, die besondere Kompetenz und spezifische Interventionen nötig machen? Nur auf den ersten Blick verwundert eine solche Frage. Krisen gibt es keineswegs nur im somatischen Bereich. Ähnlich wie es im Schock zu einer Zentralisation des Kreislaufs kommt, der vorwiegend lebenswichtige Organe wie Herz, Gehirn, Niere versorgen muss, führt auch der „psychische Schock“ zu einer radikalen Neubestimmung der Wahrnehmung, der Prioritäten und der Handlungsmöglichkeiten. In spiritueller Hinsicht, beispielsweise unmittelbar nach dem Tod einer nahestehenden Person, kann dies zu einem *Zusammenbruch der bisherigen Welt- und Lebenskonstruktion* führen. Es beginnt der Prozess der Trauer, in dem die Fragen nach Sinn, Hoffnung und Transzendenz sich stellen und ihren Ausdruck suchen, auch in symbolischer Weise. Der religiöse Mensch kann, etwa durch die Diagnose einer Tumorerkrankung, plötzlich mit den Abgründen seines Gottesbildes in Berührung kommen, wofür er weder in seinem Kinderglauben noch in der üblichen Sonntagspredigt Antworten findet. Er braucht dann geschützte Räume, wo auch Unfertiges und scheinbar Unfrommes ausgedrückt werden kann und seine Klage, seine Verzweiflung oder sein Hader mit Gott gehört wird.

Die Auseinandersetzung um den Stellenwert des Spirituellen im Bereich von Gesundheit und Therapie wird – wie in anderen Bereichen der Medizin auch – in einer mehr oder minder kritischen Rezeption der US-amerikanischen Diskussion geführt. So sinnvoll es sein mag, den Begriff der Spiritualität zu differenzieren und auch aus anthropologischer wie theologischer Sicht kritisch zu beleuchten: Eine derartige Reserve darf nicht länger dazu führen, den Bereich des Spirituellen in der

200
JAHRE
HERDER
200 Jahre Zukunft

Wenn Rechtsprechung pervertiert wird

NEU in der Reihe
„*Quaestiones disputatae*“

Nicht nur das Berufsverbot, der Boykott und die Verfolgung jüdischer Juristen nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten, auch die strafrechtliche Aufarbeitung der Unrechtsurteile durch deutsche Juristen im Nachkriegsdeutschland sowie die Befassung mit der Regierungskriminalität in der DDR lassen danach fragen, wie es zu solcher Perversion kommen konnte. Namhafte Fachleute gehen dieser Frage nach anhand des juristischen Umgangs mit den Todesurteilen für Max Josef Metzger und Dietrich Bonhoeffer sowie mit der Bearbeitung der Strafverfolgung des in der DDR begangenen Unrechts.

Quaestiones disputatae, Band 193
184 Seiten, Paperback, € 19,90 / SFr 36.–
ISBN 3-451-02193-5

Die Aufhebung diktatorischer Unrechtsurteile

Herausgegeben von
Ilona Riedel-Spangenberg



Unsere Bücher erhalten Sie in jeder Buchhandlung oder bei: D+A: Freiburger BuchVersand, Postfach 564, D-79005 Freiburg - CH: Herder AG Basel, Postfach, CH-4133 Pratteln 1

HERDER

Sorge für kranke Menschen völlig auszuklammern oder durch Delegation an Spezialisten für Seelsorge und Sinnsuche abzuspalten.

Eine derartige Tendenz zur Abspaltung ist besonders ausgeprägt in vielen Krankenhäusern, die sich in kirchlicher Trägerschaft befinden: Die spirituelle Kraft der Gründungsidee reicht oft nur so weit, das Briefpapier einzufärben und Werbeträgern ein kirchliches Logo aufzuprägen. In Bereichen, wo kirchliche Träger auch in spiritueller Hinsicht innovativ werden, beispielsweise in der Palliativmedizin, genießen sie aber noch immer einen gewissen Kredit, vorausgesetzt, dass sie die konfessionelle und interreligiöse Pluralität achten.

Wohin könnte die Entwicklung im deutschsprachigen Raum

gehen? Sicher nicht in Richtung einer plump-fundamentalistischen Anpreisung des Glaubens als Wunderdroge. Ein erster Schritt wird vielmehr eine spirituelle Bestandsaufnahme sein, eine Art Leitfaden zur spirituellen Anamnese, der in die Hand jedes Arztes und jeder Schwester gehört (S. Weber, E. Frick: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Helfern in der Onkologie. In: A. Sellschopp u.a. [Hg.]: Tumormanual Psychoonkologie, München, Zuckerschwerdt [im Druck]). Um mit spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten in angemessener Weise umzugehen, brauchen im Gesundheitswesen Tätige bestimmte Haltungen, besonders Respekt gegenüber spirituellen Bindungen und Bräuchen sowie Fähigkeiten wie Gesprächsführung und Bereitschaft zur Teamarbeit.

Beides kann auch geschult werden.

Eckhard Frick

Zukunftslaboratorium Tschechien

Kirche und Theologie in entchristlichter Gesellschaft

Nur etwa 25 Prozent der Tschechen gehören einer Kirche an, das entspricht etwa den Werten in Ostdeutschland. Unter diesen Bedingungen Kirche aufzubauen und Theologie zu treiben, ist eine besondere, aber gleichzeitig für die Zukunft des Glaubens in ganz Europa aufschlussreiche Herausforderung. Helmut Renöckl, Professor für Theologische Ethik und Sozialethik an der Linzer Theologischen Universität und gleichzeitig an der Universität Budweis tätig, resümiert seine Erfahrungen der letzten zehn Jahre.

Ein Blick auf die Landkarte zeigt: Tschechien markiert geografisch die Mitte Europas. Auch politisch, geistig, kulturell und religiös haben Böhmen und Mähren für die Zukunftsvision „Ungetrenntes Europa“ eine hohe Bedeutung. Meine Perspektive ist die eines „Grenzgängers“, seit 10 Jahren pendle ich jede Woche zwischen Linz und České Budějovice/Budweis, und meine Überlegungen sind geprägt von meiner Arbeit an der Budweiser Theologischen Fakultät. Nach Karl Rahners Definition ist „Theologie Reflexion auf gelebten Glauben“, deshalb bestehen nicht zu übersehende Zusammenhänge zwischen Glaubens-Praxis und theologischer, beziehungsweise theologisch-ethischer Reflexion.

Zu den dominanten Kennzeichen der religiösen Lage in Tschechien gehört, dass der erhoffte „religiöse Frühling“ nach dem „Frost“ der kommunistischen Strangulierung von Glaube und Kirchen nicht eingetreten ist. Im Gegenteil: Bei der neuen Volkszählung manifestierte sich ein weiterer Rückgang des Anteils der Christen. 72,63 Prozent erklärten sich als konfessionslos, nur noch 22,42 Prozent als römisch-katholisch (die Bischöfe hatten auf mindestens 50 Prozent gehofft), 2,32 Prozent als evangelisch, 0,58 Prozent hussi-

tisch, noch kleiner waren die Anteile anderer christlicher Kirchen. Der Anteil der „praktizierenden Katholiken“ ist noch wesentlich geringer und regional unterschiedlich verteilt. In Mähren hat deutlich mehr traditionelle kirchliche Substanz überlebt als in Böhmen; es gibt auch in Böhmen „Inseln“ mit etwas höherer kirchlicher Praxis und große Gebiete extremer Diaspora.

Bei aller gebotenen Vorsicht gegenüber statistischen Erhebungen im postkommunistischen Tschechien ist dies doch eine scharfe Desillusionierung. Aus anderen, detaillierteren Erhebungen haben wir Hinweise auf Ursachen für diesen Rückgang, Hinweise, die sehr zu denken geben und dringenden Handlungsbedarf signalisieren: In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen bekennen sich nur noch 6 Prozent zur römisch-katholischen Kirche (92 Prozent als konfessionslos), in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen sind es 17 Prozent (79 Prozent konfessionslos), in der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen 14 Prozent (81 Prozent konfessionslos), bei den 45- bis 59-Jährigen 27 Prozent (konfessionslos 68 Prozent) und nur bei den über 60-Jährigen bekennen sich noch 42 Prozent zur katholischen Kirche (51 Prozent konfessionslos).