

**Isabelle Noth, Claudia Kohli Reichenbach (Hrsg.) (2014). Palliative und Spiritual Care**

**Theologischer Verlag Zürich, Zürich, 156 Seiten  
ISBN 978-3-290-17761-4**

Aus einer Tagung resultiert der schmale Sammelband: Die Mitherausgeberin Claudia Kohli Reichenbach unterscheidet zunächst begriffsgeschichtlich die *romantische* Spiritualitätstradition (Ordenstheologie: Leben aus Gottes Geist) von der *angelsächsischen* (mit «transreligiöser Färbung»). Beide Traditionslinien würden «das Individuum und seine religiöse Erfahrung» achten (20), wobei der Bezug zum ursprünglichen lateinischen «spiritualis» fehlt. Palliative und Spiritual Care werden der angelsächsischen Linie zugeordnet. Zwischen einem offenen Spiritualitätsbegriff, der für verschiedene Weltanschauungen anschlussfähig ist (T. Roser) und einem engeren, worin Spiritualität nicht zum empfindlichen Verlust für die Seelsorge wird (I. Karle), bestehe ein Spannungsfeld. Spiritual Care brauche beides.

Für Frank Mathwig impliziert Spiritual Care Kritik an der naturwissenschaftlich-technologischen Medizin («Mahnmal der Langsamkeit und des Nicht-Tuns» spiritueller Handlungen, 28). Der medizinischen Spezialisierung wird mitmenschliche Präsenz gegenübergestellt. Ein additiver «Einbezug von Subdisziplinen in das Medizinsystem» (31) könne jenen Körper-Seele-Dualismus, den Palliative Care überwinden will, geradezu zementieren.

Lea Siegmann-Würth erläutert das Verhältnis Medizin – Theologie in Mittelalter, Neuzeit und 20. Jahrhundert (hinzugekommen: die Psychosomatik). In Palliative Care gehe es um eine «humanistische Kultur des Helfens» (46), ethisch bedeutsam seien etwa Entscheidungsfindung, Sedation. Die spirituelle Begleitung leiste einen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität und Wahrung der Personenwürde. Leitgedanke sei «Compassion» (J. B. Metz) (hier für Sorge, Barmherzigkeit, Solidarität). Das Kennen der spirituell-religiösen Patientenbedürfnisse sei Voraussetzung.

Manfred Belok nimmt das Verhältnis zwischen Seelsorge und Psychologie/Psychotherapie auf. Seelsorge wird in Anlehnung an I. Carle und an die Methode C. R. Rogers als «Gespräch mit religiöser Codierung» (65) herausgeschält. Seelsorger brauchen personenbezogenes Kommunizieren, wirklichkeitsbezogenes Handeln, botschaftsbezogener Umgang mit Symbolen (gemeint: Glaubenssymbole, weniger Traumomotive).

Die Herausgeberin Isabelle Noth bringt mit ihrer Eingangsaussage (nicht Verdrängung des Todes, nicht nur Symptome wie Schmerzen sind schwierig im Sterben, sondern auch das ungenügende Anerkennen menschlicher Abhängigkeit) Gewichtiges auf den Punkt. «Habe ich wirklich Nächste» (104)? Als Implikationen für Spiritual Care nennt sie: Verbundenheit zur Gemeinde,

Transparenz auf Gottes Nähe hin, qualifiziertes Zuhören («Sterbende möchten oft erzählen», J. Ziemer, 109). Die Zusammenarbeit von ärztlicher und pastoraler Betreuung sei nicht reibungslos, was Noth in Anbetracht unterschiedlicher Menschenbilder und Ausbildungen nicht verwundert. Es gehe nicht um Statusdenken, sondern um Patienteninteressen. Seelsorger seien mehr als Spiritualitätsbeauftragte.

Gian Domenico Borasio weiss um die sich aus grenzüberschreitender Arbeit im palliativen Setting ergebenden Narben. Er findet dennoch den grenzübergreifenden Auftrag der verschiedenen Professionen wichtig. Ärzte interessieren sich für Spiritualität, weil sie nachgewiesenermassen mit Lebensqualität zu tun haben. In Anlehnung an Fegg (Psychotherapeut) betont Borasio, dass Palliativpatienten sich auszeichnen durch Werte wie Selbsttranszendenz, Altruismus im Unterschied zu Selbstverwirklichung und Macht. Etliche nicht sonderlich religiöse Patienten bevorzugten den Arzt für das Gespräch über Spiritualität (anderes Etikett). Von Seelsorgern lernt Borasio das Zuhören.

Über «Chancen der Zusammenarbeit» Medizin – Seelsorge schreiben Pascal Mösli und Steffen Eychmüller. Sie beschreiben SENS (Symptom-Management, Entscheidungsfindung, Netzwerk, Support) als diagnostische und therapeutische Richtlinie. Der spirituelle Begleiter sei ganz beim Erleben des Patienten (Zeugenschaft) als auch in priesterlicher Dimension (in Verbindung mit einer grösseren Wirklichkeit), was an einem Patientenbeispiel veranschaulicht wird.

Insgesamt wird wichtige Systemkritik geboten, daher empfiehlt sich der Sammelband besonders für ärztliche und seelsorgerische Fachpersonen. Er ist ein wertvolles Plädoyer für Seelsorge, bleibt aber theoretisch. Beiträge von Psychologen fehlen leider. Von Zusammenfassungen zu Beginn jedes Beitrages und Hinweisen auf die sich im Laufe des Sterbeprozesses verändernden Patientenbedürfnisse (Spirituelles, Nonverbales wird in Todesnähe wichtiger) würde das Buch profitieren.

*Monika Renz, St. Gallen*

**I. Glenn Cohen (Ed.) (2013). The Globalization of Health Care. Legal and Ethical Issues**

**Oxford University Press, Oxford, 454 pages  
ISBN 978-0-19-991790-7**

The process of globalisation poses fundamental challenges in the realm of health. The increasing interdependence between states, the developments in technologies and advances in transportation affect health care in a multifaceted way: People start circumventing a restrictive national legislation on reproductive technologies by receiving treatment in another country with a

more liberal regulation. Physicians from developing countries migrate to more affluent states to seek better working conditions and a more auspicious life. The development of telemedicine allows for the transgression of geographical obstacles by introducing remote robotic surgery.

These rapid developments raise a myriad of legal and ethical questions. *Globalization of Health Care: Legal and Ethical Issues* aims at providing a comprehensive account of the impacts of globalisation on health-related domains. The book was prompted by different lectures presented at a conference in 2011 at the Petrie-Flom centre at Harvard School. It is divided into five parts and comprises 23 contributions from authors emanating from a considerable range of disciplines, including bioethics, law, philosophy, political science and economics.

In his introduction, the editor Glenn Cohen describes the process of globalisation as being dominated by two main factors, namely: deterritorialization and interconnectedness. Both elements pose fundamental challenges to the conception of state sovereignty and call for a rearrangement of rights and duties with regard to health care.

The topic treated in Part I of the book is indicative for these phenomena: medical tourism challenges national regulation of health care services and shows the interconnectedness of states. It occurs, for example, when medical services are cheaper abroad or when a restrictive national regulation can be skirted by travelling to another country with lower regulatory barriers. Medical tourism poses various ethical and legal problems. Furthermore, as Leigh Turner shows, many risks are attached to cross-border health services.

Part II of the book addresses the causes and effects of health workforce-migration. Many developed states rely on foreign-educated health personnel and therefore pursue recruitment practices in other countries. This fosters the migration of health workforce from developing to developed countries and has adverse effects on the health systems of the former: The emigration of qualified personnel leads to *brain drain*-damages and to severe shortages in human resources for health. Chapters 11–13 provide a set of possibilities of how to mitigate these negative impacts.

Part III of the book examines different legal and ethical issues that are relevant in the context of research and development whereas Part IV deals with issues of telemedicine. Both parts exemplify the potentials and the pitfalls of the deterritorialization of health care.

Finally, Part V addresses the globalization of health care and the related challenges from a theoretical point of view. Jennifer Prah Ruger emphasizes, for example, that the high fragmentation of actors in the realm of global health governance calls for a shared account of global health justice to foster cooperation.

The book provides a broad and well-arranged overview of a highly complex field. It approaches the challenges posed by the globalization of health care from an interdisciplinary perspective and thus offers a many-sided view on highly relevant topics. Furthermore, the linkage of concrete issues such as telemedicine, pharmaceutical research and medical tourism with a more general theoretical background on health and global justice turns out to be very fruitful.

*Julia Richter, Zürich*

---

**Hille Haker, Gwendolin Wanderer, Katrin Bentele (Hrsg.) (2014). Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen**

**Lit-Verlag (Medical Ethics in Health Care Chaplaincy/ Medizinethik in der Klinikseelsorge 4), Berlin, Münster, 434 Seiten  
ISBN 978-3-643-11961-2**

Journalisten beschäftigen sich mit «wohlhabenden arabischen Medizintouristen» (welt.de, 18.10.2009), ein kranker Sultan spendet Millionen fürs neue Kinderkrankenhaus (sueddeutsche.de, 26.11.2014). Da geht es um unterfinanzierte Gesundheitssysteme, Dolmetscher und Gebetsecken sind eine günstige Gegenleistung. Dass es sich um kranke Menschen mit existentiellen Sorgen handelt, kommt dabei zu selten in den Blick, obgleich Europas Krankenhäuser voller Patienten und Angehöriger unterschiedlichster sprachlicher und religiöser Zugehörigkeit sind, darunter nur wenige Ölscheichs.

Warum kulturelle Vielfalt im und am Krankenbett bislang kaum Thema eines interdisziplinären Diskurses zwischen Ethik und Pastoraltheologie war, ist verwunderlich. Einzelbeiträge sind verstreut, größere Publikationen selten: Aus dem Podium *Christliche und muslimische Begleitung im Krankenhaus* des Evangelischen Kirchentags in Köln entstand gleichnamige Publikation (hrsg. von Klaus Temme, Düsseldorf<sup>2</sup>2008), ebenfalls aus evangelischer Sicht stammt der Tagungsband *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett* (hrsg. von Ulrich H. J. Körtner u.a., Wien 2009).

Die Klinikseelsorge steht heute allerdings vor einer doppelten Herausforderung, weil nicht nur die Präsenz von Patienten und Angehörigen unterschiedlicher Kulturen und Religionen inklusive entsprechender Moralssysteme zunimmt, sondern auch unterschiedslos von allen neuartige medizinethische Probleme bewältigt werden müssen. Anstöße zur Reflexion geben die Herausgeberinnen des hier zu besprechenden Sammelbands, Ergebnis einer Tagung in Frankfurt a.M. (2010), an der die Thematik über die bereits intensiver bear-

beitete muslimische Perspektive hinaus auf jüdische, buddhistische, hinduistische und griechisch-orthodoxe Sichtweisen erweitert wurde. Über ein Drittel der Beiträge sind Überlegungen zur bestehenden Praxis, insbesondere Ausbildung und Qualitätskontrolle, in Deutschland, der Schweiz und den USA gewidmet.

Die medizinethische Diskussion der religiös und kulturell pluralen Situation in der Krankenhauseeorge heute wird von der in Chicago tätigen Theologin und Ethikerin Hille Haker zunächst mit einem instruktiven historischen Überblick über die jüngere medizinethische Theoriebildung eröffnet. Davon ausgehend beurteilt sie angesichts komplexer Handlungssituationen die Reichweite der vier *Principles of Biomedical Ethics* nach Beauchamp und Childress eher skeptisch und kritisiert die permissiven Tendenzen säkularer Toleranzethiken. Die religiöse Pluralität legt für die Autorin oft eine zwischen Betroffenen und Religionsvertretern hinsichtlich des Autonomieprinzips geteilte Entscheidungsfindung zum Wohle der Patienten nahe, wobei die in der Praxis gelebte Religionsfreiheit ad intra nicht zu vergessen sei, d.h. sich trotz religiöser Bindung auf entsprechende Empfehlungen nicht unbedingt verpflichtet zu wissen. Sie plädiert für eine wissenschaftliche «Seelsorge-Ethik», die empirisch-deskriptiv eine Hermeneutik religiöser Normativität in medizinischen Fragen erarbeitet. Die Aufgabe der religiös pluralen Seelsorge liegt der Autorin zufolge darin, der Verletzlichkeit und Kontingenz des menschlichen Lebens eine Stimme zu geben, ohne dass dabei Religionen zum Widerstand gegen hochtechnisierte Heilverfahren stilisiert werden sollten.

Aus dem Inselspital Bern illustrieren Pascal Mösli und Hubert Kössler, welche Aufgabe der Seelsorge für genannte Entscheidungsprozesse im interreligiösen Kontext zukommen kann und geben Einblicke in darüber hinausreichende Herausforderungen. In drei weiteren Beiträgen wird zudem die Möglichkeit erkundet, wie sich Klinikseelsorge interreligiös konzipieren liesse. Hervorzuheben ist mit Blick auf psychiatrische, aber auch psychosomatische Zugänge Barbara Wolf-Brauns Auseinandersetzung mit jüngeren Entwicklungen in Sachen Exorzismus. Mit Ausnahme des vergleichenden Forschungsansatzes von Tabitha Walther fehlt die Expertise der Praktischen Theologie. Doch obgleich noch nicht alle auf ethische Begriffe gebracht wurden, sind die Erfahrungen aus der seelsorgerischen Praxis lesenswert. Der Band ist sowohl Seelsorgern, Theologen als auch Klinikträgern zu empfehlen, die sich davon zu weiterer Forschung oder Gestaltung inspirieren lassen wollen. Der interdisziplinäre Dialog mit der Ethik wäre zu intensivieren, wobei die eher religionswissenschaftlich orientierten Beiträge bereits typische normative Muster aller Weltreligionen für den medizinethischen Diskurs zugänglich machen.

Jörg Schwaratzki, Fribourg

### Ladislav Robert, Tamas Fulop (Eds) (2014). *Aging: Facts and Theories*

Karger Medical and Scientific Publishers (*Interdisciplinary Topics in Gerontology 39*), Basel, 216 pages ISBN 978-3-318-02652-8

Aging seems to be one of the great mysteries of our existence: On the one hand, it is nearly ubiquitous in nature, an essential feature of life as such. All living organisms are subject to aging, although in different forms and to different degrees. On the other hand, however, we still do not have an elaborate and comprehensive understanding of this universal process: Why does it occur, at all? What is its selective advantage in the evolution of species (if any)? And what are its underlying causes and mechanisms in individual organisms? Is it really inevitable or can we modify or even abolish aging, as the booming branch of “anti-aging” medicine and the fantastic visions of the “transhumanist” movement suggest? And what would this mean for our traditional view of the human condition?

The volume at hand aims to provide an overview of the state of the art of aging research. Edited by two recognized specialists in the field of biogerontology, it comprises twelve contributions by biologists and medical scientists, mainly from France and Canada. Under the programmatic banner of “scientific epistemology”, they present and discuss current approaches to explaining and controlling the biological mechanisms and consequences of aging. Although the leading catchphrase is never really specified, the underlying concern becomes apparent: To separate the domain of serious, evidence-based science from dubious, unfounded speculation (which the editors – irritatingly – seem to associate with philosophy). The thematic scope ranges from general considerations on the concept and evolution of aging and the regulation of longevity over the discussion of specific models of cellular senescence (e.g., mitochondria, oxidative stress, telomeres) to concrete aspects such as aging of the brain, of connective tissue, and the role of infectious proteins in dementia. Taken together, they convey a rather heterogeneous – and ultimately inconclusive – picture: It becomes clear that aging is neither a simple physical “wear and tear”-process in an entropic machine nor a genetically programmed mode of an organism’s biological self-destruction. Beyond these outdated notions, however, we are confronted with a conglomerate of different theoretical models, experimental hypotheses, and concrete empirical results.

In light of this wide range and great variety of topics and perspectives, it appears justified to ask in how far the volume actually fulfils the ambitious objectives its editors formulate in the preface. While many contributions definitely provide interesting and up-to-date snapshots of the ongoing research process (particularly those highlighting immunological and proteomic as-

pects of senescence and age-related diseases), they do not really add up to a comprehensive and coherent panorama of the state of the art – let alone a definite explanation of human aging as such. In fact, the editors themselves do not even seem to try to give a systematic account of the volume's overall composition, the status and meaning of the different contributions, and the sometimes complementary, sometimes competing, and sometimes completely disparate approaches and findings. Hence, we are provided with scattered pieces of the puzzle, but get neither the overall layout nor the

bulk of missing complements. All in all, the volume offers fascinating insights into some of the highly specialized fields and topical problems of cutting-edge biogerontological research (although the presentation may sometimes be a bit too technical for an interested lay audience). At the same time, however, it inadvertently demonstrates that aging is still much too mysterious to be left to the natural sciences alone.

*Mark Schweda, Göttingen*