

## Über die spirituelle Dimension der Medizin<sup>1</sup>

### *I. Einleitung*

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

Bevor man die Medizin mit dem Thema ‚Spiritualität‘ in Verbindung bringt, sollte man sich allerdings Rechenschaft darüber geben, wie sich dies zum Status der Medizin als Wissenschaft verhält. Gerade hierauf bezieht sich die Skepsis nicht weniger Medizinerinnen und Mediziner. Sie fürchten um das wissenschaftliche Ethos, ja um die Seriosität der Medizin,

---

<sup>1</sup> Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrags, den der Verfasser bei einer Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin zum Thema „Was willst Du, dass ich Dir tun soll?‘: Geistesgegenwärtigkeit in der medizinischen Praxis“ am 28. und 29. April 2016 in Berlin gehalten hat. Der ursprüngliche Vortragstitel lautete: „Geistesgegenwärtigkeit: Welche Haltungen braucht es in der medizinischen Praxis?“

wenn sie sich mit derlei Dingen befassen soll. Und sie haben zweifellos Recht, wenn sie darauf insistieren, dass diejenigen, die die Medizin mit dieser Thematik befassen wollen, zunächst einmal genau angeben müssen, an welcher Stelle sie denn für die Medizin relevant wird.

Die Medizin ist eine praktische Wissenschaft. Im Unterschied zu theoretischen Wissenschaften wie der Physik oder der Soziologie, die ihre Einheit von ihrem Gegenstandsbereich her beziehen, gewinnt die Medizin ihre Einheit von den Zielen her, auf die sie gerichtet ist. Dies ermöglicht es ihr, die verschiedensten theoretischen Wissenschaften unter ihrem Dach zu vereinen. Forschungen sind medizinische, wenn und insofern sie den Zielen der Medizin dienen. Abgesehen davon gehören sie den jeweiligen theoretischen Wissenschaften an. Diese Ziele werden im Begriff des Wohles des Kranken zusammengefasst. Dabei ist die Zuständigkeit der Medizin für dieses Wohl auf die *Krankheit* beschränkt, insofern sie die *Ursache* ist für Beeinträchtigungen dieses Wohls, sei es, dass es ihr gelingt, die Krankheit zu heilen, oder sei es in Gestalt der Behandlung ihrer Symptome. Diese Beschränkung ist wichtig, bewahrt sie doch die Medizin vor der Gefahr der Allzuständigkeit für alle Aspekte des Wohles einer kranken Person. So ist die Medizin nicht für Beeinträchtigungen des Wohles eines Kranken zuständig, die sich als Folge der Krankheit ergeben, ohne selbst den Charakter einer Krankheit zu haben, wie z.B. Berufsunfähigkeit.

Dies ist der entscheidende Punkt im Hinblick auf die Frage, ob Spiritualität als ein Thema der Medizin in Betracht kommt: Handelt es sich dabei um etwas, das als Folge einer Krankheit relevant wird in Gestalt von „spirituellen Fragen“ oder „spirituellen Bedürfnissen“, die durch die Krankheit ausgelöst werden? Oder hat Krankheit als solche eine spirituelle Dimension, die sich beeinträchtigend auf das Wohl des Kranken auswirken kann? Nur wenn Letzteres der Fall ist, ist es sinnvoll, die Zuständigkeit der Medizin für das Wohl des Kranken auch auf diese Dimension auszuweiten. Als medizinischer Wissenschaft fällt ihr dann die Aufgabe zu, diesen Aspekt von Krankheit in ihre Forschungen einzubeziehen. Und als ärztliche Kunst muss sie bei der Sorge für das Wohl des Kranken auch diesem Aspekt Rechnung tragen. Im Folgenden werde ich für die These argumentieren, dass Krankheit in der Tat eine spirituelle Dimension hat und dass daher diese Dimension die Medizin essentiell angeht.

## II. Krankheit und Spiritualität

Um dasjenige, was ich hier noch vage und vorläufig als ‚Präsenzcharakter‘ und ‚spirituelle Dimension‘ bezeichne, näher zu verdeutlichen und es von anderen Bestimmungen und Erscheinungsformen von Krankheit abzugrenzen, möchte ich bezüglich der Frage, wie Krankheit in den Blick treten und thematisch werden kann, vier Ebenen unterscheiden. Die elementarste Ebene ist diejenige des Erlebens von somatischen oder psychischen Beschwerden. Der Kranke verspürt Schmerzen, er fühlt sich unwohl, schwach, niedergeschlagen oder unkonzentriert, er registriert bestimmte somatische Veränderungen oder er bemerkt, dass Dinge, die ihm sonst leicht gefallen sind, plötzlich nicht mehr von der Hand gehen und zur hohen Hürde für ihn werden. Vielleicht bemerkt auch sein soziales Umfeld Veränderungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die in das gewohnte Bild dieses Menschen nicht passen. Das ist die Ebene, mit der Ärztinnen und Ärzte zuerst konfrontiert werden, wenn Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen sie zur Konsultation aufsuchen. Die Krankheit wird hier in der Form der *Schilderung* von solchen Befindlichkeiten, Zuständen oder Verhaltensauffälligkeiten thematisch. Schilderungen oder Narrative vergegenwärtigen Befindlichkeiten oder Auffälligkeiten im Hinblick darauf, wie sie von den Betroffenen erlebt werden.

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

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

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

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

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

Damit komme ich zur vierten Ebene, wie Krankheit ins Blickfeld rücken kann, und sie hat es mit dem zu tun, was ich einleitend als Präsenzcharakter von Krankheit und als deren spirituelle Dimension bezeichnet habe. Man versetze sich in einen Menschen, der soeben die Diagnose einer terminalen Erkrankung erfahren hat. Er tritt hinaus aus der Klinik auf die Straße und findet alles so vor wie eine Stunde zuvor: Die Sonne scheint, die Bäume stehen im Grün des Sommers, die Leute gehen inmitten des pulsierenden Verkehrs ihren Geschäften nach, in den Parkanlagen spielen die Kinder. Alles ist wie zuvor – und dennoch ist nichts mehr wie zuvor. Denn dazwischen ist das Gefühl getreten, dass dies das Leben der anderen ist und dass das eigene Leben seinen Ort darin verloren hat. In dieser Erfahrung ist Krankheit mehr als nur ein soeben diagnostizierter somatischer Zustand. Sie gewinnt in diesem Augenblick eine alles bestimmende Präsenz im Leben dieses Menschen, die sein Wahrnehmen, Fühlen und Denken beherrscht und die sich im Weiteren in einer dramatischen

Veränderung aller Lebensumstände manifestiert: anstelle der vertrauten häuslichen Umgebung der Aufenthalt in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen; anstelle des gewohnten Rhythmus von Arbeit und Familie die Zeit des Wartens, bis lebensverlängernde Therapien anschlagen; anstelle der selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens die Abhängigkeit von der Hilfe und Zuwendung anderer; anstelle eines offenen Horizonts der Zukunft des eigenen Lebens die enge Befristung, die die Krankheit diesem Leben setzt. Dies ist gemeint, wenn von der Präsenzerfahrung einer Krankheit die Rede ist. Krankheit wird nicht nur in Gestalt von somatischen und psychischen Beschwerden erlebt, sondern – zumindest bei schweren Erkrankungen – auch und vor allem in Gestalt dieser das ganze Leben eines Menschen in Beschlag nehmenden und sein ganzes Erleben kontaminierenden Präsenz.

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

Man muss Beispiele aus anderen Lebensbereichen suchen, um das Kontraintuitive und Fragwürdige dieser reduktionistischen Betrachtungsweise plastisch vor Augen zu stellen. Man stelle sich einen Verkehrsunfall vor. Da ist einerseits dieses Ereignis in seiner Präsenz, seinem ganzen Schrecken: quietschende Reifen, ein dumpfer Aufprall, ein Mensch, der bewusstlos in seinem Blut auf dem Strassenpflaster liegt. Das ist die Weise, wie sich der Unfall für das Erleben der zufällig anwesenden Passanten manifestiert. Anders hingegen liest es sich in dem Protokoll, das die Polizei über den Unfallhergang anfertigt. Darin wird das Ereignis nicht in seiner Präsenz vergegenwärtigt, sondern auf die feststellbaren Tatsachen reduziert: die Länge der Bremsspur, die Geschwindigkeit des Unfallwagens, der Promillegehalt im Blut des Fahrers, die Aussagen der Zeugen usw.. Wäre es nicht höchst irritierend, wenn jemand sich zu der Behauptung versteigen würde, dass das, was dieses Ereignis recht eigentlich ausmacht,

nicht in dem besteht, was die Passanten als dessen schreckliche Präsenz erleben bis hin zu jenem bewusstlos daliegenden Menschen, sondern dass es vielmehr in den nüchternen, erlebensneutralen Tatsachen besteht, die das polizeiliche Protokoll festhält? Doch genau so verhält es sich, wenn Krankheit auf die somatischen oder psychischen Zustände reduziert wird, die die medizinische Diagnostik an Menschen feststellt, und wenn die Art und Weise, wie sie vom Kranken *erlebt* wird, abgespalten und ausgeblendet wird. Es ist schliesslich die in ihrer Präsenz erlebte und erlittene Wirklichkeit und nicht die Welt der wissenschaftlich objektivierten Tatsachen, in der sich das menschliche Leben abspielt und in der sich sein Wohl und Wehe entscheidet.

Dass Krankheit nicht auf somatische oder psychische Zustände reduziert werden kann, sondern als ein Präsenzphänomen begriffen werden muss, das lässt sich nicht zuletzt an der Debatte über den Gesundheitsbegriff verdeutlichen. Wird Krankheit mit derartigen Zuständen gleichgesetzt, dann liegt es nahe, auch ihr Gegenteil, die Gesundheit, als einen Zustand zu definieren. Dabei wird zumeist Wert darauf gelegt, dass dieser Zustand nicht bloss negativ im Fehlen eines Krankheitszustands besteht, sondern positiv qualifiziert ist. Beispielhaft hierfür ist die viel kritisierte Gesundheitsdefinition der WHO, wonach Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ ist. Das Fragwürdige derartiger Definitionen liegt eben darin, dass sie Krankheit und Gesundheit als *Zustände* fassen und dabei den Präsenzcharakter dieser Phänomene ignorieren. Darin hat die WHO-Definition ja recht: Gesundheit ist mehr als bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechen im Sinne somatischer oder psychischer Zustände, wie sie Gegenstand medizinischer Diagnosen sind. Aber dieses „Mehr“ ist nun nicht selbst ein Zustand, und sei er noch so positiv definiert, sondern es ist die *Abwesenheit* von Krankheit, und zwar in dem präzisen Sinne von *Nicht-Präsenz* von Krankheit mit ihrer das ganze Leben des Kranken in Beschlag nehmenden Macht. Alle Versuche, dieses „Mehr“ der Gesundheit als einen positiv gefüllten *Zustand* zu beschreiben, bergen demgegenüber die Gefahr fragwürdiger Idealisierungen und Befruchtungen des Gesundheitsbegriffs in sich, wie gerade die Definition der WHO zeigt. Es leuchtet ja auch ganz unmittelbar ein, dass Gesundheit negativ von der Krankheit her bestimmt werden muss und nicht umgekehrt die Krankheit von einer positiven Definition der Gesundheit her. Was uns dazu veranlasst, uns Gedanken über unsere Gesundheit zu machen, ist die Möglichkeit, krank werden zu können. Und nur über die Präsenzerfahrung von Krankheit, sei es eigener Krankheit oder der Krankheit anderer, erschliesst sich uns, was es heisst und welchen unschätzbaren Wert es hat, gesund zu sein.

Was hat das alles mit Spiritualität zu tun? Die Hilfe, die der wissenschaftlich ausgebildete Arzt dem Kranken bieten kann, bezieht sich auf dessen Krankheit als einen somatischen oder psychischen Zustand. Im günstigen Fall kann er die Präsenz der Krankheit zum Verschwinden bringen, indem er die Krankheit heilt. Im ungünstigen Fall bleibt der Kranke dieser Präsenz bis zu seinem Tod ausgeliefert. Welche Hilfe aber gibt es in Bezug auf die seelische Not, die in der Präsenzerfahrung einer schweren Erkrankung liegen kann? Wenn das Ziel der Medizin das Wohl des Kranken ist, und zwar durch Behandlung oder Linderung des Leidens, dem dieser durch seine Krankheit ausgesetzt ist, dann geht diese Frage die Medizin essentiell an.

Vielleicht ist die Sicht früherer Zeiten und anderer Kulturen, die Krankheit als eine dämonische Macht begreift, die durch ihre Präsenz das Leben des Kranken in Beschlag nimmt und verdüstert, doch nicht ganz so primitiv, wie sie auf dem Hintergrund des wissenschaftlichen Weltbilds erscheint. Man muss sich hierzu das Wirklichkeitsverständnis näher vergegenwärtigen, in das diese Sicht der Krankheit eingebettet ist. Ich sagte, dass es nicht die wissenschaftlich objektivierete Welt der Tatsachen, sondern dass es die in ihrer Präsenz *erlebte* und *erlittene* Wirklichkeit ist, in der sich das menschliche Leben abspielt und in der sich sein Wohl und Wehe entscheidet. Diese Verfasstheit des menschlichen Lebens ist eine anthropologische Tatsache, die unabhängig ist von einer bestimmten Weltanschauung religiöser oder nichtreligiöser Art. Aber für die Religion ist diese Tatsache von zentraler Bedeutung. Religion ist ja nicht, wie dies oft verstanden wird, ein Glaube an irgendwelche metaphysischen Tatsachen.<sup>2</sup> Sie ist vielmehr ein hochreflektierter Umgang mit Wirklichkeitspräsenz, also mit der Wirklichkeit, wie sie von Menschen erlebt und erlitten wird.<sup>3</sup> Das Eigentümliche des religiösen Fragens und Denkens besteht darin, dass es sich, weil es hier Wirklichkeit gar nicht anders gibt als im Modus ihrer Präsenz, auch bei deren Erklärung gänzlich im Horizont von Wirklichkeitspräsenz bewegt, also die sinnenfällige Präsenz dessen, was in der Welt geschieht und erlebt wird, aus der Präsenz von etwas anderem zu verstehen sucht, das in dem sinnenfällig Präsenten gegenwärtig ist bzw. sich in diesem äußert. Am Besten verdeutlicht man sich das Gemeinte am Kontrast zu einer wissenschaftlichen Kausalerklärung. Diese erklärt eine gegebene *Tatsache* aus einer anderen *Tatsache*, die hierfür ursächlich ist, so die Tatsache des Schmerzes aus der Tatsache einer

---

<sup>2</sup> Paradigmatisch für dieses Verständnis von Religion ist z.B. Ronald Dworkins Buch „Religion ohne Gott“, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2014.

<sup>3</sup> Johannes Fischer, Über das Verhältnis von Glauben und Wissen. Eine Auseinandersetzung mit Jürgen Habermas' Genealogie des nachmetaphysischen Denkens, Zeitschrift für Theologie und Kirche (ZThK), 117. Jg. (Heft 3 2020), 316-346.



organischen Dysfunktion. Im Fokus des religiösen Denkens steht demgegenüber nicht eine *Tatsache* des Schmerzes, wie sie durch ein konstatierendes Urteil formuliert wird („Der Patient hat Schmerzen“), sondern im Fokus steht die *Präsenz* des Schmerzes, wie der Patient sie hier und jetzt erleidet, und diese wird aus der Präsenz von etwas anderem erklärt, nämlich aus der Präsenz der Krankheit, vorgestellt als zum Beispiel eine dämonische Macht, die vom Leben des Kranken Besitz ergriffen hat. Sinnenfällig präsent ist dabei nur der erlittene Schmerz. Die dämonische Macht hingegen als dasjenige, worin die Erklärung für die Präsenz des Schmerzes liegt, ist nur *im* Schmerz, *in den* Symptomen sinnenfällig präsent. Unabhängig davon ist ihre Präsenz den Sinnen entzogen, ist sie unsichtbar. Man kann sich hieran eine Eigentümlichkeit dieses Weltbilds verdeutlichen, nämlich dass hier die Wirklichkeit unterteilt ist in das, was *unmittelbar* sinnenfällig präsent ist, wie der Schmerz, und das, was *mittelbar* in der sinnenfälligen Präsenz der Phänomene präsent ist und was diese durch seine eigene Präsenz hervorruft, was aber selbst unsichtbar ist, wie die Krankheit als eine dämonische Macht.<sup>4</sup> Es ist diese *Sphäre des in der sichtbaren Präsenz der Phänomene unsichtbar Präsenten und Wirkmächtigen*, auf die sich das lateinische Wort ‚*spiritus*‘ (hebr. *ruach*, griech. *pneuma*, deutsch *Geist*) bezieht, aus dem das Wort ‚Spiritualität‘ abgeleitet ist. Es ist dabei kein Zufall, dass das Wort ‚*spiritus*‘ – und Entsprechendes gilt für die genannten Parallelausdrücke im Hebräischen und Griechischen – auch die Bedeutung ‚Hauch‘, ‚Atem‘ oder ‚Wind‘ hat. In dieser Bedeutungsnuance wird die Vorstellung von etwas, das in der sichtbaren Welt durch seine Präsenz unsichtbar wirkmächtig ist, so wie der Wind in der Bewegung der Blätter eines Baumes, unmittelbar anschaulich. Spiritualität hat es so begriffen mit einer Tiefendimension der Wirklichkeit zu tun, die in der sinnenfälligen Präsenz der Phänomene unsichtbar gegenwärtig ist.

Vielleicht klingt diese Bestimmung von Spiritualität auf den ersten Blick befremdlich. Ihre Bedeutung wird jedoch sofort klar, wenn man sie an Phänomenen überprüft, die heute mit dem Wort ‚Spiritualität‘ verbunden werden. Für den Dalai Lama zum Beispiel sind es Güte, Freundlichkeit, Mitgefühl und liebevolle Zuwendung, die den Kern dessen ausmachen, was er als Spiritualität begreift. Ersichtlich haben diese Phänomene die soeben skizzierte Struktur. Güte ist das, was in der sinnenfälligen Präsenz eines entsprechenden, eben gütigen Verhaltens

---

<sup>4</sup> In religiöser Sprache ausgedrückt geht es hier um die Unterscheidung zwischen der Sphäre des *Zeitlichen* und der Sphäre des *Ewigen*. Ewigkeit ist dabei kein quantitativer Begriff im Sinne von unbegrenzter Dauer. Vielmehr handelt es sich – im Sinne des griechischen Wortes ‚*Aion*‘ – um einen qualitativen Begriff, der sich auf eine Wirklichkeit bezieht, die durch ihre je und je kontingent sich ereignende Präsenz in der Zeit in die Sphäre des Zeitlichen hineinwirkt, ohne selbst der Zeit unterworfen zu sein. Vgl. hierzu den Artikel ‚*Ewigkeit*‘ im *Historischen Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 2, 838.

präsent ist und erfahren wird. Abgesehen davon ist sie der Erfahrung entzogen und unsichtbar. Dasselbe gilt für Freundlichkeit, Mitgefühl oder Liebe. Die religiöse Tradition hat daher Güte, Freundlichkeit und Liebe als spirituelle Phänomene, als Geist-Phänomene begriffen, wie man bei Paulus im Galaterbrief nachlesen kann (Gal 5,25), nämlich als Phänomene, die, selbst unsichtbar, in die sichtbare Welt hineinwirken und im Zwischenmenschlichen präsent sind und in denen Gottes Geist gegenwärtig ist.

Paulus spricht übrigens nirgends von einer *Haltung* der Freundlichkeit oder einer *Haltung* der Liebe, sondern vom ‚Geist der Liebe‘ (2. Tim 1,7). Ich merke dies deshalb an, weil in heutigen Texten über Spiritualität derartige Phänomene häufig als Haltungen aufgefasst werden und überhaupt Spiritualität mit Haltungen in Verbindung gebracht wird. Es bedürfte einer eigenen Diskussion, wie sich das, was das Wort ‚Haltung‘ ausdrückt, zu dem verhält, was das Wort ‚Geist‘ bezeichnet. Es entspricht dem heutigen, am Subjektivitätsparadigma der Moderne orientierten Denken, das, was in einem Verhalten als Güte oder Liebe in Erscheinung tritt, in das Innere der betreffenden Person zu projizieren und es als deren Haltung aufzufassen. Es ist dann die innere Haltung der Liebe, die sich nach außen in einem entsprechenden Verhalten manifestiert. In der Bibel hingegen spielt die Vorstellung von Haltungen oder Tugenden so gut wie keine Rolle. Stattdessen werden entsprechende Verhaltensweisen als Manifestationen von Geistpräsenz aufgefasst. Ein Beispiel hierfür ist die Besonnenheit, die bei Aristoteles und in der hellenistischen Kultur als eine der zentralen Tugenden galt und die bei Paulus zum ‚Geist der Besonnenheit‘ wird (2. Tim 1,7). Das, was das Wort ‚Geist‘ bezeichnet, wird dabei als eine Art Schwingungsfeld, vergleichbar einem elektromagnetischen Feld, vorgestellt, das sich – wie dies im Phänomen der *Begeisterung* unmittelbar anschaulich ist – in einem dynamischen Prozess wechselseitiger Ansteckung und Erregung durch die beteiligten Menschen hindurch fortpflanzt, für das also die Menschen gewissermaßen nur das Medium und nicht der Ursprung sind und das nicht auf die innere Haltung einzelner Individuen zurückgeführt werden kann. In diesem Sinne können auch wir Heutigen vom ‚Geist einer Begegnung‘ sprechen oder von dem ‚Geist‘, der in einer Gruppe von Menschen herrscht, meinen wir doch damit etwas, das im dynamischen Prozess der Interaktion der beteiligten Menschen präsent und wirkmächtig ist und das sich nicht auf individuelle Haltungen verrechnen lässt. Da sich die Rede von ‚Haltungen‘ jedoch nun einmal etabliert hat, werde ich im Folgenden keinen trennscharfen Unterschied zwischen ‚Geist‘ und ‚Haltung‘ machen, sondern beide Ausdrücke verwenden.

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

Doch auch in der durch die Aufklärung entzauberten Welt, in der es keine Geistwesen und Dämonen mehr gibt, bleibt doch der Satz in Geltung, dass es nicht die wissenschaftlich objektivierte Welt der Tatsachen ist, sondern dass es die in ihrer Präsenz *erlebte* und *erlittene* Wirklichkeit ist, in der sich das menschliche Leben abspielt und in der sich sein Wohl und Wehe entscheidet. Zu dieser Wirklichkeit gehört auch die Präsenz von Krankheit mit allem, was sie für das Leben des Kranken bedeutet. Und so bleibt auch für die Menschen der westlichen Kultur eine Einsicht aktuell, die für die mythische und religiöse Wirklichkeitsauffassung zentral ist, nämlich dass sich das menschliche Leben im ständigen Wechsel zwischen verschiedenen Präsenzräumen<sup>5</sup> vollzieht – in jeder Begegnung mit einem Menschen treten wir in den Raum seiner Präsenz ein –, darunter solchen, die das Herz weit und licht machen, und solchen, die es eng und finster machen, wie dies bei einer schweren Erkrankung der Fall ist, und dass man folglich den kranken Menschen in einen anderen Präsenzraum bringen muss, der Entlastung bietet von dem Präsenz- und Erlebensdruck seiner Krankheit. Das kann der Präsenzraum des Heiligen sein, wie er durch religiöse Praktiken wie ein Gebet oder durch religiöse Riten erschlossen wird. Oder es kann auch einfach der Präsenzraum, die *Atmosphäre*, oder eben: der *Geist* menschlicher Zuwendung, Fürsorge und Liebe sein, die einem Kranken entgegengebracht werden. Das ist nicht zuletzt der Grundgedanke der Hospizbewegung: Einen Präsenzraum zu schaffen, in dem Menschen, die dem Tod entgegengehen, ihrer Situation standhalten und sich geborgen fühlen können.

---

<sup>5</sup> Zum Begriff des *Präsenzraums* vgl. Johannes Fischer, Über das Verhältnis von Glauben und Wissen, aaO. (Anm. 3).

### III. Zur Grundhaltung des ärztlichen Berufs

Ziel meiner bisherigen Ausführungen war es zu verdeutlichen, dass und inwiefern Krankheit eine spirituelle Dimension hat und was ‚Spiritualität‘ in diesem Kontext bedeutet. Meine abschliessenden Überlegungen beziehen sich auf die Frage, was dies für die medizinische Praxis bedeutet.

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

Ich will den Punkt, auf den es mir bei der Unterscheidung zwischen ‚Handlung‘ einerseits und ‚Haltung‘ bzw. ‚Geist‘ andererseits ankommt, an einem Beispiel verdeutlichen, das von dem australischen Philosophen Christopher Cordner stammt. Dieser setzt sich in einem Aufsatz kritisch mit dem ethischen Denken seines Landsmanns Peter Singer auseinander, eines prominenten Vertreters des Utilitarismus, der in Deutschland vor allem durch seine Thesen zur Euthanasie an schwerstbehinderten Neugeborenen Aufsehen erregt hat. Der zentrale Punkt von Cordners Kritik bezieht sich darauf, dass Singer die Ethik auf die moralische Beurteilung von *Handlungen* als richtig oder falsch, geboten oder verboten reduziert und dabei die *Haltungen* und *Einstellungen* – Cordner spricht auch von dem ‚*spirit*‘, von dem Geist, in dem Menschen handeln – völlig ausblendet. Damit aber ignoriere er eine Dimension der Moral, der für das menschliche Zusammenleben fundamentale Bedeutung zukommt. Cordner illustriert dies am Beispiel einer Frau, deren schwerkranker Mann sie bittet, ihr ein tödliches Mittel zu besorgen, damit er seinem Leben ein Ende machen kann. Die Frau wird dadurch in einen tiefen Konflikt gestürzt. Sie besorgt das Mittel aus einer inneren Gewissheit heraus, dass sie dies für ihren Mann angesichts seiner Situation und inständigen Bitte tun muss. Und gleichzeitig hat sie das Gefühl, etwas Schreckliches zu tun, das ihr in ihrer Liebe zu ihrem Mann das Äußerste abverlangt. Cordner fragt: Ist nicht diese innere Hemmung, dieser Konflikt ganz ebenso Manifestation der Liebe als der inneren Haltung und Einstellung dieser

Frau zu ihrem Mann, wie es die Tatsache ist, dass sie seinem Verlangen folgt und ihm das Mittel besorgt? Wäre es nicht zutiefst irritierend, wenn die Frau hier keinen Konflikt empfinden und sich stattdessen nüchtern kalkulierend sagen würde: Es ist der inständige Wunsch meines Mannes; er ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen und angesichts seiner verzweifelten Situation nachvollziehbar; für ihn ist es das Beste, wenn ich seinem Wunsch nachkomme und er aus dem Leben scheiden kann. Von einem utilitaristischen Standpunkt aus betrachtet ist diese Überlegung zweifellos richtig. Doch würde nicht eine solche, von keinem inneren Konflikt belastete Erwägung auf Seiten der Frau Fragen aufwerfen bezüglich der Beziehung, in der sie zu ihrem Mann steht? Cordner kritisiert mit diesem Beispiel eine Denkweise, für die es nur Handlungen und Handlungsfolgen gibt, nicht aber die Haltung bzw. den Geist, in dem gehandelt wird.

Diese Blindheit ist charakteristisch nicht nur für das utilitaristische Denken, sondern für weite Teile des heutigen ethischen Denkens insgesamt. Dabei ist es ein Leichtes, sich anhand geeigneter Beispiele zu vergegenwärtigen, wie sehr es gerade im zwischenmenschlichen Umgang auf den `spirit` ankommt, in dem Menschen einander begegnen. Ein und dieselbe Handlung kann freundlich oder unfreundlich, liebevoll oder lieblos, fürsorglich oder gleichgültig vollzogen werden, und das hat atmosphärische Auswirkungen auf die Person, der gegenüber sie vollzogen wird.

Das gilt auch für die Haltung bzw. Einstellung, mit der Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Betreuende ihren Patientinnen und Patienten begegnen. In der Schweiz berichtete mir die leitende Psychiaterin einer Einrichtung, die schwer psychotische Menschen betreut, von einem langjährig depressiven Patienten, der mit der Sterbehilfeorganisation EXIT Kontakt aufgenommen hatte, um sein Leben durch assistierten Suizid zu beenden. Alles war geregelt, die psychiatrischen Gutachten waren erstellt, die Angehörigen einbezogen, der Patient hatte sich in der Klinik verabschiedet und wurde von einer Mitarbeiterin von EXIT abgeholt. Und dann kam er zurück. Er hatte den letzten Schritt nicht über sich gebracht. Es war ein bewegender Empfang, mit dem er wieder in der Einrichtung begrüsst wurde, bei dem Mitarbeitende Tränen der Erleichterung und Freude in den Augen hatten. Das Eindrückliche an dieser Schilderung ist für mich eben diese Reaktion, weil sich in ihr eine Einstellung der Betreuenden und Pflegenden zeigt, die darauf gerichtet ist, den ihnen anvertrauten psychisch kranken Menschen Hilfestellung zum Leben zu geben und sie nach Möglichkeit im Leben zu halten – was die Kehrseite hat, dass die Entscheidung eines Patienten zum assistierten Suizid

Betroffenheit auslöst oder doch zumindest nicht gleichgültig lässt, so sehr diese Entscheidung auch zu respektieren ist. Diese Einstellung schafft eine Atmosphäre, wie sie gerade für die Betreuung psychisch kranker Menschen von kaum zu überschätzender Bedeutung ist. Man stelle sich zum Kontrast eine Einrichtung derselben Art vor, in der es diese Einstellung nicht gibt und stattdessen eine Haltung von der Art herrscht: Der Patient ist urteilsfähig; seine Entscheidung ist wohlerrwogen und autonom und angesichts des langandauernden Leidenszustands des Patienten verständlich, nachvollziehbar und zu respektieren. Also geht dieser Suizid in Ordnung, und niemand muss sich darüber das Herz beschweren. Könnten wir uns wünschen, dass dies die Einstellung in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für psychisch Kranke ist? Oder überhaupt in unseren Kliniken?

Was ich mit alledem verdeutlichen will: unser menschlicher Umgang miteinander besteht nicht bloss in Handlungen. Wir nehmen in dem, was ein anderer tut, immer schon mehr wahr als nur die Handlung, nämlich die Haltung, den Geist, der darin zwar unsichtbar, aber doch atmosphärisch spürbar gegenwärtig ist. In diesem Sinne habe ich im Blick auf das, womit Spiritualität es zu tun hat, von einer Tiefendimension der Wirklichkeit gesprochen, die in dem, was wir sinnenfällig vor Augen haben, verborgen präsent ist. Auch das Handeln des Arztes und überhaupt die medizinische Praxis hat eine solche Tiefendimension, die freilich in den Debatten, die über Medizin und medizinethische Fragen geführt werden, zumeist unbeachtet und ausgeblendet bleibt. Dafür ist gerade die Debatte über die Suizidbeihilfe ein Beispiel, die in der Regel als eine Debatte über das Handeln des Arztes geführt wird, darüber, ob der Arzt so etwas tun darf oder nicht.<sup>6</sup>

Diese Grundhaltung des ärztlichen Berufs ist etwas, das gehütet werden muss. Denn man kann sie nicht einfach per Beschluss wiederherstellen, wenn sie einmal abhandengekommen ist. Sie ist vielmehr etwas, das über Anschauung erlernt wird, d.h. das sich angehenden Ärztinnen und Ärzten dadurch mitteilt, dass sie sie an Personen wahrnehmen, die schon im ärztlichen Beruf stehen und die für sie Vorbildfunktion haben im Hinblick darauf, was es heisst, eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu sein. Man kann sich dieses Erlernen von Haltungen durch Anschauung an einem eindrücklichen Beispiel verdeutlichen, das von dem australischen Philosophen Raimond Gaita stammt.<sup>7</sup> Als junger Mensch arbeitete er in einer

---

<sup>6</sup> Vgl. dazu Johannes Fischer, Ärztinnen und Ärzte als Spezialisten für gutes Gelingen?, Schweizerische Ärztezeitung, [file:///C:/Users/johan/Downloads/saez\\_2012\\_00950.pdf](file:///C:/Users/johan/Downloads/saez_2012_00950.pdf)

<sup>7</sup> Raimond Gaita, A Common Humanity. Thinking about Love, Truth and Justice, London/ New York 2000, 17-19.

psychiatrischen Klinik, in der schwer psychotische Patienten behandelt wurden. Es gab dort Psychiater, die diesen Patienten in einer Weise begegneten, die den jungen Gaita absties und empörte. Es gab jedoch auch Psychiater, die er bewunderte, weil sie die Überzeugung vertraten, dass auch diese Patienten Menschenwürde haben und darin uns gleich sind. Eines Tages kam eine Nonne in die Klinik, und Gaita beobachtete, wie sie diesen Patienten begegnete. Die Art, wie sie mit ihnen sprach, ihre Mimik und Gestik, ihr ganzes Verhalten drückte aus und machte sichtbar, was es heisst, dass diese Menschen uns gleich sind. Im Vergleich dazu schien das Bekenntnis jener Psychiater zur Menschenwürde dieser Patienten eine bloss kognitive Überzeugung zu formulieren, ja, es schien einen Zug von Herablassung zu haben. Für Gaita macht dieses Beispiel deutlich, wie Liebe als etwas, das sich im Verhalten eines Menschen manifestiert, die Würde von Menschen *sichtbar machen* und *erschliessen* kann. Die Würde dieser psychotischen und teilweise durch die medikamentöse Behandlung entstellten Patienten ist nicht direkt an ihnen wahrnehmbar, sondern sie wird sichtbar im Spiegel der Haltung, mit der die Nonne ihnen begegnet. Wer aber im Spiegel dieser Haltung sehend geworden ist für die Würde dieser Menschen, der wird ihnen mit derselben Haltung begegnen, wie es die Nonne tut. In dieser Weise überträgt sich die Haltung von einem Menschen auf den nächsten. Nicht anders, so meine ich, verhält es sich mit der Grundhaltung des ärztlichen Berufs. Auch sie wird in dieser Weise über Anschauung erlernt von Vorbildern, die diese Haltung verkörpern. Eben deshalb ist das ärztliche Ethos etwas, das gehütet werden muss, damit die Kette seiner Weitervermittlung nicht abreisst.

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

Überlegungen zur medizinischen Praxis, nämlich dass auch diese eine spirituelle Dimension hat in Gestalt der Einstellungen und Haltungen, die darin verborgen gegenwärtig sind.

Ich bin bewusst nicht auf die Vieldeutigkeit eingegangen, die dem heutigen Gebrauch des Wortes ‚Spiritualität‘ anhaftet. Es gibt unterschiedlichste Definitionsversuche und Definitionsvorschläge. Zumeist wird das Wort mit existentiellen Fragen oder mit der Sinnfrage in Verbindung gebracht, und die Vorstellung ist dann häufig, dass spirituelle Erfahrungen uns Antworten auf solche Fragen finden lassen. Ich will dazu nur so viel sagen: In tiefreligiös geprägten Kulturen sind spirituelle Erfahrungen das Alltäglichsste und Selbstverständlichste von der Welt. Solche Kulturen verfügen ja über keine andere Form der Welterklärung als die Erklärung von Präsenz aus Präsenz. So werden epileptische Anfälle, wie sie in ihrer Präsenz erlebt werden, auf die Präsenz von Geistern zurückgeführt. In unserer durch die Kausalerklärung von Tatsachen aus Tatsachen bestimmten Zivilisation haben wir demgegenüber Schwierigkeiten, die Dimension der Wirklichkeitspräsenz und das damit zusammenhängende Phänomen der Spiritualität überhaupt gedanklich und begrifflich zu fassen. In unserer Zivilisation wird diese Dimension in aller Regel in Krisenerfahrungen manifest und unübersehbar, wie ich dies am Beispiel einer schweren Erkrankung zu verdeutlichen versuchte. Hier liegt die Erklärung dafür, dass wir spirituelle Erfahrungen nicht als das Alltäglichsste von der Welt, sondern als etwas Exzeptionelles, Besonderes begreifen, das mit existenziellen Fragen und Sinnkrisen in Zusammenhang steht. Ob dabei spirituelle Erfahrungen tatsächlich eine „Antwort“ auf solche Fragen und Krisen geben oder ob das Hilfreiche und Heilsame solcher Erfahrungen nicht vielmehr darin besteht, dass die bedrängende Präsenz solcher Fragen und Krisen durch eine andere Präsenz verdrängt und zum Verschwinden gebracht wird, zum Beispiel in Gestalt der Atmosphäre menschlicher Zuwendung, sei hier nur als eine Anregung für die weitere Diskussion notiert.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Zu der Frage, ob Religion Antworten auf Sinnfragen bereitstellt oder ob sie nicht eher ermöglicht, mit Sinnlosigkeit zu leben, vgl. Johannes Fischer, Krankheit und Sinn. Zur religiösen Wahrnehmung von Krankheit und ihren ethischen Implikationen, in: Ethik in der Medizin, 23. Jg. (2011), 53-61.