

# Forum Spiritualität in der Medizin

***„Ein Experiment“***

Kloster Loccum  
26/27. Februar 2026

# Agenda



**Donnerstag, 26. Februar, 2026****15:00**

Begrüßung/ Einführung

*Ulla Walter/ Jörg Ruof / Alle***15:30**

Übersicht Literatur

*Daniel Widmer***16:15**

Erfahrungen aus dem  
Masterstudiengang Spiritual Care  
*Susanne Zeilhofer / Christoph  
Leiggener*

**17:00**

Führung durch das Kloster  
*Arend de Vries*

**18:00**

Hora  
Kloster Loccum

**18:30**

Dinner

**20:00**

Abendvortrag: Ursache/ Wirkung:  
Prinzipien in der Medizin  
*Jörg Ruof*

Diskussion

**Freitag, 27. Februar, 2026****8:30**

Auftakt Tag 2

*Jörg Ruof / Marie-Luise Dierks***8:45**

Christus als Apotheker – Heilserwartungen und  
Biotechnologie – Perspektive aus der Politik  
*Thomas Müller*

**9:30**

Die Bedeutung von Spiritualität in der  
Geschichte der medizinischen Heilkunst  
*Brigitte Lohff*

**10:15 - Kaffeepause****10:30**

Christentum & Medizin:  
Ein Kommentar zu Gerhard Kienle  
*Bernd Labonte*

**11:15**

Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und  
Psychotherapie.  
DGPPN Positionspapier und Fallbeispiele  
*Gabriele Stotz-Ingenlath*

**12:00**

Diskussion

**12:30**

Abreise bzw. Optional Lunch

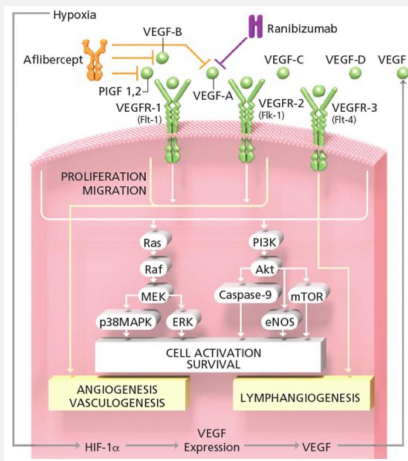
**13:00**

Für Interessierte: Quo Vadis FSM



Den vielfältigen Phänomenen der Spiritualität können wir uns am eindrücklichsten über Bilder, über die ‚Zeugenschaft der Sinne‘ nähern.

*F.W. Schwartz 2013*



Wirkvergleich der unterschiedlichen Anti-VEGF-Therapien bei neovaskulärer AMD

Dossier zur Nutzenbewertung gemäß  
35a SGB V

[https://www.g-ba.de/downloads/92-975-191/2012-12-12\\_Modul2\\_Aflibercept.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/92-975-191/2012-12-12_Modul2_Aflibercept.pdf)

Sebastiano Ricci (1659-1734);  
Christ Healing the Blind Man at the Pool of Siloah;  
First Owner: Richard Mead, MD (1673 – 1754)

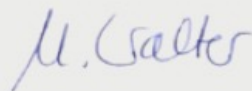
Scottish National Gallery; Edinburgh  
Foto: Jörg Ruof

Im ‚Forum Spiritualität in der Medizin‘ soll die Frage nach dem ‚Woher‘ und ‚Wohin‘ menschlicher Existenz erörtert werden, unabhängig jeglicher konfessioneller Festlegung. Im Kontext ‚Medizinischer Heilkunst‘ sind dabei zunächst die enormen Fortschritte beim Verständnis und bei der Beherrschung zahlreicher Krankheitsbilder zutiefst anzuerkennen und zu befürworten. In Replik auf das berühmte, dem führenden deutschen Zellulärpathologen seiner Zeit, Rudolf Virchow, zugeschriebene Zitat: ‚Ich habe so viele Leichen seziert und nie eine Seele gefunden‘ – ist jedoch die Frage gerechtfertigt: Heißt diese nachvollziehbare Situationsbeschreibung, dass der Mensch insgesamt keine Seele bzw. keinen Geist hat? Bzw. welche Bedeutung kommt diesen immateriellen Entitäten im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Heilkunst zu?

Prof. Dr. Jörg Ruof, MPH, MBA



Prof. Dr. Ulla Walter



Prof. Dr. Marie-Luise Dierks



# Spirituelle Medizin

—

## *Ein Anthropologischer Versuch der Übersicht*

Dr. med. Daniel Widmer

Studium der Medizin in Lausanne. 1977 Abschluss; 1985 Spezialisierung in Allgemeine Medizin (heute Allg. Innere Medizin).

Hausarzt in Lausanne in Gruppenpraxis 1985 bis 2025 und jetzt in Bulle (Kanton Freiburg). Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP in 2000.

1998-2019: Mitglied der Direktion des CAS in Psychosomatische Medizin, Universität Lausanne und Genf.

2007-2024 : « Chargé de Cours », Abteilung Allgemeine Medizin, Unisanté, Universität Lausanne : Kommunikationsfähigkeiten und “community immersion”. Gemeinsame Forschungsarbeiten mit Psychiatern und Anthropologen.

2001-2025: Head of Swiss Delegation European Union of General Practitioners UEMO.

2015-2019 Vice president UEMO. 2023 – today. Nominated representative of UEMO of the Health Technology Assessment Stakeholder Network EC



## ‘Abstract en Français’

Un regard d'en-dessus est une tradition en médecine déjà depuis Galien qui introduit la question de la supervision. Il importe de savoir d'où vient le regard et sur quoi il porte, où il regarde. Nous renoncerons à la revue systématique pour nous immerger dans le sujet à la manière d'un anthropologue face à la spiritualité comme un fait social total. L'épistémologie de la théorie ancrée nous pousse à l'immersion d'abord et ensuite à trouver des problématiques bien avant les questions de recherche. Regarder où ? Pubmed n'est qu'une partie du paysage avec la croissance exponentielle de l'utilisation du mot-clé spiritualité. On y parle surtout de mesures et de chiffres. A côté de cela on est confronté aux multiples problématiques, sociologiques, anthropologiques, philosophiques, religieuses, politiques (OMS) et de médecine pratique. Le fait social total est un éléphant que des aveugles essayent de palper pour le connaître comme dans le conte indien. On se heurte aussi aux définitions multiples de la spiritualité : relation à Dieu, à la transcendance, au sens de la vie, à l'invisible, aux autres. La spiritualité s'oppose-t-elle à la religion comme le laisseraient entendre des travaux de sociologie qui analysent la sécularisation. Faut-il privilégier la recherche interculturelle d'une raison naturelle comme le suggère J. Ratzinger dans son débat avec J. Habermas ? Entrer dans la question du pluralisme thérapeutique avec les mots clé de l'anthropologie : mythologie, récits, rituels, serment, magie, prière, incantation, transe, sacré ? Ou bien passer par la poésie et ses vertus thérapeutiques déjà défendues dans l'antiquité ? Écouter le discours des prêtres qui font de la cure d'âme, de la guérison spirituelle ou sont aumôniers, protestants, jésuites, musulmans, hindous, ou animistes ? Mais si l'on décide de mesurer, que mesure-t-on et comment construire l'agenda de la recherche biomédicale sur la spiritualité, se demande Daniel Sulmasy. Où sont les biais ? Faut-il contempler les limites de la biomédecine avec le mythe de la Sibylle de Cumès qui a obtenu l'immortalité sans pouvoir rajeunir ? Faut-il repenser la philosophie et quitter le dualisme corps-esprit ou celui des structuralistes (nature – culture) pour aller vers une vision trinitaire religieuse ou laïque, comme avec la vision des trois mondes de Popper. Faut-il inventer une nouvelle science du New-Âge ? Et l'aspect politique, des débats autour de la définition de la santé par l'OMS jusqu'au remboursement de l'aumônerie par l'assurance ? Finalement qu'en est-il de la médecine générale ? Les praticiens ont-ils besoin de plus que la médecine narrative, l'empathie, la vision des soins transculturels, la prise de conscience d'une vulnérabilité partagée avec le patient ? Quid des grilles de questions alors que pour Balint l'écoute est première (à poser des questions, on n'obtient rien de plus que des réponses). Sulmasy arrive à simplifier tout cela en une unique question permettant d'ouvrir le discours du patient. Alors la spiritualité est-elle un éléphant à appréhender par parties, un malentendu humoristique de l'anthropologue Gunther la grenouille ou le lotus de Rabindranath Tagore qui disparaît si l'on essaye de le cueillir ?

---

## Deutsche Version des Abstracts

Ein buddhistisches Märchen berichtet, wie mehrere Blinde einem Elefanten begegnen, ihn betasten und versuchen ihn sich gegenseitig zu beschreiben. Einer berichtet von einem gewaltigen Ohr, der nächste von einem riesigen krummen Zahn usw., und sie verbleiben im gegenseitigen Unverständnis. Ähnlich gewaltig und unlösbar erscheint das Unterfangen eine (Literatur-)übersicht zum Thema 'Spirituelle Medizin' zu erstellen. Sobald man die Suche z.B. auf bestimmte Schlüsselwörter oder auf bestimmte Datenquellen eingrenzt, läuft man Gefahr sich in einem Teilbereich und einer Teilaussage zu verlieren.

Die Sicht von oben, der Versuch einen Überblick ('Supervision') zu gewinnen hat in der Medizin jedoch spätestens seit Galen Tradition. Es ist wichtig zu wissen, wo man sich befindet, worauf man sich konzentriert, wohin man blickt. Die Methodik der Anthropologie, d.h. 'teilnehmende Beobachtung' und 'Feldforschung' scheint dabei besser geeignet sich 'dem Elefanten' zu nähern als eine systematische, jedoch methodisch vorab begrenzte und begrenzende Literaturübersicht. Aus anthropologischer Sicht ist Spiritualität zunächst als ein soziales Gesamtphänomen zu betrachten. Die Erkenntnistheorie der "Grounded Theory" drängt uns dazu, zunächst teilnehmend und erfahrungsbasiert in die Materie einzutauchen und dann das Problemfeld/ die Problemlandschaft zu erkunden, lange bevor es sich in einzelne Forschungsfragestellungen herunterbrechen lässt.

Pubmed ist dabei nur ein Teil der Landschaft, da die Verwendung des Schlüsselworts "Spiritualität" exponentiell zunimmt. Dort finden sich hauptsächlich Informationen zu Messungen und Zahlen. Darüber hinaus sind wir im Kontext der 'Spirituellen Medizin' jedoch mit vielfältigen Fragen konfrontiert, soziologischer, anthropologischer, philosophischer, religiöser, politischer (WHO) Art - jeweils bezogen auf die praktische Medizin. Das totale soziale Phänomen verbleibt dabei der Elefant.

- Wir finden mehrere Definitionen von Spiritualität: Beziehung zu Gott, zur Transzendenz, zum Sinn des Lebens, zum Unsichtbaren, zu anderen.
- Welches Verhältnis haben Spiritualität und Religion zueinander? Ist es ein Gegensatz, wie soziologische Arbeiten, die die Säkularisierung analysieren, nahelegen?

- Sollten wir die interkulturelle Suche aus einer natürlichen Vernunft bevorzugen, wie J. Ratzinger in seiner Debatte mit J. Habermas vorschlägt?
- Welches Verhältnis hat eine spirituelle Medizin zum therapeutischen Pluralismus ausgedrückt mit den Schlüsselwörtern der Anthropologie: Mythologie, Geschichten, Rituale, Eid, Magie, Gebet, Beschwörung, Trance, Heilig? Oder wie sind die therapeutischen Tugenden der Poesie einzuschätzen, die bereits in der Antike verteidigt wurden?
- Hören wir die Reden von Priestern an, die Seelenheilung oder spirituelle Heilung betreiben oder Kapläne, Protestanten, Jesuiten, Muslime, Hindus oder Animisten sind?

Aber wenn wir uns entscheiden, zu messen, was messen wir und wie können wir die biomedizinische Forschungsagenda zum Thema Spiritualität aufbauen, fragt Daniel Sulmasy. Wie definieren wir Bias? Sollten wir darüber nachdenken Grenzen der Biomedizin mit dem Mythos der Sibylle von Cumae zu vergleichen, die Unsterblichkeit erlangte, ohne sich verjüngen zu können? Sollten wir die Philosophie überdenken und den Körper-Geist-Dualismus oder den der Strukturalisten (Natur – Kultur) verlassen, um uns einer religiösen oder säkularen trinitarischen Vision zuzuwenden, wie bei Poppers Vision der drei Welten? Sollten wir eine neue New-Age-Wissenschaft erfinden? Und der politische Aspekt, von den Debatten um die Definition von Gesundheit durch die WHO bis zur Erstattung der Seelsorge durch Versicherungen? Was ist schließlich mit der Allgemeinmedizin? Brauchen Ärzte mehr als narrative Medizin, Empathie, eine Vision transkultureller Pflege und das Bewusstsein für die gemeinsame Verletzlichkeit mit den Patienten? Was ist mit den Fragegittern? Für Balint steht das Zuhören an erster Stelle (durch das Stellen von Fragen erhält man nichts weiter als Antworten). Sulmasy schafft es, all dies in einer einzigen Frage zusammenzufassen, um den Diskurs des Patienten zu eröffnen. Ist Spiritualität also ein in Teilen zu verstehender Elefant, ein humorvolles Missverständnis wie bei Günther dem Frosch oder Rabindranath Tagores Lotus, der verschwindet, wenn wir versuchen, ihn zu pflücken?

# Erfahrungen aus dem Masterstudiengang Spiritual Care

Susanne Zeilhofer leitet als Theologin und Kunsthistorikerin seit 2022 den Weiterbildungs-Studiengang MAS Spiritual Care an der Universität Basel. Studium der kath. Theologie / lat. Philologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München; Ergänzungsdiplome in Liturgiewissenschaft und Kirchenrecht. Studium der Kunstgeschichte an der Universität Basel (M.A.). Seit 2015 Lehrtätigkeit an der Universität Basel. 2022 Modularisierung und Neustrukturierung des seit 2015 an der Universität Basel bestehenden Studiengangs Spiritual Care.



## Spiritual Care im Gesundheitswesen

Die zunehmende Technisierung, Spezialisierung und Standardisierung medizinischer Versorgung hat zu einer erheblichen Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten geführt. Gleichzeitig verstärkt sie jedoch eine strukturelle Tendenz zur Reduktion des Menschen auf funktionale, biologische und ökonomische Parameter. In dieser Entwicklung gerät die existenzielle Dimension von Krankheit – die Erfahrung von Sinnbedrohung, Kontrollverlust, Identitätsveränderung und Endlichkeit – zunehmend aus dem Blick.

Spiritual Care adressiert genau diese Dimension. Sie versteht Krankheit nicht ausschließlich als pathophysiologisches Ereignis, sondern als biografische und existenzielle Krise, in der grundlegende Fragen nach Sinn, Hoffnung, Schuld, Beziehung und Transzendenz unausweichlich werden – unabhängig von religiöser Bindung. Spiritual Care ist daher keine religiöse Zusatzleistung, sondern ein professionsübergreifender Bestandteil ganzheitlicher Gesundheitsversorgung.

Empirische Studien zeigen, dass nicht adressierte spirituelle oder existenzielle Not mit erhöhter Angst, Depressivität, geringerer Therapieadhärenz und reduzierter Lebensqualität assoziiert ist. Umgekehrt trägt eine systematisch integrierte Spiritual Care zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit, zur Stabilisierung in Krisensituationen und zur ethischen Qualität klinischer Entscheidungsprozesse bei. Darüber hinaus wirkt sie präventiv gegenüber moralischem Distress und Burnout bei Gesundheitsfachpersonen, indem sie Räume für Reflexion, Sinnverarbeitung und emotionale Entlastung eröffnet.

Spiritual Care steht nicht im Gegensatz zur evidenzbasierten Medizin, sondern stellt eine notwendige Ergänzung dar: Sie macht sichtbar, was sich nicht messen lässt, aber für das Erleben von Krankheit, Leiden und Sterben zentral ist. In einem Gesundheitswesen, das dem Menschen gerecht werden will, ist Spiritual Care daher kein optionales Add-on, sondern eine strukturelle Voraussetzung professioneller Fürsorge.

Seit September 2024 bietet die Medizinische Fakultät der Universität Basel den vierten berufsbegleitenden interdisziplinären Studiengang 'Master of Advanced Studies (MAS) in Spiritual Care' an. Die Weiterbildung befähigt zur Einbeziehung der spirituellen Dimension beim Umgang mit Krankheit und Gesundheit, Sterben und Tod und setzt sich aus drei eigenständigen Studiengängen zusammen: i) Spiritual Care Grundlagen; ii) Spiritual Care Wissenschaftliche Aspekte; iii) Spiritual Care Klinische Aspekte. Weiterführende Information ist u.a. zugänglich unter: <https://spiritual-care.weiterbildung.unibas.ch/de/>

# Approaching Children with Special Support Needs

—

## *The Camphill Experience\**

Dr. med. Stefan Geider, GP

Born and raised in St. Leon-Rot, Germany; Training in Curative Education, Camphill, Aberdeen, Scotland; Medical Studies at the University of Witten-Herdecke; PhD Thesis in Cardiology; Training as General Practitioner at Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke and in Aberdeen Scotland. Board Certification as General Practitioner in Aberdeen, Scotland in 1996. Since then: NHS Camphill Medical Practice. Chair and Medical Director of Camphill Wellbeing Trust



*\* Abstract is jointly authored by Jörg Ruof & Stephan Geider*

After the integration of Austria into Nazi Germany the Jewish Medical Doctor and curative education teacher from Vienna, Karl König and his family emigrated to Aberdeen, Scotland and, with a group of befriended refugees they started the Camphill Movement in 1939. Inspired by Rudolf Steiner's Anthroposophy and Moravian experience (König's wife, Tilla was raised in the 'Herrnhuter' Community 'Gnadenfrei') and at a time when across continental Europe, spreading from Nazi Germany, 'handicapped children' were often considered not worth living, residential communities were established in Scotland providing living and schooling opportunities for children with special support needs. Until König's death in 1966, the Camphill Movement developed into a worldwide initiative spreading curative pedagogics widely across multiple countries and continents. Post-war expansion into Germany took place close to Überlingen, Lake of Constance with Georg von Arnim, MD and Hans Müller-Wiedemann, MD acting as founders of some of those communities.

The core perception within Camphill's approach to children with special support needs is that each individual has a physical, mental ('soul'), and spiritual existence that is continuously evolving. Respective developmental limitations e.g., due to a physical handicap may offer unique learning opportunities on a mental or spiritual level to cope with that limitation, overcome respective obstacles and develop an individual and unique skill set that might not have been possible without such physical limitation. While the physical existence is limited by birth and death, the non-material dimensions of our existence reach beyond those limitations. Successful management of a physical handicap may therefore lead to an enrichment of the soul that may last even after the separation from the physical body.

A key research focus of Karl König who was highly educated in embryology and one of his colleagues, Thomas J Weihs, MD was the early interface of body and soul i.e., the process of incarnation in the early phases of childhood. Within their landmark publication: 'Children in Need of Special Care' they line out the stepwise 'top-down' process of how the soul takes on ownership of the body: in a first step the control of the eye movement is achieved, a second step includes the control of the head, followed by the control of the activities of arms and hands in a third step. Control of the legs and finally, the upright position after ~1 year close this initial feature of stepwise downwards incarnation of the soul achieving uprightness and freedom over gravity. The proportional dimensions of size of head vs body & limbs reflect this development and are shifting over time considerably, with body and limbs becoming more dominant as the child grows. Understanding such dynamics does offer unique opportunities to approach certain pediatric conditions e.g.:

- children with large and dominant cranial developments due to e.g., hydrocephalus usually display a delayed incarnational dynamic; the developmental pattern is the 'extended i.e. pre-incarnation past'
- differently, small-headed children e.g., due to microcephaly often occur overly active and may pass through the various incarnational steps rapidly; the developmental pattern may be considered as 'premature future'.

Research on such developmental dynamics in order to support individuals with special needs was at the heart of the Camphill Movement but seems today as important as 86 years ago, when the Camphill Movement was started. In 1965, after the foundation of the German Camphill Community 'Föhrenbühl' Karl König, only several months before he died, stated:

*A so-called welfare society which starts to forget human values - a human race which denies racial problems and has invented at the same time means of mass destruction that can kill millions in a few minutes - a social order which forgot the divine order and searches for new ethics that can not be found any more because of the loss of belief in God - this generates a new array of tasks: to help the frail, disabled, lame and sick persons, and those who have become defenceless and depressed to gain once more their human dignity\*.*

*\*Camphill Letter", Föhrenbühl and Saint Prex, 1965; Printed in: Karl König the Child with Special Needs, Floris Books 2009*



Karl König with a child  
suffering from Down  
Syndrome ~1942

# Christus als Apotheker:

## Heilserwartungen und Biotechnologie

—

### *Perspektive aus der Politik*

Thomas Müller  
Leiter der Abteilung «Arzneimittel, Medizin-  
produkte, Biotechnologie»  
Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Müller ist approbierter Arzt und Apotheker. Er studierte in Berlin und London Pharmazie und Humanmedizin. Nach Stationen in der Dermatologischen Abteilung der Berliner Charité und in Krankenhausapotheken der Universitätskliniken von Erlangen und Rostock

übernahm er die Leitung der Krankenhausapotheke am Universitätsklinikum Rostock. Von 2007 bis 2018 war Thomas Müller Leiter der Abteilung Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin. Im Rahmen seiner Tätigkeit im Bundesausschuss spielte Thomas Müller eine Schlüsselrolle bei der erfolgreichen Gestaltung und Umsetzung der frühen Nutzenbewertung und Preisbildung bei Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (AMNOG) in Deutschland.

Seit 2018 leitet er die Abteilung 1 für Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie im Bundesministerium für Gesundheit.

Er ist Lehrbeauftragter der Universität Bonn.



# Ursache – Wirkung: Prinzipien in der Medizin

Prof. Dr. med. Jörg Ruof, MPH, MBA

Medizinstudium: Universität Witten/ Herdecke;  
Master of Public Health: Medizinische  
Hochschule Hannover; Master of Business  
Administration: Edinburgh Business School.  
Außerplanmäßige Professur: Medizinische  
Hochschule Hannover. Facharzt für  
Allgemeinmedizin. Langjährige Berufserfahrung  
in der internationalen pharmazeutischen  
Industrie und der Patientenversorgung. Gründer  
der r-connect GmbH ([www.r-connect.org](http://www.r-connect.org)) und  
der European Access Academy ([www.euaac.org](http://www.euaac.org)).  
Teilzeittätigkeit in einer Allgemeinmedizinischen  
Praxis in Lörrach.



Unser gesamtes medizinisches Denken und Handeln sind von der Suche nach Kausalitäten durchdrungen. Die medizinische Diagnostik fokussiert auf die Einordnung zusammengehöriger klinischer Symptomkomplexe in zugrunde liegende Krankheitsbilder. Das daraus folgende Leitbild aller therapeutischen Ansätze ist, über die reine Symptomlinderung hinaus, einen möglichst kausalen Zugang zu den Erkrankungen zu erreichen, um so eine entsprechende Steigerung des therapeutischen Wirkungsgrads zu ermöglichen. So findet sich z.B. bei modernen Gentherapien häufig der Anspruch eines kausalen Therapieansatzes.

Aristoteles differenziert vier Ursache-Wirkungsprinzipien – so heisst es in seinen Vorlesungen über die Natur: „Indem es nun vier Ursachen sind, so ist es Aufgabe des Natur-Forschers, bezüglich aller sich ein Wissen anzueignen, und wenn er die Rückleitung auf alle vier vollzieht, dann wird er die Weshalb-Frage auf naturbezogene Weise beantworten: Stoff, Form, das In-Gang-Setzende, das Weswegen.“

Die grossartigen Erfolge moderner medizinischer Kausalitätsmodelle basieren dabei häufig auf einer Dominanz des Ursachenpaars *causa materialis* (Stoff) und *causa efficiens* (das In-Gang-Setzende), so hat beispielsweise die Erforschung der materiellen Strukturgrundlagen des Hepatitis C Virus und die darauf basierende Entwicklung effektiver pharmakologischer Wirkmechanismen zu einer weitgehenden Eliminierung dieser Erkrankung geführt. Formale und sinnstiftend - finale Ursache-Wirkungsbeziehungen spielen im aktuellen medizinischen Kontext eine eher untergeordnete Rolle; sie treten bei Diagnostik und Therapie gegenüber der an Effizienz orientierten Beherrschung der materiell-strukturellen definierten Pathologie in den Hintergrund. Im Kontext der Randomisierung bei klinischen Studien werden andere Ursachenkonzepte sogar bewusst aus der medizinischen Erkenntnisbildung ausgeschlossen - zugunsten einer Erforschung der auf *causa materialis* und *causa efficiens* ausgerichteten Forschungshypothesen.

Umgekehrt stellt sich die Situation bei spirituellen und traditionellen Heilverfahren dar. Kontextuell ausgerichtete formale Entsprechungen ('Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde' oder z.B. 'Similes Curatum Similibus') und sinnstiftend – finale Ursache Wirkungsbeziehungen ('Damit sich das Wort der Schrift erfüllt' – ist ein sehr häufig gebrauchter biblischer Ausdruck) stehen hier im Vordergrund. Dieses formal – finale Ursachenpaar ist weniger unmittelbar 'actionable'; es ist unverkennbar stärker 'eminenz-basiert' (die Fähigkeit Krankheiten zu heilen und Dämonen auszutreiben ist ein zentrales Signum christlicher Heilsbotschaft); und die Zusammenhänge sind auch nicht beliebig reproduzierbar. Wirkgrundlage sind Gesundungsvorgänge, die weit über materielle Zusammenhänge hinausweisen; diese entziehen sich somit beispielsweise zwangsläufig einer 'Patentierung' eines materiell strukturell oder prozessual definierten Wirkmechanismus. CG Jung erfasst m.E. die Differenz zwischen dem materiell – effizienten und dem formal-finalen Ursachenpaar scharf in dem er im 'Roten Buch' zwischen 'Gründen bzw. Erklärungen' („Der Geist dieser Zeit möchte von Nutzen und Wert hören. Auch ich dachte so, und mein Menschliches denkt immer noch so ...“) und 'Verstehen' („Der Geist der Tiefe aber sprach zu mir und sagte: Eine Sache verstehen ist Brücke und Möglichkeit der Rückkehr in die Bahn“) differenziert.

Das anstehende Referat beim 'Forum Spirituelle Medizin' stellt die wissenschaftlich fundierte und am Patientenwohl orientierte konzeptuelle Integration aller vier Ursache-Wirkungsprinzipien als Grundlage für eine zeit- und patientengemässe '*Dia-Gnostik*' und Therapie zur Diskussion.

# Spiritualität in der Geschichte der Heilkunst

Prof. Dr. Brigitte Lohff

Brigitte Lohff studierte Psychologie an der Hamburger Universität. Nach dem Diplom erfolgte eine Anstellung an der Hamburger Justizbehörde. Nach einem Studium der Geschichte der Naturwissenschaften, der Zoologie und der Philosophie Promotion im Fach Geschichte der Naturwissenschaften; 1986 Habilitation an der Universität zu Kiel für das Fach Geschichte der Medizin. 1994 Berufung als Univ.-Prof. für Geschichte der Medizin an die Medizinische Hochschule Hannover; Emeritierung 2013. Gastprofessuren in Wien und Luzern. Forschungsschwerpunkte: erkenntnistheoretischen Grundlagen der Medizin, zur Geschichte der Physiologie, Kardiologie und zu Public Health.



In der Ankündigung eines Buches von Harald Walach über Brücken zwischen Spiritualität und Psychotherapie aus dem Jahr 2021 wird angenommen, dass „vielleicht Spiritualität die menschliche Erfahrung von Einheit und Verbundenheit [ist] und somit eine wichtige Stütze für die psychische Gesundheit.“ Damit wird bei Walach der Begriff im Sinne des angelsächsischen Verständnisses von spirituality verwandt: “Spirituality is a personal, internal search for meaning, purpose, and connection to something greater, focusing on inner experience.”

In Deutschland gewann eine Beschäftigung mit „Spiritualität“ erst in den 1960/70er an Bedeutung, Bereits 1973 wird in der Brockhaus Enzyklopädie konstatiert: „Heute ist Spirituelles darüber hinaus zu einem vielfach verschwommenen Modewort geworden, läuft unter den Oberbegriffen Esoterik und Lebenshilfe und ist auch bereits in nahezu allen profanen Bereichen präsent.“ [17. Aufl., Bd. XVII, 1973, S. 748). Da heute in nicht nur in der Psychotherapie sondern allgemeiner in der Medizin über Spiritualität gesprochen wird, stellt sich die Frage: Ist Spiritualität ein inhärenter Teil des Medizinischen und spielte es in der Geschichte der Heilkunst schon immer eine Rolle?

Um sich dem Thema Spiritualität in der Geschichte der Heilkunst zu befassen, sind einige Vorüberlegungen notwendig: Im Zentrum der Medizin steht das ärztlichen Bemühen, den Kranken zu heilen und seine Gesundheit zu bewahren. Was aber als Kranksein angesehen wird und was Gesundheit bedeutet, ist abhängig vom jeweiligen Körpermodell/ Organismuskonzept, welches unweigerlich von den wissenschaftlichen Erkenntnissen aber auch von den Annahmen und Philosophien über den Körper und die Krankheit beeinflusst wird. (Beispiel die ICD -Klassifikation Version 9 gegenüber Version 11), Daraus folgt für die Medizin, dass sich die Idee von Kranksein und Gesundsein kontinuierlich wandelt, so lange es ein medizinisches Erkenntnisstreben gibt. Folglich unterliegt das gegenseitig abhängige Begriffspaar Gesundheit–Krankheit permanent verändernden Zuschreibung und in der logischen Folge betrifft das auch die daraus abzuleitenden Therapien zur Wiederherstellung der Gesundheit/ Heilung. Diese erkenntnistheoretische Aussage bildet die Grundlage, mich dem Thema Spiritualität und Heilkunst in der Geschichte der Medizin zu nähern. Dabei muss man jeweils die Frage beantworten, was wurde als Voraussetzungen/Bedingung angenommen– aus der Sicht der damaligen Ärzte/Denker –, dass man den Körper als ein lebendiger Organismus begreifen konnte, bzw. wie kommt das Lebendigsein in den Organismus, welches durch das Krankwerden eingeschränkt wird. Mittels dieser Überlegungen werde ich antike, mittelalterliche und neuzeitliche Medizinkonzepte betrachtet mit der Frage: Spielte in den historischen Medizinkonzepten Spiritualität eine Rolle? In welchem Organismus-Modell wird Spiritualität mit Heilungsvermögen in Beziehung gebracht und auf welchem Weg soll das geschehen?

# Christentum und Medizin

—

## *Ein Kommentar zu Gerhard Kienle*

Dr. med. Bernd Labonte

Studium der Medizin an der Universität Witten  
Herdecke 1989-1995

Internist, Gastroenterologe,  
Ernährungsmedizin, Notfallmedizin

Anthroposophische Grundlagenstudien

Ausbildung in anthroposophisch erweiterter  
Medizin

Tätig als Oberarzt am Gemeinschafts-  
krankenhaus Herdecke/Ruhr



Gerhard Kienle wurde als Sohn einer Diplomatenfamilie im November 1923 in Madrid geboren. Nach begonnenem Medizinstudium war er im Krieg als Hilfsarzt tätig und setzte dies nach Verwundung in Arnheim 1944 und anschließendem Kriegsende in Tübingen fort. Assistent der Neurologie an der Universität Tübingen; anschließend Oberarzt an der Universität Frankfurt a.M.. Habilitation über die nicht-euklidische Struktur des Sehraums beim Menschen. 1968 Gründung des anthroposophischen Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke. 1983 Gründung der Universität Witten-Herdecke. Wenige Wochen später, im Juni 1983 verstorben. Wissenschaftliches Hauptwerk ist ‚Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft‘, eine erkenntnistheoretisch-wissenschaftliche Aufarbeitung, die sich letztendlich am Thalidomid Skandal entzündet hat. Vier Vorträge zu ‚Christentum und Medizin‘, die 1981 vor den Mitgliedern der Pflegeschule in Herdecke gehalten wurden und ein post humen herausgegebene Arbeit ‚Die ungeschriebene Philosophie Jesu‘ sind in gewissem Sinne sein Vermächtnis im Bemühen um eine ‚Christliche Medizin‘.

Wir befragen Kienle zum Christentum:

- *Wie kommt man zu Erkenntnissen?*
- *Was ist das „Reich“ und was das „Himmelreich“?*
- *Was heißt „Mein Reich ist nicht von dieser Welt“?*
- *Wer ist der „Fürst dieser Welt“ und was tut er?*

Wir befragen Kienle zur Heilkunde:

- *Was ist das Menschenbild im Neue Testament? Was versteht man dort unter Heilung?*
- *Was ist die Rolle von Leid, Schmerz, Schicksal und Tod?*
- *Welche Heilungen werden beschrieben und was zeichnet sie aus?*
- *Was sind der erste und der zweite Tod?*
- *Was ist Auferstehung? Wer oder was ersteht auf?*
- *Was bedeutet therapeutische Gemeinschaft?*
- *Was bedeutet es, eine ‚Christliche Medizin‘ zu begründen?*

Versuch eines Fazits:

Das Neue Testament bejaht den Menschen und versteht ihn als leiblich-seelisch-geistiges Wesen mit individuellem Schicksal.

Dies in die Begegnung mit den Kranken einfließen zu lassen, eröffnet eine Dimension medizinischen Handelns, die man ‚Christliche Medizin‘ nennen kann.

Alles, was den Menschen auf seine Leiblichkeit reduziert und dabei sein seelisches Erleben sowie die geistige Individualität außer Acht läßt, ist im Sinne eines Bemühens um eine ‚Christliche Medizin‘ zu ergänzen. ‚Christliche Medizin‘ ist u.a. gefordert, die umfassende Individualität im Anderen zu entdecken, zu bejahen und ihr Verhältnis zu leiblichen Vorgängen denken zu können.

Das Christentum hat vieles erreicht. Was es bislang nicht erreicht hat, ist, die Gedankenseite zur Bildersprache des Neuen Testaments aufzufinden, so wie Platon und Aristoteles zur Bildersprache eines Homer gehören.

Mit Begriffen, die die geistige Existenz des Individuums meinen, muss die Medizin gedanklich durchdrungen werden, um ein vollbewußtes, wissenschaftlich integriertes Erfassen der gleichermaßen materiellen und nicht – materiellen Entität des Menschen zu ermöglichen. Die Reflektion der spätgriechischen Philosophie kann hierbei hilfreich sein. Dieses Anliegen lag dem Gründungsimpuls der Universität Witten-Herdecke zugrunde.

# Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie

—

## *DGPPN-Positionspapier und Fallbeispiele*

Prof. Dr.phil. Dr. med. Gabriele Stotz-Ingenlath

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Professorin für Psychische Gesundheit an der  
Katholischen Stiftungshochschule München  
Doppelstudium der Medizin und Philosophie an der  
Ruhr-Universität Bochum (RUB), Harvard Medical  
School Boston und Ludwig-Maximilians-Universität  
München (LMU), Promotionen: Philosophie RUB,  
Medizin MPI für Psychiatrie und TU München.  
Klinische Tätigkeit: Innere Medizin II Kliniken Groß-

hadern (LMU), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Burghölzli), Schweizerische  
Epilepsieklinik Zürich, Psychiatrische Klinik der LMU München (Leiterin der  
Depressionsstation), Serbski-Institut für Forensische Psychiatrie und psychiatrischer  
Sprechstunde an der Regionalarztstelle der Deutschen Botschaft Moskau, Fliednerklinik für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Berlin, derzeit eigene Praxis für Psychiatrie  
und Psychotherapie in München und Professur für Psychische Gesundheit KSH (Katholische  
Stiftungshochschule München), Mit-Leiterin des Referats „Religiosität und Spiritualität“ der  
DGPPN (Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde),  
Vorstandsmitglied der IGGS (internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität)  
und Mitherausgeberin der Zeitschrift Psychotherapie und Seelsorge.



Die Psychiatrie nimmt eine Sonderstellung unter den medizinischen Fachbereichen ein, ist ihr Gegenstand doch nicht ein Organ(system), sondern die „Seele“, das ganze Ich eines Menschen, das aus dem Gleichgewicht geraten ist. Ihre diagnostische Methodik beruht nicht nur auf naturwissenschaftlich kausal-logischem Erklären der Krankheitsprozesse, sondern auch auf geisteswissenschaftlich hermeneutisch-psychologischem Verstehen (Dilthey) bzw. Nicht-mehr-Verstehen. Schon bei der Anamnese-Erhebung und noch mehr bei der Behandlung spielt die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin eine beachtliche Rolle, die reflektiert werden muss. Psychische Störungen sind Grenzsituationen des Menschseins (Jaspers), in denen es immer um existenzielle Themen, persönliche Wertvorstellungen und Weltanschauungen geht. In kulturellen Gruppen gelebte Religiosität und/oder Spiritualität als weniger festgelegte, individuelle Sinnggebung und Bezogenheit auf etwas, das das eigene Selbst übersteigt, gehören wesentlich zum menschlichen Seelenleben und sind deshalb in der Psychiatrie mit zu berücksichtigen.

Psychiatrisches Handeln ist auch geprägt vom kulturellen Kontext, der in unserer Gesellschaft immer vielfältiger wird. Religiosität und Spiritualität können Ressource und Belastung, Teil des Problems oder Teil der Lösung (Pargament) sein. Wenn sie in Diagnose und Behandlung einbezogen werden, besteht auch eine Missbrauchs-Gefahr. 2014 verbot das Österreichische Gesundheitsministerium explizit in einem Richtlinienpapier esoterische Inhalte, spirituelle Rituale und religiöse Methoden in der Psychotherapie. In Deutschland wurde daraufhin 2015 von der DGPPN ebenfalls eine Taskforce eingesetzt zur Erstellung eines Positionspapiers, das 2016 veröffentlicht wurde. Die „Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie“ beziehen sich auf:

1. die Aneignung interkultureller Kompetenz und Befähigung zum Perspektivenwechsel,
2. die Erfragung von Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen bei der Anamnese (hierbei Vorstellung der Spirituellen Anamnese SPIR (Frick et al, 2002),
3. die Fähigkeit, Religiosität und Spiritualität als Ressource oder Belastungsfaktor zu erkennen und gegebenenfalls in die Behandlungsstrategie mit einzubinden, auch, wenn die Behandelnden selbst nicht religiös sind,
4. die strikte Vermeidung von Grenzverletzungen aus religiösen Motiven,
5. die Wahrung professioneller Grenzen, d.h. keine religiösen oder spirituellen Interventionen, sondern allenfalls Überweisung an jeweilige Seelsorgende,
6. die Transparenz des jeweiligen weltanschaulichen Hintergrunds der Behandelnden,
7. die respektvolle religiös-weltanschauliche Neutralität der Behandelnden,
8. die Reflexion der „Passung“ der weltanschaulichen Grundhaltung zwischen Patient und Behandelnden in Selbsterfahrung und Supervision,
9. die Entwicklung von Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsangeboten,
10. weitere Forschung.



## ‘Lebenskraft’

Prof. Dr. med. Henning Zeidler  
2025

ISSN 3042-9676