

Karl Hunstorfer

Medizin in einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft : eine Herausforderung für die ärztliche Praxis

Forum Teologiczne 15, 133-148

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

KARL HUNSTORFER
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Wien

MEDIZIN IN EINER MULTIKULTURELLEN
UND MULTIRELIGIÖSEN GESELLSCHAFT.
EINE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS

Słowa kluczowe: relacja lekarz-pacjent, wielokulturowe i wieloreligijne społeczeństwo, lekarski etos zawodowy, etyka medyczna.

Key words: physician-patient-relationship, multi-cultural and multi-religious society, professional medical ethics, medical attitudes, bioethics.

Schlüsselworte: Arzt-Patient-Verhältnis, multikulturelle und multireligiöse Gesellschaft, ärztliches Berufsethos, Medizinethik.

Einleitung

Eine wichtige Grundlage ärztlichen Handelns besteht in einem guten Arzt-Patienten Verhältnis. Menschen suchen den Arzt/die Ärztin auf, weil sie sich unwohl fühlen, glauben erkrankt zu sein. Die Symptome können unterschiedlichster Art sein, weshalb sie Hilfe benötigen. In ihrer Hoffnung Hilfe zu erhalten, bringen sie den Ärzten/Ärztinnen ein Vertrauen entgegen, das in angemessener Weise angenommen werden soll und dem sich Ärzte/Ärztinnen bewußt sein sollen. Da sich ärztliches Handeln in einem Beziehungsgeschehen vollzieht, sind verständlicherweise auch Konflikte, die in Konfliktfeldern beschrieben werden können, kaum zu verhindern. Die Bandbreite kann hier von Gewissenskonflikten, sowohl auf ärztlicher wie auch auf Patientenseite, bis hin zu Missverständnissen im aufklärenden Gespräch, wie auch kulturellen oder religiösen Grundauffassungen, die in die Behandlung auf Wunsch des Patienten miteinfließen sollen, oder auch Anliegen von Patienten, die wir in den Rahmen einer wunscherfüllenden Medizin einordnen würden, reichen. Die Unterschiedlichkeit der Konflikte können auch klinischen Fachrichtungen, in denen sie auftreten, ob in der Ordination oder im Spital zugeordnet werden. Man denke nur an die

Fachgebiete der Gynäkologie, der Onkologie, der Anästhesie, der Palliativmedizin, oder Psychiatrie z.B. jedes Fachgebiet hat ihre eigenen Schwerpunkte und damit auch ihre je eigenen Fragestellungen, ob es nun den Lebensanfang, das Lebensende, oder eine das halbe oder ganze Leben begleitende chronische Erkrankung oder Behinderung betrifft. Auch hier sind wiederum die Situationen unterschiedlich und auch die Patienten bringen hier ihre eigenen Werte, Vorstellungen und sozialen Hintergrund mit.

Seit der Antike gilt für die Medizin „salus aegroti suprema lex“. Das Wohl des Patienten gehört zu den ersten Werten und Pflichten der Medizin. Kein Arzt, keine Ärztin¹, die aus Berufung ihre Tätigkeit tagtäglich verrichtet, wird diesen Leitsatz aus den Augen lassen. Das ärztliche Ethos verpflichtet im Hilfe suchenden Menschen, den ‚Menschen‘ zu sehen. Dieses ‚Humanum‘ der Medizin, im ärztlichen Handeln begleitet in der heutigen westlichen, hochtechnologisierten Medizin die Fragestellungen, wenn es z.B. um Therapiebegrenzung oder – abbruch u.ä.m. geht. Die Qualität der Behandlung, der Betreuung steht im Vordergrund, wie auch die Frage nach dem Ziel und der damit verbundenen Lebensqualität. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein gelingendes Handeln besteht in einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis. Soll Kommunikation gelingen, sind Offenheit, eine Haltung der Hinwendung und sachlich-fachliche Kompetenz notwendig.

Aufgrund des Themas einer Medizin in einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft und den damit verbundenen Herausforderungen in der ärztlichen Praxis ist eine Beschränkung mit Einsicht vorzunehmen. Die Herausforderungen sind vielfältig, und wie bereits erwähnt auch immer dem jeweiligen Fachbereich eigen, ebenso dem Handlungsbereich ob in einer Ordination oder im Krankenhaus.

Wir werden hier von den Erfahrungen aus dem ambulanten und stationären Bereich im Rahmen der Onkologie und Palliativmedizin ausgehen. Und uns aus diesem Blickwinkel einer Thematik stellen, die bei uns in zunehmendem Maße eine Realität ärztlichen Handelns darstellt und die es zu bewältigen gilt. Wir meinen damit die Vielfalt der Patienten mit unterschiedlichem kulturellen, wie religiösen Hintergrund. Wertvorstellungen, Lebensziele, Lebensgestaltungen fordern zunehmend mehr das ärztliche Handeln heraus. Eine freie, offene Gesellschaft stellt eine besondere Herausforderung für den ärztlichen Bereich dar. Schon lange geht es nicht mehr darum, dass der Patient, wie in der Vergangenheit – in einem paternalistischem Verständnis – den Anordnungen des Arztes ohne Widerspruch folgt. Patientenrechte und Patientenautonomie gehö-

¹ In weiterer Folge gelten die männlichen Bezeichnungen auch für die weiblichen: Arzt/Ärztin, Patient/Patientin.

ren heute zum Standard des Gesundheitssystems und werden auch beständig weiter ausgebaut. Wie soll nun auf diesem Hintergrund ärztliches Handeln gelingen?

In den folgenden Abschnitten wollen wir uns mit dieser Thematik näher auseinandersetzen und auf der Grundlage der bisher bestehenden Literatur diese beleuchten².

1. Medizin in einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft

Was bedeutet nun Medizin, ärztliches Handeln in einer vielfältigen Gesellschaft? Jeder Mensch, der zu uns in die ärztliche Praxis, die Ambulanz oder in das Spital kommt, hat ein, so wie es der Patient selbst annimmt, ein gesundheitliches Problem. Er kommt und erwartet Hilfe, professionelle Hilfe und hofft, dass wir ihn verstehen und helfen können. In dieser Hinsicht, so meine Erfahrung, sind alle Menschen gleich. Unterschiede, verschiedene Anliegen, Ansichten zeigen sich im Verlauf des ersten Gespräches, der Untersuchung und den therapeutischen Maßnahmen, die notwendig sind. In diesem Vorgang liegen nun viele unterschiedliche Problemthemen und – aspekte, die wir wahrnehmen und denen wir in entsprechender Weise begegnen sollten.

Die Probleme und den Schwierigkeiten, denen wir hier begegnen können sind vielfach: z.B. Sprachschwierigkeiten, kulturell bedingte Auffassungen über Krankheit und Kranksein, manche Patientinnen – muslimische – möchten lieber eine Ärztin, vor allem in der Gynäkologie – der körperliche Kontakt bei Untersuchungen ist für einige Patienten aufgrund der Religion problematisch. Manche Patientinnen möchten oder sollen auch Rücksprache mit dem geistlichen Oberhaupt ihrer Religion halten, oder der Patient entscheidet nicht alleine im Sinne unserer westlichen Patientenautonomie, sondern das Familienoberhaupt entscheidet. Manche Patienten haben ein Problem mit religiösen Symbolen anderer Religionen – etwa das Kreuz in konfessionell-christlichen Spitälern –. Patienten möchten ihren religiösen Verpflichtungen, Speisevorschriften und Gebetszeiten – wie etwa muslimische, jüdische Patienten – nachkommen. Es gibt auch Patienten, die die Ursache ihrer Erkrankung in spirituellen Gründen sehen, sie möchten auch Behandlungsfomen (Schamanismus), die aus ihrem eigenen kulturellen und religiösen Bereich stammen; oder das Leben in der „Fremde“ bewirkt bei nicht wenigen Ursachen für psycho-somatische Erkrankungen, oder die durch Immigration hervorgerufenen sozialen und kommunikativen Schwierigkeiten, erschweren den Zugang zu einer guten medizinisch-ärztlichen Versorgung. Wir haben

² Im folgenden orientieren wir uns u.a. an Arbeiten aus dem Buch: M. Peintinger, *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Wien 2011.

auch das Problem des Hungerstreiks oder Selbstverletzungen bei Asylwerbern oder Schwangerschaft bei Asylwerberinnen, um ein Aufenthaltsrecht zu erwirken. Die Problemstellungen sind vielfach und können auch nicht durch einfache Lösungen oder Strategien behoben werden.

In dieser Vielfalt an Fragestellungen, die sich auf diesem Hintergrund ergeben, können drei generelle Themen gesehen werden, denen wir uns näher widmen:

– Das Verständnis der naturwissenschaftlich orientierten westlichen Medizin (evidence based medicine) im Verhältnis zu unterschiedlichen Welt- und Lebensauffassungen;

– Was bedeutet Kultur und kulturelle Zugehörigkeit?

– Was heißt Religiosität/Spiritualität, Religion/Konfession?

Diese Fragen sind von den Ärzten ja nicht zu beantworten, dazu sind andere angehalten. Für uns ist es aber doch hilfreich zu wissen, was darunter zu verstehen ist, und wie wir dieses Wissen in unsere Arbeit integrieren können im Sinne eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses.

2. Zum Verhältnis der evidence based medicine und unterschiedlichen Welt- und Lebensauffassungen

Die naturwissenschaftlich orientierte Medizin folgt in ihren Grundlagen des Erkenntnisgewinnes über Ursachen der Erkrankungen und den Therapiemöglichkeiten den Maßstäben der naturwissenschaftlichen Methoden. Besser heute auch bekannt unter dem Begriff der evidence based medicine. Dass die Ausrichtung der Medizin nach diesem wissenschaftlichen Paradigma vor ca. 150 Jahren zu erheblichen Problemen in der Behandlung von Patienten geführt hat, ist bekannt. Nicht mehr der Patient als Mensch steht im Focus der Behandlung, sondern das erkrankte Organ oder Organe. Mit diesem Verständniswechsel des Begriffes Krankheit geht die personal-seelisch-körperliche Dimension des Krankheitsbegriffes verloren. Nicht mehr ein Mensch ist krank, sondern ein Organ oder Teile des Körpers. Der Widerstand gegen ein solches stark eingeschränktes Verständnis auf mechanistisch-funktionales Verstehen von Krankheit liess nicht lange auf sich warten. Zahlreiche prominente Ärzte verwiesen auf subjektive Dimensionen des Krankseins, mit denen sie tagtäglich in der Praxis konfrontiert waren und durch naturwissenschaftliche Methoden nicht erfaßt werden und bis heute nicht erfaßt werden können. Trotz der Erfahrungen und der täglichen Realität konnte dies die Überhandnahme des naturwissenschaftlichen Konzeptes nicht verhindern. Erst durch die Zunahme der Forderung nach mehr Freiheit und Autonomie, Selbstbestimmungsrechte der Bürger in einem

demokratischen Rechtsstaat und viele andere Anlässe, wie Forschung am Menschen, Rechtsverletzungen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit im medizinischen Bereich, hat die Aufmerksamkeit im gängigen medizin-wissenschaftlichen Selbstverständnis zu einem Umdenken geführt. Dafür stehen Patientenautonomie, Aufklärungspflicht, partnerschaftliches Arzt-Patient-Verhältnis, Patientenrechte. Mit diesem Umdenken vor allem auf der Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses kommt nun der Patient als erkrankter Mensch wieder mehr zur Geltung und damit auch die Bedeutung von personalen, sozio-kulturellen sowie sozio-kommunikativen Aspekten. Heute so wird man sagen dürfen, hat sich das Verständnis von Kranksein und Krankheit geändert. Dafür stehen Bio-psycho-soziale Konzepte und ähnliche Modelle, die den erkrankten Menschen in seiner Gesamtheit als Menschen wahrzunehmen versuchen. So manche Aspekte dieser Modelle sind mittlerweile zur Routine geworden. Zusammenfassen könnten wir diese Anstrengungen unter dem Schlagwort des „Vertrauensverhältnisses“ zwischen Arzt und Patient. Dieses stellt eine Art Angelpunkt, eine Drehscheibe für die Diskussion über die Rücksichtnahme und den Versuch der Integration von ethnischen und religiösen Aspekten in der ärztlichen Behandlung dar. Dass dies entsprechende Konsequenzen und Auslöser für neuerliche Problemstellungen hat, liegt auf der Hand. Denken wir nur an die Bedeutung des Patientenwillens und der Entscheidungsfreiheit des sogenannten „aufgeklärten“ Patienten.

Mit diesen kurzen Andeutungen wird klar, dass die Inhalte einer evidenzbasierten Medizin nur ein Bestandteil im Gesamtbehandlungskonzept von Patienten sein kann, und dies gilt ebenso für Menschen unserer Gesellschaft. Generell sollte daher für die evidenzbasierte Medizin ihre Eigendefinition gelten, wie sie vom Erfinder, David Sackett, selbst beschrieben wurde: „The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external *evidence* from systematic research“³. Die Absicht der EBM besteht daher in der Erstellung von Indikationsregeln, deren Effektivität durch aussagekräftige klinische Studien geprüft wurde. Ihre Anwendung im Hinblick auf individuelle Situationen erfolgt durch eine Integrationsleistung seitens des Arztes. Angelpunkt ärztlichen Handelns ist und bleibt die „praktische Urteilskraft“⁴. O. Höffe bemerkt dazu: „Wer es anders sieht, erliegt einem medizinischen Fehlschluß. Er hält den blossen Mediziner, den Heiltechniker, schon für den Heilkundigen, für einen Arzt“⁵. Somit kann auch die ärztliche „Berufs-

³ D.L. Sackett et al., *Evidence-based medicine. What it is and what it isn't*, British Medical Journal 312 (1996), S. 71.

⁴ *Ibidem*, S. 63.

⁵ O. Höffe, *Wenn die ärztliche Urteilskraft versagt. Ethik in der Medizin: eine Folgelast der Aufklärung*, Neue Züricher Zeitung 233 (1996), S. 20.

erfahrung" als solche nicht durch technisches und naturwissenschaftliches Wissen ersetzt werden. Vielmehr bedeutet diese „Erfahrung“ ein zusätzliches Differenzierungselement durch Beobachtung der Nützlichkeit technischen Könnens und Korrektheit naturwissenschaftlicher Erkenntnisse.

Wenn nun zu den Kernfähigkeiten eines Arztes die Integrationsleistungen verschiedener Aspekte gehört, so stellt sich nun auch die Frage, wie ethnische und religiöse Aspekte in den Prozess einer Diagnoseerstellung und eines Therapieplans zu integrieren sind, ob das überhaupt möglich ist oder inwieweit das nötig ist. Bevor wir auf diese Frage eine Antwort suchen, sollten wir im Hinblick auf unser Thema dem Verständnis von Kultur und Religion kurz nachgehen. Dies auch deshalb weil Kultur, Kulturzugehörigkeit, Religion, Religiosität nicht unbedingt das bedeutet, was wir einmal unvoreingenommen darunter in einem ersten Moment verstehen.

3. Die Bedeutung von Kultur und kultureller Zugehörigkeit

Denken wir an Kultur, so denkt man sie zunächst als homogen und sich selbst reproduzierend⁶. Durch zahlreiche Studien wurde gezeigt, dass wir Kultur heute als dynamisch und prozessual verstehen müssen. Sie ist eingebettet in einen politischen, sozialen, ökonomischen und historischen Kontext. Sie wird von jedem Individuum auf ihre oder seine eigene Art und Weise gelebt und umgesetzt. Deshalb ist es auch unzulässig, z.B. von einer türkischen oder indischen Kultur zu sprechen, weil dies eine Homogenität suggeriert, die es in der Realität nicht gibt. Anzumerken ist auch, dass Nation nicht mit Kultur gleichzusetzen ist.

Menschen haben sehr unterschiedliche soziale, religiöse und ökonomische Hintergründe und Lebensstrategien, die allesamt deren Kultur beeinflussen. Aus diesem Grund kann es daher keine Rezepte im Umgang mit Menschen geben, die nicht den eigenen kulturellen Hintergrund teilen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass wir das Andere leichter definieren können als das Eigene. Wenn wir uns selber fragen, welchen kulturellen Hintergrund wir haben, stoßen wir sehr schnell an Grenzen. Wir merken, dass sich die Eigendefinition mit dem Abstand zum Ursprung immer weniger genau definieren lässt. Wenn ich in Afrika bin, bin ich Europäer, in Frankreich bin ich Österreicher, in Wien bin ich Oberösterreicher. Das sind alles nationale wie regionale Selbstbeschreibungen. Sind sie aber auch kulturell?

⁶ R.M. Keesing, *Theories of culture revisited*, in: R. Borofsky (Hrsg.) *Assessing cultural anthropology*, New York u.a.1994, S. 301–310.

Deshalb hat Khan-Svik einmal festgehalten, dass „in der Außenperspektive Kultur als etwas Einheitliches erscheint, das von innen kaum mehr benannt werden kann“⁷. Das bedeutet jedoch nicht, dass es Kultur nicht gibt, aber eben in einer Form, die deutlich dynamischer und weniger leicht definierbar ist, als vielleicht gemeinhin angenommen.

Gerade in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient gibt es viele Aspekte, die nicht auf Kultur zurückzuführen sind. Z.B. wie wir es selbst noch während der Ausbildung erlebt haben. Besonders in gynäkologischen Nachtdiensten, kam es immer wieder vor, dass Patientinnen, nicht nur muslimische, lieber von einer „lady doctor“ behandelt werden wollten. Auch wenn dieser Wunsch aufgrund von religiösen oder kulturellen Gründen besteht, so sprechen die Patientinnen damit auch etwas anderes an: die Genderdiversität. Sie glauben mit einer Frau besser über ihre Probleme und Beschwerden sprechen zu können.

In der Frage nach kultureller Kompetenz seitens der Ärzte gibt es natürlich auch kritische Stimmen, die meinen, dass insgesamt zu viel Augenmerk auf die kulturelle Kompetenz gelegt wird. Gerade weil viele Probleme im Gesundheitswesen struktureller Art sind. Als Probleme werden Zeitmangel, Überarbeitung oder Vorgaben höherer Kosteneffizienz angegeben, die auch ein sozial und kulturell kompetenter empathischer Arzt nicht ändern kann. Das an sich nicht schlechte Konzept einer kulturellen Kompetenz werde hier missbraucht, da man die wirklichen Gründe von Ungleichheit nicht ansprechen wolle⁸.

Wir wissen aber andererseits, dass es auch kulturbedingte Unterschiede in der Auffassung von Krankheit gibt und diese in einer modernen medizinischen Versorgung berücksichtigt werden müssen. Der Sinn und der Wert einer kulturellen Kompetenz besteht in der Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses und damit der höheren Patientenzufriedenheit. Es geht in erster Linie um eine möglichst große Chancengleichheit⁹ und um Patientenorientierung.

Das Anliegen der kulturellen Kompetenz liegt im adäquaten Umgehenkönnen mit Patienten unterschiedlicher Herkunft und in der Akzeptanz kultureller Unterschiede. Daher sollten wir unseren eigenen kulturellen Hintergrund reflektieren und unser Wissen in dementsprechendes Verhalten umsetzen. Die »American Academy of Family Physicians« definiert kulturelle Kompetenz als „A set of congruent behaviors, attitudes and policies that come together as a system, that system, agency or those professionals to work effectively in

⁷ G. Khan-Svik, *Kultur und Ethnizität als Forschungsdimensionen. Von der Kulturanthropologie zur interkulturellen Pädagogik*, Wien 2008, S. 12.

⁸ J. Gregg, S. Saha, *Losing culture on the way to competence: The use and misuse of culture in medical education*, *Academic Medicine* 81 (2006), 6, S. 542–547.

⁹ D. Malmusi, C. Borell, J. Benach, *Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin*, *Social Science and Medicine* 71 (2010), S. 1610–1619.

cross-cultural situations”¹⁰. Von Tervalon und Murray-Garcia wurde vorgeschlagen, kulturelle Kompetenz in der klinischen Praxis nicht als Endpunkt zu definieren, sondern als lebenslangen Prozess, als aktives Engagement¹¹.

Wir möchten noch darauf hinweisen, dass kulturelle Kompetenz je nach Blickwinkel unterschiedlich verstanden werden kann. Eine amerikanische Studie hat gezeigt, dass Ärzte kulturelle Kompetenz als Wissen zu Gesundheitsverhalten, Patienten-Erwartungen und alternativen medizinischen Praktiken verstehen. Andererseits ist aber für Patienten nicht unbedingt kulturspezifisches Wissen wichtig. Wichtig ist für sie die allgemeine Haltung der Ärzte, wie z.B. sich Zeit nehmen, aufmerksam und genau sein, Dinge ausreichend erklären und den Patienten in die Entscheidung miteinbeziehen¹².

Mit Einsicht kann man sich nicht mit der Vielfältigkeit von Kulturen auseinandersetzen. Niemand kann zu jeder Kultur Bescheid wissen. Es geht einmal nur darum, sich zu grundlegenden kulturellen Charakteristika der Patienten zu informieren, sie darauf anzusprechen und damit Interesse für Sie zu zeigen. Z.B. in einem Gespräch auch einmal zu fragen: ob es sie stört, wenn ich ihnen die Hand gebe. Dieses Wissen mag manchmal notwendig sein, wenn man in der Praxis immer wieder auf Kommunikationsbarrieren stößt. Kurz möchten wir uns nun dem Verständnis von Religion, Religiosität, Spiritualität und Konfession widmen.

4. Was heißt Religiosität/Spiritualität, Religion/Konfession?

Krankheit, Alter und nahender Tod sind menschliche Situationen, mit denen wir ständig konfrontiert sind. Sie sind Orte, wo mit großer Regelmäßigkeit spirituelle Fragen aufbrechen. Es besteht daher die Frage, ob Ärzte sich spirituellen Fragen stellen sollen und inwieweit sie in den Behandlungsrahmen miteinbezogen werden sollen. Von den Ärzten werden, wie schon angesprochen, viele Kompetenzen erwartet. Kann und soll er diese Kompetenz auch noch wahrnehmen?

Allgemeinhin würde man meinen, dass das nicht zu seinen Aufgaben gehört, zudem tut sich eine naturwissenschaftlich orientierte Medizin von vornherein schwer mit Spiritualität und Religiosität. Handelt es sich doch um kaum

¹⁰ <http://www.aafp.org/fpm/20001000/58cult.html> (29 IV 2014).

¹¹ M. Tervalon, J. Murray-Garcia, *Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education*, Journal of Health Care for the Poor and Under-served 9 (1998), 2, S. 118.

¹² J. Shapiro, J. Hollingshead, E.H. Morrison, *Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them*, Medical Education 36 (2002), S. 749–759.

fassbare subjektive Phänomene, die sich dem empirischen und objektivierenden Zugriff entziehen.

Auf der anderen Seite zeigt sich heute, dass „Spiritualität offenbar ein Grundbedürfnis sehr vieler Menschen, an welchen Punkten ihres Lebens auch immer“ ist¹³. In der Medizin ist seit geraumer Zeit auch das Interesse gewachsen, sich mit spirituellen Fragen auseinanderzusetzen. Dazu kommen wichtige Anregungen aus der Hospizbewegung und Palliativmedizin. In diesem Kontext wurde z.B. das Konzept der spiritual care als Teil einer umfassenden Sorge um den Kranken entwickelt¹⁴. Vor allem die Auseinandersetzung mit Kulturen zeigt die starke naturwissenschaftliche Konzentration der westlichen Medizin und die damit verbundene Ausblendung religiöser und weltanschaulicher Hintergrundvorstellungen.

Seit den 1990er Jahren wurden zahlreiche Studien zur Frage nach möglichen positiven Auswirkungen von Religiosität auf die psychische Entwicklung des Menschen bzw. auf Gesundheit und Krankheit durchgeführt¹⁵. Ein Großteil der Studien weisen einen deutlich wahrnehmbaren, positiven Einfluss von Religiosität auf das Krankheitsgeschehen nach. Genannt wird u.a. der Einfluss auf das Gleichgewicht von Gesundheit und Krankheit, oder das Kohärenzgefühl – worauf wir weiter unten noch zu sprechen kommen –, oder die spirituelle Dimension des Schmerzes, wie etwa davon in der Hospizarbeit und Palliativmedizin gesprochen wird. Allgemein handelt es sich auf der theoretischen Ebene um eine Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells durch die spirituelle Dimension. Wichtig erscheint in dieser Auseinandersetzung die Klärung der Begriffe von Spiritualität/Religiosität und Religion/Konfession, insofern sie sehr oft miteinander verwechselt und missverstanden werden.

Spiritualität bedeutet in einem weiten Sinn „Geist“, aus dem heraus ein Mensch lebt. Man kann auch sagen, es handelt sich um eine „Mentalität, die sinngebend die Tatsachenwelt umgreift“¹⁶. In einem weiten Verständnis von Spiritualität geht es um Sinnerfahrungen und Bedeutungsgehalte (Sinnebene), die im Leben eines Menschen Kohärenz stiften, das Leben in konsequenter und wahrnehmbarer Weise prägen (Praxisbezug) und so zentraler Teil seiner Iden-

¹³ R.C. Schwinges, *Geleitwort*, in: S. Leutwyler, N. Nägeli, *Spiritualität und Wissenschaft*, Zürich 2005, S. 9.

¹⁴ T. Roser, *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhaus-seelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Stuttgart 2007; E. Frick, *Spiritual Care – nur ein neues Wort?*, *Lebendige Seelsorge* 60/4 (2009), S. 233–236.

¹⁵ C. Cornett, *The soul of psychotherapy. Recapturing the spiritual dimension in the therapeutic encounter*, New York 1998; D. B. Larson, *Spirituality's potential Relevance to Physical and Emotional Health. A Brief Review of Quantitative Research*, *Journal of Psychology and Theology* 31/1 (2003), S. 37–51.

¹⁶ J. Sudbrack, *Spiritualität*, in: Herders Theologisches Taschenlexikon, Bd. 7, Freiburg im Breisgau 1973, S. 115–130.

tität (Identitäts-aspekt) geworden sind¹⁷. Entsprechend diesem Verständnis hat auch ein Atheist, für den mitmenschliche Liebe und Solidarität zentrale Sinnwerte seines Lebens geworden sind, eine Spiritualität. Als solcher ist der Begriff nicht an die Vorstellung von einem persönlichen Gott, wie z.B. im Christentum, gebunden.

Umstritten ist dagegen die Frage, ob zwischen Spiritualität und Religiosität unterschieden werden soll. Bei beiden geht es um den subjektiven Vollzug eines konkreten Individuums und nicht um objektive dogmatische Wahrheiten oder um Religionen als gesellschaftliche Institutionen. Gegenwärtig wird der Begriff religiös mehr im Sinn eines expliziten Glaubens an ein höheres Wesen und im Sinn der Einbettung in eine bestimmte Religionsgemeinschaft/religiöse Tradition verstanden. Der Begriff spirituell wird eher unspezifischer, im Sinn einer allgemeinen existentiellen Ausrichtung des Lebens an bestimmten umfassenden und absoluten Sinnwerten, verwendet¹⁸.

Wichtig ist auf den Unterschied von Spiritualität/Religiosität und Religion/Konfession hinzuweisen. Das erste Begriffspaar bezieht sich, wie erwähnt, auf den individuellen und subjektiven Vollzug und die entsprechenden Überzeugungen und Haltungen der individuellen Identität. Bei Religion und Konfession geht es hingegen um gesellschaftliche Systeme, die bestimmte normative Schriften und Lehren haben und bestimmte Institutionen ausbilden. So stellen religiöse Traditionen, Religionen und Kirchen wie z.B. Judentum, Christentum, Islam, Buddhismus einen Kontext dar, in dem bzw. aus dem heraus individuelle Menschen ihre Spiritualität/Religiosität formen. Sie übernehmen Sinnangebote und Deutungssymbole und integrieren sie in ihr Leben. Dieser Vorgang ist eine kreative Leistung des Einzelnen. Die Identifikation mit der eigenen offiziellen Religion kann ebenso verschieden ausgeprägt sein.

Mit der zunehmenden Globalisierung der Welt und den Migrationsbewegungen verlieren Religionsgemeinschaften ihre ursprüngliche homogene Ursprünglichkeit, sodass diese für den modernen Menschen, der auf Sinnsuche ist, in segmentierten Teilmomenten verfügbar sind, und daher auch kombinierbar werden. Es gibt daher immer mehr Menschen, die ihre eigene Spiritualität und Lebensform ausbilden, ohne sich mit einer bestimmten Religion vollständig zu identifizieren¹⁹.

¹⁷ E. Tugendhat, *Spiritualität, Religion und Mystik*, in: S. Leutwyler, M. Nägeli (Hrsg.), *Spiritualität und Wissenschaft*, Zürich 2005, S. 95–106.

¹⁸ C. Cornett, *The soul of psychotherapy. Recapturing the spiritual dimension in the therapeutic encounter*, New York 1998; T. Roser, *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*, Stuttgart 2007.

¹⁹ P.M. Zulehner, R. Polak, *Von der „Wiederkehr der Religion? zur fragilen Pluralität*, in: C. Friesl, R. Polak, U. Hamachers-Zuba (Hrsg.), *Die Österreicher/-innen. Wertewandel 1990–2009*, Wien 2009, S. 143–206.

Dieser Unterschiedlichkeiten muss man sich bewusst werden, wenn z.B. religiös-spirituell motivierte Fragen oder Haltungen in einer Arzt-Patienten-Begegnung auftreten. Der Respekt vor religiösen Haltungen und Überzeugungen, auch wenn sie irrational oder befremdlich erscheinen, verdienen nicht deshalb Respekt, weil sie objektiv richtig oder vernünftig sind, sondern weil es um die innersten und tiefsten Identifikationen eines Menschen geht, der Respekt verdient. Man kann einen Menschen in seiner Würde nicht respektieren, ohne seine Glaubensüberzeugung zu respektieren²⁰. Wie wird also mit solchen Fragen richtig umgegangen und welche ethischen Grundhaltungen sind notwendig, die den praktischen Umgang tragen?

Grundsätzlich werden wir sagen müssen, dass Respekt und Sensibilität immer nötig sind. Ärzte sind nicht angehalten Ansichten, Meinungen und Wertvorstellungen von Patienten zu teilen, oder auch gar zu unterstützen. Vielmehr erscheint ein Zeigen von Verständnis für die religiösen Gefühle und Probleme hilfreich, um wahrzunehmen welche Bedeutung sie für aktuelle Gesundheitsbeschwerden darstellen. Eine solche Haltung kann auch davor schützen, Patienten zu kategorialisieren und unter eine allgemeine Zuordnung zu stellen, mit dem Hintergedanken: „wir wissen, wie die ja so sind“.

Spirituelle Kompetenz setzt nicht voraus, dass der Arzt selbst ein spiritueller Mensch ist oder ein spirituelles Leben führt. Vielmehr genügt das Wissen um die Bedeutung solcher Fragen, die sie im Leben eines Menschen haben bzw. haben können. Dies soll man kennen und auch anerkennen. Ebenso sollte man ihre existentielle Logik nachvollziehen können und die eigene Haltung diesen Fragen gegenüber aufrichtig geklärt haben. In keiner anderen Weise läßt sich eine spirituelle Kompetenz sinnvoll allgemein einfordern²¹. Damit kommen wir zum letzten Abschnitt, wie man nun dieses Wissen in die Arbeit integrieren könnte im Sinne eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses.

5. Kulturelle und religiös/spirituelle Aspekte in der ärztlichen Praxis

Auf dem Hintergrund des Ausgeführten wird klar, dass wir mit den kulturellen und religiösen/spirituellen Aspekten von Patienten den Rahmen unserer westlich orientierten evidenz basierten Medizin weit überschreiten. In der Anamnese von Patienten mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen Kulturen und unterschiedlich religiös geprägten Gesellschaften können Aspekte auftreten,

²⁰ W. Schaupp, *Spiritualität als wesentliches Element in der Arzt-Patient-Beziehung mit unterschiedlichen kulturellen Werthaltungen*, in: M. Peintinger, *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Wien 2011, S. 96.

²¹ Ibidem.

die in unserem gewohnten Lebensumfeld nicht sozialisiert sind. Wir haben vielleicht, gerade durch die medial globalisierte Welt, bereits davon gehört, aber der Umgang mit diesen Unterschieden an Einsichten, Lebenserfahrungen, Lebensstrategien, Grund- und Werthaltungen sind nicht wirklich erprobt und es stehen dafür auch keine bereits standardisierten Handlungsstrategien zur Verfügung. Was ist also zu tun, wie können wir mit diesem Defizit umgehen?

Bemühungen, diskutierte Ansätze gibt es natürlich. Zunächst sollte man zwei Ebenen auseinanderhalten. Die erste Ebene beschreibt das westliche Verständnis von Medizin und ihrer naturwissenschaftlich orientierten Grundlagenforschung, sowie der damit verbundene Gesundheits- und Krankheitsbegriff. Dazu gehört auch das heutige Bemühen den Patienten als Menschen in ihrer Individualität und ihrer rechtlich geschützten Autonomie zu begegnen. Die zweite Ebene beschreibt das Arzt-Patient-Verhältnis, das mit seiner inhaltlichen Struktur und Aspekten über die erste Ebene hinausgeht und auf diese wiederum eine Rückwirkung hat, vor allem hinsichtlich Therapie und Prognose. Beide Ebenen stehen in einem reziproken Verhältnis. Diesem Verhältnis möchten wir hier nicht nachgehen, da es unserer Ansicht nach ein eigenes umfassendes Thema darstellt. Vielmehr möchten wir der genannten zweiten Ebene nachgehen, die in diesem Rahmen einen gewissen Vorrang hat.

Die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ergibt sich auch aus der Einsicht, dass die tägliche Praxis bewältigt werden muss und man nicht darauf warten kann, bis die akademischen Dispute neue hilfreiche Erklärungsmodelle und Strategien auf dem Hintergrund der Vielfältigkeit menschlichen Lebens und der Welt als solchen für das Verstehen von Erkrankungen und Therapien bereitstellen. Vielmehr ist der Praktiker in seiner Sach- und Verstehenskompetenz gefordert die konkreten Situationen aktuell zu bewältigen.

Es soll hier auf ein Konzept hingewiesen werden, das eine sinnvolle Orientierung in unserer Thematik bieten kann. Das Stichwort hierfür wurde bereits genannt: Kohärenz. Kohärenz im Arzt-Patienten-Verhältnis. Was ist darunter zu verstehen?

Darunter zu verstehen ist: „Wenn die bei Multikulturalität erwartbaren gegensätzlichen Haltungen und Einstellungen als wechselseitig akzeptiert und in die Behandlung integriert werden, entsteht Kohärenz als Voraussetzung für eine gelungene Kooperation in der Arzt-Patient-Beziehung“²². Kohärenz gelingt aber nur durch Integration, auch wenn Anpassung, Abwehr und Hybridisierung zur Kohärenz beitragen²³. Der Begriff der Kohärenz tritt in verschiedenen Zusam-

²² U. Kropiunigg, *Medizin, Integration und Kohärenz im interkulturellen Kontext*, in: M. Peintinger (Hrsg.), *Interkulturell kompetent*, S. 39.

²³ S. Rathje, *Corporate Cohesion – Handlungsansatz zur Gestaltung interkultureller Unternehmenskultur*, in: J. Bolten (Hrsg.), *Interkulturelles Handeln in der Wirtschaft – Positionen, Modelle, Perspektiven, Projekte. Wis-senschaft und Praxis*, Stemenfels 2004, S. 112–124.

menhängen (Psychologie, Physik, Linguistik und Politik) auf. In einer leicht abgewandelten Form vom *sense of coherence*, wie ihn Antonovsky versteht²⁴, als Fähigkeit von Einzelindividuen die Welt als sinnvolles Ganzes zu erleben, kann man die Kohärenz auf die Interaktion zwischen Personen und ihre Fähigkeit, diese sinnvoll zu gestalten, beziehen. In diesem Sinn versteht Kropiunigg – Prof. für medizinische Psychologie an der Medizinischen Universität Wien – unter Kohärenz „ein Gefühl der Vertrautheit in der Situation (dem Kontext) und des wechselseitigen Vertrauens der beteiligten Personen. Sie setzt voraus, dass die zu erwartenden Handlungen und Sprechakte den Beteiligten aus ihrem jeweiligen kulturellen Vorwissen unmittelbar einsichtig sind und für den Fortgang der Interaktion sinnvoll erscheinen. Wo durch Fremdes und Unverstandenes Kohärenz fehlt, muss sie durch Integration der fremden Anteile hergestellt werden“²⁵. Als Beispiel dient hier das Verbot des Handschlages mit Muslimen. Man sollte das z.B. wissen um Irritationen zu vermeiden. Störungen der Kohärenz entstehen immer aus unterschiedlichen Auffassungen und Sinngebungen. Sie sollten als Hinweise auf unterschiedliche Konzepte und kulturelle Normen gedeutet werden. Aus diesem Grund stehen sie potentiell immer am Anfang der multikulturellen medizinischen Praxis. Besondere Aufmerksamkeit gilt jenen Aspekten, bei denen es aus grundlegend verschiedenen kulturellen und religiösen Gründen zu interkulturellen Missverständnissen und Konflikten kommt. Das betrifft nicht nur bloße alltägliche Verhaltensregeln, sondern vor allem existentielle Fragen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Krankheit und Behandlung stehen. Sie bedürfen einer weit größeren Aufmerksamkeit und bilden den eigentlichen Kern multikultureller Medizin.

Die Integration von sogenannten divergierenden *world views*²⁶ ist nicht die einzige Dynamik, durch die Kohärenz entsteht. Das eigentliche Ziel besteht darin, wie es Antonovsky benennt, ein Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit als die drei zentralen Komponenten des Kohärenzgefühls herbeizuführen. Das gelingt aber nur durch eine Integrationsdynamik. Nancy Ainsworth-Vaughn fand in einer Analyse von Gesprächen mit Brustkrebspatientinnen und Onkologen ein Bestreben nach Kontrolle der Behandlung (*claiming power*) heraus. Kohärenz stellte sich nur dann ein, wenn wechselseitig respektierte Behandlungs- und Krankheitsvorstellungen vorlagen. Neben ärztlichen Normen wurden auch persönliche Bedürfnisse wahrgenommen. Der Bezug erfolgte bei den Patientinnen natürlich nicht auf die evidenzbasierte Medizin,

²⁴ A. Antonovsky, *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco 1987.

²⁵ U. Kropiunigg, *Medizin, Integration und Kohärenz im interkulturellen Kontext*, S. 43.

²⁶ T. C. Tilburt, *The Role of Worldviews in Health Disparities Education*, *Journal of General Internal Medicine* 25 (2010) (Suppl 2), S. 178–181.

sondern auf local stories, auf narrativ vorgetragene Krankheitsgeschichten und Behandlungswünsche. Diese führen nach Ainsworth-Vaughn zu einem gemeinsamen Aufbau von Bedeutung „in the service of [the] patients' ability to define their newly ill selves as worthy of respect?“²⁷. In diesem Verständnis einer co-construction hat keine der beiden Seiten Macht über die andere. Vielmehr erlangen sie Kontrolle über die Krankheit. In dieser gleichen Situation finden sich Patienten mit ethnisch, kulturell und religiös verschiedenen Lernerfahrungen.

Daraus kann man folgern, dass die gemeinsame Aufgabe von der zu behandelnden Krankheit gestellt wird. Zugleich sind die Patienten mit der Wiederherstellung ihres durch die Erkrankung bedrohten und beschädigten Selbst befasst. Empathie und Akzeptanz von Seiten der Ärzte sind hier zu wenig, es bedarf einer aktiven Gestaltung. Laut Experten sollte sich die Medizin an sogenannten world views ausrichten. Wie etwa an Einstellungen und Annahmen, wie unterschiedliche Kulturen Krankheit verstehen. Konflikte würden damit vorgebeugt und Kohärenz gefördert werden, denn „one of the great weaknesses of medical professions is its inability to appreciate and accept that it has a professional culture (and subcultures) replete with its own beliefs and assumptions just like the patients we serve“²⁸. Abschließend soll nur noch auf das sogenannte experiential learning hingewiesen werden: wer sich mittels Selbsterfahrung kennen lernt, der sei in der Lage andere besser zu verstehen und Spannungen auszuhalten²⁹.

6. Schlußbemerkung

Wie die vorausgehenden Abschnitte deutlich machen, können Inhalte der multireligiösen und multikulturellen Fragestellungen in der ärztlichen Praxis mitunter ebenso ohne weiteres mit grundsätzlichen Fragen nach einem gelungenen Arzt-Patienten-Verhältnis im allgemeinen verglichen werden. Gemeinhin wird angenommen, dass dieses Verhältnis zwischen Arzt und Patienten, die dem eigenen Kulturkreis angehören, unproblematischer gestaltet werden kann, da einem jeden die Grundauffassungen und Wertvorstellungen bekannt sind. Das wird in konkreten Fragestellungen nach Patientenrechten und Patientenautonomie zutreffen – man denke hier an Patienten, die einer noch stark paternalistisch geprägten Kultur angehören. Andererseits ist es ein offenes Geheimnis, dass

²⁷ N. Ainsworth-Vaughn, *Claiming Power in Doctor-Patient Talk*, New York/Oxford 1998, S. 127.

²⁸ T.C. Tilburt, *The Role of Worldviews in Health Disparities Education*, S. 178.

²⁹ L.J. Kirmayer, C. Rousseau, E. Corin, D. Groleau, *Training Researchers in Cultural Psychiatry: The McGill-CIHR Strategic Training Program*, *Academic Psychiatry* 32 (2008), S. 320–326; vgl. U. Kroppnigg, *Medizin, Integration und Kohärenz im interkulturellen Kontext*, S. 56.

Konflikte zwischen Arzt und Patient nicht generell in unterschiedlichen Wert-auffassungen bestehen, sondern eher auf kommunikative Schwierigkeiten zurückzuführen sind. Respekt, Hinwendung und Offenheit gehören zu den Grundlagen einer kommunikativen Beziehung. Mit diesen Grundhaltungen sind zwar anstehende Problemsituationen nicht gelöst, vielmehr stellen sie eine Voraussetzung für das Gelingen dar. Die Schnittstelle, das Gemeinsame in einer Arzt-Patienten Beziehung liegt in dem zu erreichenden Ziel: die Heilung, der Erhalt der Lebensqualität, Schmerzfreiheit usw. Als ein solches gemeinsames Bemühen bestimmt dieses die Frage nach den auftretenden Konflikten. Gewissenskonflikte können hier in unterschiedlichem Maß und mit differierenden Inhalten auftreten. Beziehen sich die Problemstellungen auf vorausliegende Wertvorstellungen, so ist einerseits nicht zu erwarten, dass unterschiedliche Auffassungen in der täglichen Praxis gelöst werden können, da sie wohl einem gesellschaftlichen Diskurs unterliegen und die Lösung nicht der konkreten Alltagssituation angelastet werden kann, andererseits aber eine annehmbare Verständigung dennoch notwendig ist. Unter dieser Rücksicht erhält der Umgang und die Kommunikation eine tragende Rolle, insofern sie an die jeweilige Einsichtsfähigkeit und den respektvollen Umgang appellieren.

Jedenfalls ist mit dem zunehmenden Bewußtwerden ärztlicher Tätigkeit in einer kulturell und religiös vielseitig gewordenen Gesellschaft das Tor zu einer weiter zu führenden Diskussion aufgestossen, die die Wertvorstellungen und Sinninhalte menschlichen Lebens behandeln. Ein Leitgedanke sollte nicht unberücksichtigt bleiben: die Frage nach einem menschlich vernünftig gelungenen Leben.

MEDYCZYNA W WIELOKULTUROWYM I WIELORELIGIJNYM SPOŁECZEŃSTWIE. WYZWANIE DLA PRAKTYKI LEKARSKIEJ (STRESZCZENIE)

Konflikty w praktyce lekarskiej mogą mieć różne przyczyny. Mogą być też przedstawione w zależności od każdorazowego punktu widzenia, czyli w odmienny sposób. Problemy dotyczące terapii, decyzje terapeutyczne, pytania o sens stosowania środków intensywnej opieki medycznej, problemy we wzajemnej komunikacji w relacji lekarz – pacjent aż do zagadnień u początku bądź kresu życia, mogą wygenerować konflikty. Nie zawsze dostrzegany, jednak coraz częściej występujący i widoczny obszar problemowy wiąże się z tym, że medycyna musi spełniać swoje obowiązki w wielokulturowym i wieloreligijnym społeczeństwie. Relacji między pacjentem a lekarzem przypada w tym kontekście bardzo ważna rola. Nie tylko prawa i autonomia pacjenta sprzyjają udanej współpracy lekarzy i pacjentów, ale także związana z etyką zawodową otwarta postawa lekarza wobec różnic kulturowego pochodzenia i religijnej przynależności pacjentów i pacjentek. W niniejszym artykule zawarto analizę działalności lekarskiej w wielokulturowym i wieloreligijnym społeczeństwie. Czy

można sformułować propozycje i wskazania dotyczące właściwej relacji lekarza i pacjenta, które byłyby godne miana medycyny o ludzkim obliczu? Tematyka ta była już przedmiotem licznych naukowych debat i publikowanych analiz. Prace te zostały w niniejszym artykule uwzględnione, a punktem wyjścia do dyskusji stał się obszar onkologii i medycyny paliatywnej.

MEDICINE IN A MULTI-CULTURAL
AND MULTI-RELIGIOUS SOCIETY.
A CHALLENGE FOR PHYSICIANS
(SUMMARY)

Conflict situations in medical practice can have different causes. They can arise from the difficulties involved in deciding which medical treatment or procedure to adopt; or in deciding whether or not high-technology medicine is advisable in a particular case; or in finding a way to resolve communication difficulties between physician and patient; or in discussing sensitive issues concerning the beginning and end of life. A topic which requires urgent discussion in modern medicine is how professional medical care should be administered in a society that is multi-cultural and multi-religious. In this kind of context, the relationship between physician and patient plays a crucial role. The joint effort of patient and physician to bring about recovery depends not only upon the level of respect that the doctor has for both the rights and the autonomy of patients but also upon the sensitivity which he or she has for differences in their cultural background and religious affiliation. Hence, this article discusses how medical care might be provided in a multi-cultural and multi-religious society. Can recommendations be given to physicians that might help them to form a more constructive relationship with patients who come from such an environment? Can modern medicine thereby be given a more human face? This topic has begun to be discussed more frequently in the academic literature. While this article is very much based on my own experiences in oncology and palliative care, I will nevertheless also refer to the current literature in the course of my article.