

Leona J. Mörth-Nicola

**Āyurveda,  
das Wissen vom Leben – und vom Sterben?**

Eine qualitative Studie zur Spiritualität und zum Umgang mit dem  
Lebensende in der traditionellen indischen Medizin

**DISSERTATION**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktorin der Philosophie

Alpen-Adria Universität Klagenfurt | Wien | Graz  
Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung

**Erstgutachterin**

Ao. Univ.-Prof. Dr.<sup>in</sup> Birgit Heller  
Universität Wien  
Institut für Religionswissenschaft

**Zweitgutachter**

Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Heller M.A.  
Alpen-Adria Universität Klagenfurt | Wien | Graz  
Institut für Palliative Care und Organisationsethik

Wien, Januar 2016

## Zusammenfassung

Diese Dissertation untersucht in welcher Beziehung die Jahrtausende alte indische Medizin, der Āyurveda, einerseits zu Spiritualität und andererseits zu Sterben und Tod steht. Die ursprünglichen Fragen zu dieser Studie waren, ob es im Āyurveda eine eigene Palliative Care gibt bzw. ob Palliative Care ein dem Āyurveda natürlich innewohnendes Konzept ist. Anhand von qualitativen Interviews mit Āyurveda-ÄrztInnen in Indien und Österreich/Deutschland und der Analyse der alten āyurvedischen Quellentexte und zeitgenössischer Literatur, bei deren Auswertung die Grounded Theory als Basis gedient hat, zeigt sich, dass Āyurveda sehr unterschiedliche Zugänge zu den einzelnen Bereichen aufweist. Wenngleich die alten Schriften (Sammlungen), insbesondere die *Carakasamhitā*, die *Suśrutasamhitā* und *Vāgbhaṭas Aṣṭāṅghṛdaya* auch heute noch bei den Āyurveda-ÄrztInnen in Indien höchste Autorität genießen, ist doch deutlich zu erkennen, dass sich etwa das Berufsethos der heutigen Āyurveda-ÄrztInnen von dem der historischen Ärzte (*Caraka, Suśruta, etc.*) stark unterscheidet. Ebenso sind große Differenzen, sowohl in der āyurvedischen Praxis an sich, als auch im Umgang mit den PatientInnen, mit Spiritualität sowie mit Sterben und Tod bemerkbar, je nachdem ob Āyurveda in seinem Ursprungsland oder in Österreich und Deutschland ausgeübt wird. Wobei sich diese Studie grundsätzlich der professionellen Perspektive des Āyurveda widmet und sich die empirische Untersuchung ausschließlich auf die AnwenderInnen (ÄrztInnen) des Āyurveda bezieht und nicht auf die NutzerInnen (PatientInnen/KonsumentInnen).

Nach einer theoretischen Einführung in die Grundprinzipien des Āyurveda werden in vier einzelnen Abschnitten die āyurvedische Praxis, Spiritualität im westlichen (modernen) als auch im āyurvedischen Kontext, die unterschiedlichen Zugänge zu Sterben und Tod (moderne westliche Perspektive und āyurvedische), sowie das Verständnis von Palliative Care und einer möglichen āyurvedischen Interpretation dazu anhand der empirischen Untersuchung beleuchtet. Besondere Beachtung findet im letzten Abschnitt die Spiritual Care, um die drei zentralen Themen der Studie – Āyurveda, Spiritualität und Umgang mit dem Lebensende – natürlich zusammen zu führen.

Zuletzt werden in einem Fazit die Ergebnisse gesammelt dargestellt.

## Abstract

The following dissertation examines the relationship of the age-old medicine of Āyurveda to spirituality as well as death and dying. The original question was if Āyurveda has its own palliative care or if palliative care is an inherent concept of Āyurveda.

Based on qualitative interviews with Āyurvedic doctors in India and Austria/Germany as well as the analysis of the old Āyurvedic scriptures and contemporary literature - using the evaluation of the Grounded Theory as its base - Āyurveda offers differing approaches to the various topics.

Even though the old scriptures (collections), especially *Carakasamhitā*, *Suśrutasamhitā*, and *Vāgbhaṭas Aṣṭāṅgahṛdaya*, still have great authority amongst Āyurvedic doctors in India today, the professional ethics of current Āyurvedic doctors differs widely from the historic doctors (*Caraka*, *Suśruta*, etc.). Depending on whether Āyurveda is exercised in its country of origin or Austria and Germany, we can see major differences in the practice of Āyurveda itself, as well as the handling of patients, spirituality, and death and dying. This study, however, only focuses on the professional perspective of Āyurveda. The empirical analysis solely emphasises on the practitioners (doctors) of Āyurveda and not its users (consumers/patients).

After a theoretic introduction to the basic principles of Āyurveda, the paper examines in four segments Āyurvedic practise, spirituality in the West (modern world) and in the Āyurvedic context, the different approaches to death and dying (from a modern Western as well as an Āyurvedic perspective), and the understanding of palliative care and a possible Āyurvedic interpretation based on empirical research.

The last segment gives special attention to spiritual care in order to unite the three central topics of the study – Āyurveda, spirituality, and dealing with the end of life.

The conclusion presents the collected results.

## **Vorbemerkung**

Mein herzlicher Dank geht an Prof. Dr.<sup>in</sup> Birgit Heller und Prof. Mag. Dr. Andreas Heller für die Betreuung dieser Arbeit.

Danke an meine Eltern, meinen Mann, meine Freundinnen und Freunde.

Vielen Dank an mein Team im Āyurveda-Verein Nexenhof, insbesondere an meine Mutter Renata Mörth und meine Kollegin Britta Herrmann, die mir so lange Zeit den Rücken freigehalten haben.

Danke Margit Preis.

In Erinnerung an meinen Großvater, dem mein Studienabschluss viel bedeutet hätte und an meinen Schwiegervater, der kurz vor Fertigstellung der Dissertation verstorben ist und mich so hautnah mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert hat.

Mein innigster Dank gebührt meiner Tochter und meinem Baby, das ich im Sommer erwarte, euer Dasein erfüllt mich jeden Tag mit Freude!

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>3</b>
<b>Vorbemerkung.....</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Persönlicher Zugang und Arbeitsprozess .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Fragestellung .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Methode .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 Interviewsituation .....	21
1.3.2 Kontext der Interviewten .....	23
<b>2 Einführung in die Tradition des Āyurveda.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Geschichtlicher Überblick über den Āyurveda .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Einführung in die Grundbegriffe des Āyurveda .....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Die drei <i>doṣa</i> -s.....	34
2.2.1.1 <i>Vāta</i> – das Prinzip der Bewegung .....	36
2.2.1.2 <i>Pitta</i> – das Prinzip der Transformation.....	39
2.2.1.3 <i>Kapha</i> – das Prinzip der Stabilität.....	43
2.2.2 Konstitution .....	46
2.2.3 <i>Sattva</i> – <i>Rajas</i> – <i>Tamas</i> .....	48
2.2.4 Die sieben <i>dhātu</i> -s (Gewebe) .....	50
2.2.5 Ursachen für die Entstehung von Ungleichgewicht.....	51
2.2.6 Vier Säulen der āyurvedischen Therapie .....	53
2.2.7 Therapiemethoden.....	55
2.2.7.1 Tägliche Routine ( <i>dinacaryā adhyāya</i> ) .....	56
2.2.7.2 Die drei Säulen der Gesundheit – Ernährung, Schlaf und Sexualität .....	57
2.2.7.3 Körpertherapien und Reinigung ( <i>Pañcakarma</i> ) .....	58
2.2.7.4 Drogen (Arzneien) .....	59
<b>2.3 Westliche Rezeption – Āyurveda im deutschsprachigen Raum .....</b>	<b>60</b>
2.3.1 Praktizierter Āyurveda im deutschsprachigen Raum .....	60
2.3.1.1 Der Weg in den Westen.....	60
2.3.1.2 Anbieter und Ausbildungen.....	63

2.3.2 Āyurveda Literatur im deutschsprachigen Raum .....	66
<b>3 Āyurveda in Theorie und Praxis – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.....</b>	<b>73</b>
<b>3.1 Gesundheit und Krankheit .....</b>	<b>73</b>
3.1.1 Definition von Gesundheit .....	74
3.1.2 Definition von Krankheit .....	81
3.1.3 Klassifizierung von heilbaren und unheilbaren Krankheiten.....	82
3.1.4 Diagnose.....	84
3.1.5 <i>Ariṣṭa Lakṣaṇa</i> – Erkennen des bevorstehenden Todes.....	89
<b>3.2 Ernährung.....</b>	<b>97</b>
<b>3.3 Therapiemethoden .....</b>	<b>102</b>
3.3.1 (a) Fokus auf die Vergabe von Arzneien/Kräutern .....	102
3.3.2 (b) Ölanwendungen.....	106
3.3.3 (c) Kombination unterschiedlicher Methoden .....	109
3.3.4 (d) Rasāyana und Pañcakarma .....	112
3.3.5 (e) Anpassen der Behandlung an die Ursache der Symptome .....	114
<b>3.4 Āyurveda und die moderne naturwissenschaftliche Medizin .....</b>	<b>116</b>
3.4.1 Holistischer Zugang .....	118
3.4.2 Verhältnis von Āyurveda und der modernen naturwissenschaftlichen Medizin .....	120
3.4.2.1 (a) Positives Verhältnis von Āyurveda und moderner naturwissenschaftlicher Medizin.....	121
3.4.2.2 (b) Feindseligkeit seitens der modernen naturwissenschaftlichen Medizin .....	125
3.4.2.3 (c) Vorbehalte gegenüber der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aus Sicht der Āyurveda-ÄrztInnen..	126
3.4.2.4 Āyurveda als 2.Wahl.....	129
<b>4 Āyurveda – Ein spirituelles Konzept? .....</b>	<b>133</b>
<b>4.1 Definition von Spiritualität .....</b>	<b>133</b>
<b>4.2 Spirituell praktizierter Āyurveda im Westen .....</b>	<b>148</b>
<b>4.3 „New Age Āyurveda“ oder Āyurveda als Religion?.....</b>	<b>151</b>
<b>4.4 Spirituelle Aspekte des Āyurveda in den Schriften .....</b>	<b>156</b>

<b>4.5 Spiritualität im gelebten Āyurveda (Indien &amp; Österreich/Deutschland)</b>	<b>165</b>
4.5.1 Die Aufgaben von Spiritualität in der āyurvedischen Praxis .....	167
4.5.2 Spiritualität und Lebensqualität .....	175
<b>5 Sterben und Tod – Umgang mit dem Lebensende.....</b>	<b>179</b>
<b>5.1 Sterben und Tod im deutschsprachigen Raum.....</b>	<b>179</b>
<b>5.2 Der „natürliche“ Zugang zum Tod.....</b>	<b>182</b>
<b>5.3 Sterben in Indien.....</b>	<b>185</b>
5.3.1 Das religiös-kulturelle Ideal .....	185
5.3.2 Menschen am Lebensende aus āyurvedischer Sicht.....	187
<b>5.4 Prädestination, <i>karma</i> und Wiedergeburt.....</b>	<b>188</b>
5.4.1 Prädestination .....	191
5.4.2 <i>Karma</i> .....	195
5.4.2.1 <i>Karma</i> aus dem vorigen Leben.....	196
5.4.2.2 <i>Karma</i> aus diesem Leben.....	200
5.4.2.3 Schuld.....	201
5.4.3 <i>Punarjanma</i> – Wiedergeburt.....	204
5.5 Die Haltung der Āyurveda-ÄrztInnen .....	208
5.5.1 Das Berufsethos der Vaidyas.....	208
5.5.2 Hoffnung und Achtsamkeit im Umgang mit schwerkranken Menschen..	
.....	211
<b>5.6 Verdrängung von Sterben und Tod.....</b>	<b>217</b>
<b>5.7 Tabu des Todes – Sprachlosigkeit und Kommunikation im Angesichts</b>	
<b>des Todes .....</b>	<b>224</b>
<b>5.8 Angst vor Sterben und Tod.....</b>	<b>244</b>
<b>6 Prinzipien von Palliative Care und Spiritual Care im Āyurveda.....</b>	<b>253</b>
<b>6.1 Prinzipien von Palliative Care im Āyurveda.....</b>	<b>253</b>
6.1.1 Palliative Care .....	253
6.1.2 Das Konzept von Palliative Care im Āyurveda .....	255
6.1.3 Radikale PatientInnenorientierung und Interdisziplinarität .....	258
6.1.4 (Künstliche) Ernährung am Lebensende.....	260
6.1.5 Ende der Therapie .....	269

6.1.6	Institutionalisierung/Professionalisierung .....	270
<b>6.2</b>	<b>Spiritual Care und Āyurveda .....</b>	<b>276</b>
6.2.1	Spiritual Care .....	276
6.2.2	Āyurvedische Anthropologie .....	281
6.2.3	Spiritual Care im Āyurveda .....	289
<b>7</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>293</b>
	<b>Abkürzungen .....</b>	<b>308</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>309</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>324</b>
1	Interviewleitfaden Englisch.....	324
2	Interviewleitfaden Deutsch .....	325
3	CD-Rom mit transkribierten Interviews .....	326

# 1 Einleitung

„Anstatt die Kritik an der Schulmedizin zu formulieren und die Schulmedizin zu verändern, wenden sich viele Praktizierende und Verbraucher alternativen Heilsystemen zu.“<sup>1</sup>

So oder so ähnlich wird immer wieder erklärt, warum alternative oder komplementäre Heilmethoden in den letzten Jahrzehnten einen regelrechten Boom erleben. Die Menschen werden selbst aktiv, wollen informiert werden und in ihrer Behandlung mitbestimmen. Es scheint als hätten die GöttInnen in Weiß an Autorität eingebüßt. Aber der Schein trügt. Betrachtet man beispielsweise die Geburtenstatistik, zeigt sich, dass sich nur rund 2% der Frauen in Österreich für eine Hausgeburt entscheiden, also einer Geburt frei von medizintechnischer Institution, und dass die Kaiserschnitttrate hingegen bei 30% liegt, wobei nur bei rund 10% eine eindeutige medizinische Indikation vorliegt.<sup>2</sup> 98% der Geburten finden also im Spital statt. Fragt man die Frauen warum, sagen sie, dass sie sich nicht getraut hätten zu Hause zu entbinden. Die meisten Frauen verzichten sogar darauf sich eine eigene Wahlhebamme ins Spital mitzunehmen und übergeben sich gefügig den Händen von Fremden. Freilich, eine Wahlhebamme ist auch mit zusätzlichen Kosten verbunden. Mit dem Sterben verhält es sich nicht anders, auch hier wird kaum zu Hause, sondern vor allem in Institutionen gestorben. Die Hörigkeit gegenüber der modernen naturwissenschaftlichen Medizin<sup>3</sup> ist also ungebrochen.

Dennoch ist die Kritik an der modernen naturwissenschaftlichen Medizin kaum zu überhören. Aber auch andere medizinische Systeme sind starker Kritik ausgesetzt. Die vorliegende Arbeit ist sicherlich bis zu einem gewissen Grad medizinkritisch (sowohl dem Āyurveda gegenüber als auch der modernen naturwissenschaftlichen Medizin) aber sicher nicht polemisch für oder gegen eines der beiden Systeme zu verstehen.

---

<sup>1</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 28

<sup>2</sup> Vgl. UNGER; Meine Narbe.

<sup>3</sup> Ich verwende im Folgenden meist den Begriff moderne naturwissenschaftliche Medizin, da genau genommen auch andere medizinische Systeme, wiez.B. der Āyurveda, eine „Schulmedizin“ sind, was nichts anderes bedeutet, als dass sie an einer Hochschule gelehrt werden. In Indien ist Āyurveda ein fünfjähriges Studium an der Universität.

Diese vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit drei großen Themenbereichen: Āyurveda, Spiritualität und dem Umgang mit dem Lebensende.

Im ersten Kapitel werden der persönliche Zugang, die Fragestellung und Methode, sowie die Rahmenbedingungen einer qualitativen Untersuchung dargestellt. Kapitel zwei und drei beschäftigen sich mit dem ersten großen Bereich, dem Āyurveda. Kapitel zwei umfasst eine kurze theoretische Einführung in die Lehre des Āyurveda wobei auf gängige Themen wie Ernährung nur überblicksmäßig eingegangen wird, da eine detailliertere Darstellung in diesem Rahmen irrelevant ist. Anschließend wird untersucht, wie Āyurveda im deutschsprachigen Raum praktiziert und dargestellt wird. Hier gibt es vor allem zwei Ebenen die interessant sind: Die theoretisch philologische in Form des akademischen Diskurses und eine praktisch populärwissenschaftliche im Sinne des angewandten Āyurveda. Kapitel zwei ist nicht Teil der empirischen Untersuchung, sondern reine Literaturrecherche. Die empirische Untersuchung beginnt mit Kapitel drei, wobei die Ergebnisse der Interviewauswertung mit den Ergebnissen der Literaturrecherche kombiniert werden. Diese Methode wird auch in den darauf folgenden Kapiteln angewandt. Nach der theoretischen Einführung in den Āyurveda befasst sich Kapitel drei mit bestimmten Aspekten wie dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis, den Therapiemethoden und ihren Wertigkeiten, sowie dem Verhältnis zwischen Āyurveda und der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aus der Sicht indischer und europäischer Āyurveda-ÄrztInnen (im Folgenden auch Vaidyas genannt). Einerseits wird hier das Selbstverständnis der praktizierten āyurvedischen Medizin sichtbar, ihre Stärken aber auch ihre Unsicherheiten, andererseits zeigen sich die Arbeitsweise der Vaidyas und mögliche Anwendungsfelder für den westlichen Raum.

Kapitel vier widmet sich der Spiritualität. Zunächst wird der aktuelle Diskurs um den Spiritualitätsbegriff im deutschsprachigen Raum dargestellt und anschließend untersucht, in welchem Verhältnis Āyurveda zur Spiritualität steht. Āyurveda wird hier wiederum unterschieden in westlich europäischen, gelebten indischen und dem Āyurveda, wie er in den alten Schriften dargestellt ist. Für die hinduistische Spiritualität und vor allem im Zusammenhang mit dem Lebensende

relevant sind die Vorstellungen von *Karma* und Reinkarnation, welche in Kapitel fünf betrachtet werden. Dieses Kapitel befasst sich mit dem Umgang mit dem Lebensende, und mit seinen Idealen, sowohl aus europäischer als auch aus hinduistischer Sicht. Des Weiteren sind Themen wie Angst, Tabuisierung und Verdrängung zentral in diesem Abschnitt. In Kapitel sechs wird auf die Prinzipien der Palliative Care, als auch der Spiritual Care Bezug genommen und ob und wie sich diese im Āyurveda wieder finden lassen. Dazu wird unter anderem die āyurvedische Anthropologie untersucht.

Zuletzt werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in einem Fazit zusammengefasst.

## **1.1 Persönlicher Zugang und Arbeitsprozess**

Ich bin seit 2003 im Āyurveda-Verein Nexenhof als Āyurveda-Praktikerin und Lehrerin tätig und habe im Āyurveda meine große Leidenschaft gefunden. Āyurveda heißt übersetzt „das Wissen vom Leben“ und bedeutet für mich, die oder der Wissende des eigenen Lebens zu werden, in dem zwar vieles für viele gilt aber doch nicht alles für alle. Āyurveda ist dafür ein Werkzeug, aber sicher nicht das einzige und auch andere Wissenschaften, sofern sie ohne Vorurteile und mit der Möglichkeit auf Unstimmigkeiten betrachtet werden, können zu diesem Ziel führen. Āyurveda ist meiner Meinung nach ein sehr kluges System, das in vielen Bereichen und Ansichten, wenngleich sicher nicht in allen, bis heute seine Gültigkeit hat. Die Trefferquote ist immer wieder erstaunlich.

Ich war als Fünfjährige mit meiner Mutter zum ersten Mal in Indien, wo wir einige Wochen in einem *Āśram* verbracht haben. Diese Erfahrungen mit indischer Spiritualität und Philosophie haben wir mit in mein Geburtshaus, den Nexenhof, gebracht, der seit 1975 ein Ort ist, an dem alternatives Gedankengut (angefangen von Wohngemeinschaft über Körperpsychotherapie, Schamanismus oder Hexenkult und Feminismus bis hin zu Yoga und Āyurveda) geübt, gelernt und gelehrt wird. So sind mir Zeit meines Lebens *Cakralehre*, Reinkarnationsglaube, alternative Schulformen oder Naturheilkunde ein Begriff. Im Gegensatz dazu war mir die christliche Religion weitgehend fremd und alles,

was ich darüber weiß, habe ich im Rahmen meines Religionswissenschaftsstudiums erfahren. Mit anderen Worten: Ich bin ein Kind des New Age und ohne bestimmten religiösen Hintergrund aufgewachsen und falle in jene Gruppe von Menschen, die sich als spirituell, nicht aber als religiös bezeichnen. Im Zuge der Spiritualitätsdefinition für diese Arbeit bin ich nicht nur einmal an die Grenzen meines eigenen Selbstverständnisses gestoßen. Auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod ist nicht weniger emotional und mein Bild und Verständnis von Leben und Tod wurde mehrmals empfindlich berührt. Letztlich war es ein langer Weg, diese Arbeit zu schreiben und einen „roten Faden“ zu finden und ohne die eineinhalbjährige Pause, die ich dank der Geburt meiner Tochter eingelegt habe, wäre es mir vielleicht nie möglich gewesen, diesen zu finden.

Ursprünglich lautete der Titel dieser Arbeit „Palliative Care (ev. Hospiz), mit besonderer Berücksichtigung der Spiritualität, im Āyurveda im Raum Maharashtra (Indien) und mögliche positive Einflüsse auf den Westen“. Bei der ersten Studienreise nach Mumbai und Pune (beides in Maharashtra, Indien) konzentrierte ich mich vor allem auf ein Āyurveda-Spital und die einzige Palliativ-Station in Mumbai. Im Āyurveda-Spital konnte ich nichts zu dem Thema Palliative Care erfahren, nachdem dieser Begriff allen Befragten völlig fremd war. In der Palliativ-Station hatte ich die Möglichkeit, zwei Mal mit dem mobilen Palliativ-Team in den Slums Hausbesuche zu machen und konnte auch in der Ambulanz einigen Gesprächen beiwohnen, sowie Interviews führen. Allerdings ist diese Institution rein auf die moderne naturwissenschaftliche Medizin ausgerichtet und eine Verbindung mit Āyurveda nur sehr entfernt angedacht. So waren diese Erfahrungen zwar tief beeindruckend, für das Dissertationsvorhaben jedoch wenig verwertbar. Die Präsentation meiner Forschungsergebnisse im DissertantInnen-Kolleg führte zu der Entscheidung das Thema auf Āyurveda einzugrenzen. Die zweite Forschungsreise ein Jahr später, dieses Mal nach Kerala, Mumbai und Pune löste allerdings einen Desillusionierungsprozess aus, der mich anfangs in dem Glauben ließ, mein gesamtes Dissertationsvorhaben, meine bisherigen Bemühungen und Interviews seien völlig unbrauchbar. Ich konnte feststellen, dass mein Zugang stark von meinen Vorstellungen und

Emotionen über Āyurveda, Indien und meinem Bild von einem natürlichen Zugang zu Sterben und Tod geprägt war und sich dieser wenig mit dem ersten Eindruck, den die Interviews vermittelten, deckte. Für mich war der natürliche Zugang zu Sterben und Tod angstfrei und akzeptierend, da er letztlich doch das Ziel jedes Lebens und unausweichlich ist und ich den Tod bis dahin auch nicht als Angst einflößend erlebt habe. Mit 16 Jahren war ich bei dem Sterben meiner Tante nach einer fünfjährigen ALS- Erkrankung dabei. Sie starb bei uns zu Hause im Rahmen ihrer Familie und das einzig Erschreckende war die Ankunft des Rettungsteams und deren unsensibler Umgang. Die Sanitäter wollten meine Tante, gemäß den Vorschriften mit ins Spital nehmen, was wir verweigerten und versichern mussten die Kosten zu tragen, sollte meine Tante nicht in diesem Moment versterben. Wir dachten, dass meine Tante stark verschleimt wäre und abgepumpt werden müsste, was das Rettungsteam auch tat, allerdings ohne Erfolg. Heute weiß ich, dass sie nicht verschleimt war, sondern bereits die Rasselatmung eingesetzt hatte, ein Anzeichen des eintretenden Todes. 1996 hat uns das leider niemand erklärt. Ich war erleichtert als meine Tante endgültig aufhörte zu atmen und der Tod festgestellt wurde (wir lehnten auch eine Wiederbelebung mittels Elektroschock ab) und hatte das Gefühl, dass sie gut sterben konnte. Neben dem Gefühl der Trauer verspürte ich auch ein erhebendes Gefühl und die Nacht der Totenwache war für uns alle ein sehr schönes Erlebnis. Ich hatte erwartet, diese Einstellung im Āyurveda wieder zu finden, musste aber im Rahmen dieser Arbeit feststellen, dass mein Bild wohl zu romantisch gefärbt und teilweise realitätsfremd war. Aus meiner Erfahrung als Āyurveda-Praktikerin weiß ich allerdings, dass ich mit dieser Vorstellung nicht alleine dastehe und dass gerade in der „esoterischen Szene“ Āyurveda gerne mit diesem romantischen Bild verbunden wird. Es war sehr schwierig, trotz dieser Desillusionierung bei dem gewählten Thema zu bleiben und erst die verstärkte Konzentration auf die Spiritualität in diesem Zusammenhang machte ein Weiterkommen möglich. Diese erweiterte Perspektive relativierte diese Enttäuschung grundlegend und die vielen verschiedenen Gesichter des Āyurveda konnten stärker in den Vordergrund rücken.

Āyurveda ist ein System, das stark auf der sinnlichen Wahrnehmung und deren Interpretation basiert, es ist in einem Land entstanden das fast halb so groß ist wie ganz Europa. Die Lehre des Āyurveda hat sich vor mindestens 2000 Jahre entwickelt, wurde von vielen Kulturen beeinflusst und verbreitet sich nun in weite Teile der Welt. Dass es hier zu vielen verschiedenen Auslegungen kommt, liegt also in der Natur der Sache.

Alle drei Themen, Āyurveda, Spiritualität und Sterben, sind für mich existentiell und emotional sehr bedeutsam, die Objektivität zu wahren war mitunter eine der schwierigsten Aufgaben beim Verfassen dieser Arbeit. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung ist mein Schwiegervater an Krebs verstorben. Die Krankheit wurde ihm etwa drei Wochen vor seinem Tod diagnostiziert und in diesen insgesamt fünf Wochen im Spital wurde mir vielfach bestätigt, wie wenig sich die Prinzipien von Palliative Care bislang im Krankenhaus durchgesetzt haben und wie wichtig eine gute Betreuung, sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen wäre. Trotzdem habe ich den Eindruck, dass er in Frieden gegangen ist und auch die Familie sich in Liebe von ihm verabschieden konnte.

## 1.2 Fragestellung

Diese Arbeit hat drei zentrale Themen zum Inhalt: (1) Āyurveda, (2) sein Verhältnis zur Spiritualität sowie (3) den Umgang mit dem Lebensende. Zu diesen Themen werden die folgenden Annahmen untersucht:

**Annahme 1: Āyurveda geht auf allen Ebenen auf die Bedürfnisse der PatientInnen ein.**

Im Gegensatz zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin werden die PatientInnen im Āyurveda in ihrer Gesamtheit wahrgenommen. In der modernen naturwissenschaftlichen Medizin werden PatientInnen vielfach mit Medikamenten abgefertigt, ohne das Gesamtbild des Menschen zu betrachten, sie werden anhand technischer Werte für gesund oder krank erklärt und die Sicht auf den Menschen ist eine mechanische. Die āyurvedische Behandlung umfasst verschiedene Bereiche (Massage, Reinigung, Arzneien, etc.) und die Diagnose

Gesundheit und Krankheit basiert verstärkt auf dem subjektiven Empfinden von PatientInnen als auch ÄrztInnen.

Diese Annahme wird insbesondere an der Definition von Gesundheit und Krankheit, den Therapiemethoden und den Diagnosemöglichkeiten untersucht.

### **Annahme 2: Āyurveda ist ein spirituelles Konzept.**

Im Westen gilt in Bezug auf Āyurveda weitläufig das Bild „everything is spiritual“<sup>4</sup>. Fragt man nach dem Verhältnis zwischen Āyurveda und Spiritualität, muss zuerst geklärt werden was mit dem Begriff der Spiritualität gemeint ist (die Diskussion um den Spiritualitätsbegriff beschränkt sich in dieser Arbeit auf den deutschsprachigen Raum). Weiters wird untersucht, ob Āyurveda tatsächlich als ein spirituelles Konzept verstanden werden kann und ob es Unterschiede zwischen Indien und dem deutschsprachigen Raum, sowie zwischen gelebtem (praktiziertem) und theoretischem (akademischem) Āyurveda gibt.

### **Annahme 3: Āyurveda hat einen „positiven“ Zugang zu Sterben und Tod.**

Palliative Care und der Umgang mit dem Lebensende gewinnen in der modernen westlichen Welt mehr und mehr an Bedeutung. Die Grenzen zwischen Leben und Tod verschwimmen und der Mensch steht ob der medizintechnischen Entwicklungen heute vor Entscheidungen, die es bis vor einigen Jahrzehnten in dieser Form nicht gab.

In diesem Zusammenhang ist als erstes zu untersuchen, was mit einem „natürlichen“ (positiven) Zugang zu Sterben und Tod gemeint ist. Weiters stellt sich die Frage, wie die Beziehung zwischen der indischen autochthonen Medizin, dem Āyurveda und dem Phänomen Sterben/Tod darstellt. Indien ist ein Land, in dem Religiosität/Spiritualität heute nach wie vor sehr präsent ist. Wirkt sich dieser spirituelle Bezug auf die Medizin und ihren Umgang mit dem Lebensende aus? Führt beispielsweise der Reinkarnationsglaube zu einem positiven Zugang zu Sterben und Tod im Āyurveda? Entspricht das Verhalten der āyurvedischen ÄrztInnen dieser Spiritualität, so Āyurveda als spirituelles Konzept verstanden werden kann?

---

<sup>4</sup> ZYSK; New Age Āyurveda; S. 24.

Untersucht wird diese Thematik unter anderem anhand der Information über den bevorstehenden Tod, die von den ÄrztInnen an die PatientInnen weitergegeben wird.

**Annahme 4: Palliative Care ist ein dem Āyurveda innewohnendes Konzept.**

Die Frage dahinter lautet, ob es so etwas wie eine āyurvedische Palliative Care gibt oder ob sich die Behandlung von palliativen und kurativen PatientInnen in diesem Medizinsystem nicht unterscheidet. Werden Menschen also unabhängig von ihrem gesundheitlichen Status nach den gleichen Kategorien behandelt? Ist Palliative Care organischer Bestandteil des Āyurveda? Ebenso wird untersucht, ob und wie sich die Konzepte der Spiritual Care im Āyurveda finden lassen.

**Annahme 5: Āyurveda wäre eine sinnvolle Bereicherung für die Palliative Care.**

Letztlich stellt sich auch die Frage, ob die moderne naturwissenschaftliche Medizin bzw. der Bereich der Palliativ Care von dem āyurvedischen Wissen profitieren kann. Sind im Āyurveda Methoden zu finden, die Unterstützung in der Behandlung von PalliativpatientInnen bieten können? Bzw. könnte das āyurvedische Gedankengut hilfreich in der Entscheidungsfindung sein, ob und wie ein Mensch weiter behandelt werden soll?

### **1.3 Methode**

Da die Sanskritkenntnisse der Verfasserin nicht ausreichen um selbstständig diverse Texte zu übersetzen, werden gängige indische Übersetzungen ins Englische verwendet. Als Quellenliteratur werden vor allem die *Carakasamhitā*, die *Suśrutasamhitā* und *Vāgbhaṭas Aṣṭāṅghṛdayam* verwendet, da diese die wichtigsten Werke und die Basis des āyurvedischen Wissens bilden. Um die Grundbegriffe des Āyurveda zu erklären, dient in der vorliegenden Arbeit vor allem das *Aṣṭāṅghṛdayam* als Grundlage, welches die Prinzipien besonders übersichtlich zusammenfasst. Die drei Texte besitzen höchste Autorität und nachdem es nicht Ziel der Arbeit ist, den Āyurveda ausführlich in seinen

Grundstrukturen zu erklären, ist es auch nicht notwendig, diese anhand unterschiedlicher Literatur darzustellen.<sup>5</sup>

Der Āyurveda ist vor mindestens 2000 Jahren im alten Indien entstanden und wird den Wissenschaften, den *Śāstras* zugeordnet.<sup>6</sup> Wer sich mit Āyurveda beschäftigt, taucht unweigerlich in das alte indische (hinduistische) Verständnis von Raum und Zeit ein. Ein Verständnis, das sich deutlich vom europäischen unterscheidet. Zeitrechnung in Europa ist linear, in Indien verlief die Zeit zyklisch und auch heute sind die *yugas*, die vier zyklischen Weltzeitalter fester Bestandteil vieler hinduistischer Traditionen. Welche Bedeutung der Raum bzw. die Himmelsrichtungen in dieser Tradition haben, zeigt sich in einer Studie die an SchülerInnen im Alter von elf bis 15 Jahren einer Sanskrit-Schule durchgeführt wurde. 80% der Kinder der Sanskrit-Schule waren in der Lage die Himmelsrichtungen sowohl im Freien als auch im Testraum, nach einer Drehung mit verbundenen Augen richtig zu benennen. Gleichaltrige Kinder in Genf scheiterten bei dieser Aufgabe im Gegensatz dazu zu 100%. Aber auch SchülerInnen einer Hindi-Schule (43%) schnitten in einer ähnlichen Studie verhältnismäßig schlecht gegenüber den Sanskrit-SchülerInnen (87%) ab. Diese herausragende Leistung wird auf den hohen Stellenwert der acht Himmelsrichtungen in der vedischen Sanskritliteratur zurückgeführt.<sup>7</sup> Voraussetzung in der Untersuchung des Āyurveda ist es also, sich der eurozentrischen Sicht auf Wissenschaft und Kultur bewusst zu sein und die Andersartigkeit des Kulturkreises nicht aus den Augen zu verlieren. So geht der Indologe Martin Mittwede von der Annahme aus, „dass die āyurvedischen Konzepte nicht besser oder schlechter als die modernen sind, sondern einfach nur anders.“<sup>8</sup> Sowohl die moderne naturwissenschaftliche Medizin als auch diverse komplementäre oder alternative Medizinsysteme wirken oft polarisierend und erhitzen die Gemüter, ein wertfreier Zugang und die Akzeptanz der Andersartigkeit gehen mitunter verloren. Dazu kommt, wie auch bei den

---

<sup>5</sup> Vergleichbar wäre es nicht notwendig das Herz-Kreislaufsystem nach verschiedenen Anatomiebüchern zu zitieren.

<sup>6</sup> Vgl. MICHAELS; Der Hinduismus; S. 73.

<sup>7</sup> Vgl. SPITZER; Digitale Demenz; S. 43 ff.

<sup>8</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 12.

Religionen, das Problem die geeignete Terminologie zu finden, bzw. die Begriffe sinngemäß zu übersetzen. So werden Grundbegriffe wie die *doṣas* etwa immer wieder mit *Humores* umschrieben, analog zur griechischen Humoralpathologie.<sup>9</sup> In der vorliegenden Arbeit werden diese Begriffe weitgehend nicht übersetzt.

Es wurden zwei Studienreisen nach Indien mit jeweils drei Wochen Aufenthalt in zwei aufeinander folgenden Jahren durchgeführt. Die erste Reise beschränkte sich auf Mumbai und Pune (beides in Maharashtra), die zweite wurde auf Kollam (Kerala) ausgedehnt. Die erste Reise diente vor allem einer Orientierung und beschränkte sich, wie bereits weiter oben angeführt auf ein Āyurveda-Spital und die Palliativ-Station eines modernen naturwissenschaftlichen Spitals in Mumbai. Die hier geführten Interviews wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen. Während der zweiten Reise konnten insgesamt neun Interviews mit Āyurveda-ÄrztInnen (eines mit zwei Personen gleichzeitig) geführt werden, wobei nur sieben davon ausgewertet wurden, da ein Interview auf Grund technischer Schwierigkeiten nicht aufgezeichnet wurde und eines inhaltlich zu sehr vom Thema abdriftete.

In Österreich wurden eine deutsche Āyurveda-Ärztin und ein österreichischer Āyurveda-Arzt mit indischer Abstammung interviewt. Zur Zeit der Interviewdurchführung waren nicht mehr als eine Hand voll Āyurveda-ÄrztInnen in Österreich tätig, wobei das Interview von einem Maharishi-Āyurveda-Arzt abgelehnt wurde, da er bei einer Tagung im November 2008 im Gesundheitsministerium in Wien zum Thema Āyurveda Medizin aufgrund seiner „Sektenzugehörigkeit“ (Maharishi) von Seiten des Ministeriums als Redner nicht zugelassen wurde.

Die Interviews wurden als „teilstrukturierte Form der Befragung“<sup>10</sup> geführt, das heißt ein vorbereiteter Interviewleitfaden diente als Grundlage für das Gespräch, jedoch gestaltet sich die Gesprächsführung offen. So kann sich im Lauf des Dialogs die Abfolge ändern bzw. auf sich entwickelnde Fragen eingegangen

---

<sup>9</sup> Vgl. MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 89.

<sup>10</sup> ATTESLANDER; Methoden der empirischen Sozialforschung; S. 125

werden. Der Interviewleitfaden gliederte sich im Durchschnitt in 16 Fragen. Die Interviews in Indien wurden in Englisch durchgeführt, in Österreich auf Deutsch.

Die Auswahl der einzelnen Befragten war explorativ angelegt, beschränkt sich aber auf die Gruppe der AnwenderInnen (ÄrztInnen). Nicht miteinbezogen in die empirische Untersuchung sind die NutzerInnen (PatientInnen/KonsumentInnen) des Āyurveda, da sich diese Arbeit grundsätzlich der Frage widmet, wie Āyurveda sich aus einer professionellen Perspektive heraus versteht.

Die Interviews wurden durch persönliche Befragung, von jeweils ein und derselben Person durchgeführt. Das Gespräch wurde mit Einverständnis der TeilnehmerInnen aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Die Datenanalyse dieser Arbeit orientiert sich an der „Grounded Theory“, die sich weniger als eine bestimmte Methode oder Technik versteht, sondern mehr als Form der qualitativen Datenanalyse die mehrere charakteristische Methoden wie das *Kodieren* von Daten oder das *Theoretical Sampling* vereint, um so Theorien zu entwickeln und zu verdichten. Es gilt, nicht starr an der Methode festzuhalten und anhand derer „effektive Theorien“ zu bilden, vielmehr geht es darum die Faustregeln zu beherzigen, diese den eigenen Forschungsinhalten und Bedürfnissen anzupassen und umzusetzen.<sup>11</sup> Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass eine Hypothese erst entworfen (Induktion), dann ausgearbeitet (Deduktion) und schließlich überprüft (Verifikation) wird.<sup>12</sup> Dennoch steht nicht das Verifizieren von Theorie im Vordergrund, sondern das Generieren. Wer sich rein auf die Verifizierung von Theorien konzentriert läuft Gefahr, diese zu früh festzulegen und lediglich nach Beweisen dafür oder dagegen zu suchen. Dabei wird das *wie*, also wie es zu dieser Hypothese kommt, völlig aus den Augen verloren. In der *Grounded Theory* ist es jedoch Ziel sich der Theoriegenerierung zu widmen und so auf ständig neue Perspektiven und Theorie verändernde Aspekte zu achten. Barney Glaser und Anselm Strauss meinen dazu:

---

<sup>11</sup> Vgl. STRAUSS; Grundlagen qualitativer Sozialforschung; S. 32f.

<sup>12</sup> Vgl. STRAUSS; Grundlagen qualitativer Sozialforschung; S. 37.

„Diese Perspektiven können sich noch am letzten Tag der Studie auftun – und selbst dann noch, wenn man das Manuskript für die Publikation vorbereitet: Das publizierte Wort ist also nicht das letzte, sondern markiert nur eine Pause im nie endenden Prozess der Theoriegenerierung. Ist hingegen Verifizierung das Ziel, suggeriert man den Lesern, mit der Publikation sei das letzte Wort gesprochen.“<sup>13</sup>

Ein wesentlicher Aspekt der *Grounded Theory* besteht darin die Daten parallel zu erheben, zu kodieren und zu analysieren.<sup>14</sup> Als Daten können Interviews, Beobachtungen, Videoaufzeichnungen, Tagebücher etc. dienen, aber auch die Erfahrungen der Forscherin, theoretisches Kontextwissen und Fachliteratur spielen eine wichtige Rolle. Anschließend beginnt eine erste Phase des Kodierens, das *offene Kodieren*. Hierbei werden die Daten, z.B. ein Interview, detailliert analysiert, etwa Zeile für Zeile oder eventuell auch Wort für Wort, um erste Konzepte, Codes und vor allem auch Kategorien bzw. Subkategorien zu entwickeln. Die Richtigkeit dieser ersten Interpretation steht hier noch weniger im Vordergrund, vielmehr geht es darum, sich von den Daten zu lösen und diese „analytisch aufzubrechen und zu knacken“<sup>15</sup> und keine Codes zu übersehen. Dies ist umso schwieriger je mehr die Forscherin im Untersuchungsfeld „zu Hause“ ist. *Offenes Kodieren* sollte noch vor der Frage, was eigentlich in den Daten geschieht, genau und häufig vorgenommen werden, gleichzeitig ist das Schreiben von *Memos* (auftauchende Gedanken, Konzepte) wichtiger Bestandteil. Im Laufe des Prozesses werden die Codes sowohl verifiziert als auch gesättigt. Eine zweite Art des Kodierens beschreibt das *axiale Kodieren*. Hierbei wird gezielt auf eine Kategorie hin kodiert bzw. werden Verhältnisse zwischen einer bestimmten Kategorie und anderen Kategorien als auch den Subkategorien untersucht, die Analyse dreht sich so „um die »Achse« einer Kategorie“<sup>16</sup>. Es entwickelt sich allmählich eine „Schlüsselkategorie“ heraus. Letztlich wird beim *selektiven Kodieren* gezielt auf die Schlüsselkategorie hin kodiert, das heißt das Material wird gezielt (selektiv) neu bzw. nachkodiert und alle anderen Codes und Kategorien werden der Schlüsselkategorie untergeordnet, um welche schließlich

---

<sup>13</sup> GLASER/STRAUSS; *Grounded Theory*; S. 58.

<sup>14</sup> GLASER/STRAUSS; *Grounded Theory*; S. 60.

<sup>15</sup> STRAUSS; *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*; S. 59.

<sup>16</sup> STRAUSS; *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*; S. 63.

eine Theorie generiert wird.<sup>17</sup> Eine Schlüsselkategorie muss unter anderem zentral, oft im Datenmaterial zu finden sein, sich leicht in Bezug zu den Kategorien setzen lassen und „klare Implikationen im Hinblick auf eine formale Theorie“<sup>18</sup> besitzen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der *Grounded Theory* ist das *Theoretical Sampling*. Dies bezeichnet „das Heranziehen von Beispielen, von Vorkommnissen, Ereignissen, Handlungen, Populationen usw., das von der sich entwickelten Theorie geleitet wird“<sup>19</sup>. Das bedeutet, dass während der fortlaufenden Datenerhebung, der Kodierung und der Analyse derselben entschieden wird, welche Daten gezielt auf die Theorie hin weiter erhoben werden.<sup>20</sup> Das *Theoretical Sampling* wird beendet wenn es innerhalb der Kategorie zu einer *theoretischen Sättigung* gekommen ist. Diese ist dann erreicht, wenn die Daten keine neuen Inhalte mehr zu Tage bringen, das heißt wenn die Beispiele sich wiederholen.<sup>21</sup>

Die Arbeit ist in einer gegenderten Sprache verfasst, sollte an manchen Stellen im Sinne einer besseren Leserlichkeit entweder nur die weibliche oder nur die männliche Form verwendet werden, so sind trotzdem beide Geschlechter miteinbezogen.

### 1.3.1 Interviewsituation

In Indien wurden die Interviews in Kollam (Kerala), Mumbai und Pune (beides Maharashtra) durchgeführt. Die Interviews in Kerala wurden in dem zum Amma-Āśram dazugehörenden Āyurveda-College mit angrenzendem Spital unternommen. In diesem Spital gab es keine bekannte Kontaktperson. Der erste Kontakt war sehr schwierig, da anfangs offenbar niemand das Anliegen verstand. Schließlich konnte am Telefon mit einer Ärztin, Dr. Nayana, die für die westlichen Gäste zuständig war, ein Termin für den nächsten Tag vereinbart werden. Zu

---

<sup>17</sup> Vgl. STRAUSS; Grundlagen qualitativer Sozialforschung; S. 63

<sup>18</sup> STRAUSS; Grundlagen qualitativer Sozialforschung; S. 67

<sup>19</sup> STRAUSS; Grundlagen qualitativer Sozialforschung; S. 49

<sup>20</sup> Vgl. GLASER/STRAUSS; Grounded Theory; S.61

<sup>21</sup> Vgl. GLASER/STRAUSS; Grounded Theory; S. 77f.

dem vereinbarten Termin war sie allerdings nicht im Spital. Nach einigem Hin und Her konnte mit Dr. Rao, Nayanans Mann, ein Interview geführt werden. Nach dem Interview wurde für den übernächsten Tag ein Termin mit seiner Frau vereinbart. Zwei Tage später konnte ein Interview mit ihr geführt werden, das inhaltlich sehr dem ihres Mannes glich. Das Interview wurde einige Male unterbrochen, da ihr kleiner Sohn ebenfalls anwesend war. Leider stellte sich nach dem Interview heraus, dass das Aufnahmegerät nichts von dem Gesprochenen aufgenommen hatte. Ein weiterer Termin wurde vereinbart, zwei Tage später, leider mit wenig Erfolg. Nach einer zweieinhalb stündigen Wartezeit, sie hatte eine Konsultation nach der anderen, wurde das Interview verworfen. Allerdings konnten an diesem Tag zwei andere Interviews geführt werden, eines mit einem jungen Āyurveda-Arzt, der das Gespräch immer wieder auf das Thema Schlangengebisse brachte und somit das Interview leider völlig unbrauchbar für diese Arbeit machte und eines mit Dr. Nair.

Die Interviews in Mumbai fanden alle im D.Y. Patil Ayurved College and Hospital statt, das sich in einem riesigen und modernen Uni-Campus befindet. Hier gab es bereits eine Kontaktperson, Dr. Pandit Sawant, der aus dem Jahr zuvor bekannt war. Durch ihn konnten mit den anderen ÄrztInnen Gespräche geführt werden. Die Interviews hier waren teilweise sehr anstrengend, da sich das College im Umbau befand und ein permanenter Lärmpegel herrschte, ein Interview wurde fünf Mal unterbrochen. Auch hier war die Situation vor allem von stundenlangen Wartezeiten geprägt und die Verfasserin musste mit dem Direktor des Colleges ein eigentümliches Gespräch führen, das einem Verhör glich. Das Szenario erinnerte an das Podar College in Mumbai im Vorjahr, wo ebenfalls ein Gespräch mit dem Direktor geführt und ein schriftlicher Antrag gestellt werden musste, um einen Aufenthalt im College zu ermöglichen. Ein Interview fand mit einem Arzt und einer Ärztin gleichzeitig statt. Nachdem die beiden sich oft nicht einigen konnten wer das Gespräch fortsetzen sollte, war auch dieses Interview eher schwierig.

In Pune fanden beide Interviews in den Wohnungen der Befragten statt. Dr. Sucheta Godbole ist die Lehrerin der Verfasserin und kommt seit 1997 mehrmals jährlich in den Āyurveda-Verein Nexenhof, um die Pañcakarma-Kuren zu

supervidieren. Auch das Interview mit ihr wurde mehrmals durch verschiedene Angestellte oder lauter Hausarbeit unterbrochen, insgesamt acht Mal.

Dr. Dilip Gadgil war ebenfalls vom Vorjahr bekannt. Er organisierte einen Besuch im Samhita Siddhant Department, Ayurveda College in Wagholi (nahe Pune), wo ein Cancer Research Projekt durchgeführt wird. Die Hoffnung ein Interview mit dem Leiter des Instituts zu bekommen, erfüllte sich leider nicht. Schließlich kam es zu einem sehr ausführlichen Gespräch mit Dr. Gadgil in seinem Haus. Leider gab es auch hier wieder technische Probleme und das Ende des Interviews war nicht mehr auf dem Tonband, sondern wurde handschriftlich festgehalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Interviewsituationen in Indien meist durch langes Warten und mehrfache Unterbrechungen auszeichneten. Mit fast allen Befragten war es sehr schwierig einen geeigneten Zeitpunkt für ein Interview zu finden, geschweige denn einen ruhigen und ungestörten Rahmen. Alle bis auf ein Interview wurden mindestens einmal auf Grund von Lärm oder durch dritte Personen unterbrochen, teilweise bis zu acht Mal.

Die Authentizität der Antworten ist schwer festzustellen. Teilweise wirkt es so, als wären sie auf die Erwartungen einer westlichen Forscherin zugeschnitten, um Āyurveda in einem guten Licht erscheinen zu lassen bzw. Āyurveda dem Bild einer Europäerin entsprechen zu lassen.

Die Interviews in Österreich sind von starkem Zeitdruck gekennzeichnet. Das Interview mit Dr. Harsha Gramminger fand in Wien im Café Sacher sehr kurzfristig zwischen einer Konferenz und der Fahrt zum Flughafen statt. Das Interview mit Dr. Ashish Bhalla wurde in Wels in seiner Praxis durchgeführt. Auch er stand zwischen zwei Terminen, dennoch verliefen die Interviews sehr ruhig, in ungestörtem Rahmen und waren vom Material relativ umfangreich.

### **1.3.2 Kontext der Interviewten**

Über den Kontext der Interviewten ist teilweise nicht viel bekannt und die Motivation zum Āyurvedastudium variiert, wobei in den meisten Fällen die Familie eine entscheidende Rolle gespielt hat.

Dr. Nair wollte ursprünglich Geologie studieren, wurde aber von seiner Familie zum Āyurvedastudium gedrängt und arbeitete zum Zeitpunkt der Befragung in der Amrita School of Ayurveda in Kollam (Kerala) als Professor für *Carakasamhitā*.

Dr. Raos Motivation war das Aufrechterhalten einer langen Familientradition. Er leitete im selben College wie Nair die Abteilung für *Roga Nidāna*. Dieses College gehört zum Amma Āśram und beinhaltet ein Spital, in dem auch einige westliche PatientInnen betreut werden, für die vor allem Dr. Rao und seine Frau verantwortlich sind.

Dr. Sawants Ziel hinter seiner Ausbildung war die Menschheit von Krankheit zu befreien. Er ist Professor für *Rasaśāstra* und hat sich in seiner Privatpraxis auf die Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-PatientInnen spezialisiert. Er hat zum Zeitpunkt der Befragung gerade seine Anstellung im Podar College (Mumbai) aufgegeben und begonnen, im D.Y.Patil College (Mumbai) zu arbeiten.

Dr. Priyadarshini wollte immer schon Ärztin werden, um, wie sie es ausdrückt, der Menschheit zu helfen und der Herausforderung zu begegnen Menschen nicht zu verletzen, sondern sie stattdessen zu heilen. Sie arbeitet zum Zeitpunkt des Interviews im D.Y.Patil College.

Dr. Nandikar war in der sechsten oder siebten Generation Vaidya und Professor im D.Y.Patil College. Über Dr. Begwe sind keine genaueren Angaben vorhanden.

Dr. Godbole wollte seit ihrer Kindheit Āyurveda-Ärztin werden, obwohl sie nicht aus einer Ärztefamilie stammt. Sie war aber schon als Kind von der Arbeit eines befreundeten Arztes tief beeindruckt. Sie betreibt ihre Praxis in Pune, eine Pharmacy und kommt mehrmals jährlich nach Österreich um Pañcakarmas im Āyurveda-Verein Nexenhof zu supervidieren.

Dr. Gadgil wollte eigentlich die moderne naturwissenschaftliche Medizin studieren, wurde aber nicht am College aufgenommen und Āyurveda war nur seine zweite Wahl. Er betreibt ebenfalls eine Privatpraxis in Pune und arbeitet im Samhita Siddhant Department an einem Cancer Research Projekt mit.

Dr. Gramminger kam auf einer Indienreise mit Āyurveda in Kontakt und ist seither auf Grund des Heilungserfolges vom Āyurveda überzeugt. Sie leitet die Euroved-Klinik und die Euroved-Akademie in Bell (Deutschland).

Dr. Bhalla stammt aus einer indischen Familie und hat seine ersten Lebensjahre in Indien verbracht. Sein Großvater unterstützte zu einer Zeit, zu der Āyurveda in Indien wenig populär war viele Āyurveda-Ärzte, daher Dr. Bhallas Entscheidung Āyurveda zu praktizieren. Er betreibt unter anderem eine Praxis für Āyurveda und Allgemeinmedizin in Wels.

## 2 Einführung in die Tradition des Āyurveda

### 2.1 Geschichtlicher Überblick über den Āyurveda

Indische Geschichtsschreibung realisierte sich lange Zeit in Mythen und Geschichten, da wahres Wissen als ewig betrachtet und aus diesem Grund keine Geschichtsschreibung im westlichen Sinne betrieben wurde. Spricht man heute mit indischen Āyurveda-ÄrztInnen bemerkt man, dass viele die mythische Herkunft des Āyurveda als Wahrheit anerkennen. Frühe Datierungen lassen sich lediglich mit Hilfe von Pilgerberichten, Übersetzungen oder Inschriften wie z.B. den Edikten des *Aśoka*, auf denen griechische Herrscher namentlich erwähnt sind, festmachen. Die Bedeutung die dem göttlichen Ursprung des Āyurveda auch heute noch beigemessen wird, lässt sich daran erkennen, dass die meisten indischen Texte über Āyurveda mit der mythologischen Entstehungsgeschichte desselben beginnen.<sup>22</sup> *Brahmā*, der Schöpfergott, hat der Welt das āyurvedische Wissen geschenkt, darüber sind sich die verschiedenen Autoren einig. Die Linie der Weitergabe ist zwar ausführlich aber gleichzeitig eher verwirrend beschrieben und unterscheidet sich, je nach dem welcher der drei großen āyurvedischen Schriften, auch *vrddhatrayī* (*Carakasamhitā*, *Suśrutasamhitā*, *Aṣṭāṅghaṛdayasamhitā*) man sich widmet. Laut der *Carakasamhitā* wurde das Wissen von *Brahmā* an *Bharadvāja*<sup>23</sup> weitergegeben und von diesem an *Punarvasu Atreya* der es wiederum an die sechs Schüler *Agniveśa*, *Bhela*, *Jatūkarna*, *Hārīta*, *Kṣārapāṇi* und *Parāśara* überreichte. Einer dieser Schüler, *Agniveśa*, war der Verfasser der ersten Verse die den Ursprung für die *Carakasamhitā* bilden. Die Entstehung der *Suśrutasamhitā* geht ebenfalls auf *Brahmā* zurück. Dieser gab in dieser Version der Geschichte sein Wissen allerdings an *Prajāpati* weiter, der es den göttlichen Ärztezwilligen, den *Aśvini Kumaras*, vermittelte, welche es an den Gott *Indra* weitergaben. *Indra* überbrachte es *Divodāsa Dhanvantari*, der schließlich acht Schüler, unter denen

---

<sup>22</sup> Vgl. KRISHNANKUTTY VARIER; History of Ayurveda; DWIVEDI; Introduction to Ayurveda; SENGUPTA; The Ayurvedic System of Medicine Vol. I.

<sup>23</sup> Sengupta erwähnt *Bharadvāja* nicht, hier wird das Wissen direkt von *Brahmā* an *Punarvasu* weitergegeben. SENGUPTA; The Ayurvedic System of Medicine Vol. I, S. v. Bei Krishnankutty Varier erhält *Bharadvāja* das Wissen von *Indra*. KRISHNANKUTTY VARIER; History of Ayurveda; S. 39.

sich auch *Suśruta* befunden hat, unterrichtete.<sup>24</sup> *Divodāsa* war der König von *Vārāṇasī* und eine Inkarnation des Gottes *Dhanvantari*, welcher als Entdecker des göttlichen *amṛt*, dem Nektar der Unsterblichkeit gilt und noch heute als der Gott des *Āyurveda* verehrt wird.<sup>25</sup>

Gleichzeitig gibt es Versuche der Entmystifizierung, wie sie beispielsweise der heute lebende Vaidya Krishnankutty Variar vornimmt. Für ihn ist die Entdeckung des Feuers eine Erleuchtung der frühen indischen Gesellschaft, genauer gesagt bezeichnet er diese Entdeckung als Schöpfung. In der indischen Mythologie wird die Schöpfung bzw. das Schöpfungsbewusstsein *Brahmā*, dem Schöpfergott, zugeschrieben. Durch diese synonyme Darstellung des Feuers als Erleuchtung wird *Brahmā* zu einem Bild für einen Entwicklungsprozess der Menschen und entdeifiziert. In dieser aufblühenden indischen Gesellschaft entstanden Bedürfnisse nach Heilung, die immer weiterentwickelt wurden. So ist *Brahmā* für Variar der Ursprung des *Āyurveda* ohne jeglichen Gottesanspruch.<sup>26</sup>

Historisch betrachtet war in der vedischen Zeit eine stark religiös-magische Heilkunde verbreitet, in der Krankheiten auf den Einfluss von Dämonen oder Göttern zurückgeführt wurden. Diese vedische Heilkunde des *Atharvaveda* und der *Āyurveda* werden klar unterschieden und Behauptungen, dass der *Āyurveda* sich aus dem *Atharvaveda* entwickelt hätte sind wissenschaftlich gesehen falsch. Auch wenn manche Aspekte im *Āyurveda* erhalten geblieben sind, wie das Rezitieren von *Mantras* während der Herstellung von Arzneien oder der Behandlung eines Menschen, so ist der magische Zugang großteils durch einen empirischen ersetzt worden. In diesem Zusammenhang interessant ist die Theorie, dass vor allem Angehörige der *Vaiśya*-Klasse (Händler) den Stand der Ärzte ausgemacht und sich diese mit Hilfe des empirischen Zugangs gegen die brahmanisch, vedische Medizin abgesetzt hatte.<sup>27</sup>

Der *Āyurveda* stützt sich vor allem auf die klassischen Schriften, wobei hier insbesondere die *vr̥ddhatrayī*, die „drei großen Schriften“ die *Carakasamhitā*

---

<sup>24</sup> DWIVEDI; Introduction to Ayurveda; S. 4 f.

<sup>25</sup> SENGUPTA; The Ayurvedic System of Medicine Vol. I; S. vii.

<sup>26</sup> KRISHNANKUTTY VARIER; History of Ayurveda; S. 18, 38.

<sup>27</sup> ANGERMEIER; Über die Auslöschung von Land und Leuten; S. 6.

(*Caraka* Sammlung), *Suśrutasaṃhitā* (*Suśruta* Sammlung) und *Vāgbhaṭas Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā* (*Vāgbhaṭas* achtgliedriges Herzstück) zu nennen sind, letztere wird auch manchmal durch das *Aṣṭāṅgasamgraha* ersetzt. Diese Schriften gliedern sich in einzelne „Bücher“ wie *Sūtrasthāna* (allgemeine Prinzipien), *Nidānasthāna* (Pathologie), *Śārīrasthāna* (Anatomie und Physiologie) oder *Cikitsāsthāna* (Therapie). Je nach Autor können noch andere Bereiche (Bücher) hinzukommen. Die zeitliche Datierung dieser Schriften ist sehr ungenau und changiert zwischen dem *dvāparayuga*<sup>28</sup> des aktuellen Weltzyklus bis zur Mitte des ersten Jahrtausends n.u.Z. Verschiedene Faktoren wie Stil, Form oder die Verwendung bestimmter Begriffe, sowie die Anlehnung an unterschiedliche Konzepte aus der Philosophie des *Sāṃkhya*, *Nyāya* und *Vaiśeṣika* oder auch dem Buddhismus schränken eine Datierung in den Zeitraum zwischen 3. Jh.v.u.Z. und dem 2. Jh.n.u.Z. ein.<sup>29</sup> Als ältestes Werk gilt, zumindest teilweise die *Carakasamhitā*, welche auch die umfangreichste Schrift ist. Die *Suśrutasaṃhitā* behandelt zwar die gleichen Bereiche wie *Caraka*, nur mit einem starken Fokus auf die Chirurgie und teilweise deutlichen inhaltlichen Unterschieden. Die *Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā* (etwa 6. Jh.n.u.Z.) beschreibt sich selbst als Zusammenfassung der beiden anderen Sammlungen. Die Schriften sind in *ślokas* (Versen) verfasst und wurden vielfach kommentiert. Jeder Autor hat einen besonders prominenten Kommentator, der auch in den gängigen Übersetzungen ins Englische stets angeführt ist. Die Übersetzungen sind folgendermaßen aufgebaut: *śloka* in Sanskrit und Devanāgarī- Schrift, anschließend die Übersetzung ins Englische und schließlich der Kommentar ebenfalls in englischer Sprache.

Ebenfalls zu nennen sind jüngere Schriften wie von *Mādhava* (ca. 7.Jh.n.u.Z.), *Śārṅgadhara* (ca. 13. Jh.n.u.Z.) und *Bhāvamiśra* (16. Jh.n.u.Z.) die als die „drei kleinen Schriften“ (*laghutrayī*) bezeichnet werden.<sup>30</sup> Im Laufe der Zeit sind etliche weitere Schriften entstanden, die hier jedoch nicht angeführt werden, da sie bei

<sup>28</sup> Eines der vier zyklischen Weltzeitalter, *kṛtayuga*, *tretāyuga*, *dvāparayuga* und *kaliyuga*, wobei *kṛtayuga* das „Goldene Zeitalter“ war und *kaliyuga*, unser Zeitalter, das schlechteste ist. Das *dvāparayuga* ist laut Bhagvat Sinh Jee am Freitag den 18. Februar 3102 v. Chr. zu Ende gegangen. SINH; History of Ancient Medical Science, S. 19.

<sup>29</sup> ANGERMEIER; Über die Auslöschung von Land und Leuten, S. 9 f. Vgl. ebenfalls WUJASTIK; Well-Mannerd Medicine.

<sup>30</sup> Vgl. WUJASTIK; Well-Mannerd Medicine; S. 16 ff.

weitem nicht den Stellenwert haben wie die *vr̥ddhatrayī*, die „drei großen Schriften“, die auch heute noch das Fundament der āyurvedischen Lehre bilden. Bis heute hat der Āyurveda viele Höhen und Tiefen durchlebt und immer wieder Berührungen und Austausch mit anderen medizinischen Richtungen erfahren. Von indischen Vaidyas wird gerne behauptet, dass Āyurveda die älteste aller Medizinen sei und diverse andere Heilkunden beeinflusst hätte.<sup>31</sup> Viel wahrscheinlicher ist allerdings ein gegenseitiger Austausch, sowohl mit der griechischen Medizin als auch der arabisch-persischen, dem Unani (oder auch Yunani). Vor allem zwei wesentliche Merkmale des Āyurveda, die Pulsdiagnostik sowie die Verwendung von alchemistisch gereinigtem Quecksilber, finden vor dem 13. Jahrhundert keine Erwähnung in den āyurvedischen Schriften und sind auf den arabisch-persischen Einfluss zurück zu führen.<sup>32</sup>

Auch wenn es nicht wahr ist, dass der Āyurveda von Anfang an von den Briten verboten wurde, wie gerne sowohl von indischer Seite als auch von Indien affinen EuropäerInnen behauptet wird, ist nicht zu bestreiten, dass sich das Prestige und die Verbreitung des Āyurveda im Laufe der britischen Besatzungszeit drastisch reduziert haben.<sup>33</sup> Mit zunehmender Errichtung britischer Spitäler und der beginnenden Ausbildung von sogenannten „black doctors“, also indischen Assistenten, Pflegern und Ärzten wurde der Āyurveda mehr und mehr zurück gedrängt, nicht zuletzt deshalb, weil sich viele Inder erhofften, durch diese westliche Ausbildung einen höheren Stand zu erreichen und als „brown englishmen“ Karriere zu machen. Āyurveda, als auch Unani wurden nicht mehr vom Staat gefördert und somit stark vernachlässigt. Wesentlich dazu beigetragen hat aber auch das schlechte Niveau des Āyurveda zu jener Zeit. Der Großteil der Vaidyas war nicht in der Lage Sanskrit zu lesen und somit der Schriften unkundig, viele Arzneien wurden schlecht zubereitet und waren daher unwirksam. Ein Verbot wurde von der Besatzungsmacht allerdings nicht ausgesprochen, da dies die flächendeckende medizinische Versorgung des Landes unmöglich gemacht hätte.

---

<sup>31</sup> KAISER; Die Professionalisierung der ayurvedischen Medizin und deren Rolle im indischen Medizinpluralismus; S. 12 ff.;

<sup>32</sup> Ebd.; S. 27.; Sowie MEULENBELD; The many Faces of Āyurveda.

<sup>33</sup> Beispielsweise Bhalla stellt die Situation in Indien so dar.

Eine Revitalisierung des Āyurveda und damit auch der Beginn einer Professionalisierung fanden 1832 mit der Bildung eines Interessenverbandes in Kalkutta ihren Anfang. Es wurden erste Colleges gegründet, die heutige Form der Āyurveda-Ausbildung, die im Laufe der Zeit die traditionelle Art der Ausbildung, die *gurukula*, die ausschließlich aus Weitergabe des Wissens vom Meister auf den Schüler bestand, abgelöst hat. Staatlich anerkannt wurde diese formalisierte Ausbildung erst 1919. Die Āyurveda-Revitalisierungsbewegung schrieb sich von Anfang an Nationalität und Tradition groß auf ihre Fahnen und man sollte annehmen, dass die Förderung der indigenen Wissenschaften und Traditionen im Sinne einer Wiederherstellung des indischen Selbstwertgefühls von der Regierung nach der Unabhängigkeit unterstützt worden wäre. Tatsächlich aber haben sowohl Nehru als auch Mahatma Gandhi den Vertretern des Āyurveda ans Herz gelegt, sich stärker mit dem Wissen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin auseinander zu setzen. Dennoch ist die Wiedereinführung des Āyurveda stetig vorangeschritten und sowohl die Anzahl der Colleges, welche staatlich voll bzw. teil gefördert sind als auch die der AbsolventInnen ist steigend.<sup>34</sup>

## 2.2 Einführung in die Grundbegriffe des Āyurveda<sup>35</sup>

Āyurveda wird meist aus dem Sanskrit mit „das Wissen oder die Wissenschaft (*veda*) vom (langen) Leben (*āyus*)“ übersetzt. Genau genommen gibt es jedoch eine variierende Interpretation des Wortes *veda*: Während *Caraka* den Begriff

---

<sup>34</sup> KAISER; Die Professionalisierung der ayurvedischen Medizin und deren Rolle im indischen Medizinpluralismus.

<sup>35</sup> In der Einführung in die Grundbegriffe des Āyurveda halte ich mich an Zitate aus den großen āyurvedischen Schriften, und erlaube mir die Begriffe nach meiner jahrelangen Erfahrung als Āyurveda-Lehrerin und Praktikerin selbst zu interpretieren. Grundsätzlich unterscheiden sich meine Interpretationen nicht wesentlich von anderen Autoren (vgl. Lad, Ranade, Rhyner, Schrott, u.a.), sollte es aber dennoch zu Ungereimtheiten kommen, halte ich es mit David Frawley: „Andere ayurvedische Praktiker sehen oder behandeln Krankheiten vielleicht aus einer anderen Perspektive. Das zeigt, wie umfassend die Sichtweise des Ayurveda ist, ohne dass es dadurch zu inneren Unstimmigkeiten kommt.“ (FRAWLEY; Das große Ayurveda-Heilungsbuch; S. 22). Mir ist bewusst, dass alle hier genannten Autoren in den nicht-wissenschaftlichen Sektor fallen und ihre Werke populärwissenschaftlich sein mögen, dennoch ist ihr Wissen auf praktischer Ebene ausgezeichnet.

von der Verbwurzel „*vid*“ – „wissen“ herleitet, verwendet *Suśruta* die Verbwurzel „*vid*“ – „erreichen, erzielen“.<sup>36</sup>

Bei *Caraka* finden sich zwei *ślokas* (Verse) die den Begriff des Āyurveda erklären, einen am Anfang von *Sūtrasthāna* (CaS 1.1.41) und einen am Ende (CaS 1.33.23). Zu Beginn beschreibt er Āyurveda als die Wissenschaft, die sich mit hilfreichen und schädlichen, sowie glücklichen und unglücklichen Aspekten des Lebens beschäftigt, mit dem was gut und schlecht ist für das Leben, mit den Maßstäben dafür und dem Leben an sich.<sup>37</sup> Am Schluss fasst er Āyurveda als das Wissen vom Leben zusammen, das über glückliches bzw. unglückliches Dasein etc. Bescheid weiß, als auch darüber, wie man langes Leben erreichen kann.<sup>38</sup> *Suśrutas* Definition lautet ähnlich, für ihn beschreibt Āyurveda gutes und schlechtes Leben, in welchem Langlebigkeit und Gesundheit erreicht werden können. *Ḍalhaṇa*, der prominenteste Kommentator *Suśrutas* definiert Āyurveda ausführlicher:

1. “Ayurveda is the science which encompasses the knowledge about the four components of life, viz. body, sense, psyche, and soul.
2. It is so called as it understands life in its true sense.
3. Various facets of life here are described, analysed and conceptualized.
4. It is a science through which useful, fruitful and prolonged life can be achieved.”<sup>39</sup>

Der Āyurveda ist ein Gesundheitssystem, das sich mit allen Bereichen des Lebens beschäftigt. Es wird in vier wesentliche Bestandteile eingeteilt: Körper, Sinne, Geist und Seele. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Begriffe Geist und Seele, sowie die englischen Bezeichnungen soul und mind sehr allgemein gehalten sind. Dahinter verbergen sich eine Vielzahl an Definitionsmöglichkeiten die, sowohl in den indischen philosophisch religiösen Traditionen als auch in den abendländischen, mitunter recht unterschiedlich ausfallen können. Insbesondere im Sanskrit verfügt man über eine sehr differenzierte Darstellung der einzelnen Bereiche des Geistes und der Seele, welche allerdings oftmals nicht treffend übersetzt werden. Auch in der vorliegenden Arbeit wird nicht auf die

---

<sup>36</sup> MURTHY; *The Mind in Ayurveda and other Indian Traditions*; S. 18.

<sup>37</sup> CaS Vol. I; S. 25.

<sup>38</sup> CaS Vol. I; S. 599.

<sup>39</sup> MURTHY; *The Mind in Ayurveda and other Indian Traditions*; S. 19 f.

Differenzierungen innerhalb der Begriffe Rücksicht genommen, vielmehr dienen sie in ihrer allgemeinen Form als Symbole für die unterschiedlichen Aspekte des menschlichen Seins. Insofern sind der Mensch und seine Gesundheit aus āyurvedischer Perspektive von all diesen Bereichen abhängig. Darüber hinaus enthalten die āyurvedischen Schriften Kapitel über das richtige moralische Verhalten im Alltag, die tägliche Routine bezüglich Ernährung als auch Hygiene, die Erhaltung der Gesundheit, Kräuterheilkunde und Therapiemethoden um Krankheit zu vertreiben. Schon in den Definitionen des Āyurveda ist zu sehen, dass die Ganzheit des Menschen als Körper, Geist und Seele eine wichtige Rolle spielt.

Āyurveda unterscheidet sich in vielen Punkten völlig von der modernen naturwissenschaftlichen Medizin, jedoch nicht in allen. Zum Beispiel sind sich Āyurveda und Medizin über die Funktion der Organe im Großen und Ganzen einig. Weiters umfasst der Āyurveda acht Bereiche, die sich ebenso in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin wiederfinden:

- Interne Medizin
- Pädiatrie
- Psychiatrie
- Hals-, Nasen-, Ohren-, Augenheilkunde
- Chirurgie
- Toxikologie
- Geriatrie
- Fertilitätskunde (Potenz, Gynäkologie)

Ein wesentlicher Unterschied besteht vor allem in der schon erwähnten Ganzheitlichkeit des Āyurveda. Während es in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin kein Problem ist, einzelne Körperteile separat zu betrachten und so gezielt und oftmals vor allem symptomorientiert zu arbeiten, besteht nach Auffassung des Āyurveda kaum die Möglichkeit auf Heilung, wenn man nur einen Teil des Ganzen in Betracht zieht. Gesundheit wird im

Wesentlichen durch die Balance der *doṣa*-s (die drei energetischen Prinzipien *vāta*, *pitta* und *kapha*), der *agni*-s (die verschiedenen Feuer im Körper, zum Beispiel das Verdauungsfeuer), der *dhātu*-s (die sieben Gewebe) und der *malas* (die Ausscheidungen des Körpers, vor allem Stuhl, Urin und Schweiß), sowie einer ruhigen Seele und einem gesunden Geist definiert:

„*samadoṣaḥ samāgniśca samadhātumalakriyaḥ |  
prasannātmendriyamanāḥ svastha ityabhidhīyate.*”

(“He, in whom, the doṣas, agni (digestive power), dhātus (tissues), malas (waste products) and their activities are normal; his soul, sense organs and mind are calm/clear, is called 'Svastha' (healthy person)“.)

SuS 1.15.41<sup>40</sup>

Diese Definition *Suśrutas* ist die am meisten zitierte Definition von Gesundheit, wie sich in den später folgenden Interviews zeigen wird. Es wird betont, dass der Mensch im *Āyurveda* nicht als Körper allein verstanden wird, sondern als Einheit von Körper, Geist und Seele:

„[...] this trinity resteth one union like three sticks standing with one another's support.“<sup>41</sup>

Mit diesem Aspekt beginnt so gut wie jede Schrift, jedes Buch, jeder Einführungsvortrag über *Āyurveda*.

Für *Vāgbhaṭa*, den Verfasser des *Aṣṭāṅgahṛdaya*, geht das Ziel des *Āyurveda* noch weit über Körper, Geist und Seele hinaus. Für ihn ist der Mensch erst am Ziel wenn er auch *dharma*, *artha* und *sukha* erreicht hat, das heißt auch die soziale Komponente stimmig ist und zu diesem Zweck ist es notwendig, sich an den *Āyurveda* zu halten.

„Person desirous of (long) life which is the means (instrument) for achieving dharma (righteousness), artha (wealth) and sukha (happiness) should repose utmost faith in the teachings of *Āyurveda*.“

AHS 1.1.2<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> SuS; S. 110. Dieses Zitat wird auch in Sanskrit angeführt, da es von den befragten Vaidyas ebenso zitiert wird.

<sup>41</sup> SENGUPTA; The Ayurvedic System of Medicine; S. XVIII.

<sup>42</sup> AHS; S. 3.

*Dharma* wird meist als Gesetz, Tradition oder Standhaftigkeit übersetzt, womit zum einen die religiöse Praxis (die religiöse Ordnung) gemeint ist, zum anderen aber auch der Halt im eigenen Leben, sowie das Erhalten der Gesundheit. Immer wieder wird *dharma* anstelle des Religionsbegriffs verwendet, da es solchen im indischen Kontext nicht gibt. *Artha* bedeutet vorrangig Objekt und wird deshalb oft mit Reichtum gleichgesetzt, es kann aber auch als Sinn, Ziel oder Motiv übersetzt werden, es steht für den weltlichen Erfolg. *Dharma* und *artha* sind auch bei *Caraka* erstrebenswerte Ziele und Voraussetzung für ein gesundes und erfülltes Leben. *Sukha*, Glück, wird bei *Caraka* differenzierter betrachtet: Er verwendet stattdessen die Begriffe *kāma*, Liebe bzw. der sinnliche Genuss und *mokṣa*, die Befreiung vom Geburtenkreislauf.<sup>43</sup> Diese vier Aspekte *dharma*, *artha*, *kāma* und *mokṣa* sind allgemein anerkannte Lebensziele im Hinduismus.<sup>44</sup>

### 2.2.1 Die drei *doṣa*-s

Im Zentrum des *Āyurveda* stehen die drei *doṣa*-s. Die Basis der *doṣa*-s bilden die fünf Elemente Raum oder Äther (*ākāśa*), Luft (*vāyu*), Feuer (*agni*), Wasser (*jala*) und Erde (*pṛthivī*). Diese fünf Elemente sind dynamische Prinzipien, die sich permanent wandeln und in unterschiedlichen Formen auftreten können. Raum ist nie gleich Raum, er kann unendlich sein, wie der Weltraum oder voll geräumt mit Gerümpel, wie eine Abstellkammer. Wind kann eine angenehme Brise sein oder ein zerstörerischer Wirbelsturm, Feuer der romantische Lichtschein einer Kerze oder ein vernichtender Waldbrand, Wasser kann ein erfrischendes Getränk in einem Glas am Tisch sein oder ein reißender Fluss und Erde ein nährender, sicherer Boden oder ein verschlingender Sumpf. Es zeigt sich also, dass die Elemente ständiger Wandlung unterworfen sind und genauso verhält es sich auch mit allem anderen auf der Erde. Natürlich hat auch der *Āyurveda* eine standardisierte Herangehensweise entwickelt, trotzdem steht die Individualität immer wieder im Vordergrund und es gilt:

---

<sup>43</sup> CaS 1.1.15-16; Vol. I; S. 19.

<sup>44</sup> Vgl. BÄUMER; Hinduismus; S. 327.

„For an intelligent person the whole world is a teacher, hence one should imitate the world after carefully considering their meaning (and effects) of such actions.”

AHS 1.2.45<sup>45</sup>

Aus den Eigenschaften der fünf Elemente leiten sich die Eigenschaften und Funktionen der *doṣa*-s ab. Jedes *doṣa* hat sowohl in der Natur als auch im menschlichen Körper bestimmte Aufgaben, Plätze und Zeiten. Die *doṣa*-s werden durch alle möglichen Faktoren, wie Lebensstil, Jahreszeiten, Wetter, etc. aus der Balance gebracht und verursachen so Krankheiten. *Doṣa* bedeutet übersetzt unter anderem: Fehler, Schuld, Laster, Veränderung, Erkrankung, morbides Element, Schaden oder „das was stört“. <sup>46</sup>

“Vāyu (*vāta*), Pitta and Kapha are the three *doṣās*, in brief, they destroy and support (sustain, maintain) the body when they are abnormal and normal respectively.”

AHS 1.1.6<sup>47</sup>

“Pathogenic factors in the body are *vāyu*, *pitta* and *kapha* while those in the mind are *rajas* and *tamas*.<sup>48</sup>”

CaS 1.1.57<sup>49</sup>

Jedem *doṣa* werden bestimmte Charakteristika bzw. Grundfunktionen im Körper zugeschrieben. *Vāta* wird als das Prinzip der Bewegung verstanden, *pitta* als das der Transformation und *kapha* als Stabilität. *Suśruta* definiert *vāta*, in der Übersetzung von dem Indologen Martin Mittwede, als verteilend (*vikṣepa*), *pitta* als verarbeitend (*ādāna*) und *kapha* als schöpferisch (*visarga*).<sup>50</sup> Diese Charakteristika sind analog zu Mond (Wasser), Sonne (Feuer) und Wind zu sehen:

„Just as soma (moon – water), sūrya (sun – fire) and anila (air) support the body of this world by functions like visarga (releasing of strength), ādāna (withdrawing strength) and vikṣepa (initiating all actions) respectively,

---

<sup>45</sup> AHS Vol I; S. 31.

<sup>46</sup> <http://www.sanskrit-lexicon.uni-koeln.de/monier/>; Zugriff: 5.2.1015

<sup>47</sup> AHS Vol. I; S. 5.

<sup>48</sup> *Rajas* und *tamas* sind mentale Eigenschaften.

<sup>49</sup> CaS Vol I; S. 41.

<sup>50</sup> Vgl. MITTWEDE; Der Āyurveda; S.100.

similarly kapha, pitta and anila (vāta) support this human body (with respective functions).”

SuS 1.21.8<sup>51</sup>

### 2.2.1.1 Vāta – das Prinzip der Bewegung

Vāta ist das instabilste *doṣa* und kann daher am leichtesten aus der Balance gebracht werden. Oft wird es auch als König der *doṣa*-s bezeichnet, nachdem ca. 70% der Krankheiten aus einer Inbalance des *vāta*-s resultieren. Vāta setzt sich aus den Elementen Äther und Luft zusammen, diese beiden Elemente sind also maßgebend für die Eigenschaften von *vāta*. Die Definition von *vāta* lautet:

„Rūkṣa (dryness), laghu (light in weight), śīta (coldness), khara (roughness), sūkṣma (subtleness) and cala (movement) are the properties of anila (vāta).”

AHS 1.1.11a<sup>52</sup>

Äther und Wind sind beide trocken, leicht (vor allem im Vergleich zu den anderen Elementen) und kalt, denn nur wenn der Wind von der Sonne erwärmt wurde ist er warm. Wenn der Wind lange über etwas weht, wird es rau. Sowohl der Raum als auch der Wind sind sehr subtil und insbesondere der Wind ist immer in Bewegung. Deshalb ist *vāta* auch für die Bewegung verantwortlich, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Körpers. Vāta ist Bewegung jeder Art: die Peristaltik, die Bewegung der Arme oder die der Gedanken. Man könnte sagen, *vāta* ist ein Synonym für Bewegung.

“Out of them cala (vāta), in its normal state, protects the body bestowing enthusiasm (eagerness, desire), expiration and inspiration, all activities (of the body, mind and speech), initiation (and also execution) of the urges (of faeces, urine etc.), maintainence [sic!] of the dhātus (tissues) in their normalcy and proper functioning of the sense organs.”

AHS 1.11.1b-3<sup>53</sup>

Vāta ist die Eigenschaft im Menschen, die die Dinge in Bewegung bringt. Vāta kann nicht ruhig sitzen, beispielsweise klopfen Menschen mit einem sehr hohen

---

<sup>51</sup> SuS Vol. I; S. 154.

<sup>52</sup> AHS Vol. I; S. 8.

<sup>53</sup> AHS Vol. I; S. 155.

*vāta* immer mit den Fingern auf den Tisch oder wippen mit den Füßen. *Vāta* kommt, wirft die gewohnte Ordnung um und sortiert die Dinge neu. Es ist die Inspiration, der Enthusiasmus und der Impuls. *Vāta* sprüht ständig vor neuen Ideen und will diese auch sofort in die Tat umsetzen, hat aber allein nicht die Möglichkeit dazu, weil ihm Ausdauer und Zielstrebigkeit fehlen. Für *vāta* ist es schwer, sich auf eine Sache zu konzentrieren und diese nicht aus dem Blick zu verlieren. Das zeigt sich auch darin, dass *vāta* sehr schnell versteht, das meiste allerdings gleich wieder vergisst. Die Information wird sofort wieder vom Wind davon geblasen.

Zu Raum und Luft gehört der Ton, das heißt *vāta* ist immer zu hören, knackende Geräusche in den Gelenken sind ein Zeichen für *vāta* (zu viel Trockenheit), Magenknurren (Nahrung wird bewegt, bzw. Leere entsteht im Darm), Menschen, die ein hohes *vāta* haben, reden gerne und viel, lachen laut und sind immer zu hören, egal was sie tun. Menschen deren *vāta* dominant ist sind, meist sehr empfindlich gegenüber lauter Musik oder Lärm im Allgemeinen. Ein Beispiel dafür ist die Situation, wenn man im Auto sitzt und einparken möchte, das Radio ist eingeschaltet und hinten stehen etliche Autos, deren LenkerInnen ungeduldig auf der stark befahrenen Straße warten. Der Stresspegel, die Unruhe steigt, das heißt auch das *vāta* steigt und als erste Reaktion wird das Radio abgedreht.

Im Körperbau zeigt sich *vāta* in feingliedrigen und oftmals deutlich sichtbaren Knochen und Gelenken, hoch gewachsen oder klein und zierlich. Haut, Haare und Nägel sind dünn und trocken, die Augen eher klein und unruhig und die Zähne sind unregelmäßig. Das bedeutet aber nicht, dass Menschen mit einem hohen *vāta* nicht auch Übergewicht haben können oder starkes und dichtes Haar. Jedes *doṣa* hat einen Platz, an dem es zu Hause ist und eine Zeit, in der es automatisch ansteigt. Das *vāta* sitzt grob gesagt vom unteren Bauchbereich abwärts.

„Pakvāśaya (large intestine), waist, thigh, ear, bone and the organs of touch (skin) are the seats of *vāta*, especially, so the pakvādhāna (large intestine).”

AHS 1.12.1<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> AHS Vol. I; S. 166.

*Vāta* ist immer am Ende, sozusagen am Ende des Körpers, sowie am Ende des Tages, der Nacht, des Lebens. Das *vāta* steigt natürlich zwischen ca. 14:00 und 18:00, zwischen 02:00 und 06:00 und in etwa ab dem 50. Lebensjahr. In diesen Zeiten ist das *vāta* automatisch höher und vor allem im Alter ist das deutlich sichtbar, die Haut wird trocken und faltig, die Menschen werden vergesslich und schwerhörig, die Knochen werden spröde, die Unruhe wird größer und so weiter. Jedes *doṣa* erhöht oder verringert sich nicht nur durch die Zeit, sondern auch durch die Lebensumstände, den Lebensstil, die Ernährung oder das Wetter. *Vāta* wird gestört durch einen wechselhaften Lebenswandel, unregelmäßige Essenszeiten, viele Reisen, Stress, spätes Zubettgehen, zu viel Anstrengung durch Sport, Arbeit oder Sex, durch Alkohol, Zigaretten, Drogen und etliche andere Faktoren.

„*Vāta*, when increased (more than its normal) produces emaciation, black discoloration, desire for hot things, tremors, distention of the abdomen, constipation, loss of strength, sleep and sensory functions, irrelevant speech, giddiness and timidity (peevisshness).“

AHS 1.11.5b-6<sup>55</sup>

Diese Symptome zeigen sich anfänglich bei zu viel *vāta* und können sich im Laufe der Zeit zu ernsthaften Krankheiten entwickeln. So wären typische *vāta* Krankheiten Osteoporose, Arrhythmie, alle neurologischen Erkrankungen wie zum Beispiel Demenz, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose und auch psychische Krankheiten.

Ein wichtiges Symptom das mit zu hohem *vāta* einher geht, ist der Schmerz. Das heißt, immer wenn Schmerzen zu spüren sind, kann man davon ausgehen, dass das *vāta* aus der Balance geraten ist.

Nachdem *vāta* immer in Bewegung ist und keine Stabilität hat, ist ein zu hohes *vāta* auf der emotionalen Ebene vor allem in Form von Angst (Panik) und Nervosität sichtbar.

Ebenso kann das *vāta* zu niedrig sein und zeigt sich dann vor allem in einem *kapha* Überschuss:

---

<sup>55</sup> AHS Vol. I; S. 156

“The symptoms of *vāta* when decreased are – debility of the body, the person speaks very little and does very little activity (physical), loss of sensation (awareness) and of consciousness and occurrence of all the symptoms of increased *kapha*.”

AHS 1.11.15<sup>56</sup>

*Vāta* kann durch einen regelmäßigen Lebensstil in Balance gehalten werden, fixe Schlafenszeiten, ausreichend Ruhe, regelmäßige Mahlzeiten, warme, gut gekochte und frische Nahrung und wiederkehrendes Einölen. Ruhe und Stabilität geben dem *vāta* die Möglichkeit, als Inspiration und Enthusiasmus zu agieren und sich nicht in das Gefühl der Unsicherheit und Angst zu vertiefen. Zu den wichtigsten *āyurvedischen* Behandlungen bei einer Inbalance des *vāta*-s gehört die Massage (*Abhyāṅga*), wobei hier eher das Einölen und weniger die Massage an sich im Vordergrund steht, der Stirnguss (*Śirodhara*), die Stempelmassage (*Pottali* bzw. *Pinda Sveda*) und vor allem der Einlauf (*Bastī*).

„The treatment of (increased) *vāta* are – oleation (internal and external), sudation (diaphoreses), mild purifactory therapies (emesis and purgation), ingestion of foods which are of sweet, sour and salty taste; warm oil-bath, massage of the body with cloth, threatening (frightening), bath (pouring medicated decoctions, water etc., on the body), wine prepared from cornflower and jaggery (molasses), enema therapy with fat (oil), and drugs of hot potency, adherence to regimen of enema therapy, comfortably activities, medicated fats of different kinds (sources) prepared with drugs causing increase of hunger and improving digestion; especially, *anuvāsana basti* (oleation enema) prepared from juice of fatty meat and oil.”

AHS 1.13.1-3<sup>57</sup>

### 2.2.1.2 *Pitta* – das Prinzip der Transformation

*Pitta* setzt sich aus den Elementen Feuer und Wasser zusammen. Wasser ist im Fall von *pitta* vor allem im Sinne von Flüssigkeit zu verstehen, also in Form von Öl oder Säure.

---

<sup>56</sup> AHS Vol. I; S. 158.

<sup>57</sup> AHS Vol. I; S. 182.

„Sasneha (slight unctuousness), tīkṣṇa (penetrating deep), uṣṇa (hot, heat producing), laghu (light in weight), visra (bad smell), sara (free flowing) and drava (liquidity) are the properties of Pitta.”

AHS 1.1.11b<sup>58</sup>

Feuer ist sehr durchdringend, scharf und aggressiv, es ist heiß und erwärmt alle anderen Elemente, das heißt immer wenn es irgendwo Hitze gibt, ist es *pitta*. Typisch für *pitta* ist der Geruch, was auch immer verbrannt wird, es riecht (nicht unbedingt schlecht). Es ist zum Beispiel ein Zeichen für hohes *pitta* im Körper, wenn der Mensch Mundgeruch oder starken Schweißgeruch hat. Die fließende und flüssige Eigenschaft des *pitta*-s stammt von dem Wasserelement.

„Pitta, in its normal state attends to digestion, maintenance [sic!] the body temperature, vision, production of hunger, thirst, appetite, complexion, intelligence, courage, valour, and softness (suppleness) of the body.”

AHS 1.11.2<sup>59</sup>

*Pitta* ist Transformation, so wie Nahrungsmittel in Energie und Zellmaterial umgewandelt (verstoffwechselt) werden, transformiert *pitta* auch Informationen in Wissen. Zu Wind und Raum gehört der Ton und zu Feuer und Licht gehört die Farbe. Die Sonne, das Licht macht die Dinge sichtbar, deshalb sagt man auch, *pitta* gibt dem Leben Farbe. Es gibt dem Körper Temperatur und Hautfarbe. Das *pitta* ist verantwortlich für die Intelligenz, Scharfsinnigkeit und Kreativität, wie auch der Ausspruch sagt „ein heller Kopf“. *Pitta* gibt Mut, Ehrgeiz und Zielstrebigkeit. Menschen mit viel *pitta* können andere Menschen leicht zur Aktivität motivieren. Wo *vāta* den Impuls setzt, die Idee liefert, braucht es dann *pitta*, um die Dinge in Angriff zu nehmen und zielstrebig durchzuführen.

Auf physiologischer Ebene entspricht *pitta* den Enzymen und ist zuständig für Verdauung und Stoffwechsel.

Feuer braucht Brennstoff, deshalb ist das *pitta* auch für Hunger und Durst verantwortlich, aber so wie es Nahrung für den Körper braucht, verlangt es ebenso nach Herausforderung. *Pitta* hat viel Kraft und Antrieb, vor allem im Vergleich zu *vāta*, allerdings neigt *pitta* auch dazu sich zu verausgaben, es entsteht das mittlerweile häufige Phänomen des Burnout-Syndroms.

---

<sup>58</sup> AHS Vol. I; S. 8.

<sup>59</sup> AHS Vol. I; S. 155.

*Pitta* ist kritisch und oft auch verurteilend. Zum *vāta* gehört die Angst, zum *pitta* gehört die Wut, Menschen mit einem hohen *pitta* sind oft cholerisch. Dieses *doṣa* übernimmt gerne die Führung und kommandiert andere herum.

Menschen mit einem ausgeprägten *pitta* erregen in jedem Fall Aufsehen, sie sind Paradiesvögel, ziehen sich vielleicht auch gerne bunt an, sie betreten einen Raum und werden bemerkt, sie stehen gerne im Mittelpunkt.

Körperlich zeigt sich das *pitta* durch einen mittleren Körperbau, eher sportlich, weder groß noch klein, weder dick noch dünn.

„Nābhi (umbilicus), āmāśaya (stomach and small intestine), sweat, lasīka (lymph), blood, rasa (plasma), eye, and the organ of touch (skin), are the seats of pitta, especially so the nābhi (region the umbilicus).”

AHS 1.12.2<sup>60</sup>

*Pitta* ist immer in der Mitte, in der Mitte des Körpers, in der Mitte des Lebens, des Tages und der Nacht. *Pitta* steigt automatisch zwischen 10:00-14:00 und 22:00-02:00, sowie ab ca. dem 20. bis zum 50. Lebensjahr. Zu Mittag steht die Sonne am höchsten, der Hunger ist am größten, auch in der Nacht kann wieder Hunger entstehen wenn nicht geschlafen wird. Schon in der Pubertät beginnt das *pitta* zu steigen, aber der Körper ist noch im Wachstum und unter der Dominanz des *kapha*-s. Sobald der Wachstumsprozess zu Ende ist, wechselt der Mensch in die *pitta* Phase, es wird wichtig das Leben zu gestalten, Dinge zu schaffen und umzusetzen, es werden Karriere gemacht und Kinder gezeugt. Für all das braucht es *pitta*.

Das *pitta* wird gestört durch zu viel Stress und Aktivität (auch Sport), zu viel Zielstrebigkeit und Wettkampf, zu scharfes, saures und öliges Essen, durch Alkohol oder die Einnahme von Hormonen.

„Pitta (when increased) produces yellow colouration of the faeces, urine, eyes, and skin; excess of hunger and thirst, feeling of burning sensation and very little sleep.”

AHS 1.11.6b<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> AHS Vol. I; S. 166.

<sup>61</sup> AHS Vol. I; S. 156.

Ein zu hohes *pitta* führt immer zu Hitze und Brennen im Körper. Brennen der Augen, des Afters, Sodbrennen oder ein brennendes Gefühl der Haut. Es kommt zu Entzündungen und Blutungen zum Beispiel in Mund oder Nase, generell sind Entzündungen aller Art ein Zeichen für eine Inbalance des *pitta*. Typische Krankheiten die mit dem *pitta* einhergehen sind Hypertonie, Hämorrhoiden, Krampfadern, Eiterbildung, Geschwüre, Erkrankungen der Leber, des Blutes und des Hormonhaushaltes.

„Decrease of pitta produces weakness of digestive activity, coldness and loss of lustre (complexion).“

AHS 1.11.15b<sup>62</sup>

Die wichtigste Maßnahme um *pitta* wieder in Balance zu bringen, ist Entspannung und Ruhe. Kühlende Substanzen wie Kokosnuss, Reis, Milch, Sandelholz und Rose helfen das *pitta* zu beruhigen.

„Those of (increased) pitta are drinking of ghr̥ta (butterfat) (plain or medicated), purgation therapy with drugs of sweet taste and cold potency, intake of foods and drugs which possess sweet, bitter and astringent taste, indulgence in perfumes which are pleasing, coolant and cordial, wearing garlands of similar nature in the neck and of gems on the chest, anointing paste of karpūra, candana and uśīra over the body minute after minute, residing on terraces lit by the moonlight in the evenings, enjoying pleasant music and soft cold breeze, company of friends who do not restrain him, of sons who speak heartily and innocently, of the wife who is obedient, pleasing and virtuous [sic!]; residing in houses equipped with fountains emitting cooled water, parks and ponds, spending time (in houses) near water reservoirs having clean water, sand, lotus, flowers, and trees, with calm mind; especially so are the ingestion of milk, ghee and purgation therapy.“

AHS 1.13.4-9<sup>63</sup>

In diesem Abschnitt wird neben den Behandlungsmaßnahmen für ein aus der Balance geratenes *pitta* auch der androzentrische Zugang spürbar. Wie die meisten medizinischen Konzepte ist auch der Āyurveda in einer patriarchalen Gesellschaftsordnung entstanden und die Auswirkungen, bzw. das herrschende Frauenbild dieser Zeit wird in vielen Passagen deutlich. Da diese Schriften nach wie vor als Grundlage des Āyurveda dienen, lässt eine Veränderung des

---

<sup>62</sup> AHS Vol. I; S. 158.

<sup>63</sup> AHS Vol. I; S. 183.

indischen Frauenbildes vermutlich noch etwas auf sich warten. Ein anderes Beispiel, welches zeigt, dass die Frau im Hintergrund steht und der Mensch als Mann betrachtet wird, ist die Darstellung der *dhātu*-s (die sieben Gewebe die im Anschluss an die *doṣa*-s genauer erklärt werden). Generell wird als siebtes *dhātu* das *śukra* als das Fortpflanzungsgewebe bezeichnet, wobei genau genommen *śukra* nur die Spermien bezeichnet und das Ovum als *ārtava* beschrieben wird. *Ārtava* wird meist, wenn überhaupt, nur in Klammer genannt. Beispielsweise bei der Auflistung der Probleme die durch eine Vermehrung der *dhātu*-s entstehen können, ist folgendes zu lesen:

„Śukra (semen) when increased produces great desire for the women (sexual desire) and even seminal calculi (hardening of semen)”  
AHS 1.11.12<sup>64</sup>

### 2.2.1.3 *Kapha* – das Prinzip der Stabilität

*Kapha* setzt sich zusammen aus den Elementen Wasser und Erde. Die Eigenschaften die sich daraus ergeben sind folgende:

„Snigdha (unctuousness), śīta (cold, producing coldness), guru (heavy), manda (slow in action), slakṣṇa (smooth), mṛtsna (slimy) and sthira (stable/static) are the properties of kapha.“  
AHS 1.1.12a<sup>65</sup>

Das Wasser gibt dem *kapha* die ölige, kalte, weiche und die schleimige Eigenschaft. Die Erde verleiht *kapha* die kalte, schwere, langsame und stabile Eigenschaft. Diese beiden Elemente machen *kapha* sowohl für den Flüssigkeitshaushalt im Körper als auch für seine Struktur und Stabilität verantwortlich. Die Erde gibt dem Wasser die Form, das Wasser wiederum gibt der Erde Fruchtbarkeit.

„Śleṣman (kapha) confers stability, lubrication, compactness (firmness) of the joints, forbearance (capacity to withstand or withhold emotions, strain etc.) and such others.”  
AHS 1.11.3<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> AHS Vol I; S. 157.

<sup>65</sup> AHS Vol I; S. 8 f.

<sup>66</sup> AHS Vol. I; S. 155.

*Kapha* gibt allen Zellen ihre Struktur, das heißt alles was angegriffen werden kann ist *kapha*. Das Erdelement in diesem *doṣa* verleiht dem Menschen Stabilität, sowohl körperliche als auch mentale. Menschen mit einem hohen *Kapha* sind sehr geduldig, ruhig, überlegt und ausdauernd. Das Wasserelement kümmert sich um die Befeuchtung des Körpers, alle Schleimhäute und Flüssigkeiten stehen unter der Dominanz des *kapha*-s. Außerdem stehen die Elemente Wasser und Erde für die liebevolle, vergebende und nährenden Eigenschaften im Menschen, *kapha* wird gerne mit dem Archetyp der Mutter verglichen. Gerät das *kapha* durch ein zu hohes Wasserelement aus der Balance, kann das Zärtliche leicht ins Klebrige umschlagen und die Menschen werden aufdringlich, anhaftend und gierig. Wird im Gegensatz dazu der Erdanteil zu hoch, kann sich das Vergebende in Sturheit umwandeln. Ebenso gehören Schwermut und Trauer zu *kapha*. Meist jedoch ist *kapha* mit sich und dem Leben zufrieden, es muss nicht im Mittelpunkt stehen wie *vāta* oder *pitta*, es braucht nicht ständig neue Eindrücke und Menschen um sich herum, es kann gut mit sich allein sein. Allerdings kann das auch in Lethargie umschlagen, dann wird es schwierig die festgefahrene Situation zu verändern.

*Kapha* kann lang und ausdauernd arbeiten, setzt aber keine eigenen Impulse, dazu braucht es *vāta* und *pitta*. *Kapha* geht strukturiert an die Dinge heran, leistet seine Arbeit regelmäßig und effektiv aber nicht unbedingt schnell. *Kapha* ist notwendig, um sich zu entspannen und schlafen zu können. Im Körper zeigt sich *kapha* durch starke und ausgeprägte Knochen, einen kräftigen und oft hoch gewachsenen Körperbau, aber nicht unbedingt, wie häufig angenommen wird, übergewichtig, schönes dickes Haar, weiße und gut geformte Zähne, große Augen und rundliche Formen.

„Chest, throat, head, kloma (pancreas [sic!] [kloma bedeutet Lunge und ist hier auch gemeint, Anm. Mörth]), bony joints, āmāśaya (stomach and small intestine), rasa (plasma), fat, nose and tongue are the seats of kapha, especially so the chest.”

AHS 1.12.3<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> AHS Vol. I; S. 166.

*Kapha* ist immer zu Beginn, am Anfang des Lebens, des Tages, der Nacht und der Verdauung. Von der Geburt bis zum Ende der Pubertät, d.h. bis zum Ende des Wachstums befindet sich der Mensch in der *kapha* Phase des Lebens. Der Mensch ist im Aufbau, er bildet Struktur und wächst, das ist die Aufgabe des *kapha*-s. Ist dieser Abschnitt überschritten, beginnt der Körper abzubauen, der Kinderspeck geht verloren, die Haut verliert langsam an Straffheit und so weiter. Auch zu Beginn des Tages und der Nacht, von ca. 06:00 bis 10:00 und 18:00 bis 22:00 ist das *kapha* automatisch am höchsten. Das heißt, man sollte in der Früh noch in der *vāta* Zeit aufstehen um den Tag mit Leichtigkeit zu beginnen und am Abend noch in der *kapha* Zeit schlafen gehen, um die Schwere und Ruhe des *kapha*-s auszunützen und einen guten und erholsamen Schlaf zu finden. Wird die Phase des *kapha*-s überschritten, ist es oft schwierig einzuschlafen da die aktive *pitta* Zeit wieder begonnen hat.

*Kapha* wird durch schweres, öliges, süßes und kaltes Essen aus der Balance gebracht. Für *kapha* ist genügend Aktivität wichtig, ein zu gemütliches und ruhiges Leben, schlafen nach dem Essen bzw. generell zu viel Schlaf erhöhen es.

„Śleṣman (kapha) (when increased) produces debility of digestive activity, excess salivation, lassitude, feeling of heavyness, white colouration (of faeces etc.), coldness, looseness of body parts, dyspnoea, cough and excess of sleep.”

AHS 1.11.7<sup>68</sup>

Immer wenn sich im Körper Symptome wie Schwere, Kälte, Jucken oder Verschleimung zeigen, ist *kapha* aus der Balance. Verschleimung von Brust und Kopf, wie schleimiger Husten oder Schnupfen, aber auch Schleim am Stuhl sind Zeichen für zu hohes *kapha*. Typische durch *kapha* verursachte Krankheiten sind juckende Hautausschläge wie Psoriasis oder Neurodermitis, Allergien oder Asthma. Symptome eines zu niedrigen *kapha*-s ähneln denen von zu hohem *vāta*:

„Decrease of kapha causes dizziness, emptiness of the organs of kapha, tremors of the heart (palpitation) and looseness of the joints.”

AHS 1.11.16<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> AHS Vol. I; S. 156.

<sup>69</sup> AHS Vol. I; S. 158.

Um *kapha* wieder in Balance zu bringen ist es wichtig, aktiv zu werden und den Körper zu erwärmen, durch Sport, warmes und leichtes Essen und Trinken, stimulierende Gewürze wie Ingwer, Pfeffer, Nelken und dergleichen.

„Those of kapha are strong emesis and purgation in accordance with prescribed procedure, ingestion of foods which are dry (non-fatty), little in quantity, penetrating and hot, possessing pungent, bitter and astringent tastes, wines which are very old, sexy desires, keeping awake without sleep, exercises of different kinds, worry, dry massage of the body, especially so the emesis therapy, drinking of soups (of grains), use of honey, drugs which reduce fat, inhalation of medicinal smoke, fasting, mouth gargles and experiencing difficulties are all beneficial.”

AHS 1.13.10-12<sup>70</sup>

### 2.2.2 Konstitution

Im Āyurveda wird immer von einer Grundkonstitution, der *prakṛti*, und der veränderten Konstitution, *vikṛti*, gesprochen. Die *prakṛti* entsteht im Moment der Zeugung, also wenn Spermium und Ovum sich verbinden und ist abhängig von der Konstitution der Eltern generell, aber auch deren Zustand in diesem Moment. Sind sie erschöpft und kraftlos vom Alltag, nicht in liebender Hingabe beim Geschlechtsverkehr, geben sie das an das Kind weiter, genauso wie wenn sie gesund, lebendig und in größter Zuneigung zueinander sind.

In der Grundkonstitution sind meist eines oder zwei der *doṣa*-s im Vordergrund und dominieren Wesen und Körper des Menschen. So wird ein Mensch mit einer *vāta* Konstitution wahrscheinlich eher einen schlanken Körperbau haben und unruhig und schnell in all seinen Handlungen sein. Oder ein Mensch mit einer *vāta-kapha* Konstitution schlank aber mit starken Knochen, impulsiv aber trotzdem strukturiert usw. Bei manchen Menschen ist die Konstitution sehr stark ausgeprägt und deutlich sichtbar, bei anderen weniger. Allerdings ist es so, dass unsere Konstitution ständig durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird und sich dadurch leicht verändern kann, es entstehen Unbehagen und Krankheit. Hier spricht der Āyurveda von der *vikṛti* und die Inbalance kann unabhängig von der

---

<sup>70</sup> AHS Vol. I; S. 184.

Konstitution sein. Ein Mensch mit *pitta* Konstitution kann also genauso zur *kapha* Problematik mit chronischer Verschleimung tendieren.

Dieses Konzept der Grundkonstitution kann leicht zur Falle werden. Sehr schnell kann der Pfad der Individualität und der des dynamischen Lebensprozesses, wie ihn die Elemente vorgeben, verlassen werden und stattdessen wird versucht zu kategorisieren und die passende Schublade zu finden. Eine Ironie in Anbetracht der Tatsache, dass die meisten Menschen sich dem Āyurveda zuwenden, weil dieser individuell auf die Bedürfnisse jeder einzelnen Person eingeht. In jedem āyurvedischen Kochbuch ist ein Typ-Bestimmungs-Test zu finden und anhand eines Punktesystems lässt sich leicht und schnell feststellen, welche Konstitution man hat. Jedes Rezept hat eine entsprechende Kennzeichnung, welches *doṣa* beim Verzehr erhöht oder verringert wird. So wird ayurvedisches Kochen zum einen oftmals mühsam und kompliziert und zum anderen kann es ungewollt zu einer Verschlimmerung der Probleme kommen. Zum Beispiel kann ein Mensch von seiner Grundkonstitution viel *pitta*, also Hitze haben und trotzdem einen verschleimten Kopf auf Grund einer Verkühlung, also eine *kapha* Inbalance, bekommen. Isst dieser Mensch weiterhin kühlende Dinge, wie es ihm wegen seiner *pitta* Konstitution geraten wird, kommt es zu einer Verschlechterung des *kapha* Symptoms.

Auch wenn das eine oder andere *doṣa* im Vordergrund steht, hat jeder Mensch alle drei *doṣa*-s in sich. Zum Beispiel wird beim Essen die Nahrung zum Mund geführt, gekaut und durch den Darm bewegt, dafür ist *vāta* verantwortlich. Danach wird die Nahrung transformiert und aufgespalten, das *pitta* Prinzip ist wirksam und aus der umgewandelten Nahrung wird Zellstoff und Struktur, also *kapha*. Genauso haben alle Menschen Ideen, manche mehr, manche weniger, das ist das *vāta*. Alle sind kreativ und setzen Dinge um, das ist das *pitta* und letztlich lieben wir alle und sind zärtlich, das ist das *kapha*. Das heißt, es ist immer wichtig alle drei Prinzipien im Auge zu behalten und sich nicht nur auf eines zu konzentrieren.

Wesentlich für die Konstitution ist vor allem auch, in welcher Form die einzelnen *doṣa*-s auftreten, denn so wie Feuer nicht gleich Feuer ist (Kerzenflamme vs. Waldbrand) ist *pitta* nicht gleich *pitta*. Bei einem Menschen kann sich das *pitta*

vor allem als Kreativität oder Zielstrebigkeit zeigen, beim anderen hingegen vor allem durch ein aufbrausendes Gemüt. In der einen Ausprägung zeigt sich das *pitta* von seiner besten Seite und ist hilfreich, in der anderen tritt es in seiner anstrengenden und zerstörerischen Form auf.

Im *Aṣṭāṅgahṛdaya* steht dazu:

„By them (the *doṣas*) which are present in the *śukra* (male seed) and *ārtava* (female seed) at the time of commencement of life, there arises three kinds of *prakṛti* (human constitution) just like poisonous worms arise from poison; they (constitutions) are the *hīna* (poor, weak), the *madhya* (medium, moderate) and the *uttama* (best, strong) from each (of the *doṣa*) respectively; that constitution arising from equal proportion of all of them (the *doṣas*) is the *samadhātu prakṛti*, which is ideal; those arising from combination of two *doṣas* are *nindya* (denounced).”

AHS 1.1.9b-10<sup>71</sup>

### 2.2.3 *Sattva – Rajas – Tamas*

*Vāta*, *pitta* und *kapha*, vor allem *pitta* und *kapha* agieren stark auf der physischen Ebene und können dort konkret wahrgenommen, also gesehen werden. Die Funktionen des Bewusstseins sind kaum sichtbar, insofern spricht der *Āyurveda* hier von drei *guṇa*-s (Eigenschaften): *sattva*, *rajas* und *tamas* um sie zu beschreiben. In populärwissenschaftlicher Literatur werden diese drei Eigenschaften des Öfteren als mentales Pendant zu den drei *doṣa*-s bezeichnet, allerdings ist diese Interpretation fehlerhaft, da *vāta* in diesem Fall dem reinen Prinzip des *sattva*, *pitta* dem aggressiven, aktiven Prinzip des *rajas* und *kapha* dem trägen, trüben und sumpfigen Prinzip des *tamas* entsprechen würde.<sup>72</sup> Vielmehr wird in den Schriften von den zwei *doṣa*-s (*rajas* und *tamas*) gesprochen. Da *doṣa* als „Fehler“ bzw. als „das, was stört“ übersetzt wird, ist *sattva* als reine, klare Eigenschaft des Geistes ausgenommen. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied im Verständnis der *āyurvedischen* Lehre.

In der *Suśrutasaṃhitā* werden die *guṇa*-s sehr stereotyp beschrieben, wie beispielsweise, dass ein Mensch der von *sattva* bestimmt ist wohlwollend,

---

<sup>71</sup> AHS Vol. I; S. 7.

<sup>72</sup> Z. B. Kerstin Rosenberg schreibt *sattva*, *rajas* und *tamas* sind die *doṣa*-s des Geistes. ROSENBERG; Die *Ayurveda*-Ernährung; S. 16.

großzügig, geduldig, wahrhaftig und rechtschaffend sei, dieser Mensch über ein gutes Erinnerungsvermögen, Entschlossenheit, Erkenntnis und Unterscheidungskraft verfüge und frei von Anhaftung sei. Ein Mensch hingegen der von *rajas* dominiert wird sei kummervoll, habe einen unsteten Charakter, wäre unentschlossen, egoistisch, unaufrichtig, ohne Mitleid, heuchlerisch, hochmütig, erregbar, zornig und habe starkes Verlangen. Der von *tamas* erfüllte Mensch leide unter Depressivität, Unglaube, sei nicht rechtschaffen, unterdrücke seine Unterscheidungskraft, sei unwissend, einsichtslos, lethargisch und schläfrig.<sup>73</sup> Insofern bezeichnet *sattva* die reine, ruhige und gute Eigenschaft des Bewusstseins, das heißt immer wenn der Mensch glücklich, gütig, freundlich, balanciert, ruhig und helfend ist, wird sein Bewusstsein als *sattvika* bezeichnet. *Rajas* ist die aktive Eigenschaft des Bewusstseins. Wann immer ein Mensch unruhig, rastlos, hektisch oder aggressiv ist, wird er von *rajas* dominiert. *Tamas* ist die träge Eigenschaft des Bewusstseins. Ist der Mensch müde, lustlos, faul, lethargisch aber auch egoistisch und rücksichtslos, ist das Bewusstsein *tamasa*.

Bei der Behandlung eines Menschen sind die *guṇa*-s dafür ausschlaggebend wie vorgegangen werden muss: Ein Mensch der einen eher *sattvischen* Geist hat, wird mit Eigenverantwortung und aktiv an der Behandlung teilnehmen, ein von *rajas* dominierter Geist ist ungenau in der Einnahme der Arzneien und wechselt gerne von einem Arzt zum nächsten. Ein von *tamas* bestimmter Mensch ist depressiv, antriebslos, braucht intensive Betreuung und ist ohne intensiven Anstoß nicht zur Therapie zu bewegen.<sup>74</sup> Auch ist der Umgang mit Krankheit bzw. wie diese nach außen getragen wird von den geistigen Eigenschaften abhängig. So kann ein Mensch dessen *sattva* hoch ist viel ertragen und stellt seinen Kummer und Schmerz nicht permanent zur Schau, hingegen ein Mensch mit geringem *sattvischen* Anteil erfährt selbst bei leichteren Erkrankungen großes Leid und zögert nicht dies auch mitzuteilen.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 123.

<sup>74</sup> Ebd.; S. 124.

<sup>75</sup> Ebd.; S. 127.

„Der von sattva bestimmte erträgt alles; denn er stützt sein Selbst durch sich selbst; der von rajas bestimmte wird durch andere gestützt, nichts ertragen kann der von tamas bestimmte (Mensch).“

SuS 1.35.38<sup>76</sup>

#### 2.2.4 Die sieben *dhātu-s* (Gewebe)

Im Zentrum der Physiologie des Ayurveda stehen die 7 Gewebe, die *dhātu-s*:

„Rasa (plasma), asṛk [üblicherweise wird das Wort rakta verwendet; Anm. Mörth] (blood), māṁsa (muscles), medas (fat), asthi (bones), majja (bone marrow) and śukra (semen) are the seven dhātu (basic tissues) and are also known is [sic!] dūṣyās (those that get vitiated by the doṣas).“

AHS 1.1.12<sup>77</sup>

Jedes dieser Gewebe hat neben seiner offensichtlichen Funktion noch eine weitere Aufgabe. Zum Beispiel ist das Flüssigkeitsgewebe (*rasa*) nicht nur für den Flüssigkeitshaushalt des Körpers verantwortlich, sondern gibt dem Menschen und jeder Zelle in ihm Befriedigung und Zufriedenheit, sowohl auf physischer als auch auf mentaler Ebene. Das heißt, *rasa* ist für den Nährstofftransport im Körper zuständig und wenn jede Zelle ausreichend versorgt ist, stellt sich Zufriedenheit ein. Das Knochengewebe (*asthi*) hat die Aufgabe zu stützen, damit ist nicht nur das Skelett gemeint, sondern jede Zelle braucht Struktur und Stütze. Also gibt *asthi*, das Knochengewebe, jeder Zelle Halt. Ebenso ist das Fortpflanzungsgewebe, das *śukra* nicht auf Spermien und Ovum zu beschränken, es ist auch für die Regenerationskraft jeder Zelle verantwortlich:

*Rasa* – Flüssigkeitsgewebe – befriedigen

*Rakta* – Blutgewebe – Leben spenden

*Māṁsa* – Muskelgewebe – umhüllen

*Meda* – Fettgewebe – schmieren

*Asthi* – Knochengewebe – stützen, halten

*Majja* – Nervengewebe – füllen, erfüllen

*Śukra* – Fortpflanzungsgewebe – vermehren

---

<sup>76</sup> Ebd.; Übersetzung Mittwede; S. 124.

<sup>77</sup> AHS Vol. I; S. 9.

Jedes *dhātu* hat einen Kanal (*srotas*) in dem es sich bewegt und ein Feuer, das es nährt bzw. bildet. Das Konzept des Kanals ist eher abstrakt zu verstehen, im Prinzip wird damit der Ort des Gewebes beschrieben, sprich Fett befindet sich an bestimmten Orten im Körper und hat auch seine spezifische Form. Außerdem haben fast alle Gewebe ein Nebenprodukt (*upadhātu*) und ein Abfallprodukt (*mala*), wobei man nicht immer von einem Abfallprodukt im herkömmlichen Sinn sprechen kann. Zum Beispiel entstehen als Nebenprodukt des Knochengewebes die Zähne und als Abfallprodukt Haare und Nägel.

### 2.2.5 Ursachen für die Entstehung von Ungleichgewicht

Im Āyurveda gibt es drei Faktoren, die für die Entstehung von Ungleichgewicht verantwortlich sind:<sup>78</sup>

1. *Asātmya Indriyārthasamyoga* – bezeichnet den übermäßigen oder zu geringen Kontakt der Sinnesorgane mit den Objekten, zum Beispiel die ständige Konfrontation der Ohren mit Geräuschen jeglicher Art.
2. *Prajñāparādha* – beschreibt die „intellektuelle Blasphemie“<sup>79</sup>, also das Handeln wider besseren Wissens. Eckard Wolz-Gottwald übersetzt *prajñāparādha* mit „Fehler des Bewusstseins“. Er beschreibt, dass das Bewusstsein verblendet ist und der Mensch dadurch das Gespür dafür verliert, was ihn gesund erhält und was ihn krank macht. Erschwerend kommt dazu, dass das Bewusstsein in Folge von *prajñāparādha* auch labil wird, so ist es eine Sache zu erkennen, was gut ist, und was nicht, aber noch eine andere dieses Wissen auch in die Tat umzusetzen. Als dritten Faktor nennt Wolz-Gottwald eine mangelhafte Erinnerung, denn durch die gelebte und erfahrene Bewusstheit erlangt der Mensch die Festigkeit, das Erkannte auch zu leben.<sup>80</sup> Diese Darstellung wird von dem Indologen Rahul P. Das heftig kritisiert, da in den angegebenen Textstellen (CaS

---

<sup>78</sup> Vgl. CaS 3.6.5-6, Vol. II; S. 186.

<sup>79</sup> CaS 3.6.6, Vol. II; S. 186.

<sup>80</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 126 f.

4.1.98-135) *prajñāparādha* „ganz anders beschrieben“ wird.<sup>81</sup> *Caraka* sagt, dass ein Mensch dessen Intellekt, Geduld und Gedächtnis durch *rajas* und *tamas* gemindert werden, sich selbst der „intellektuellen Blasphemie“ aussetzt, welche durch schlechte Handlungen verursacht wurde. So genannte „schlechte Handlungen“ reichen von dem Erzwingen der natürlichen Bedürfnisse über Genuss von schadenbringenden Dingen bis hin zu Angst und Ärger.<sup>82</sup> Aber auch der übermäßige sexuelle Genuss (laut der für diese Arbeit verwendeten Übersetzung) oder genauer dem „übermäßigen Genuss von Frauen“ („*nārīṇāṃ cātisevanam*“)<sup>83</sup> wie Das wortwörtlich übersetzt und einmal mehr die androzentrische Perspektive verdeutlicht. Diese Handlungen wiederum erhöhen die *doṣa*-s, was letztlich zu unterschiedlichsten Krankheiten führt. Weiters steht bei *Caraka*, dass *prajñāparādha* durch intellektuelle Pseudoauffassung und missbräuchliches Verhalten repräsentiert wird, welches beides in den Bereich des „Geistes“ (*manas* bzw. mind) fällt.<sup>84</sup> Im Kommentar wird hier noch etwas genauer ausgeführt:

„Intellectual pseudo-conception directly constitutes intellectual blasphemy. Improper conduct arising as it does out of intellectual blasphemy is also included in it. All this again comes under the purview of the mind as the intellect [sic!] is a product of mind and the conduct originates from the former.“

CaS 4.1.109<sup>85</sup>

Ob nun Wolz-Gottwalds Darstellung des Begriffs *prajñāparādha* tatsächlich so drastische Unterschiede zu der Stelle in der *Carakasamhitā* aufweist ist fraglich. So könnte ein Geist, der von *rajas* und *tamas* beeinflusst ist sehr wohl als vernebelt und labil bezeichnet werden, da insbesondere *tamas* die trübe und verschleierte Eigenschaft des Geistes darstellt.

---

<sup>81</sup> DAS; Indische Medizin und Spiritualität; S. 173 f.

<sup>82</sup> CaS 4.1.102-108, VOL II; S. 337 f.

<sup>83</sup> CaS 4.1.103b, VOL II; S. 337 f.

<sup>84</sup> CaS 4.1.109, Vol. II; S. 338.

<sup>85</sup> CaS Vol. II; S. 338.

*Prajñāparādha* kann aber auch mit dem Satz: „Ja, ich weiß eh, aber...“ beschrieben werden. Wir wissen, dass rauchen gesundheitsschädlich ist und tun es trotzdem, wir wissen, dass wir mehr Bewegung machen sollten und tun es trotzdem nicht, wir wissen, dass man von zu vielen Süßigkeiten dick und/oder krank wird, aber wir essen sie trotzdem. Die Liste der Beispiele ist endlos und jeder Mensch hat sein eigenes „Ja, aber...“, das im Endeffekt der erste Schritt zur Krankheit sein kann.

3. *Parinām* oder *kāla* – bezeichnet saisonale Veränderungen bzw. die Zeit. In gewissen Zeiten ist der Mensch von Natur aus anfälliger für Krankheiten, zum Beispiel immer dann, wenn eine Jahreszeit in eine andere übergeht. Ebenso bringt das Alter bei den meisten Menschen gewisse Krankheiten mit sich.

### 2.2.6 Vier Säulen der āyurvedischen Therapie<sup>86</sup>

In allen drei großen Schriften des Āyurveda werden vier Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie genannt: Der Arzt, der Patient, die Pflegeperson und die Arzneien<sup>87</sup>. Die Rollen und Aufgaben aller Beteiligten werden von allen Autoren, wenn auch in unterschiedlicher Ausführlichkeit, klar festgelegt. Besonders detailliert befasst sich *Caraka* mit den vier Säulen, er widmet diesem Thema ein ganzes Kapitel (*Sūtrasthāna* 9), am kürzesten fällt die Erläuterung bei *Vāgbhaṭa* aus.

„The physician, the attendant (nurse), the drug and the patient are the four limbs of treatment; each one has four (good) qualities.”

AHS 1.1.27<sup>88</sup>

Jede Säule wird mit mindestens vier Eigenschaften ausgestattet, bei *Caraka* kommen z.B. noch zwei Mal sechs Eigenschaften für den Arzt dazu. Die Attribute

---

<sup>86</sup> Vgl. zum folgenden CaS 1.9; AHS 1.1.27-29; SuS 1.34.15-24.

<sup>87</sup> In der englischen Übersetzung wird vor allem der Begriff „drug“ verwendet, welcher ursprünglich auch im Deutschen in der Pharmakologie zur Beschreibung von getrockneten Kräutern verwendet wurde.

<sup>88</sup> AHS Vol. I; S. 14.

des Arztes sind Effizienz, Weisheit bzw. ausreichendes Studium der āyurvedischen Wissenschaft, Praxiserfahrung und körperliche wie auch geistige Reinheit (*Vāgbhaṭa*). Dazu kommen bei *Caraka* noch Verstand und Verständnis, Hingabe, Handlungsfähigkeit und Mitgefühl.<sup>89</sup> Bei *Suśruta* muss der Arzt zusätzlich mit Instrumenten und Arzneien, Entschlossenheit, Ehrlichkeit und Frömmigkeit ausgestattet sein.

Die Fähigkeiten, die ein Arzt haben muss, können grob in zwei Gruppen geteilt werden, in sogenannte „hard skills“ die einen Menschen als Arzt qualifizieren und „soft skills“ die ihn zu einem guten Menschen machen. Die Grenze zwischen den zwei Bereichen ist nicht immer eindeutig, so könnte Reinheit als spirituelle (gesellschaftliche) Reinheit im Sinne der brahmanischen Reinheitsgebote gesehen werden oder auch als hygienischer Begriff.<sup>90</sup> Die Eigenschaften des guten Arztes haben auch insofern große Bedeutung in den Schriften, als klar darauf hingewiesen wird, welcher Arzt als der wahre und gute angesehen werden kann, ein „Retter des Lebens und Zerstörer der Krankheit“ ist, oder aber ein Quacksalber und Scharlatan, also ein „Retter der Krankheit und Zerstörer des Lebens“, wie es *Caraka* bezeichnet.<sup>91</sup> Ein weiteres wichtiges Merkmal des Arztes ist, dass er als die wichtigste der vier Säulen angesehen wird.<sup>92</sup>

Die Pflichten der Pflegeperson werden in den Schriften verhältnismäßig kurz abgehandelt. Es wird erwartet, dass sie hingebungs- und vertrauensvoll ist, intelligent und fähig, sowie über einen reinen Geist und Körper verfügt. Bei *Vāgbhaṭa* und *Caraka* ist sie freundlich, akzeptierend und gehorsam gegenüber dem Arzt, bei *Suśruta* verfügt sie über Bereitschaft, sich um die Kranken zu kümmern.

Die Patientin oder der Patient muss vor allem über genügend Geld verfügen, dem Arzt gehorchen, ein gutes Gedächtnis haben, um sich alle Anweisungen zu merken und einen starken Willen besitzen, als auch klare Auskunft über den Krankheitsverlauf geben (*Vāgbhaṭa* und *Caraka*). *Suśrutas* Patient verfügt zudem

---

<sup>89</sup> Die Auflistungen sind teilweise redundant, *Caraka* beispielsweise zählt mehrmals Weisheit als Attribut auf.

<sup>90</sup> WUJASTYK; *Well-Mannerd Medicine*; S. 39 f.

<sup>91</sup> CaS 1.9.18 Vol. I; S. 189 und CaS. 1.29.5 Vol. I; S 585 f. Vgl. WUJASTYK; *Well-Mannerd Medicine*; S. 41 ff.

<sup>92</sup> Z.B. CaS 1.9.10-13 Vol. I; S. 187 f. Dieser Aspekt wird an anderer Stelle (Kapitel 5.5) genauer besprochen.

über ein langes Leben, eine heilbare Krankheit und Frömmigkeit. Es finden sich Aufzählungen über diverse Gesellschaftsgruppen, die immer krank sind (Händler, Kurtisanen, Bedienstete des Königs oder gelehrte *Brāhmaṇen*) bzw. auch darüber, welche Menschen besonders schwierig zu behandeln sind (z.B. der König), sowie welche nicht behandelt werden sollen, wobei bei *Suśruta* die Armen in die Gruppe der schwer zu behandelnden fallen, und bei *Caraka* diese vollkommen aus der Behandlung ausgeschlossen werden. Grund dafür ist in beiden Fällen die Unfähigkeit dieser Bevölkerungsgruppe die notwendigen Mittel aufzubringen, die zu einer Heilung führen (Medikamente, Nahrung, hygienische Bedingungen).<sup>93</sup> Wesentlich ist immer wieder die Achtung vor dem Arzt und insbesondere sein Prestige, so fallen die Listen jener, die nicht zu behandeln sind länger aus als die der potenziellen PatientInnen. Bei *Vāgbhaṭa* wird der Arzt dazu angehalten, sich von PatientInnen fernzuhalten, die einen bösen Charakter haben, die anderen Menschen oder sich selbst gegenüber schlecht gesonnen sind oder sich als undankbar erweisen.<sup>94</sup> Nicht zu behandeln sind ebenfalls Feinde des Königs, solche die schlecht über den König oder den Arzt sprechen, unheilbar krank oder Nahe des Todes sind.<sup>95</sup> Dieses Thema wird im Kapitel „Berufsethos des Vaidyas“ noch einmal aufgegriffen.

Als vierte Säule werden die Drogen genannt, welche vielseitig einsetzbar und passend (verschiedene Krankheiten, unterschiedliche *doṣa* Inbalancen), heilsam und von guter Qualität sein und viele gute Eigenschaften besitzen (z.B. Geschmack) soll.

### 2.2.7 Therapiemethoden

Im Āyurveda gibt es vier Möglichkeiten die Balance wiederherzustellen:

- (a) Lebensstil (tägliche Routine)
- (b) Ernährung
- (c) Körpertherapien wie Massagen, Ölgüsse und dergleichen, sowie Reinigung (*Pañcakarma*)

---

<sup>93</sup> WUJASTYK; Well-Mannerd Medicine; S. 54 f.

<sup>94</sup> AHS Vol. I; S. 16 f.

<sup>95</sup> CaS 3.3.45 Vol II; S 159.

#### (d) Arzneien

Bei kleineren Beschwerden kann es sein, dass schon eine Umstellung des Lebensstils und der Ernährung zu einer Verbesserung führen kann. Hat der Körper allerdings bereits zu viele Schlacken (*āma*) angesammelt und (chronische) Krankheit macht sich bemerkbar, muss der Körper gereinigt und mit Kräutern behandelt werden. Diese Art der Therapie sollte im Idealfall mit einem veränderten Lebensstil und einer, aus āyurvedischen Sicht gesunden Ernährung kombiniert werden.

#### 2.2.7.1 Tägliche Routine (*dinacaryā adhyāya*)

In den Schriften wird sehr viel Aufmerksamkeit auf die tägliche Routine bzw. auf den Rhythmus der Jahreszeiten (*ṛtucaryā adhyāya*) gerichtet. Es ist genau festgelegt wie der Mensch sein Leben gesund führen kann, angefangen damit, wann er aufstehen soll:

„The healthy person should get up (from bed) during brāhma muhūrta [die letzten drei Stunden vor Sonnenaufgang, Anm. Mörth], to protect his life.“  
AHS 1.2.1b<sup>96</sup>

Nach einer längeren Ausführung darüber wie die Zähne zu pflegen sind, wird man dazu aufgefordert sich die Nasenlöcher zu ölen, mit Öl oder Kräutern zu gurgeln, Kräuterrauch zu inhalieren und anschließend Betelblätter zu kauen. Nach den Beschreibungen zur Körperpflege folgen Anweisungen darüber, wie man sich im Umgang mit den Mitmenschen und anderen Lebewesen gegenüber zu verhalten hat:

„Even the insects and ants should be treated with compassion and kindness (just as oneself).  
God, cow, brāhmaṇa, elders, the physician, king and guests should be worshipped.“

AHS 1.2.23b-24a<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> AHS Vol. I; S. 22.

<sup>97</sup> AHS Vol. I; S. 27.

Die Wichtigkeit von *sukha* (Glück), welches in der Definition von Gesundheit nach *Vāgbhaṭa* eine zentrale Rolle spielt, wird auch in der Beschreibung der täglichen Routine deutlich:

“All (human) activities are meant for the happiness of all the living beings; such as happiness is based on dharma (righteousness, right moral conduct); hence every person should adopt (follow) righteousness always.”

AHS 1.2.20<sup>98</sup>

### 2.2.7.2 Die drei Säulen der Gesundheit – Ernährung, Schlaf und Sexualität

Für die Gesundheit gibt es aus āyurvedischer Sicht drei Grundpfeiler (*traya upasthambhāh*):

“Āhāra (food), śayana (sleep) and abrahmacarya (non-celibacy) properly indulged, support the body constantly just like the house (is supported) by the pillars.”

AHS 1.7.52<sup>99</sup>

Die Schriften enthalten genaue Beschreibungen der einzelnen Lebensmittel, angefangen von verschiedenen Wassern, Milch von unterschiedlichen Tieren, über das Fleisch der einzelnen Tiere bis hin zu Gemüsen, Fetten usw. Es sind zu jeder Substanz spezifische Wirkungen auf den Körper aufgelistet, wann welches Lebensmittel konsumiert und wann es vermieden werden soll und welche Probleme bei Nichtbeachtung dieser Regeln entstehen können. Außerdem wird große Aufmerksamkeit darauf gelegt, wie viel gegessen wird, zu welcher Tageszeit, in welchen Abständen und vor allem auch, in welcher Stimmung bzw. wer das Essen zubereitet. Ähnliche, wenn auch verhältnismäßig nicht so ausführliche Beschreibungen gibt es zu Schlaf und Sexualität. Beispielsweise wird empfohlen im Sommer nur alle 14 Tage Geschlechtsverkehr zu haben, in den Übergangszeiten alle drei Tage und im Winter wäre es, mit speziellen aphrodisierenden Mitteln, an jedem Tag möglich. Über den Schlaf sagt *Vāgbhaṭa* unter anderem:

---

<sup>98</sup> AHS Vol. I; S. 26.

<sup>99</sup> AHS Vol. I; S. 119.

“Happiness and unhappiness, nourishment (good physique) and emaciation, strength and debility, sexual powers and impotence, knowledge and ignorance, life and its absence (death) – all are dependent on sleep.”

AHS 1.7.53<sup>100</sup>

### 2.2.7.3 Körpertherapien und Reinigung (*Pañcakarma*)

Der Āyurveda verfügt über eine Vielzahl an Körpertherapien, die im Rahmen eines *Pañcakarmas* oder unabhängig davon zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit verwendet werden. Es gibt neben den bei uns im Westen prominenten Ölmassagen und Stirngüssen auch Pulvermassagen, Kräuterstempelmassagen, Ölgüsse für einzelne Bereiche des Körpers, Umschläge und Wickel in den verschiedensten Zusammensetzungen und Wirkungsweisen.

Das *Pañcakarma* besteht traditionell aus fünf (*pañca*) unterschiedlichen Reinigungstherapien, oder übersetzt „Taten, Aktionen“ (*karma-s*). Je nach Tradition und Region variieren diese in Indien und Sri Lanka. So wird manches Mal der Stirnguss als eines der fünf *karmas* bezeichnet. Generell sind die fünf *karmas* jedoch folgende:

1. *Vamana* – Erbrechen
2. *Virecana* – Abführen
3. *Basti* – Einlauf
4. *Nasya* – Reinigen der Nase mit Öl
5. *Raktamokṣaṇa* – Aderlass

Ursprünglich dauerte ein *Pañcakarma* ca. drei Monate in denen eine Therapie nach der anderen durchgeführt wurde. Insbesondere *Vamana* und *Virecana* brauchen eine intensive Vorbereitung während der der Körper von innen, durch die Einnahme von Ghee (Butterschmalz) und außen, durch Ölmassagen, geschmiert wird. Nachdem eine dieser beiden Reinigungsmethoden angewandt wurde, ist es notwendig, den Körper langsam wieder mit sehr reduzierter Diät aufzubauen bis er bereit für die nächste Reinigung ist. Der Körper wird niemals

---

<sup>100</sup> AHS Vol. I; S. 119.

sowohl *Vamana* als auch *Virecana* gleichzeitig ausgesetzt, da das den Körper viel zu sehr schwächen würde.

Heute wird ein *Pañcakarma* meist auf 12 – 21 Tage beschränkt und es wird entweder *Vamana* oder *Virecana* durchgeführt. In der Phase der Vorbereitung und auch des Aufbaus werden meistens noch *Basti* und *Nasya* verabreicht, und bei bestimmten Indikationen auch *Raktamokṣaṇa*, oft in Form von Blutegeltherapie. Auch im Westen hat das *Pañcakarma* mittlerweile einiges an Prominenz erlangt und es hat sich ein eigener Āyurveda-Tourismus in Indien und Sri Lanka entwickelt, wobei in den meisten Hotels abgeschwächte Formen der Kur angeboten werden. Für indische PatientInnen werden jedoch keine vereinfachten Kuren angewandt.<sup>101</sup>

#### **2.2.7.4 Drogen (Arzneien)**

Die āyurvedische Pharmakologie erstreckt sich über Pflanzen, Mineralstoffe, tierische Produkte, Metalle und Schwermetalle.

Heutzutage wird der Āyurveda immer wieder in den Medien mit Quecksilbervergiftungen in Zusammenhang gebracht. Dabei wird nicht beachtet, dass die Verabreichung der Schwermetalle auf einem Jahrtausende Jahre alten alchemistischen Wissen aufbaut und die verwendeten Metalle freilich nicht in ihrer Rohform verabreicht, sondern in mühsamen und langwierigen Reinigungs- und Transformationsprozessen verändert werden. Beispielsweise besteht einer der Transformationsprozesse darin das Quecksilber an Schwefel zu binden, nachdem diese beiden Elemente eine starke Affinität zu einander haben. Darin liegt auch eine Gefährlichkeit des Quecksilbers, denn in seiner ursprünglichen Form (ohne alchemistische Reinigungsverfahren) verbindet es sich im Körper mit dem Schwefel, der vor allem in den Proteinen vorkommt und schädigt so den Organismus massiv.<sup>102</sup>

---

<sup>101</sup> Vgl. FRANK; Globalisierung "alternativer" Medizin; S. 172 f.

<sup>102</sup> Nachdem ich in diesem Bereich sicher keine Expertin bin, möchte ich nicht weiter über chemische Prozesse im Körper schreiben. Trotzdem ist es mir wichtig diesen Aspekt kurz anzuführen.

Ein anderes Problem, die Kräuter betreffend, ist die immer größer werdende Umweltverschmutzung. Die Vergiftung des Wassers, Erde und Luft der Pflanzen vor allem mit Blei und Quecksilber, macht es immer schwieriger reine Substanzen zu erhalten. Leider ist diesbezüglich wenig Verständnis auf Seiten vieler indischer Vaidyas zu finden. Es scheint teilweise schwierig ihnen verständlich zu machen, dass die Kräuter und Präparationen, obwohl sorgfältig und nach uralten Methoden verarbeitet, durch die Umweltbelastung verschmutzt sind. Erst langsam beginnt ein Umdenken und die Substanzen werden auf Reinheit kontrolliert.

## **2.3 Westliche Rezeption – Āyurveda im deutschsprachigen Raum**

### **2.3.1 Praktizierter Āyurveda im deutschsprachigen Raum**

#### **2.3.1.1 Der Weg in den Westen**

Āyurveda ist in den letzten Jahren zu einem gängigen Begriff geworden. Wenn auch nicht jeder Mensch wirklich weiß, was dahinter steckt, so haben doch viele schon einmal davon gehört oder gelesen und sei es auf einer Teepackung. Der Weg des Āyurveda in den Westen bzw. in den deutschsprachigen Raum verlief laut Anne Koch in drei Phasen: der Homogenisierung, der Popularisierung und der Diversifikation.<sup>103</sup>

Die erste Phase beginnt in den 1970er Jahren, in denen Āyurveda zusammen mit Meditationstechniken und Yoga von der Flower-Power-Bewegung aus Indien in den Westen gebracht wurde. Bei Koch rückt dieser Aspekt eher in den Hintergrund. Im Vordergrund steht das zeitgleich entwickelte Interesse auf wissenschaftlicher Ebene seit den 1980er Jahren seitens Indologen, Medizinhistorikern, Medizinerinnen und Ethnologen, die das Bild des westlichen Āyurveda formten. Koch verwendet hier den Begriff des „reflexiven Kurierens“ analog zu Stausbergs „reflexiver Ritualisation“. Das heißt, es werden

---

<sup>103</sup> Vgl. zum Folgenden: KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 26 ff.

wissenschaftliche Begriffe verwendet (z.B. der Begriff „Ritual“ war bis in die 1980er Jahre kaum in Gebrauch), von der Populärliteratur (Ratgeberliteratur) aufgegriffen, verbreitet und umgeformt (früher sprach man von Sitten und Gebräuchen, heute wird alles zu einem Ritual, „Kinder brauchen Rituale“ etc.). Ebenso, so Koch, wurde Āyurveda zu einem homogenen Phänomen: Wissenschaftler fassten die Schriftkorpora zusammen, befassten sich mit der Geschichtsschreibung des Āyurveda usw. Es ist allerdings zweifelhaft, ob Kochs These, dass die Ausbreitung des Āyurveda im deutschsprachigen Raum ihren Ursprung im wissenschaftlichen Rahmen hat, korrekt ist. Es wäre ebenso denkbar, dass der „populäre“ (praktizierte) Āyurveda und der „wissenschaftliche“ (theoretische) sich zwar in ihrer Entstehung immer wieder berührt und befruchtet, dass diese zwei Stränge sich aber unabhängig voneinander entfaltet haben. Die These des „reflexiven Kurierens“ analog zur „reflexiven Ritualisation“ ist nur bedingt schlüssig, da es sich bei Āyurveda um ein unabhängig von der westlichen Wissenschaft bestehendes Medizinsystem und nicht um einen durch die westliche Wissenschaft geprägten Begriff handelt, wie es beim Ritualbegriff der Fall ist. Man könnte vermuten, dass der Transport aus Indien unabhängig von der wissenschaftlichen Entwicklung passierte und Kochs Aussage, dass „...auch ‚Ayurveda‘ als geschlossenes Phänomen erst von einer transdisziplinären wissenschaftlichen Debatte erschaffen“<sup>104</sup> wurde für unwahrscheinlich halten. Beispielsweise sind die meisten behandelten Themen im „Journal of the European Ayurvedic Society“ völlig unerheblich für den praktizierten Āyurveda und der übliche Weg vieler PionierInnen war oftmals die Ausbildung bei indischen Āyurveda-ÄrztInnen direkt vor Ort. Gleichzeitig weicht die wissenschaftliche Darstellung immer wieder erheblich von der Praxis ab. Z.B. beschreibt der Indologe Gerrit Jan Meulenbeld die verschiedenen Entwicklungen und Einflüsse des Āyurveda im Laufe der Jahrhunderte und kommt auf eine pharmazeutische Zubereitung aus dem arabischen Raum, den *arka-s* (Destillationen), die ca. 1200 n.u.Z. Eingang in den Āyurveda gefunden haben. Abgesehen von einer sehr ausführlichen Schrift darüber habe diese Herstellung aber wenig Beachtung gefunden und wurde nie zu einer gängigen pharmazeutischen Aufbereitung der

---

<sup>104</sup> KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung; S. 247.

Substanzen.<sup>105</sup> Tatsächlich haben *arka*-s in der Praxis allerdings einen hohen Stellenwert. Eine beliebte Zubereitung ist beispielsweise die Destillation von Kuh Urin (*gomutrārka*) wie einerseits Dr. Sucheta Godbole bestätigt, aber auch ein Blick in die Google Suchmaschine, wo der Suchbegriff 2.230 Treffer aufzeigt.<sup>106</sup> Anfang der 1980er Jahre wurden die ersten Institutionen gegründet. Diese Homogenisierung knüpft an die indische Revitalisierungsbewegung des Āyurveda an, die sich beispielsweise durch die Gründung von Colleges und einer Vereinheitlichung der Lehre auszeichnet. Die Renaissance des Āyurveda ging anfangs mit einer „Spiritualisierung“ einher, die später aber zu Gunsten eines wissenschaftlichen Zugangs mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt wurde. Manchen Autoren zufolge ist Religion für den Āyurveda in Indien heute unerheblich.<sup>107</sup> Diese These kann in der vorliegenden Arbeit allerdings nicht bestätigt werden.

An die Phase der Homogenisierung schließt die Phase der Popularisierung an, in der durch Publikationen und Institutsgründungen der Āyurveda für ein größeres Publikum fassbar gemacht wird. Seit 1976 gelten in Deutschland recht liberale Gesetze im komplementärmedizinischen Bereich, der die Ausübung „alternativer“ Therapierichtungen wie Homöopathie, Naturheilkunde oder Anthroposophische Medizin genehmigt. Deutschland hat diesbezüglich eine andere Gesetzeslage als Österreich, da in Deutschland Nicht-MedizinerInnen die Möglichkeit haben als HeilpraktikerInnen zu arbeiten, ein Berufsstand der in Österreich zur Gänze verboten ist.<sup>108</sup>

Die dritte Phase beginnt in den 1990er Jahren und steht im Zeichen der Diversifikation. Die Popularisierung des Āyurveda hat dazu geführt, dass er mittlerweile einem breiten Publikum in einem vielfältigen Angebot, welches Kuren, Bücher, Reisen, Kosmetika usw. umfasst mit verschiedenen Zielsetzungen (z.B.: Ernährung, Entgiftung, Schönheit, Gesundheit, Wellness, Reisen, Abnehmen, etc.) zur Verfügung steht. Es entsteht der Eindruck, Āyurveda sei zu einem Produkt geworden, das verkauft werden muss. Hierbei

---

<sup>105</sup> MEULENBELD; The Many Faces of Āyurveda; S. 8.

<sup>106</sup> <https://www.google.at/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=gomutra%20arka>; Zugriff: 8.4.2015

<sup>107</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 26 ff.

<sup>108</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 28 f.

spielen laut Koch verschiedene Faktoren eine tragende Rolle: Legitimation auf verschiedenen Ebenen (Anbindung an Indien oder an die moderne westliche Medizin oder auch die dezidierte Abgrenzung davon), juristisch-gesundheitsinstitutionelle Rahmenbedingungen und das Internet als Werbe- und Verkaufsplattform (Internetauftritt, Informationsweitergabe auf der eigenen Website, Online-Verkauf von diversen Āyurveda-Produkten). Es ist zu überlegen, ob nicht sinnvoll wäre zu diesen Komponenten auch „die Authentizität des Āyurveda“ („echter“ traditioneller Āyurveda vs. Wellness-Āyurveda) wie sie beispielsweise im Artikel „Ayurvedakuren in Europa“ des relaxguides<sup>109</sup> durchklingt, hinzuzufügen. Gibt man nämlich in Google „authentisch Ayurveda Deutschland“ ein, gelangt man zu einer langen Liste diverser Reise-, Hotel- und Kuranbieter die ihren Āyurveda als authentisch anpreisen.

Trotz betonter Authentizität muss Āyurveda an die Bedürfnisse der KonsumentInnen angepasst werden: Pañcakarma-Kuren werden verkürzt (statt 3 Monate nur 7 – 14 Tage) und angenehme Anwendungen wie Massagen werden vermehrt eingesetzt, im Gegensatz zu unangenehmen wie beispielsweise dem therapeutischen Erbrechen.<sup>110</sup>

### **2.3.1.2 Anbieter und Ausbildungen**

Die von Koch durchgeführte Analyse verschiedener deutscher Āyurveda-Anbieter im Internet hat ergeben, dass sich verschiedene Stereotypen ausmachen lassen, wobei die zuletzt genannten Punkte auch fehlen können oder in einer anderen Reihung auftreten:<sup>111</sup>

1. Authentisierung/Standardisierung des Angebots
2. Ursprung und Datierung des Ayurveda, Bezeichnung (z.B. Gesundheitslehre, [Natur-] Heilsystem, alternative Medizin), eventuell Nennung der frühesten schriftlichen Quellen

---

<sup>109</sup> <http://www.relax-guide.com/special-ayurveda>; Zugriff: 30.10.2014

<sup>110</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 30 f.

<sup>111</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 35 f.

3. Kennzeichnung des Ayurveda, meist als sanft, individuell, komplementär, ganzheitlich
4. Elementenlehre, Tri-Dosha-Lehre mit Gleichgewicht
5. Konstitutionstypen
6. Krankheitsbild: Gleichgewichtslehre
7. Hervorheben der Prävention und des Nutzens bei chronischen Krankheiten, Indikationslisten
8. Erklärung der Behandlungsmethoden, besonders Panchakarma, Angaben zu weiteren einbezogenen (ganzheitlichen) Verfahren: Yoga, Meditation, Farbtherapie, Psychotherapie, Schulmedizin u.a.
9. Ernährung
10. Service: Unterbringung, Kosten, Anfahrt, z.T. Preislisten
11. Haftungsausschluss (disclaimer)

In der arbeitsrechtlichen Situation muss unterschieden werden zwischen Āyurveda in der Medizin und im Wellnessbereich. Āyurveda auf medizinischer Ebene zu praktizieren ist in Österreich den ÄrztInnen vorbehalten. Dieser Bereich ist allerdings nach wie vor ein sehr kleiner Bereich, im Gegensatz zur TCM, der Traditionellen Chinesischen Medizin, die vor allem im medizinischen Bereich großen Anklang gefunden hat. Akkupunktur gehört schon fast zum guten Ton in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin. Der Āyurveda ist in Österreich im Gegensatz dazu eher im Wellnessbereich zu finden. Āyurveda wird vor allem mit warmem Öl und Massagen in Verbindung gebracht und fast jedes Spa bietet Āyurveda in der einen oder anderen Form an. Die TCM hingegen ist kaum mit ihrer Massagetechnik, der Tuina Anmo assoziiert, sondern vor allem mit Ernährung im Alltags- bzw. Wellnessbereich sowie Akkupunktur und Kräutern im medizinischen Sektor. Dieser Unterschied wird auch in der Platzierung der Āyurveda-Literatur in der Buchhandelskette „Thalia“ deutlich: Āyurveda ist bei den Kochbüchern zu finden, TCM bei den alternativen Heilmethoden.<sup>112</sup> Österreich ist bislang das einzige europäische Land, das eine gesetzliche Regelung für Āyurveda PraktikerInnen hat. Das heißt, es gibt eine gesetzlich

---

<sup>112</sup> Buchhandel Thalia, Mariahilferstraße 1060 Wien, Oktober 2015.

geregelte Ausbildung für den Massageberuf eingeschränkt auf Āyurveda. Das bedeutet allerdings nicht, dass in jedem Spa wo Āyurveda angeboten wird, auch richtig ausgebildete MasseurInnen arbeiten. Wobei die Gruppe der österreichischen PraktikerInnen stetig steigt. Oftmals arbeiten in den Hotels indische PraktikerInnen oder Āyurveda-ÄrztInnen die zwar keinen Gewerbeschein besitzen, aber auf Grund ihrer Herkunft Authentizität vermitteln. Qualität ist damit allerdings noch lange nicht gewährleistet. Das Angebot in Österreich umfasst einige Zentren die sich ausschließlich dem Āyurveda verschrieben haben, sowie eine Vielzahl von Hotels und Spas die über einen Āyurvedabereich verfügen (2010 wurde in Österreich in 210 von 989 Hotels Āyurveda verkauft, in Deutschland ist die Zahl mit 490 von insgesamt 1327 Hotels dementsprechend höher)<sup>113</sup>. Eine Recherche des relaxguides hat ergeben, dass dieses Angebot sehr facettenreich ist, von spartanischer Unterkunft mit hervorragendem Āyurveda bis hin zu luxuriösem Ambiente mit mangelhaftem Āyurveda und allem dazwischen.<sup>114</sup> In Österreich gibt es zur Zeit der Untersuchung weniger als zehn Zentren<sup>115</sup> die stationäre Pañcakarma-Kuren anbieten und noch einige wenige ÄrztInnen<sup>116</sup> die ambulante *Pañcakarmas* durchführen. Derzeit gibt es eine Hand voll Ausbildungsanbieter in Österreich (Āyurveda-Verein Nexenhof, Veda-Vital, Europäische Akademie für Ayurveda und die Ayurveda-Schule Kremstal), wobei die Europäische Akademie für Ayurveda ein deutscher Anbieter ist und die Ausbildung auch teilweise in Deutschland absolviert wird.

In Deutschland und der Schweiz ist die rechtliche Situation bedeutend lockerer als in Österreich. In beiden Ländern ist sowohl die Ausbildung als auch die Bezeichnung des Berufsstandes völlig unreguliert, so kann jeder Mensch, mit oder ohne Ausbildung Āyurveda praktizieren.<sup>117</sup> Das Angebot in Deutschland ist natürlich dementsprechend größer.

---

<sup>113</sup> <http://www.relax-guide.com/special-ayurveda>; Zugriff: 3.10.2014

<sup>114</sup> <http://www.relax-guide.com/special-ayurveda>; Zugriff: 3.10.2014

<sup>115</sup> z.B.: Āyurveda-Verein Nexenhof, Hotel Sonnhof in Tirol, Dr. Schäffler im Schloss Pichlarn, Dr. Mathew in Klagenfurt, Kurhaus Schärading, u.a.

<sup>116</sup> z.B.: Dr. Schachinger, Dr. Krenner, Dr. Barbara Steyrer- Fauth u.a.

<sup>117</sup> <http://www.ayurvedaservice.info/Ausbildung-DACH>; Zugriff: 13.10.2015.

Für ÄrztInnen gibt es in Österreich momentan nur eine Zusatzausbildung von der Europäischen Akademie für Ayurveda in Birstein, Deutschland. Ein paar Jahre wurde ein von der Ärztekammer anerkannter Kurs der GAMED für ÄrztInnen angeboten, dies ist zur Zeit der vorliegenden Untersuchung allerdings nicht mehr der Fall.

Eine in Österreich staatlich anerkannte Weiterbildung im medizinischen Bereich ist seit 2006 die Weiterbildung „Komplementäre Pflege Ayurveda“ für diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen nach der GuK-WV 6 § 64. In diesem Sektor lassen sich bereits kleine Schritte in Richtung Implementierung vermerken. Eine Absolventin des Āyurveda-Vereins Nexenhof konnte auf einer Intensivstation des Wiener AKHs in der Pflege die Verwendung von Basilikumabkochungen bei Verschleimung und die Verabreichung von Reiswasser bei Durchfall, Übelkeit und Erbrechen einführen, sowie das Einölen von Armen und Beinen, bzw. bei sterbenden Menschen vor allem des Kopfes.

### 2.3.2 Āyurveda Literatur im deutschsprachigen Raum

Die āyurvedische Literatur lässt sich grob in diese fünf Kategorien einteilen:

1. „Originalschriften“: Die *Carakasamhitā*, *Suśrutasamhitā*, etc. in Sanskrit mit englischer Übersetzung, sowie dem Kommentar in Englisch.
2. Literatur von indischen AutorInnen verfasst: Diese Gruppe teilt sich wiederum in zwei Richtungen, einerseits in die Literatur, die sich mit speziellen Themen im Āyurveda oder in den āyurvedischen Originalschriften auseinandersetzen, wie beispielsweise der Sammelband „Researches in Ayurveda – Past and Present“ herausgegeben von Prof. Vaidya Banwari Lal Gaur und Vaidya Santosh Kumar Sharma „Khandal“<sup>118</sup>. Andererseits in die Literatur, die die āyurvedischen Prinzipien mehr oder weniger ausführlich zusammenfasst, sowie verschiedene Krankheitsbilder und deren Behandlung, teilweise mit

---

<sup>118</sup> GAUR/SHARMA; Researches in Ayurveda – Past and Present.

manchmal lang ausfallenden Verhaltensregeln die mitunter sehr amüsant zu lesen sind:

„(1) Never speak a lie; (2) Never appropriate another`s property; [...] (5) Never commit sin; [...] (13) Never blow your nose, or rattle teeth in the company of others; (14) Never make a noise with your nails; (15) Never raise up earth (dust/mud etc.) with your fingers; (16) Undertake no activities with your body, when you are not at ease; (17) Never try to see stars, or undesirable things, an impious or a disrespectful thing; [...] (32) Never rub your head with your bath towel, (33) Never make a noise by striking the ends of your long hair; [...] (37) Never take food without a jewel on your finger [...] (50) One should not practise his studies (i) when there is unseasonal thunder, or when the climate is too cyclonic, cloudy and dark; (ii) when a fire breaks out; (iii) when there is an earthquake; [...] (vi) when there is an advent of a comet; (vii) when there is no moon to be seen; (viii) at twi-light; [...] (xi) never study in excess; [...]“<sup>119</sup>

In dieser Auflistung Kulkarnis finden sich 85 Punkte, zum Teil mit Unterpunkten versehen. Zusätzlichen führt er 27 Regeln für den Mann an, die erläutern wann er sich seiner Frau nicht sexuell nähern darf. Diese Regel betreffen einerseits die Befindlichkeit der Frau, beispielsweise soll der Mann sie nicht zum Geschlechtsverkehr auffordern, wenn sie ihre Menstruation hat, krank ist oder keine Lust dazu verspürt, wenn sie sich in einer ungünstigen Position befindet, sie mit ihren Gedanken wo anders ist oder „If she is sleeping in any place where four roads meet; in a garden; in a corpse-burning place; in a place where beasts are killed; in a water-house; in a medicine factory or a dispensary; or in a temple“<sup>120</sup>. Andererseits befassen sich einige Punkte mit dem Zustand des Mannes, so wird ihm ebenfalls von der Vereinigung mit seiner Frau abgeraten, wenn er in medizinischer Behandlung ist, zu viel oder zu wenig gegessen hat, wenn er urinieren muss oder sie nicht liebt, genauso wird Sex mit anderen Frauen verboten. Die Regeln mögen teilweise seltsam und veraltet anmuten, wenn man etwa an das Verbot denkt an einer Kreuzung Geschlechtsverkehr zu haben, dennoch stellen sie ein respektvolles Verhalten im Umgang mit der Frau bzw. miteinander in den Vordergrund. Anders beim vorletzten Punkt, hier wird die offenbar auch heute noch

---

<sup>119</sup> KULKARNI; Ayurveda Philosophy; S. 57 ff.

<sup>120</sup> KULKARNI; Ayurveda Philosophy; S. 62.

gültige Dominanz des Mannes im Geschlechterverhältnis sichtbar (das Buch wurde 1998 zum ersten Mal verlegt):

„26. Never disrespect your wife, but, at the same time do not give her too much freedom with yourself; do not entrust your secrets to decide your external affairs authoritatively.“<sup>121</sup>

Auch für die Frau werden drei Regeln in Bezug auf Sexualität und Menstruation aufgelistet. Die erste besagt, dass sie ebenfalls keinen sexuellen Kontakt mit einem anderen Mann haben soll. Die zweite weist darauf hin, dass für sie dieselben Regeln gelten die für den Mann angeführt sind. Ob dies auch für den 26. Punkt gilt ist allerdings zu bezweifeln. Die dritte Regel für die Frau befasst sich ausführlicher mit den Verhaltensvorschriften während der Menstruation. So soll die Frau sich nicht duschen, sich nicht schminken und nicht die Nägel schneiden, noch soll sie laufen, lachen oder unter Tags schlafen, aber sie soll sich auch von allen Anstrengungen des Alltags zurückziehen.

In diese Gruppe der Fachliteratur fallen auch indische Fachzeitschriften wie das *Journal of ayurveda and integrative medicine*<sup>122</sup>, *AYU*<sup>123</sup> oder das *International journal of ayurveda and pharma research*<sup>124</sup>.

3. Geisteswissenschaftliche europäische Literatur: Wissenschaftlich ist Āyurveda neben der Indologie für die Sozialwissenschaft und Religionswissenschaft interessant, oftmals im Zusammenhang mit Spiritualitätsforschung (z.B. Koch: *Spiritualisierung eines Heilswissens im lokalen religiösen Feld?*, 2005; Knoblauch: *Ayurveda, Feng Shui und Yoga*, 2009). Eine sehr umfangreiche Darstellung des Āyurveda anhand der traditionellen Schriften bietet die Habilitation von Martin Mittweddes „Der Ayurveda. Von den Wurzeln zur Medizin heute“ oder die

---

<sup>121</sup> KULKARNI; Ayurveda Philosophy; S. 63.

<sup>122</sup> <http://www.jaim.in/>; Zugriff: 23.5.2014.

<sup>123</sup> <http://www.ayujournal.org/>; Zugriff: 23.5.2014.

<sup>124</sup> <http://ijapr.in/index.php/ijapr>; Zugriff: 14.12.2015.

Veröffentlichungen von Dagmar und Dominik Wujastyk.<sup>125</sup> Eine eigene Plattform für die wissenschaftliche Auseinandersetzung bietet das Magazin *Traditional South Asian Medicine*<sup>126</sup>, das ehemals den Namen *Journal of the European Ayurvedic Society* getragen hat.

4. Populärwissenschaftliche Literatur/Fachliteratur: In diese Gruppe fallen Bücher die entweder von indischen und europäischen/amerikanischen AutorInnen zusammen verfasst wurden oder Publikationen von InderInnen die in den USA oder Europa arbeiten und/oder leben, sowie AutorInnen europäischer bzw. amerikanischer Herkunft. Die Liste der Publikationen dieser AutorInnen, die im deutschsprachigen Raum erhältlich sind, ist relativ gut überschaubar. Meist beginnen diese Bücher mit einer kurzen geschichtlichen Einführung, sowie einer Darstellung des philosophischen Hintergrundes und gehen dann in variierender Reihenfolge und unterschiedlich ausführlichem Ausmaß auf die Grundprinzipien, wie die *doṣa*-s, Konstitution, die sieben Gewebe, die Feuer, Elemente usw. ein. Anschließend werden die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen (Ölanwendungen, Pañcakarma, etc.), die Ernährung und einige Krankheitsbilder sowie deren Heilungsmöglichkeiten besprochen (vgl. Ranade/Hosius/Heckmann, 2003; Schrott/Schachinger, 2005; Lad, 2002; Rhyner, 2001). Gerne werden Yoga, Meditation und die yogischen Atemtechniken beschrieben, um einen gesunden Körper und Geist zu erlangen, sowie Klang-, Farb- und Edelsteintherapie (Frawley, 1999; Ranade/Hosius/Heckmann, 2003; Schrott/Schachinger, 2005; Rhyner, 2001). Neben diesen Grundlagenbüchern gibt es Publikationen zu bestimmten Spezialthemen wie Psychologie (Frawley: *Vom Geist des Ayurveda*, 1999; Frawley: *Mit dem Herzen denken*, 2011; Crittin: *Ayurvedische Psychologie*, 2010), Pflanzenheilkunde (Lad/Frawley: *Die Ayurveda-Pflanzenheilkunde*, 2011; Rhyner/Frohn: *Heilpflanzen im Ayurveda*, 2006), Demenz (Verma: *Demenz-Prävention*; 2002) oder auch

---

<sup>125</sup> Wujastyk; *The Well-Mannered Medicine*; Wujastyk; *The Roots of Ayurveda*.

<sup>126</sup> <http://www.suedasien.uni-halle.de/tsam/tsam.htm>; Zugriff: 9.5.2014.

Ernährung (Rosenberg: *Die Ayurveda-Ernährung*, 2011) wobei letztgenanntes nicht zu der Gruppe der Kochbücher gezählt werden sollte, da hier die Aufmerksamkeit weniger auf die Rezepte als auf die Ernährungstheorie gerichtet ist. Weiters gibt es Literatur über Āyurveda für Frauen (Rosenberg: *Das Ayurveda-Praxisbuch für Frauen*, 2004), und für Mütter und Kinder (Pirc: *Ayurveda für Mutter und Kind*, 2008; Rosenberg/Bandekar: *Ayurveda für Kinder*, 2007), aber auch Sex und Haustiere werden behandelt (Verma: *Weshalb Pfeffer beim Sex hilft*, 2002; Rhyner/Karner: *Das Ayurveda-Kamasutra*, 2002; Verma: *Ayurveda für den Hund*, 2012). Wobei es fraglich ist, ob diese Publikationen nicht eher der folgenden Gruppe zugeteilt werden sollten.

5. Westliche Wellness-Literatur bzw. Lebensratgeberliteratur von westlichen sowie indischen AutorInnen: In diese Gruppe fallen Kochbücher und Veröffentlichungen, die sich vor allem dem Abnehmen und Entgiften widmen mit vielversprechenden Namen wie „*Mein Ayurveda-Wohlfühlprogramm: Typgerecht abnehmen, gesund und glücklich leben*“ (Rosenberg, 2013), „*Entschlacken und Entgiften mit Ayurveda: Körper, Geist und Psyche klären*“ (Sabnis, 2009) oder „*Das Ayurveda Schönheitsbuch. Das indische Heilwissen über die Schönheit von Innen für Frauen und Männer*“ (Vinod Verma, 2003) und Kochbücher. Diese können sehr unterschiedlich ausfallen. Viele bieten eine kurze und oberflächliche Einführung in den Āyurveda und listen anschließend eine Vielzahl an indisch inspirierten Rezepten auf, mit Hinweisen auf spezifische *doṣa* Erhöhung oder *doṣa* Verringerung und oftmals mit einer Lebensmitteltabelle (z.B. Sabnis, 2004), wobei dieser Autor sich auf den Āyurveda in Sri Lanka konzentriert. Einige Kochbücher beziehen sich auf den Diät- und Entschlackungsaspekt der āyurvedischen Kost, z.B.: „*Ayurvedisch kochen. Gewicht verlieren, Lebensfreude gewinnen*“ (Anand, 2013). Originell und ästhetisch ansprechend gemacht sind Volker Mehls und Christina Rafterys Bücher „*Koch dich glücklich mit Ayurveda*“ (2011) und „*So schmeckt Glück: Meine ayurvedische Heimatküche*“

(2014). Sie vermitteln Jugendlichkeit und Moderne gepaart mit Naturverbundenheit und Spiritualität.

Es ist bemerkenswert wie häufig in den Titeln der Veröffentlichungen Schlagworte wie „Lebensfreude“, „Glück“, „Schönheit“ und dergleichen zu finden sind. Diese Begriffe sind offenbar untrennbar verbunden mit Gewichtsreduktion und Entschlackung. Anne Koch folgert, dass dicken Menschen prinzipiell psychische Probleme zugeschrieben werden, denn die Ratgeberliteratur zum Thema Übergewicht greift häufig auch andere Mittel auf, wie etwa den Lebensbereich hell und freundlich zu gestalten. Die Typenlehre (*doṣa* Konstitution) hat in den Kochbüchern zweierlei Nutzen, einerseits im Sinne einer Persönlichkeitspsychologie (wer bin ich?), andererseits für die Ernährungslehre (welcher Typ soll was essen?).<sup>127</sup>

Die Grenze zwischen der Gruppe 4 und 5 ist schwer zu ziehen, da auch die populärwissenschaftliche Fachliteratur (Gruppe 4) durchaus Elemente der Ratgeberliteratur (Gruppe 5) aufweist. Dennoch weist Gruppe 4 einen deutlich stärkeren Lehrbuchcharakter auf, da sie vor allem an einer übersichtlichen und verständlichen Vermittlung der āyurvedischen Grundlagen interessiert ist.

Populärwissenschaftlicher Natur ist weiters das viermal im Jahr erscheinende deutsche „Ayurveda Journal“ zu nennen, das sich mit verschiedenen Alltagsthemen wie „Tipps für die kalte Jahreszeit“ oder Weihnachtsrezepten beschäftigt, aber auch speziellere Themen wie bestimmte Heilpflanzen behandelt.<sup>128</sup> Mittlerweile ist Āyurveda so bekannt, dass so gut wie alle Frauen-Gesundheits- und Lifestylmagazine im Print- wie auch im TV-Bereich, sowie Wochenendbeilagen von Tageszeitungen Reportagen und Artikel zu dem Thema veröffentlicht haben, zum Beispiel: Woman<sup>129</sup>, Wienerin<sup>130</sup>, Die Presse<sup>131</sup>,

---

<sup>127</sup> KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung; S. 250ff.

<sup>128</sup> <http://www.ayurveda-journal.de/hefte/heft-40-ayurvedische-teekultur/>; Zugriff: 17.5.2014.

<sup>129</sup> <http://www.woman.at/a/in-balance-ayurveda-339463>; Zugriff: 17.5.2014.

<sup>130</sup> <http://typischich.at/home/gesundheit/Gesund/1325264/Gesund-mit-Ayurveda?from=suche.intern.portal>; Zugriff: 17.5.2014.

<sup>131</sup> [http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/1261239/Ayurveda\\_Essen-was-die-Pferde-essen?from=suche.intern.portal](http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/1261239/Ayurveda_Essen-was-die-Pferde-essen?from=suche.intern.portal); Zugriff: 17.5.2014.

ORF<sup>132</sup> etc. Die Bandbreite der Medien ist groß, ebenso die Themenwahl: Anfängen von einfachen Einführungen in das Basiswissen über Hausmittel, Diäten, Schönheitstipps und Reinigungskuren bis hin zur Schwermetallbelastung der āyurvedischen Arzneien, werden die verschiedenen Themen des Āyurveda gestreift.

Im Internetbereich sei noch das Ayurveda-Portal genannt, eine online Ayurveda-Plattform mit Forum, Lexikon, Ayurveda Branchenbuch etc. (<http://www.ayurveda-portal.de/>)<sup>133</sup>.

---

<sup>132</sup> <http://science.orf.at/stories/1683367/>; Zugriff: 17.5.2014.

<sup>133</sup> <http://www.ayurveda-portal.de/>; Zugriff: 17.5.2014

### 3 Āyurveda in Theorie und Praxis – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

#### 3.1 Gesundheit und Krankheit

Jedes medizinische System hat sein eigenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie seine spezifischen Diagnosemethoden. Wesentlich in der Beschäftigung mit den unterschiedlichen Systemen ist immer, dass im Vordergrund die Andersartigkeit der einzelnen Medizinrichtungen steht und nicht die Bewertung in besser oder schlechter. Jede Medizin hat ihre Errungenschaften und ihre Mankos die durch ihren kulturellen Hintergrund gefärbt sind. Insofern ist anzunehmen, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit kulturell bedingt ist. Wo beispielsweise in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin Viren und Bakterien für eine Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht werden, können in anderen Kulturen Geister oder Dämonen die Schuld dafür tragen. So mögen beide Erklärungsmodelle für den fremden Kulturkreis unlogisch sein und trotzdem beide ihre Berechtigung haben.<sup>134</sup> Es gibt zwar aus naturwissenschaftlicher Sicht keine Beweise für eine Krankheitsentstehung auf Grund von Geistern oder Dämonen, genauso wenig gibt es Beweise dagegen.

„Im heutigen Medizinsystem existieren mehrere Paradigmen nebeneinander, die sich gegenseitig ausschließen bzw. nicht richtig verstehen. Aus Sicht der Komplementärmedizin zeigt die besorgniserregende Zunahme von Resistenzen gegen Antibiotika den Fehler des herrschenden Paradigmas. Aus Sicht der sogenannten Schulmedizin zeigt die Tatsache, daß [sic!] viele naturheilkundliche Ansätze nicht nach üblichen Kriterien evaluiert sind, deren Unzulänglichkeit.“<sup>135</sup>

Dennoch ist das Ziel einer jeden Medizin, Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und auch in der Definition von Gesundheit und Krankheit finden sich Ähnlichkeiten.

---

<sup>134</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 12f.

<sup>135</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 9.

### 3.1.1 Definition von Gesundheit

Sowohl das āyurvedische als auch das moderne naturwissenschaftliche Medizinsystem haben Gesundheit und Krankheit definiert, Definitionen die sich wenn auch in der Terminologie, grundsätzlich aber nicht unbedingt unterscheiden. In der *Carakasamhitā* heißt es:

„Any disturbance in the equilibrium of *dhātus* is known as disease and on the other hand the state of their equilibrium is health. Health and disease are also defined as pleasure and pain respectively.”

CaS 1.9.4<sup>136</sup>

Oder wie Dagmar Wujastyk es übersetzt, „Health is known as ease, and illness as disease“<sup>137</sup>. Dieses Wortspiel ist sicherlich die schönere Übersetzung zumal der Sanskritbegriff „*aroga*“ mit „free from disease, health, well“ übersetzt wird und „*roga*“ mit „disease, infirmity, sickness“ und der Begriff ebenfalls durch ein Negativsuffix ins Gegenteil gewandelt wird.<sup>138</sup> In dieser Definition werden sowohl die physische Ebene, die *dhātus* im Sinne der āyurvedischen Anatomie, als auch die psychisch mentale durch Glück (*sukham*) und Unglück (*duḥkham*) beschrieben.

Jede der drei großen āyurvedischen Schriften hat ihre eigene Definition. *Suśruta*, der diesbezüglich am meisten zitiert wird, beschreibt genau welche Faktoren in Balance sein müssen, damit der Körper gesund ist, nämlich die *doṣa*-s, die Verdauung, die Gewebe und die Ausscheidung, sowie ein glücklicher Geist und eine zufriedene Seele.

„*samadoṣaḥ samāgnīśca samadhātumalakriyaḥ |  
prasannātmendriyamanāḥ svastha ityabhidhīyate*“

“He, in whom, the *doṣas*, agni (digestive power), *dhātus* (tissues), malas (waste products) and their activities are normal; his soul, sense organs and mind are calm/clear, is called 'Svastha' (healthy person)“.

SuS 1.15.41<sup>139</sup>

---

<sup>136</sup> CaS Vol I; S. 184.

<sup>137</sup> WUJASTYK; Well-Mannerd Medicine; S. 27.

<sup>138</sup> <http://www.sanskrit-lexicon.uni-koeln.de/monier/>; Zugriff: 5.2.2015.

<sup>139</sup> SuS Vol. I; S. 110. Dieses Zitat wird auch in Sanskrit angeführt, da es von den befragten Vaidyas ebenso zitiert wird.

Gesundheit wird im Āyurveda durch regelmäßiges (täglich einmal) befriedigendes Ausscheiden des Stuhls angezeigt, der wohlgeformt und nicht klebrig sein sollte, durch Appetit und Hunger zu den Mahlzeiten und dadurch, dass der Mensch in der Früh erfrischt und gut ausgeruht mit einem fröhlichen Gemüt aufsteht. Sind diese Situationen gegeben kann man davon ausgehen, dass die *doṣas* (Physiologie), *dhātus* (Anatomie), die *agnis* (Verdauungsfeuer, Metabolismus) und die *malas* (Ausscheidungsprodukte) in Balance sind. In diesen Punkten sind sich die āyurvedischen Schriften einig, ebenso darin, dass das mentale Wohlbefinden zur Gesundheit dazu gehört. Lediglich die soziale Komponente, die *Vāgbhaṭa* ganz eindeutig mit einbezieht, findet sich bei *Suśruta* nicht.<sup>140</sup> Die befragten ÄrztInnen legen alle großen Wert darauf bzw. ist ein gewisser Stolz spürbar, dass die alte āyurvedische Definition ganz klar nicht nur die körperliche Ebene, sondern ebenso die psychische wie auch die spirituelle Komponente mit einbezieht.

### **Sawant**

“In Āyurveda it is defined “*samadoṣaḥ samāgnīśca samadhātumalakriyaḥ / prasannātmendriyamanāḥ svastha ityabhidhīyate*”<sup>141</sup> it is a general information but it includes the health physically and mentally, by mind and body, both are included.

[...]

It is a very old definition of the *svastha puruṣa*, means healthy person.”

“And all āyurvedic doctors are considering this definition while examination?”

“Yes!”

Dr.<sup>in</sup> Priyadarshini's Verständnis von Gesundheit bezieht sich stark auf eine spirituelle Einstellung. Gesundheit ist neben einem gesunden Körper vor allem der ruhige und zufriedene Geist, ein Mensch der das Leben als Geschenk Gottes anerkennt und demütig als auch achtsam mit diesem Geschenk umgeht ist demnach gesund. Für sie ist so ein Mensch zufrieden mit dem eigenen Körper, wie auch immer dieser gestaltet sein mag. Diese Aussage ist vor allem in

---

<sup>140</sup> Vgl. Kapitel 2.2.

<sup>141</sup> SuS 1.15.41.

Anbetracht des Schönheits-, Jugend- und Schlankheitswahns interessant. Die Akzeptanz des eigenen Körpers ist vor allem in der westlichen Welt kaum anzutreffen, bedenkt man die steigenden Zahlen von essgestörten Mädchen und Frauen (aber auch immer mehr Buben und Männern) oder Schönheitsoperationen.

### **Priyadarshini**

“A healthy person is a person who is having a healthy body and a sound mind as well, and be satisfied with his live, whatever he has got in his body, whatever the God has given to him, it is a gift of God and we have to maintain our health not only physical health but mental health as well and that is in our hands.”

Dr. Rao beschreibt Gesundheit als Harmonie des Körpers, der Gedanken und der Gefühle, zu denen auch die spirituelle Gesinnung gehört. Ein Mensch ist gesund, wenn er glücklich ist und sich wohlfühlt. Auch Dr.<sup>in</sup> Godbole spricht den spirituellen Zugang an und betont die Verbindung zu den vedischen Schriften. Sie betont vor allem auch die mentale Stärke des Menschen, die sich auf die physische Kraft auswirkt.

### **Godbole**

“What the definition of health Āyurveda had mentioned it is really a very perfect definition of health because Āyurveda always considered all the factors of body and also mind, and this, Āyurveda has spiritual background, Vedic philosophy behind it. So if the person is having not only healthy physic but also healthy mental state, we can say he is healthy. Formally it says like that, if you are not having any disease, disease means not easy feeling or if you are having very good cheerfulness and strong enough feelings of strength and wellbeing that we can say you are healthy.”

Dr. Nandanikar und Dr.<sup>in</sup> Begwe weisen darauf hin, dass sich Gesundheit nicht nur in Zahlen und Werten beurteilen lässt, sondern vor allem im individuellen Lebensgefühl des Menschen. Für sie steht Qualität auf gleicher Ebene wie Quantität. Für Gadgil ist *Suśruta*'s vielzitierte Definition von Gesundheit weniger nützlich als die *Caraka*'s, der genauere Anzeichen, wie erholsamem Schlaf, guten Appetit, etc. anführt als nur, dass die *doṣas* und *dhātus* in Balance sein sollen.

### **Gadgil**

If you go by definition given by *Suśruta* you have ‘*samadoṣaḥ samāgniśca samadhātumalakriyaḥ | prasannātmendriyamanāḥ svastha ityabhidhīyate*’ that is more or less a very technical definition.

*Caraka* has given at some other instance especially in *vimāna sthāna* another description regarding health to have good sleep, the digestion is proper, you feel hungry at proper time, [...], so you psychological functions, intellectual functions etc. they are all well then you should understand that you are healthy, something like that.”

Zusammenfassend wird Gesundheit von den befragten Vaidyas als ein Zusammenspiel von den physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Komponenten des Menschen verstanden. Im Vergleich dazu unterscheidet sich die Definition der WHO kaum, Gesundheit ist ein Zustand vollständiger physischer, mentaler und auch sozialer Zufriedenheit und nicht lediglich das Fehlen von Krankheit und Unbehagen:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”<sup>142</sup>

Diese Definition ist nur einer von vielen Versuchen den facettenreichen Zustand von Gesundheit zu beschreiben. Diese sehr allgemeine Definition ist letztlich beliebig auslegbar und sehr offen, trotzdem ist dieser Zustand schwer zu erreichen, da physisches, mentales und soziales Wohlbefinden gleichzeitig und noch dazu vollständig vorhanden sein müssen.<sup>143</sup> Dies ist ein Beispiel für die zahlreichen Probleme und Kritikpunkte, die es im Zusammenhang mit der Definition des Gesundheitsbegriffs gibt.

Nachdem die āyurvedische Definition ähnlich vage ist, überrascht es nicht, dass sich die Interpretation dieser bei den ÄrztInnen teilweise drastisch unterscheidet.

Für Bhalla ist Gesundheit ein momentaner Zustand, der durchaus von Tag zu Tag variieren kann, für Godbole ist es genau umgekehrt, Gesundheit bedeutet nicht, dass man sich an einem Tag ganz gut fühlt und am nächsten Tag wieder schlechter, oder man sich gut fühlen würde, wenn man nicht Kopfschmerzen hätte (siehe nächster Absatz).

---

<sup>142</sup> <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>; Zugriff: 10.1.2016.

<sup>143</sup> BERTH/KLEIN/BALCK; Begriffsbestimmungen; S. 47 f.

## **Bhalla**

„Āyurvedisch gesehen sollte natürlich alles im Gleichgewicht sein, angefangen von *doṣa*-s, also den Steuerelementen, Ausscheidungsprodukten, Gewebe, aber sehr wichtig ist auch das psychische, wie seh ich mich selber und die Zufriedenheit, wie es Āyurveda definiert. Man kann auch nicht jeden Tag gesund sein, das wäre glaub ich blasphemisch oder Scharlatanerie das zu behaupten, aber das Ziel, es oft zu sein und einer meiner Professoren hat gesagt, die Pausen dazwischen sollten immer kürzer werden, das ist das Ziel von Āyurveda.“

Gesundheit wird an bestimmten Parametern festgemacht. In der modernen naturwissenschaftlichen Medizin gelten vor allem Zahlen und Fakten, Laborwerte, Blutbild, Ultraschallbilder, Magnetresonanzergebnisse, etc. Im Āyurveda wird Krankheit anhand des subjektiven Empfindens der Patientin, am Puls und an den beschriebenen sowie von den Vaidyas beobachteten Eigenschaften (trocken, schleimig, hart, weich, kalt, etc.) der Symptome bestimmt. Ziel der modernen naturwissenschaftlichen Medizin ist es in erster Linie körperliche Heilung zu erreichen, das Heil des Kranken obliegt der Seelsorge bzw. der Spiritual Care.<sup>144</sup> In vielen anderen Heilsystemen jedoch sind Heil und Heilung eng miteinander verbunden, wie beispielsweise in der Psychosomatik, dem Schamanismus oder wie es die Definition von Gesundheit gezeigt hat, dem Āyurveda. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob in einem System wie dem Āyurveda, wo Körper, Seele und Geist von Anfang an so untrennbar mit einander verbunden scheinen, stärker das subjektive Empfinden in den Vordergrund rückt und Gesundheit auch dann möglich ist, wenn der Mensch auf Grund seiner Werte als krank bezeichnet werden kann, also das „Heil“ des Menschen als Indikator für Gesundheit genügt. Schließlich wird das subjektive Empfinden „sich gut zu fühlen“ als wichtiger Maßstab für Gesundheit betrachtet. In der vorliegenden Untersuchung hat sich diese Frage eher negativ beantwortet. Für die indischen Vaidyas ist Gesundheit nur dann als solche zu bezeichnen, wenn der Mensch tatsächlich alle Merkmale von Gesundheit auf allen Ebenen des Seins anzeigt.

---

<sup>144</sup> Vgl. MATHWIG; Worum sorgt sich Spiritual Care; HELLER/HELLER; Spiritualität und Spiritual Care; Eckhard Frick unterscheidet hier Heilung im Sinne von „to heal“ und von „to cure“; FRICK; Macht Glaube gesund?; S. 76.

### **Godbole**

“But there can not be the case that you say a person is having a severe disease but still the person feels good, like strong, feels good from the body point of view and also from mind, the spirit, so you can say he is healthy even though he is suffering from...?”

“No, it is not like that, you have to, you can say yourself healthy only if you are not having any symptom because if you are having some unhealthy condition or disease condition in the body, body is showing always some symptoms. Sometimes I am having headache but otherwise I am healthy, sometimes my back is paining so you cannot say that you are healthy, so there should not be any sort of complaint.”

“So the quantity of healthy persons is small... (laughing)”

“Yes, really, you will not find anybody, (laughing), very very few people...or there are so many people you can find some days, some months even there are quite healthy, there are not having any symptoms but suddenly when season changes they will get some problems, but those symptoms are for short time, maybe ten fifteen days like that, then they feel again very good.”

### **Rao**

“No, it has to be happiness from all these attributes, physical, mental and spiritual, social and emotional as well.”

Der kranke Körper zeigt immer Symptome, auch wenn diese vom Menschen selbst nicht als solche wahrgenommen werden. So wird aus āyurvedischer Sicht unregelmäßiger oder klebriger Stuhl schon als krankhaft betrachtet, auch wenn die meisten Menschen sich trotz dieses Umstands als gesund bezeichnen würden. Das „Heil“ ist aus Sicht der Vaidyas kein Anzeichen für Gesundheit, selbst wenn der Mensch mit sich und seiner Krankheit im Reinen sein mag und sich gut fühlt.

Dr. Bhalla schließt im Gegensatz zu den indischen ÄrztInnen die Möglichkeit, dass ein Mensch gesund ist, auch wenn er medizinisch betrachtet krank ist, nicht ganz aus. Dennoch besteht auch für ihn ein Unterschied, vor allem im Kontext des Krankheitsgrades, zwischen Heil und Gesundheit:

### **Bhalla**

„Klar, aber es kommt drauf an, wie schwer er krank ist. Wenn ein Mensch einen schweren Krebs hat und es geht ihm trotzdem am Schluss gut, das wäre wünschenswert. Wie man mit einer Krankheit umgeht aber medizinisch gesehen ist er nicht gesund, auch āyurvedisch gesehen ist er

nicht gesund. Aber er kann vielleicht die Krankheit viel besser verkraften, oder sie kann die Krankheit viel besser verkraften.“

Auch Dr.<sup>in</sup> Gramminger fächert den Gesundheitsbegriff, indem sie die Gesundung mit einbezieht, etwas weiter. Sie beschreibt, dass viele Genesungseffekte erst später im Körper, in Form von messbaren Werten manifest werden, obwohl es für den Menschen bereits wahrnehmbar ist. Das Gefühl von Balance kann also weitaus früher entstehen. Mit Hilfe āyurvedischer Diagnoseverfahren wie der Pulsanalyse ist es möglich, den Genesungsprozess bereits zu erkennen auch wenn das Blutbild noch keine Veränderung aufzeigt. Diese Erfahrung veranlasst Gramminger dazu ihren PatientInnen Glauben zu schenken, wenn diese von mehr Kraft, Balance und einem gesünderen Grundgefühl sprechen. Dieses Prinzip gilt im Āyurveda nicht nur im Heilungsprozess, sondern auch in der Krankheitsentstehung. Hier sind für die āyurvedischen ÄrztInnen mögliche Krankheiten wahrnehmbar, noch lange bevor sie mit modernen medizintechnischen Mitteln festgestellt werden können.

### **Gramminger**

„Also was ich sagen kann dazu, wenn die Patienten auf dem Weg der Gesundung sind, weil wir behandeln jetzt āyurvedisch, wir haben angefangen, es geht alles Richtung Gleichgewicht, das heißt die Krankheit ist noch nicht ganz weg, vielleicht sind die Blutwerte noch nicht ganz in Ordnung, aber sie fühlen sich schon besser, dann vertrauen wir dem wie sich der Patient fühlt in dem Moment, das spürt man auch am Puls, dass der Puls ausgeglichener wird, dass der Organpuls stärker wird und vielleicht seh ich es noch nicht ganz am Blut, auch wenn die Hypertonie haben, Cholesterin erhöht oder so, das dauert Monate bis es sich im Blut bemerkbar macht, aber der Patient fühlt sich schon viel besser, von vornherein. Oder wir gehen mit L-thyroxin, dem Schilddrüsenhormon, wir schleichen es aus und behandeln es āyurvedisch, das heißt es ist vorher ein Gefühl der Besserung da, das mehr Energie da ist, mehr Gleichgewicht da ist bevor wir wirklich messbar, mit unseren Messmethoden sichtbar machen können. Wir können hinterher schon mit den Messmethoden sichtbar machen.“

Vor allem Lebensqualität steht für Gramminger stark in Verbindung mit Gesundheit. Zum Beispiel beschreibt sie das Gefühl, dass „mehr Energie“ da ist, das heißt der Mensch fühlt sich ausgeruht und kraftvoll im Gegensatz zu müde und schwach. Beide energetischen Zustände können sowohl auf grundsätzlich gesunde Menschen als auch auf kranke zutreffen und beeinflussen stark das

Lebensgefühl. Gramminger berichtet von einem Patienten dem große Teile der Lunge entfernt wurden, der ohne Beatmungsgerät nicht mehr lebensfähig war und von der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aufgrund seiner Metastasen nur noch drei Wochen Lebenszeit prognostiziert bekam. Nach einer Umstellung auf āyurvedische Medizin wurde dieser Mann zwar nicht geheilt, aber er konnte mit hoher Qualität, sogar ohne Beatmungsgerät noch weitere drei Jahre leben.

### 3.1.2 Definition von Krankheit

Der Indologe Martin Mittwede stellt fest, dass es in der āyurvedischen Medizin oftmals nicht wichtig erscheint, ob es sich bei dem Leiden um eine eigenständige Krankheit handelt oder um einen Sekundäreffekt einer anderen. Im Vordergrund stehen Veränderungen in der *doṣa*-Disposition, die in unterschiedlicher Form zu Tage treten können. Daher ist es möglich in den āyurvedischen Schriften Krankheitsbilder nebeneinander gestellt zu finden, die aus einem westlichen wissenschaftlichen Verständnis heraus wenig mit einander zu tun haben.<sup>145</sup>

Dieses Bild deckt sich mit dem der Interviews. Auch hier wird Krankheit als Inbalance der *doṣa*-s beschrieben, die sich in verschiedener Weise zeigen kann. Es gibt die schematisierten Symptome die durch eine Vermehrung oder Verringerung der *doṣa*-s entstehen, so wie es Nair im Folgenden anspricht. Beispielsweise spricht man von einer Vermehrung des *vāta*-s wenn Rastlosigkeit, Gedankenlosigkeit, Angst, Trockenheit oder Kälte zu beobachten ist. Eine Verringerung des *vāta*-s führt zu einer schlechten Sinneswahrnehmung, zu wenig Körperaktivität, Sprachverlust, etc.<sup>146</sup> Jedem *doṣa* sind bestimmte Symptome zugeordnet, wobei sich teilweise die Symptomatik überschneidet, denn die Anzeichen für eine Verringerung des *vāta*-s ähneln stark den Anzeichen von erhöhtem *kapha*. Trotzdem bedeutet das nicht, dass automatisch *kapha* hoch ist wenn *vāta* niedrig ist, denn aus āyurvedischer Sicht können genauso gut beide *doṣa*-s zu hoch oder zu niedrig sein. Tatsächlich können zur selben Zeit alle drei

---

<sup>145</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 24.

<sup>146</sup> Vgl. Kapitel 2.2.1.

*doṣa*-s aus der Balance sein. Grundsätzlich wird in der Diagnose primär auf die erhöhten *doṣa* Zustände Rücksicht genommen.

#### **Nair**

“Any disbalance in this equilibrium leads to the symptoms. Some *doṣa*-s can be vitiated in two ways, they can be decreased, depleted or they can be increased. Accordingly they will show the increased symptoms or the decreased symptoms.”

Im Gegensatz dazu beschreibt Gadgil die subjektive Empfindungsebene des Menschen. Sobald der Mensch sich nicht gut fühlt, unabhängig vom Symptom, auf physischer oder psychischer Ebene, ist es ein Zeichen, dass die Balance der *doṣa*-s gestört und der Mensch aus seinem Zustand der Gesundheit heraus gefallen ist.

#### **Gadgil**

“So when you have an unpleasant feeling regarding the objects to be perceived by the senses, regarding the activities at physical level or the thoughts or another things then you have to understand that there is some imbalance of the *doṣa*-s in the body.”

### **3.1.3 Klassifizierung von heilbaren und unheilbaren Krankheiten**

„Disease is of two kinds – *sādhya* (curable) and *asādhya* (incurable), they are again of two kinds – *susādhya* (easily curable) and *kṛcra sādhya* (curable with difficulty), *yāpya* (controllable) and *anupakrama* (not responding to any therapy, fatal).”

AHS 1.1. 30<sup>147</sup>

In *Vāgbhaṭas Aṣṭāṅghṛdaya* wird Krankheit in zwei große Kategorien, heilbar und unheilbar, eingeteilt die sich wiederum in leicht und schwer heilbar, sowie in nicht heilbar aber kontrollierbar und tödlich unterteilen. Jede Krankheit hat spezifische Anzeichen anhand derer eingeteilt und festgestellt werden kann, ob eine Behandlung sinnvoll und möglich ist. In die Gruppe der leicht heilbaren Krankheiten fallen zum Beispiel leichte grippale Infekte, die auch ohne ärztliche Behandlung auskuriert werden können. Als schwer heilbar werden alle jene Erkrankungen bezeichnet, die zum Beispiel einen chirurgischen Eingriff

---

<sup>147</sup> AHS Vol. I; S.15.

benötigen. Besonders schwierig scheint es, eine Grenze innerhalb der unheilbaren Krankheiten zu ziehen. In bestimmten Fällen, wie beim Diabetes Mellitus steht fest, dass die Krankheit zwar nicht heilbar und der Mensch sein Leben lang auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen ist, dass diese aber im Normalfall unter Einhaltung der medizinischen Maßnahmen nicht tödlich verläuft. In anderen Fällen ist die Einteilung nicht so klar. So wird Krebs zwar von einem der Vaidyas als tödlich bezeichnet, dennoch ist Krebs heutzutage kein sicheres Todesurteil mehr. Ähnlich wie bei der Definition von Gesundheit antworten die indischen Vaidyas den Schriften entsprechend:

### **Nandanikar und Begwe**

“(Nandanikar) In Āyurveda there are four categories, *sādhya* and *asādhya*, among *sādhya*, *sādhya* means curable, among them some are easily curable and some are curable with difficulty that is *sukhasādhya* and *kaṣṭasādhya*. And in *asādhya* there is *yāpyam* and *pratyakhya*, *yāpyam* means for example diabetes, as long as you keep on taking medicine you are ok, you stop the medicine and it becomes incurable and *pratyakhya* means there is no known treatment for that at least in the textbooks, there is no known treatment and they are supposed to be incurable like in modern days cancer.”

### **Rao**

“[...] we have to be clear with the signs and symptoms and we have to categorize them based on the classical knowledge, our clinical examination”

Auch bei *Caraka* findet sich die Unterteilung in kontrollierbar (*yāpya*) und nicht bewältigbar (*anupakarma*) sowie bei *Suśruta* der die Krankheiten in behandelbar (*kṛtya*) und unbehandelbar (*akṛtya*) einteilt. Diese Einteilung war unter anderem dafür notwendig um eine Behandlung bzw. vor allem auch eine Ablehnung derselben zu legitimieren.<sup>148</sup>

Bei den indischen ÄrztInnen wird immer wieder der starke Bezug auf die Schriften spürbar, wobei die oben angeführten Antworten von Vaidyas stammen, die eine Professur innehaben. Die Ursache für diese starke Orientierung an den Schriften ist schnell gefunden, da diese offensichtlich große Autorität besitzen und ein wesentlicher Bestandteil des Āyurvedastudiums auf dem Auswendiglernen der *Ślokas* (Verse) beruht. Gadgil betont bezüglich der Diagnosestellung, wie

---

<sup>148</sup> WUJASTYK; Well-Mannerd Medicine; S. 112.

hilfreich ihm das Studium der Schriften ist, und wie viel er davon profitiert, wenn er diesem Studium regelmäßig nachgehen kann. Es ist zu sehen, dass in diesem medizinischen System eine starke Rückbesinnung auf die alten Erkenntnisse von großer Wichtigkeit ist und hier nach Wissen und Hilfestellung gesucht wird, im Gegensatz zu der modernen naturwissenschaftlichen Medizin, deren Autorität und Wissensschatz vor allem an den neuesten Errungenschaften der Forschung und Wissenschaft fest gemacht wird. In den Gesprächen mit den indischen ÄrztInnen wird mehrmals darauf hingewiesen, dass das alte Wissen als Legitimation dient und sowohl die Erfahrung als auch die Jahrhunderte lange Beobachtung Grund genug liefern, um an diesen Erkenntnissen festzuhalten.

**Nair**

“Because there is an entire section in *Carakasamhitā* and in all other textbooks dealing with this, each section carries eight (...?) chapters, so it is a very broad area.”

**Rao**

“[...] it was based on their experience.”

“[...] and the classics are considered[...].”

### **3.1.4 Diagnose**

Der Āyurveda steht heute vor der Diskrepanz als Medizinsystem in der modernen Welt ernst genommen zu werden und sich nicht neuen Erkenntnissen zu verschließen und trotzdem an den Wurzeln des āyurvedischen Wissens festzuhalten, genügt es beispielsweise den traditionellen Diagnoseverfahren zu vertrauen oder ist es notwendig sich verstärkt den modernen Methoden zuzuwenden? Dr. Godbole spricht weiter oben das Problem bereits an, dass die wenigsten Menschen über einen dauerhaften gesunden Zustand verfügen, sie spricht dabei aber nur von „gefühlten“ Zuständen und nicht von „gemessenen“. Gesundheit ist heute viel schwerer auszumachen, da uns eine Vielzahl an Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Es gibt etliche Witze darüber, dass es keinen gesunden Menschen gibt, sondern nur einen der nicht gut genug untersucht wurde, oder dass man gesund zur Ärztin gegangen ist und schwerkrank Praxis oder Spital verlassen hat. Genauso gibt es das umgekehrte Phänomen, ein Mensch leidet Schmerzen und die Medizin kann nichts finden.

Auch Gadgil sieht dieses Problem und betont die Wichtigkeit des subjektiven Empfindens. Ähnlich wie Gramminger es im Zusammenhang mit Gesundheit dargestellt hat, weist er darauf hin, dass viele Befunde erst aussagekräftig sind, wenn sich bereits eine Krankheit manifestiert hat. Wie bereits erwähnt ist im Gegensatz dazu aus āyurvedischer Perspektive der Ursprung der Krankheit früher zu erkennen. Krankheitsentstehung hat sechs Stufen die als *ṣaṭ kriyākāla* bezeichnet werden. Die erste Stufe beschreibt eine leichte Ansammlung oder Reduktion der *doṣa-s*, *dhātu-s* oder *mala-s* (*saṃcaya*) die harmlos ist und jedem Menschen mehrmals täglich wiederfährt (etwa Hunger ist eine leichte Inbalance). In der zweiten Stufe kommt es zu einer Verschlimmerung der Inbalance (*prakopa*) die, wenn sie nicht behoben wird zu einer Ausbreitung der *doṣa-s* führt, das heißt, sie verlassen ihren ursprünglichen Platz (*prasara*). In der sehr schnell darauffolgenden vierten Stufe siedelt sich das *doṣa* an einer Schwachstelle des Körpers an (*stāna samśraya*). Beispielsweise könnte sich *kapha*, dessen Platz unter anderem die Lunge ist in einem Muskel einnisten und dort eine Zyste bilden. Das fünfte Stadium (*vyakti*) wird als die Manifestation einer Krankheit bezeichnet, die letztlich chronisch oder letal werden kann (Stufe sechs – *bheda*).<sup>149</sup> Die ersten Anzeichen von Inbalance sind āyurvedische gesehen also der richtige Moment, um mit einer Behandlung zu beginnen. Deshalb überrascht es nicht, dass die subjektive Wahrnehmung für Gadgil unabkömmlich, um zu einer verlässlichen Diagnose zu kommen.

### **Gadgil**

“I really doubt that there are now 48 checkups regarding your health status and maybe blood sugar level is examining, lipid profile is examining, (...?) is done, something like that. There can be people who don't have any symptoms but the investigations show that there is some defect and then they are labelled as unhealthy and modern treatment would start. There might be people who are suffering of various symptoms but the investigations show that they are very normal then they are discarded or few advises might be given. Does this really give a proper picture or a basic issue? And what I feel individuals own observation regarding his health status and symptoms etc. should be given more importance than these investigations and if they match, it's okay, if they don't match then more emphasis has to be given to what the individual feels. And truly

---

<sup>149</sup> Vgl. SuS 1.21. Vol. I; S. 153.

speaking healthy and unhealthy state are rather difficult to understand and to predict, both the things.”

Gadgil selbst versucht Gesundheit an verschiedenen Faktoren festzumachen, wie Gewohnheiten (Süchte), physische Aktivität, Stress und auch, welche Maßnahmen unternommen werden, um Gesundheit zu erhalten. Beispielsweise tragen regelmäßige Entspannung und Massage massiv zur Stressreduktion bei und unterstützen so die Gesunderhaltung des Menschen. Für Gadgil sind es genau diese Faktoren die betrachtet werden müssen, um ein genaueres Bild über den Zustand des Menschen zu gewinnen, denn immer öfter erleiden Menschen mit 35, 40 einen Herzinfarkt ohne jegliche Vorzeichen. Gesundheit ist aus āyurvedischer Sicht stark von täglicher Routine, Verhalten und Ernährung abhängig. Laut Gadgil ist der Mensch in der Lage, durch kleine Maßnahmen wie regelmäßige (sanfte) Yogapraxis (Körperhaltungen, Atemübungen und Entspannung) schwere und oftmals plötzlich auftretende Erkrankungen zu verhindern.

### **Gadgil**

“Your life could be hectic but if you practise Yoga, if you practise exercise, ok you will sustain. But if your life is hectic, you are addicted you have inherited diseases and you don't follow anything then apparently you might be good but health status may not be good and suddenly you get cancer, suddenly you get heart attack. So it is rather difficult to say.“

Im Zentrum der āyurvedischen Diagnose steht die sinnliche Wahrnehmung. Sehen (Statur, Gang, Haltung, Zungendiagnose, etc.), berühren (fühlen des Pulses, Hautbeschaffenheit, Temperatur, etc.) und befragen (z.B. Lebensgewohnheiten, Krankengeschichte) sind wichtige Werkzeuge aber auch hören (z.B. Geräusche der Lunge, Darm), riechen (z.B. der Wunde, Stuhl oder Körpergeruch) und schmecken (des Urins, Blutes) können Bestandteil der Diagnostik sein. Einige Aspekte mögen befremdlich wirken, wie etwa das Schmecken des Urins, tatsächlich gibt der Geschmack aber zum Beispiel Auskunft über Diabetes, da der Urin in diesem Fall süßlich schmeckt. Allerdings ist es möglich diese Art der Untersuchung an Stellvertreter abzugeben, wie etwa Ameisen, Hunde oder Fliegen. Deren Reaktion auf die Körpersubstanz zeigt dem erfahrenen Vaidya welcher Geschmack vorherrschend ist, dennoch wird diese

Art der Untersuchung heute wohl kaum noch angewandt. Besonders populär sind Puls- und Zungendiagnose, wobei es hier unterschiedliche Methoden und Interpretationen gibt. Gleichbleibend ist, dass der Puls mit drei Fingern am Handgelenk der Patientin gemessen wird, und verschiedene Charakteristika wie Schnelligkeit oder Intensität beurteilt werden. Einige Vaidyas arbeiten mit variierendem Druck, andere beurteilen z.B. danach wo in der Fingerspitze der Pulsschlag wahrzunehmen ist.<sup>150</sup> Egal welche Methode angewandt wird, sie bedarf viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung die nur durch eine kompetente Lehrerin vermittelt werden kann. Für Godbole ist der unbefangene, leere und reine Geist Voraussetzung, um eine korrekte Pulsdiagnose durchzuführen. Dieses Ziel ist ihrer Meinung nach nur mit einer intensiven Meditationspraxis möglich. Vergleichsweise wird der Puls nicht mit dem Daumen gefühlt, weil hier der eigene Puls zu stark spürbar ist. Auch *Suśruta* weist ausdrücklich darauf hin, dass der Vaidya in seiner Untersuchung unvoreingenommen auf die individuelle Konstitution des Menschen einzugehen hat und sich nicht zu einer stereotypen Behandlung hinreißen lassen darf, da die Verschiedenheit der Körper ein einheitliches Maß für die *doṣa-s*, *dhātu-s* oder *malas* unmöglich macht.<sup>151</sup> In der heutigen Zeit haben viele PatientInnen bereits eine Diagnose von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin erhalten bevor sie sich dem Āyurveda zuwenden, was wohl die Unbefangenheit vieler Vaidyas auf den Prüfstein stellt. Eine Kombination der āyurvedischen und modernen medizinischen Untersuchungsmethoden ist heute kaum zu vermeiden. Franks Untersuchung zufolge ist für manche der von ihm Befragten eine Kombination sogar höchst begrüßenswert, da mit āyurvedischen Mitteln allein eventuell gewisse Dinge übersehen werden könnten. Dennoch sind die modernen Diagnosemethoden in der āyurvedischen Therapie nur begrenzt von Nutzen, da sie nichts über die eigentliche Thematik, das Zusammenspiel der *doṣa-s*, *dhātu-s* etc. aussagen können.<sup>152</sup> Āyurvedische Diagnostik beruht vor allem auf der Beobachtung von Eigenschaften (*guṇa-s*) wie trocken, ölig, heiß, kalt, schleimig usw. Diese Qualitäten sind freilich aus Laborberichten nicht abzulesen.

---

<sup>150</sup> SENGUPTA; The Ayurvedic System of Medicine, Vol. I; S. 14f.

<sup>151</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 57.

<sup>152</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 177 f.

Grundsätzlich werden die modernen naturwissenschaftlichen Untersuchungsmethoden eher ergänzend eingesetzt, da vor allem der subjektive, sinnliche Aspekt sowie die genaue Beobachtung der PatientInnen die Besonderheit des Āyurveda ausmacht.

### **Nandanikar und Begwe**

“(Nandanikar) Now see, we also resort on the modern gadgets like x-rays, so all those things, all those reports we go through it, but Āyurveda still has got its own, what you say (er sagt auf Marathi: “we should tell her that”) *darśanasparśanapraśnaiḥ parikṣate roginam* [Anm. Mörth: sehen, fühlen, fragen, Untersuchung der Krankheit AHS 1.1.22]. *Darśan* means patient comes you have to see him over all, his gate, looks, his behaviour, you can see the symptoms on his face, how he is behaving how he is presenting himself, from that we come to know many things, for example from the nails you can come to know about blood, from eyes, from skin, from hair, if it is *rukṣa* (trocken), *snigdha* (ölig) so many things are *darśana*. So first from the looks, from outwards looks what you come to know. Second is *sparśan*, means you have to feel *nāḍi* then auscultation and all those things...”

Eine Schwierigkeit in der āyurvedischen Diagnose heute besteht darin, dass etliche Krankheiten nicht in den alten Schriften vorkommen. Es ist daher wichtig an dem Phänomen der Krankheit zu bleiben, um so mit Hilfe der traditionellen Diagnosemöglichkeiten zu einem Ergebnis zu gelangen. Es wird davon ausgegangen, dass das Leben ein Spiel der Energien (*doṣa*-s) ist, die sich immer nach bestimmten Regeln verhalten, also kommt es darauf an, die Energien gut zu kennen und ihre Wirkungsweise im Körper genau zu beobachten. Gadgil beschreibt die fünf Prinzipien (Stufen) der Diagnose, die eine Behandlung der Krankheit möglich machen, auch wenn diese bislang unbekannt ist. Das erste Prinzip ist die Ursache (*nidāna*), die sich unter anderem in Ernährung und Lebensstil finden lässt und zu einer Inbalance der *doṣa*-s führt. Diese entwickelt sich weiter zu sogenannten Präsymptomen (*pūrvarūpa*) die sich oftmals als Unwohlsein zeigen (zweite Stufe). Die dritte Stufe ist die manifestierte Krankheit (*rūpa*), die alle Symptome ausgeprägt hat. Die Therapie, oder im Falle einer Unsicherheit bezüglich der Krankheit, die Therapieversuche werden als viertes Prinzip (*upaśaya* bzw. *anupaśaya*) bezeichnet. *Upaśaya* beschreibt hier die erfolgreiche Therapie im Gegensatz zu *anupaśaya* welche das Gegenteil

bedeutet. Letztlich fasst das fünfte Prinzip (*samprāpti*) das Gesamtbild bzw. die Entwicklung der Krankheit zusammen.

### **Gadgil**

“Now cancer is an entity that has been described by modern medicine. In āyurvedic terminology you need to have either a particular disease or you may not be able to name the disease, both the things are possible. The most (...?) disease is arbuda, cancer, but still the book picture doesn't really totally match what we see regarding cancer. So I am rather of the opinion that it should be taken as a new entity in āyurvedic perspective. But that's some herculean job, if we want to describe cancer in āyurvedic perspective we need to have five points *nidāna*, *purva rūpani*, *rūpanani*, *upaśaya*, *anupaśaya samprāpti vijñana* so for any disease we need to know five factors, so what are the causative factors, what are the symptoms, what are the presymptoms, with which factors do the symptoms get aggravated *upaśaya*, *anupaśaya* and what is the course of *doṣa*-s creating the particular disease, how the disease get manifested through symptoms etc.”

### **3.1.5 Ariṣṭa Lakṣaṇa – Erkennen des bevorstehenden Todes**

Bei *Caraka*, *Suśruta* und *Vāgbhaṭa* haben das Erkennen des bevorstehenden Todes und seine Zeichen einen wichtigen Stellenwert. Das richtige Lesen der Zeichen bietet ein genaues Wissen über die Lebensspanne der PatientInnen, was einen wesentlichen Aspekt der āyurvedischen Medizin ausmacht.<sup>153</sup> *Caraka* widmet diesem Thema den gesamten Abschnitt des *Indriyastāna* und beschreibt genau wie sich der bevorstehende Tod manifestiert und zu welchem Zeitpunkt er zu erwarten ist. Diese Zeichen können an der oder dem Kranken selbst gesehen werden (Veränderung der Haut, des Geruchs, der Stimme, des Verhaltens, etc.) aber auch in seiner oder ihrer Umgebung oder in Träumen. Genauso können Tiere und Menschen, die dem Arzt<sup>154</sup> auf dem Weg zu den Kranken begegnen als gutes oder schlechtes Omen gedeutet werden. Sehr ausführlich beschreibt *Caraka* in zwölf Kapiteln die möglichen Anzeichen des sicheren Todes:<sup>155</sup> (1) Hautfarbe zusätzlich Stimme, (2) Geruch, (3) Berührung, (4) Sinnesorgane, (5) warnende Symptome der Krankheit, (6) physische Besonderheiten der/des

---

<sup>153</sup> WUJASTYK, Dagmar; Well-Mannerd Medicine; S. 111.

<sup>154</sup> Im Folgenden ist der Arzt nicht gegendert, da es sich um Passagen aus den alten Schriften handelt, wo ausschließlich Männer Ärzte waren.

<sup>155</sup> CaS Vol. II; S. 517-597.

Kranken wie Erbrechen, qualvolle Schmerzen in der Brust während des Sprechens oder Schmerzen im Herzen, Blut im Stuhl, Schluckauf, etc., (7) der Pupille, (8) verkehrter Schatten der Kranken, (9) Augenfarbe, (10) Anzeichen für einen plötzlich bevorstehenden Tod, wie großer Durst mit einem hartem Tumor in der Herzregion oder herabhängende Augenbrauen kombiniert mit Schluckauf und einem extremen brennenden Empfinden im ganzen Körper, (11) Verminderung der Körpertemperatur und (12) Zeichen wie das Erscheinen einer Substanz auf dem Kopf die Kuhdungpulver ähnelt. Obwohl die Überschrift des zwölften Kapitels eher auf (mitunter kuriose) körperliche Symptome hinweist, handelt es sich hierbei viel mehr um eine Auflistung schlechter Zeichen, die der Bote mit sich bringt oder die dem Vaidya auf dem Weg zu der PatientIn begegnen. So soll der Arzt eine Behandlung unterlassen (da der kranke Mensch sterben wird) wenn der Bote eintrifft und der Arzt gerade nackt, zerraut oder unrein ist, weint oder schläft, etwas schneidet oder spaltet, schlechtes denkt usw. Weiters ist es kein gutes Zeichen, wenn der Bote in einer schlechten Verfassung ist, Angst hat, er fehlerhafte Organe hat, Asket ist, in einem Fahrzeug kommt welches von einem Esel oder Kamel gezogen wird etc. Ebenso gilt es als ein Unheil verkündendes Omen, wenn der Vaidya auf dem Weg schlechten Geruch wahrnimmt oder scharfen Geschmack, wenn eine Katze, ein Hund oder eine Schlange den Weg kreuzt oder der Ruf eines Schakals ertönt, aber auch Betten, Sessel und Gefäße, die verkehrt aufgestellt sind, verheißen nichts Gutes. Letztlich werden aber auch Indikatoren für eine Gesundung der Kranken aufgelistet, zum Beispiel wenn der Vaidya auf seinem Weg Süßigkeiten, Schmuck, den König, weiße Pferde etc. sieht.<sup>156</sup>

Dagmar Wujastyk schließt aus dieser detaillierten Darstellung, dass es von großer Wichtigkeit war zu erkennen, ob ein Mensch genesen oder sterben wird. Dieses Wissen legitimiert die Entscheidung des Vaidyas, die PatientInnen anzunehmen oder abzulehnen, da insbesondere *Caraka* mehrfach darauf hinweist keine sterbenden Menschen zu behandeln.<sup>157</sup> Auch in zeitgenössischer Literatur wird auf *ariṣṭa lakṣaṇa* Bezug genommen und auf die Notwendigkeit,

---

<sup>156</sup> CaS Vol. II; S. 583-597.

<sup>157</sup> Vgl. Kapitel 5.5.

den bevorstehenden Tod erkennen zu können. Demnach begeht ein Vaidya einen fatalen Fehler, wenn er die Zeichen des bevorstehenden Todes nicht beachtet, sondern den sterbenden Menschen behandelt, da er so auch Unannehmlichkeiten für Verwandte und FreundInnen verursacht:

„The physician if he does not care to note these *Arṣṭas* may take up the treatment of a patient when he is on the point of death. Again, his failure, to note them, may cause the greatest inconvenience to the friends and relatives of the patient. The physician should always be able to give timely warning of the approach of the calamity.”<sup>158</sup>

Warum die Behandlung eines sterbenden Menschen ein Fehler ist und worin genau die Schwierigkeiten für die Angehörigen bestehen, erfährt man nicht.

Auch in den Interviews kommt dieser Bereich des āyurvedischen Wissens zur Sprache. Es ist allerdings nicht eindeutig erkennbar, ob die ÄrztInnen in ihrer Praxis sich tatsächlich auf die Deutung der Omen berufen, oder ob sie sich an die rein körperlichen Symptome halten. Ebenfalls unklar ist, ob die Zeichen wie sie in den Schriften beschrieben sind, heute noch Gültigkeit haben, auch wenn Nair im folgenden Zitat die verschiedenen Zeichen und ihre Deutung beschreibt, als wären sie Teil der heute noch üblichen Praxis.

Aus modern wissenschaftlicher Sicht klingen wohl etliche Behauptungen über das Erkennen des Todes recht absurd, vor allem was das Deuten der Omen betrifft, aber auch körperliche Symptome wie, dass der Tod innerhalb von 14 Tagen eintritt, wenn die Brust der kranken Person augenblicklich nach dem Bad trocknet aber der Rest des Körpers nass bleibt.<sup>159</sup> Nair zufolge können diese Zeichen am Menschen und in seiner Umgebung genaue Auskunft darüber geben wann der Tod eintreffen wird, ob in einer Woche, einem Monat oder erst in einem Jahr.

### **Nair**

“Yes, in Āyurveda there is a specialized area called *ariṣṭa lakṣaṇa*. There are two kinds of *ariṣṭa lakṣaṇa* which are seen on the patient and some signs are there which is not seen on the body of the patient but we can observe it around our surrounding, surrounding of the physician or surrounding of the patient as well as the surrounding of his house. By

---

<sup>158</sup> SENGUPTA; The Ayurvedic System of Medicine; S. 31.

<sup>159</sup> CaS 5.12.5.; Vol. II; S. 583.

observing these signs, signs that are present at the body of the patient and signs which are present in the surrounding area we can predict death by a week, a month or maximum one year.”

Die Zeichen können vielfältig sein und sind abhängig von der Umgebung in der sie auftauchen. Die Begegnung mit einem Menschen der eine Waffe trägt, kann grundsätzlich als schlechtes Zeichen gedeutet werden, steht aber eine Operation bevor wird die Waffe als positives Symbol gewertet. Allein die Richtung in die vorüberziehende Vögel sich bewegen, wenn der Arzt zur PatientIn geht, kann als gutes oder schlechtes Omen betrachtet werden.

### **Nair**

“[...] even from the dreams of the patient, we can predict, even from the movement of the birds, if animals are there when the physician is going to the patient, if a particular bird moves in a particular direction, it shows something. Even some persons, the person carrying some article, for example if the person is carrying milk it's a good omen, whereas a person is carrying weapon is considered as an ill omen. But when she is going for a surgery a weapon is considered as a good omen.”

Auch wenn einige Zeichen aus westlicher Perspektive wohl in die Rubrik Aberglaube eingeordnet werden, sollte verallgemeinert werden und es wäre möglicherweise lohnenswert die einzelnen Anzeichen zu untersuchen. Rao bringt zum Ausdruck, dass bislang keine wissenschaftlichen Studien in diesem Bereich durchgeführt wurden, um diesen Zeichen eine neue Bedeutung zukommen zu lassen. Für ihn wäre eine Überprüfung der körperlichen Anzeichen durchaus begrüßenswert, um genauer prognostizieren zu können.

### **Rao**

“Yes, this is a highly specialized branch, all the signs and symptoms of patients who are nearing to death has been explained and the scientific validation is not yet done, most of it is in the form of Sanskrit verses that itself becomes a speciality of physicians working with the ICU [Intensive care unit, Anm. Mörth] to revalidate them, otherwise they remain as claims that a person nearing death will have these change in the eyes, so we have to correlate them with the modern science also. Then we have information for all types of cases which we can forecast very easy.”

Die meisten befragten ÄrztInnen stimmen darin überein, dass es einfach ist den nahen Tod zu erkennen, auch die europäischen Āyurveda-ÄrztInnen sind dieser Meinung. Teilweise beschränken sie sich auf āyurvedische Methoden, teilweise

finden sie eine Kombination mit den Möglichkeiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin hilfreich. Für Godbole reicht die Beschränkung auf die āyurvedischen Methoden um zu erkennen, ob eine Krankheit heilbar, unheilbar ist oder lebenslange Behandlung braucht.

### **Godbole**

“Incurable this is sure, you can feel and you can after examination you can easily, basically with āyurvedic methods of diagnoses you can easily understand whether this disease is curable or incurable or if this disease will need through all the life treatment, with this type of diagnostic methods, āyurvedic type of diagnostic methods you can understand.”

Ebenso eindeutig ist für sie allein mit āyurvedischen Mitteln abzulesen, ob ein Mensch kurz vor seinem Lebensende steht. Die Veränderungen des Körpers und im Puls geben ihr klare Auskunft darüber.

### **Godbole**

“There are some symptoms which are coming on the physical body of the person or you can feel some changes in the pulse and you can say that this person will not have much more lifespan maybe very short lifespan now.”

Da in Österreich und Deutschland Āyurveda auf medizinischer Ebene nur nach einem Studium an der Medizinischen Universität erlaubt ist, fließt vermutlich in die Arbeitsweise der westlichen Āyurveda-ÄrztInnen immer das Wissen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin mit ein. Auf die Frage, ob Bhalla mit Hilfe der āyurvedischen Methoden den nahenden Tod eines Menschen erkennen kann, weist er darauf hin, dass dies für jede MedizinerIn offensichtlich sein müsste, zumindest wenn diese über ausreichend Erfahrung verfügen. Er betont allerdings das Problem, dass viele in ihrer Ausbildung nicht die Gelegenheit haben diese Erfahrungen zu sammeln.

### **Bhalla**

„Ja, da brauch ich aber, da reicht ein Blick, da reicht auch meine schulmedizinische Ausbildung. Das ist grundlegend, das ist basic. Wenn man in einer Ambulanz gearbeitet hat als Notarzt, weiß man was noch geht und was nicht mehr geht. Und das kann jeder gute Mediziner, da braucht man nicht Āyurveda gemacht haben. Find ich. Das Problem in der Ausbildung in Österreich ist das gerade im Osten, in Wien die Ärzte gar nicht mehr zum Patienten kommen, sondern 70-80% einfach mit

Arztbriefen, Flascherl aufhängen etc. beschäftigt sind. Bei unserer Ausbildung in Oberösterreich war es, mittlerweile hat sich auch sehr viel verändert, wir waren unten und haben Herzinfarkte, Krebspatienten als erstes gesehen, und das tagtäglich, als erstes und da entwickelt man den Blick, ist es ein Akutfall, ist heilbar oder wirds gehen mit all den Mitteln die man zur Verfügung hat.“

Der Zustand des Menschen ist in den meisten Fällen ersichtlich, selbst wenn die PatientInnen im Gespräch nicht die ganze Wahrheit sagen und bereits den gesamten Weg der modernen naturwissenschaftlichen Medizin hinter sich haben. Der bevorstehende Tod ist kaum zu verbergen, Fehler in der Diagnose passieren eher in weniger dramatischen Situationen, so Bhalla. Es ist fraglich warum von manchen PatientInnen Informationen über deren Gesundheitszustand verschwiegen werden. Hier käme sowohl Scham in Frage als auch der Versuch, die Fertigkeiten des Arztes zu testen.

### **Bhalla**

„Wenn ich mir ganz unsicher bin, dann würd ich natürlich auch Untersuchungen veranlassen wie eine Computertomographie oder ein MRT aber normalerweise haben die ganzen Patienten ja schon ihre Vordiagnosen, wenn sie zu mir kommen, sie sagen mir oft gar nicht alles im Gespräch und ich merk es trotzdem und sag ihnen das "und das ist nicht in Ordnung", und dann durch den Puls und die Zunge verifizier ich alles. Aber jeder gute Āyurveda-Arzt schaut dir erstens auf die Augen, in die Augen, ein sehr, sehr wichtiges Diagnosekriterium und schaut sich den Körperbau an, die allgemeine Fassung und macht erst nach dem Gespräch Zunge und Puls. Die sehr wichtig sind, aber nicht die Hauptkriterien, sondern alles bestätigen oder widerlegen. Wenn ich eine falsche Meinung habe, ich kann ja auch Fehler machen, durch mein Gespräch durch die Augen, Puls und Zunge zeigen was anderes, dann weiß ich, ich hab einen Denkfehler, aber das ist sehr selten der Fall, aber dann hat mir der Patient irgendwas verheimlicht oder ich hab was übersehen, aber das sind nicht unheilbare Sachen, sondern meistens, sie haben zum Beispiel einen Beta-Blocker eingenommen oder ein Psychopharmaka und mir nicht gesagt, und es ist noch nicht lange her, was den Puls dann einfach beeinflusst.“

Einerseits wird die Arbeit der ÄrztInnen durch das Miteinander von Āyurveda und der modernen naturwissenschaftlichen Medizin erschwert, um Gesundheit feststellen zu können bzw. um diese zu definieren, andererseits ist es eine Bereicherung, da so ein genaueres Bild entstehen und weniger übersehen werden kann. Ersteres Problem tritt in der modernen naturwissenschaftlichen

Medizin ebenso bei der Definition des Todes auf: Die Frage wann ein Mensch für tot erklärt wird, ist längst nicht mehr so einfach zu beantworten.

Den Interviews zu Folge besteht kein Zweifel, wann es sinnvoll ist mit einer kurativen Behandlung fortzufahren, wann Leben gerettet bzw. verlängert werden kann und ab welchem Zeitpunkt dieses Unterfangen sinnlos ist, da dem Menschen der Tod buchstäblich ins Gesicht geschrieben steht. Es wirkt als würde der Tod nicht nur erkannt, sondern auch akzeptiert werden, als würde er nicht als Feind betrachtet werden, den es bis zuletzt zu bekämpfen gilt. Das Bild der modernen naturwissenschaftlichen Medizin erscheint anders, hier entsteht immer wieder der Eindruck, dass die Sterbenden unter allen Umständen am Leben erhalten werden, auch wenn diese Entscheidung wohl oft dem Bedürfnis der Angehörigen entspricht und nicht dem der MedizinerInnen.

Sawant ist der einzige der befragten indischen Vaidyas, der sich gegen die Richtigkeit von *ariṣṭa lakṣaṇa* ausspricht. Für ihn gibt es keine Vorhersage, weder mit āyurvedischen noch mit den Methoden der modernen naturwissenschaftlichen Medizin.

### **Sawant**

“[...] no one can, not even modern science can say that he will die. There is no such types of examination or analytical methods that can be decide the phase or the period of his life, there is no such type.”

Für Gramminger ist das Diagnostizieren des nahenden Todes, besser gesagt einer unheilbaren Krankheit weniger im Vordergrund als die Frage, was für den Menschen getan werden kann, um seine Lebensqualität zu verbessern. Mit Empathie und Sensibilität muss auf die aktuelle Situation des kranken oder sterbenden Menschen eingegangen werden. Es verlangt Achtsamkeit, den Weg des Lebens oder auch des Sterbens zu erkennen und zu schützen. Für Gramminger gibt es einen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf, an dem es den ÄrztInnen ethisch untersagt ist einzugreifen. Weitere lebensverlängernde Maßnahmen würden zu einer Überforderung des Menschen führen. Es geht für sie nicht darum, was die Zukunft für den Menschen bringen mag, sondern darum die Würde zu schützen und die Situation gut und hilfreich für die Betroffenen zu gestalten.

### **Gramminger**

„Wir betrachten eigentlich nicht so, dass irgendetwas unheilbar ist, sondern wir stellen den Zustand jetzt fest. Wir kucken nicht so, es ist nicht zu heilen, sondern was kann ich jetzt, wie kann ich jetzt unterstützend noch eingreifen. Und kann der Patient das jetzt noch annehmen, weil es gibt den Punkt, da kann der Patient keine Mittel mehr einnehmen, vielleicht weil er auf dem Weg des Sterbens ist, aber dann muss man das spüren, man muss sehr sensibel daran gehen und dann gibt man einfach nichts mehr einzunehmen. Und manchmal ist es zu viel eine Anwendung zu geben, das kommt immer auf den Moment an, aber ich würd nicht sagen, er ist unheilbar. Aber es gibt einen gewissen Zustand, wo wir als Ärzte nicht mehr eingreifen dürfen, sagt man im Āyurveda und diese Sensibilität muss man einfach haben. Also weg von dem, jetzt muss ich noch mal eben eine lebensrettende Maßnahme machen, das macht man eigentlich nicht. Man spürt es wenn der Patient gehen will und wenn er nicht mehr essen will, wenn er nichts mehr trinken will, dann gehen wir mit ihm.“

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Gesundheit im Āyurveda als ein Zusammenspiel von Körper, Seele und Geist verstanden wird. Krankheit ist jegliches Abweichen aus dieser Balance. Dementsprechend ist Heilung nur in Verbindung mit dem Heil zu verstehen, gleichzeitig ist Heilung (Gesundheit) nicht allein als Heil möglich. Allerdings können teilweise sowohl Krankheit als auch Heilung bereits vor ihrer tatsächlichen Manifestation im Körper festgestellt werden. In der Diagnose verlassen sich die āyurvedischen ÄrztInnen grundsätzlich lieber auf ihre sinnliche Wahrnehmung als auf Laborwerte. Für die āyurvedische Diagnose sind die Mittel der modernen naturwissenschaftlichen Medizin nur beschränkt von Nutzen, da sich Gesundheit und Krankheit an anderen Parametern misst als beispielsweise in Laborwerten. Das subjektive Empfinden, nämlich beider Beteiligten, also ÄrztIn und PatientIn, haben oberste Priorität. Trotzdem werden Krankheiten systematisch kategorisiert und vor allem unheilbare Krankheiten können anhand einer Vielzahl von Anzeichen erkannt werden. Diese werden teilweise sehr ausführlich, zum Beispiel in der *Carakasamhitā*, aufgelistet.

## 3.2 Ernährung

Die Nahrungsaufnahme ist ein sehr emotional behaftetes Thema von frühester Kindheit an bis zum Lebensende. Essen und Trinken dient nicht nur der reinen Energiegewinnung, sondern ist wichtiger Bestandteil unseres gesamten Sozialverhaltens, Ausdruck von Genuss, Freude und Liebe (so manche erinnern sich wahrscheinlich an die glücklichen Worte der Großmutter: „Brav hast g’essen!“), als auch Mittel zur Ersatzbefriedigung diverser Bedürfnisse. Auch Angst ist von Anfang an mit der Ernährung verbunden. So sorgen sich frisch gebackene Mütter, ob ihr Baby genug Milch trinkt und am Lebensende drückt sich die Angst und Hilflosigkeit der Angehörigen oft durch Sätze wie „man kann sie doch nicht verhungern lassen!“ aus. Gesellschaftlich hat die Ernährung einen wichtigen Stellenwert, Hungerstreik und Veganismus dienen als politisches, ethisches oder religiöses Statement, Vegetarismus stieß in Österreich lange Zeit auf aggressives Unverständnis, vegetarische Menschen müssen sich teilweise noch heute für ihren Fleischverzicht rechtfertigen und fremde Essgewohnheiten werden gerne belächelt oder analysiert (z.B. warum in Indien Rindfleisch vermieden wird) obwohl eigene Tabus (beispielsweise der Verzehr von Katzen oder Hunden) kaum in Frage gestellt werden.<sup>160</sup> Nahrung kann verbindend, reizvoll aber auch befremdlich wirken, wenn man die vielen verschiedenen Gebräuche betrachtet (z.B. Essen mit Händen, Besteck, Stäbchen). Über die Nahrung ist es möglich in Berührung mit anderen Menschen und Kulturen zu kommen, insbesondere ist sie aber der intensivste Kontakt zwischen Innen- und Außenwelt. Lebensformen, die zuvor separat existiert haben, werden Teil des eigenen Organismus, sie werden einverleibt und überwunden dadurch, so Martin Mitterweide, den Dualismus zwischen Innen und Außen.

Der Mensch hat sich seit frühester Zeit mit der Bedeutung von Nahrung beschäftigt, sowohl im Sinne von Ernährung als auch in religiösem/spirituellem oder magischem Zusammenhang. Opfergaben in Form von Speisen sind weltweit verbreitet und im hinduistischen Kontext ist die Darbietung von Nahrung an die Göttinnen und Götter fixer Bestandteil der Rituale. Im indischen Kulturkreis

---

<sup>160</sup> Vgl. dazu MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 162.

ist die Verehrung der Nahrung fest in der Tradition verankert. In einigen *Upaniṣaden*, dem *Ṛgveda* oder selbst in den Gesetzestexten lassen sich etliche Stellen finden, die darauf hinweisen, dass die Nahrung verehrt werden soll, beispielsweise weil sie nur dann dem Essenden Kraft spenden kann.<sup>161</sup> Ein Prinzip, welches dem Selbstverständnis des *Āyurveda* entspricht, spiegelt sich in folgendem Zitat aus der *Chāndogya-Upaniṣad* wider:

„Die aufgenommene Nahrung wird in drei Teile zerlegt, was davon der grobe Teil ist, der wird zu Kot, was der mittlere Teil ist, der wird zu Fleisch, was der feinste ist, der wird der Geist (*manas*).“<sup>162</sup>

Die Lebensmittel werden im *Āyurveda* in verschiedener Weise kategorisiert, einerseits nach Herkunft oder Gemeinsamkeiten, andererseits wird ihre Wirkweise gemäß der *āyurvedischen* Systematik beschrieben. Die Auswirkungen der Nahrung sowohl auf die *doṣa-s* (Körper) als auch auf die drei *guṇa-s* *sattva*, *rajas*, *tamas* (Geist) wurden genau beobachtet und untersucht und letztlich in den klassischen Schriften niedergeschrieben. Dennoch weist beispielsweise die *Suśrutasaṃhitā* darauf hin, dass diese Erkenntnisse zwar große Wichtigkeit haben, jedoch nicht blind hingenommen werden sollen, sondern immer wieder genau überprüft und systematisch begründet werden müssen, da alle Erkenntnisse auf Wahrnehmung basieren.<sup>163</sup> Ernährung spielt im *Āyurveda* eine zentrale Rolle, denn sie wirkt nicht nur auf den Körper, sondern auch auf den Geist, und ist ausschlaggebend für Gesundheit oder Krankheit. In der *Carakaṃhitā* heißt es beispielsweise, dass derjenige der sein Selbst besiegt hat und geeignete Nahrung zu sich nimmt ohne Krankheit 36.000 Nächte lebt. Weiter heißt es, dass die Welt zur Nahrung hinstrebt und dass Farbe, Erfüllung, klangvolle Stimme, Lebenskraft, Geistesstärke, Glück, Zufriedenheit, Nahrung, Stärke und Einsicht ihre Grundlage in der Nahrung finden und auch alle weltlichen und vedischen Aktivitäten, wie das Bemühen die Himmelswelt zu erreichen in der Nahrung gegründet werden.<sup>164</sup> So lässt sich, auch wenn von wissenschaftlicher Seite (z.B. Zysk oder Koch) der allzu esoterische Zugang des

---

<sup>161</sup> Vgl. dazu MITTWEDE; Der *Āyurveda*; S. 151- 160.

<sup>162</sup> Ebd.; S. 157.

<sup>163</sup> Ebd.; S. 164.

<sup>164</sup> CaS 1.27.348-351; MITTWEDE; Der *Āyurveda*; S. 169.

westlichen Āyurveda zur Ernährung kritisiert wird, nicht von der Hand weisen, dass die āyurvedische Ernährungslehre aus einem bestimmten religiösen, spirituellen Boden erwachsen ist, selbst wenn sie sich zweifelsohne auf Grund empirischer Beobachtung weiter entwickelt hat. Die westliche Interpretation des Āyurveda hat sich verstärkt auf den spirituellen Aspekt ausgerichtet, wie die Analyse diverser āyurvedischer Kochbücher von Anne Koch zeigt.<sup>165</sup>

Das folgende Zitat weist darauf hin, dass auch indische Vaidyas der Nahrung einen durchaus starken spirituellen Aspekt einräumen, hier wird die Mahlzeit zum Gottesdienst. Nahrung, als auch die Dankbarkeit und Hingabe zu Gott beginnt nicht erst beim Essen, sondern bereits bei der Saat, Ernte und Zubereitung der Zutaten und Speisen. Die Achtsamkeit und Aufmerksamkeit mit der das Essen zubereitet wird, spiegelt sich im Nährgehalt wieder: Maschinell und lieblos verarbeitetes Essen bietet wenig Energie und Sättigung. Darüber hinaus ermöglicht die Nahrungsaufnahme einen intensiven Kontakt mit Gott, da dieser (*Brahmā*) in allem enthalten ist was der Mensch zu sich nimmt.

**Rao**

“Food is considered as a ritual in Āyurveda. Like unless we pray to the grains, to the plants, we offer them, we pray to the God who has given us life and to continue after digestion so what we eat is what we become, and food itself is considered as *Brahmā*, the god himself. So when we take it in, it has to be done with lot of faith and prayer and if it’s done through machines and forces it doesn’t last long, so the concept is not holding good with Āyurveda.”

Der spirituelle Stellenwert der Nahrung wird im Folgenden noch mehr betont, wenn auch das Zitat etwas seltsam klingt und der Zusammenhang nicht nachvollziehbar ist. Rao erklärt davor, wie die Ernährung bei Sterbenden zu sein hat (gekochtes Gemüse mit verdauungsfördernden Gewürzen) und antwortet auf die diesbezüglich gestellte Frage folgendermaßen:

**Rao**

“And did you observe that the people like that, because in western countries dying people prefer very cold things like ice cream, at least most of the people. Do you observe there is something what Indians prefer especially?”

---

<sup>165</sup> Vgl. KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung.

“No, not the cold things, they prefer more religious rituals at the end, the like to get in contact with the auspicious waters from the Ganges or like to visit an auspicious temple, so that the end come in a religious way and they have a continuity of it. So more as the food they want to see certain people, certain images, certain pictures and just taste of the precious water.”

Hier rückt klar der religiöse/spirituelle Aspekt in den Vordergrund. Nahrung wird unwichtig. Es entsteht der Eindruck, dass Roa sehr stolz auf die gelebte Spiritualität des indischen Volkes ist, welches sich im Gegensatz zur westlichen Gesellschaft am Lebensende nicht mit weltlichen Dingen wie Eiscreme auseinandersetzt, sondern die Aufmerksamkeit auf das Wesentliche richtet. Das Bild, dass Indien der spirituelle Nabel der Welt sei, ist weit verbreitet, sowohl bei InderInnen als auch bei esoterisch geprägten EuropäerInnen. Diese Darstellung ist ebenso einseitig wie die Annahme, dass die westliche naturwissenschaftliche Wissenschaft die einzige Wahrheit besitzt.

Unabhängig von ihrem spirituellen/rituellen Stellenwert ist Nahrung im Āyurveda, neben dem Lebensstil, eine der wichtigsten Ursachen für Ungleichgewicht im Körper. Die falsche Ernährung bringt die *doṣa*-s aus der Balance, und was sich anfangs nur als Unwohlsein ausdrückt, kann sich im Laufe der Zeit zu einer Krankheit manifestieren.

Die Interviews bestätigen die bedeutende Rolle der richtigen Ernährung, wobei Unterschiede im deutschsprachigen Raum und in Indien bemerkbar sind.

Lediglich im Gespräch mit Sawant entsteht der Eindruck, dass er in seiner Behandlung keinen Wert auf die richtige Ernährung legt, sondern davon ausgeht, dass alle Menschen ohnehin darüber Bescheid wissen, bzw. stimmt seine Aussage nicht unbedingt mit den āyurvedischen Maßstäben einer gesunden Ernährung überein. Diese ist zwar nicht grundsätzlich vegetarisch, vor allem nicht in ihren Ursprüngen, aber sie richtet definitiv nicht so ein starkes Augenmerk auf eine proteinreiche Nahrung wie es Sawant hier beschreibt.

**Sawant**

“But you are working only with the herbs, you don’t pay any attention to diet?”

“These patients are very conscious, only the thing is that in India the poor people cannot afford the rich protein diet otherwise these people are conscious, at least they know that they should have some eggs, milk or some meat products at least this fish, they are knowing all this.”

“And they can digest this? I mean eggs are very difficult to digest?”

(Lärm von Bauarbeiten, Handyläuten)

“They can digest with the help of herbs, this medicine keeps them altogether fit so they can digest all eggs, milk, ghee, all these things.”

Falsche Ernährung wird von den meisten āyurvedischen ÄrztInnen als Ursache für Inbalancen und somit Krankheiten gesehen, wie auch die Studie Robert Franks bestätigt.<sup>166</sup> Rao betont den Stellenwert der richtigen Ernährung und die Herausforderung für die PatientInnen die richtige Diät zusammen zu stellen:

### **Rao**

“Food is an (internal?) part of treatment in Āyurveda. So the importance is as much as for the medicine, so for any treatment when a medicine is recommended a part we have to recommend about the diet and the lifestyle and the exercises. So all these are given equal importance unlike in other systems of medicine.”

“What food do you suggest?”

“Depending on the constitution of the individual and looking at the imbalance the aim would be to bring the balance back by routine. The right diet for that constitution which will be either disease specific or constitution specific. So that becomes an exercise to prepare a package of the diet along with the medication.”

Franks Studie zu Folge bietet die Korrektur der Diät ein wichtiges therapeutisches Instrument für indische Vaidyas und die meisten empfehlen eine fleischlose Ernährung, aber sie versuchen die Restriktionen so gering wie möglich zu halten, da kaum ein Patient oder eine Patientin diese beherzigt. Daher werden vor allem Medikamente verabreicht, allerdings entfalten diese ohne eine Lebensstil- und Ernährungsumstellung nicht ihre volle Wirksamkeit. Somit wird eine Verbesserung der Symptome bedeutend schwerer erreicht.<sup>167</sup>

---

<sup>166</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; 2004; S. 169 f.

<sup>167</sup> Ebd.; S. 189 f.

Anders im Āyurveda in Europa, hier wird vor allem auf die Umstellung der Ernährung und des Lebensstils gesetzt, da der Import von āyurvedischen Arzneien mit viel Aufwand und Risiko verbunden ist und die meisten āyurvedischen Rezepturen einen langwierigen Herstellungsprozess verlangen.<sup>168</sup>

In den Interviews für die vorliegende Arbeit wurde Ernährung nur im Zusammenhang mit Sterbenden angesprochen, deshalb liegen zu dem Thema allgemein keine genaueren Ergebnisse vor.

### **3.3 Therapiemethoden**

Die Fragestellung betreffend der Therapiemethoden hat sich auf sterbende bzw. schwerkranke Menschen bezogen. In der Auswertung ist das nicht sehr stark spürbar, dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass es im Āyurveda keine eigene Palliativmedizin gibt: Unheilbare und heilbare Krankheiten werden nach den gleichen Prinzipien behandelt. Die āyurvedischen Grundlagen gelten in allen Lebensphasen des Menschen.

Die Interviewauswertung ergab fünf verschiedene Themenbereiche bezüglich der Therapiemethoden:

- (a) ein starker Fokus auf die Vergabe von Arzneien/Kräutern
- (b) der Bereich der Ölanwendungen
- (c) eine Kombination mehrerer Methoden
- (d) *Rasāyana* und *Pañcakarma*
- (e) das Anpassen der Symptome an deren Ursprung

#### **3.3.1 (a) Fokus auf die Vergabe von Arzneien/Kräutern**

Einer der größten Kritikpunkte an der modernen naturwissenschaftlichen Medizin ist, dass oftmals vor allem Medikamente verabreicht werden, unabhängig davon ob das gleiche Ziel nicht auch mit Hilfe von verändertem Lebensstil oder Diät erreicht werden könnte.

---

<sup>168</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 208.

In den Gesprächen mit den indischen Vaidyas entsteht immer wieder der Eindruck, dass Āyurveda in Indien ähnlich praktiziert wird. Es werden schlichtweg Arzneien verschrieben, manchmal ohne Rücksicht auf Lebensstil oder Ernährung, meist aber doch mit allgemeinen Diäthinweisen. Zwar werden āyurvedische Kräuter und Substanzen verwendet, die als sanft und ohne Nebenwirkungen beschrieben werden, aber der allumfassende Anspruch des Āyurveda, den Menschen als eine Einheit von Körper, Geist und Seele zu betrachten, wird dabei in den Hintergrund gedrängt. Vergleichbar verhält es sich mit der praktizierten Tibetischen Medizin in Indien, wie Geoffrey Samuel und Linda Connor in ihrer Studie in Dalhousie, Nordindien, zeigen. Auch sie beobachten, dass der Unterschied zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin eher in der Art der Diagnose und weniger in der Umsetzung liegt. Es werden vor allem „Pillen“ verabreicht, die im Unterschied zu den chemischen Medikamenten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin zwar, laut den VertreterInnen der Tibetischen Medizin, bedeutend langsamer zu Heilung führen, dafür aber die Krankheit an ihrer Wurzel fassen und nicht wie erstere nur symptomorientiert wirken.<sup>169</sup>

Am deutlichsten wird der Fokus auf die Pharmazeutika bei Dr. Sawant, der sich vor allem auf die Behandlung von HIV infizierten Menschen spezialisiert hat. Sawant kombiniert zwischen 30 und 35 verschiedene Substanzen, um gleichzeitig den Gesamtzustand oder den Appetit des Menschen zu verbessern und eine Vermehrung des Virus einzudämmen (antiretrovirale Therapie). Da eine einzelne Substanz nicht über all diese Eigenschaften verfügt, stellt er Rezepturen zusammen die die verschiedenen Aspekte abdecken.

### **Sawant**

*“And what kind of treatments do you give then?”*

“I give them total herbal combination. Most of the herbs are immuno modulators, Ayurveda will use the term *rasāyana*, which herbs increases the immunity. And some herbs which are proven antivirus, some herbs which are micro organismcidal (?), bacteriumcidal, some herbs which are proven that they can fight the cough and cold, some herbs can tone up the capacity of lungs, some herbs can increase the appetite, some herbs can increase the lifespan, such herbs I combine together.”

---

<sup>169</sup> SAMUEL; Tibetan Medicine in Contemporary India; S. 251 f.

“All together you give?”

“All together.”

“At the same time I am combining 30-35 herbs together and they are getting the antiretroviral treatment at the same time they are getting the rejuvenation, they are gaining the weight, they are not getting secondary infections, so these 30-35 herbs are taking care of all aspects.”

Sawant räumt zwar ein, dass Ernährung eine gewisse Rolle spielt und die Menschen im Allgemeinen wissen, wie sie sich ernähren sollten, allerdings steht die Wichtigkeit der Arzneien klar im Vordergrund, da diese auch die Verdauung schwerer Lebensmittel ermöglicht.

Frank arbeitet heraus, dass bereits die meisten Praxen der Āyurveda-ÄrztInnen darauf hinweisen wie wichtig die medikamentöse Behandlung ist und fast alle Praxen sind an eine āyurvedische Apotheke angeschlossen. Āyurveda wird vor allem als eine „herbal medicine“ betrachtet, und die Sanftheit und Natürlichkeit der Präparate steht, wie bereits erwähnt, im Vordergrund. Außer Acht gelassen werden bei dieser Darstellung, dass eine Vielzahl der Medikamente auf der Basis von Metallen, Mineralien oder tierischen Substanzen beruhen. Frank mutmaßt, dass diese Beschreibung vor allem die Konkurrenzfähigkeit der āyurvedischen Pharmazeutika gewährleisten soll, und insbesondere die Verträglichkeit und Natürlichkeit als Abgrenzung zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin dient.<sup>170</sup> Es mag zwar stimmen, dass das Hauptaugenmerk auf die Kräuterarzneien gerichtet ist, vermutlich aber auch deshalb, weil immer wieder starke Kritik von Seiten der westlichen Welt bzgl. der metallhaltigen Medikamente geübt wird. In den Interviews (siehe Punkt (c) Kombination mehrerer Methoden) zeigt sich, dass gerade in der Behandlung schwerkranker Menschen großer Wert auf *Bhasmas* (Aschen, die oftmals aus Metallen oder Mineralien erzeugt werden) gelegt wird.

Anders als in Indien, wo verstärkt auf die Wirksamkeit āyurvedischer Pharmazeutika gesetzt wird, stellt sich die Praxis in Österreich und Deutschland

---

<sup>170</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 171 f.

dar. Hier bringt die Verwendung āyurvedischer Arzneien große Schwierigkeiten mit sich, da die Einfuhr mit erheblichem Aufwand und Risiko verbunden ist. Es ist schwierig die europäischen Standards bezüglich Qualität zu gewährleisten und eine Analyse der Präparate ist sehr kostspielig. Daher ist das Bemühen vor allem dahingehend gerichtet, einheimische Kräuter zu verwenden.<sup>171</sup> Ebenso wird Āyurveda z.B. in Österreich vor allem mit Ernährung und sanften Ölmassagen in Verbindung gebracht, mit ausführlichen und individuellen Konsultationen und bedeutend weniger mit einer schlichten Vergabe von Arzneien.

Gramminger und Bhalla bestätigen den Eindruck, dass Āyurveda in Indien oftmals einen anderen Zugang hat, als es im Westen erwartet wird. Für Bhalla kann Āyurveda vor allem dann nicht authentisch praktiziert werden, wenn er „verkopft“ wird, was, seiner Meinung nach, sehr leicht passieren kann, da das Wissen nicht mehr nach der ursprünglichen Form von Meister zu Schüler weitergegeben wird. Āyurveda wird heute an den Universitäten gelehrt und immer wieder fehlt laut Bhalla das Herz, denn die Logik steht im Vordergrund. Trotzdem will Bhalla nicht die damit verbundenen Vorteile des universitären Systems außer Acht lassen, ohne die Āyurveda nie zu seinem heutigen Status gelangt wäre. Gramminger bringt ein anderes Phänomen, den Āyurvedatourismus, zur Sprache. Hier wird oftmals vor allem auf den Komfort der TouristInnen geachtet und weniger auf die Qualität des Āyurveda, genauer gesagt, ist dies in den meisten Fällen der angebotenen *Pañcakarma* Kuren der Fall. Dennoch warnt sie vor einer Verallgemeinerung des Āyurveda in Indien:

### **Gramminger**

„Ich hab das schon erfahren, ich bin in verschiedene Zentren gefahren, auch in Kerala und hab mir auch das Essen angekuckt und dann stand da *vāta*, *pitta*, *kapha* dran und ich hab gemerkt, dass die Speisen überhaupt nicht *vāta* reduzierend, *pitta* reduzierend oder *kapha* reduzierend waren und hab mich gewundert, naja gut, ist ein Tourismus, Āyurvedatourismus und es wird nicht so genau genommen, ist mir auch aufgefallen. Aber ich kann nicht alles über einen Kamm scheren, es gibt sicherlich auch welche die sehr gut und genau behandeln.“

---

<sup>171</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 209 f.

### 3.3.2 (b) Ölanwendungen

Massagen und Güsse mit warmem Öl sind wohl die Methoden, die Āyurveda im Westen populär gemacht haben. So wird Āyurveda in Österreich viel schneller mit Wellness assoziiert als beispielsweise die Traditionelle Chinesische Medizin, die vor allem durch Akupunktur und Kräuterabkochungen bekannt wurde, und deren Massagetechnik, Tuina Anmo, eher im Hintergrund steht. Im westlichen Verständnis von Āyurveda stehen die Behandlungen mit Öl auf der gleichen Ebene mit der Verabreichung von Kräutern. Im Gegensatz dazu stehen in Indien die Ölanwendungen meist, wie bereits gezeigt wurde, nicht an erster Stelle:

#### **Nair**

“If required it can be given. Oil application is actually a minute part of Āyurveda it is not the main therapy at all, it forms only 2 or 3 percentage of all the therapies.”

Für Nair stehen vor allem die Kosten, die mit einer Ölbehandlung, die beispielsweise durch eine Massage entstehen, im Vordergrund. Er bevorzugt klar die Verabreichung von oral einzunehmenden Medikamenten:

#### **Nair**

“Of course it is helpful, if the situation arises we can give, but if oil application is very costly, if you have another substitute by applying oral medicine I will go for that.”

Auch für Sawant ist die Anwendung der Öltherapien, wie den nährenden Einläufen nicht unbedingt ratsam. Er denkt unter anderem auch an die Infektionsgefahr die für die behandelnden Personen besteht. Seiner Aussage zu Folge wird der Einlauf (*basti*) vor allem im Rahmen des *Pañcakarma*-s angewandt und nicht etwa als selbstständige Therapie um beispielsweise das *vāta* zu balancieren.

#### **Sawant**

“And do you give any other treatment like massage or some oiltreatments like basti?”

“No.”

“No, you don’t advise?”

“I can advise, but I think it is not advisable, because see *basti* and other things, when we use to handle the HIV-patients we should take care of his illness as well the person who is handling. So that way we handle the patient very carefully, if he requires *basti* he can give him, otherwise first we have to maintain his health and then we can think about the *pañcakarma*.”

In der langjährigen Zusammenarbeit mit Dr. Godbole in Österreich konnte von der Verfasserin dieser Arbeit beobachtet werden, dass die indische Ärztin großen Wert auf Ölmassagen und vor allem auf *bastis* (Einläufe) legt. In unterschiedlichsten Situationen betonte sie den Wert und Nutzen der diversen Einläufe und dennoch erwähnt auch sie Arzneien an erster Stelle:

**Godbole**

“And for restlessness?”

“There are some herbs like *jatamansi*, *brahmi*, like these herbs we are giving to reduce the restlessness.”

In den meisten Interviews wurden Ölmassagen und Ölbehandlungen erst auf Nachfragen in den Bereich der Behandlungsmethoden miteinbezogen und vor allem als Entspannungstherapie bezeichnet:

**Rao**

“Yes, for de-stressing there will be oiliation therapies in cancer patients also.”

**Priyadarshini**

“Yes, yes, those are the relaxation therapies, the patient can go for that also.”

Dieser Zugang ist überraschend, da Öl in den Schriften als eines der ersten Heilmittel bei einem Zustand von erhöhtem *vāta* empfohlen wird (vgl. zum Beispiel AHS 1.13.1-3) und *vāta* für viele der Symptome (Erschöpfung, Schwäche, Appetitlosigkeit, Rastlosigkeit, Schmerzen...) bei schwerkranken Menschen verantwortlich ist. Auch in den folgenden Zitaten zeigt sich, dass die diversen Ölbehandlungen, insbesondere die Einläufe (*bastis*) durchaus als wichtig betrachtet werden, die Befragten aber erst darauf aufmerksam gemacht werden müssen, damit sie sie erwähnen.

### **Rao**

“Ya, *basti*-s is one of them. It can be a local application, or a fomentation or a ... or a *basti*.”

“And what kind of *basti*, like pure oil or a combination?”

“Usually a combination will be used. If nothing is available a plain oil-*basti* is fine. All oils are painkillers but the ingredients enhance the property of the medication.”

Als explizit nach den Einläufen gefragt wurde, stellte sich heraus, dass diese sehr wohl einen bedeutenden Einfluss auf die Therapie und den Gesundheitszustand der PatientInnen nehmen können. Allerdings muss sorgfältig aus der Vielzahl an möglichen Rezepturen gewählt werden. Wird der richtige Einlauf gefunden und richtig durchgeführt, können deutliche Unterschiede im Genesungsprozess erzielt werden.

### **Nandanikar und Begwe**

“And something like oil application or *basti*?”

“(Nandanikar) Yes, *basti, basti* is supposed to be the half treatment in Āyurved. If proper *bastis* are given they make a lot of difference, but that *vaidya* has to decide which kind, there are so many types of *bastis*, *anuvasan basti*, *aptaman basti* (?), *yapan basti*, so many *bastis* are there and one has to choose properly depending on the vitiation of *doṣa*-s and *dhatu*-s what *bastis* has to be given and if he follows that rituals properly I think a lot of difference can be made.”

Selbst wenn in den Interviews der Bereich der Massage und der Ölanwendungen nicht so stark in den Vordergrund tritt, hat die Beobachtung ein anderes Bild ergeben. Alle besuchten Āyurveda-Spitäler waren mit eigenen Massageräumen ausgestattet (geteilt nach erster und zweiter Klasse) in denen sowohl Synchronmassagen für *Pañcakarma* PatientInnen als auch für andere PatientInnen (z.B. eine alte Frau mit Muskelatrophie) verabreicht wurden. Es war auffallend, dass die Massagen durchwegs synchron ausgeführt wurden, wenngleich sich die Synchronizität teilweise darauf beschränkt hat, dass beide MasseurInnen auf jeweils einem Bein massiert haben. Auch die Ölung der Nase, das Augenbad mit Ghee oder diverse andere Ölgüsse konnten in einer stark frequentierten HNO- Ambulanz beobachtet werden. Insofern wäre es auch

denkbar, dass die Ölanwendungen so selbstverständlich in den āyurvedischen Behandlungsprozess miteingebunden sind, dass sie nicht extra erwähnt werden müssen.

### 3.3.3 (c) Kombination unterschiedlicher Methoden

Bei der mehrmaligen Durchsicht der Interviews wurden unterschiedliche Filter in der Auswertung der Inhalte deutlich. Bei der ersten Interpretation schien in allen Interviews eine massive Negierung der Ölanwendungen und ein reiner Fokus auf die Medikamente bemerkbar, erst beim öfteren Lesen der Interviews trat die Vielzahl der Behandlungsmethoden stärker in den Vordergrund. Interessanterweise wurde vor allem das Ergebnis der ersten Interpretation von den europäischen ÄrztInnen bestätigt. Genau diese, polemisch gesprochen, Behandlungsweise der modernen naturwissenschaftlichen Medizin „hier haben Sie ein Medikament und auf Wiedersehen!“ ist der Grund für viele Menschen im Westen, sich für eine āyurvedische Behandlung zu entscheiden. Insofern war es überraschend, diese Herangehensweise auch im Āyurveda zu finden. Natürlich ist es für viele Menschen schwierig ihre Lebens- und Essgewohnheiten zu ändern und sie sind im Endeffekt oft sehr dankbar für die Verabreichung von Kräutern, wodurch genau diese Arbeitsweise gefördert wird. Das romantische Bild des Āyurveda von der allumfassenden, sanften Medizin, das im Westen vorherrscht, lässt sich also in Indien seltener als angenommen finden. Die sanften Ölmassagen werden in Indien oftmals gar nicht sanft und behutsam ausgeführt, wie im Podar Spital und im D.Y.Patil Spital beobachtet werden konnte. Dennoch ist zu bemerken, dass Ölmassagen in Āyurveda-Spitälern verabreicht werden. Auch die Auseinandersetzung mit der seelischen Komponente fällt meist spärlich aus. Dr. Godbole führt zwar viele Krankheiten auf ein gestörtes *majja* (Nervengewebe) zurück, also darauf, dass der Geist permanent durch Sorgen, Kummer und Ängste *majja* stört und den Körper somit krank macht, allerdings beschränken sich ihre Interventionen auf seelischer Ebene auf die Empfehlung von Atemübungen (*prāṇāyāma*) und die Vergabe von Kräutern. In Europa wird Āyurveda anders interpretiert. Gramminger beschreibt ihre Arbeitsweise als sehr umfangreich und vielfältig. Ihre Art der Behandlung bezieht unterschiedliche

Aspekte mit ein, angefangen von der Nahrung, die unter Umständen auch nur flüssig aufgenommen werden kann, über stärkende Arzneien bis hin zur Fußmassage. Aber auch feinstoffliche Methoden wie die Anwendung von Edelsteinen ist für sie Bestandteil der Therapie:

**Gramminger**

„Wir behandeln nicht nur mit Medizin einnehmen, wir behandeln auf verschieden Weisen und wenn jetzt jemand das Essen ablehnt, dann kann es sein, dass er immer noch trinken kann, und selbst wenn wir eine Marksuppe kochen, also egal ob wir jetzt vegetarisch leben oder nicht, wir geben ihm was Stärkendes, wenn er das noch aufnehmen mag. Manche können sogar ein ganz kleines bisschen *Bhasma* [Aschen; Anm. Mörth] nehmen, irgendwas was stärkend ist, so eine Asche und das grad mal ablecken, das ist dann auch nicht so viel für das System und kommt drauf an, und manchmal gibt man *Padabhyanga* [Fußmassage; Anm. Mörth] und ist ganz sanft oder hält verschiedene *Marmapunkte* [Vitalpunkte; Anm. Mörth].“

„[...] und sie bekam dann Markbrühe und sie bekam dann eher Kristallheilung, da hab ich sehr viel mit Kristallen gearbeitet und auch mit der Hand gearbeitet und sie hat sich dadurch so gestärkt [...].“

Trotzdem muss dieser erste Eindruck, dass Āyurveda in Indien sich rein auf die Vergabe von Medikamenten beschränkt, relativiert werden. Āyurveda wird von den befragten ÄrztInnen als auf allen Ebenen wirksam bezeichnet und viele Menschen verändern nach einer āyurvedischen Behandlung nicht nur die Ernährung, sondern ihr gesamtes Lebenskonzept:

**Gramminger:**

„Ich hab viele Patienten total verändert gesehen, die haben eine neues Leben angefangen mit Āyurveda, die haben ihre Bestimmung gelebt, die haben ihre Berufe gewechselt, die haben Städte gewechselt, die haben ihre ganze Lebensanschauung gewechselt, nicht nur die Ernährung. Das war sehr eingreifend für viele [...].“

Es ist naheliegend, dass auch auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Methoden gearbeitet wird. Diese Annahme hat sich letztlich doch weitgehend bestätigt, denn in den meisten Fällen werden von den Āyurveda-ÄrztInnen Kombinationen aus mehreren Methoden empfohlen, eine Mischung aus Diät, Verabreichung āyurvedischer Medikamente, Ölmassagen, Yoga *Āsana*-s und Meditation:

### **Priyadarshini**

“The patient can take the medicine as well as the patient can do Yoga, if the patient is in condition of doing all that, meditation that will also help.”

### **Rao**

“There are painkilling herbs in the form of *guggul* [Weihrauch; Anm. Mörth] some holy resin. Those are found to have benefit (?) on the pain. So combinations of holy resins like *guggul* can be used and somewhere oil-applications to bring down the dryness and the friction insight the system are applied.”

Besonders effektiv bei nichtheilenden Wunden sind die Rauchanwendungen. Bestimmte Substanzen werden hierfür verbrannt und die Wunde wird über den dabei entstehenden Rauch gehalten:

### **Godbole**

“And in case of Decubitus?”

“We have some *dūpan* treatment, smoke treatment, then some, ah, like *triphala* decoction for cleaning the wound and for healing we are giving some special medicated oil.”

Besonders bei schwerkranken Menschen steht die Verjüngung und Nahrung des Körpers im Vordergrund. Gadgil setzt hier vor allem auf die Milchdiät. Die PatientInnen werden langsam dahin geführt sich ausschließlich von Milch zu ernähren und konsumieren letztlich ca. drei Liter Milch am Tag. Die Nahrung wird von Tag zu Tag mehr reduziert und der Milchanteil erhöht. In Kombination mit unterschiedlichen Arzneien hat Gadgil mit dieser Methode gute Erfolge erzielt:

### **Gadgil**

“I kept him only on milk diet, *hirak bhasma* [Diamantenasche; Anm. Mörth] and some other things.”

Gadgil weist eindeutig darauf hin, dass für die āyurvedische Behandlung eine Vielzahl an Methoden in Frage kommen. Selbst bei der Schmerzbehandlung wird nicht nur auf orale Einnahme von Medikamenten gesetzt, sondern ebenso auf Umschläge, Blutegeltherapie, Stirngüsse, etc:

### **Gadgil**

“And in case of pain are you working mainly with orally given supplements?”

“Not only oral, oral is being given that is true, but we can use leeches [Blutegel; Anm. Mörth], we can use various *lepas* [Umschläge; Anm. Mörth], externally, we can use *dhāra* [Stirnguss; Anm. Mörth], depending upon where it is we can use *nasya* [Ölung der Nase; Anm. Mörth], so generally we try always...”

### **3.3.4 (d) Rasāyana und Pañcakarma**

Die Frage nach den Behandlungsmethoden für sterbende Menschen erbrachte vor allem zwei Antworten: *Rasāyana*, eventuell mit *Pañcakarma* kombiniert und die Verwendung von *Śamanatherapien*.

*Rasāyana* bedeutet „verjüngen, aufbauen“ und ist im Prinzip eine Eigenschaft. Es können sowohl Behandlungen, beispielsweise Ölmassagen, Stempelmassagen mit Milch und Reis oder nährende Einläufe als „*rasāyana*“ bezeichnet werden, als auch bestimmte Kräuter, die vorwiegend in der „*jīvanīya gaṇa*“, der lebensspendenden Gruppe der Kräuter beheimatet sind. Um als *rasāyana* bezeichnet werden zu können, müssen die Therapiemethoden folgende Kriterien erfüllen:

- Verdauungs- und Gewebefeuere verbessern,
- *Āma* (Schlackenstoffe) verdauen,
- *Srotasa-s* (Kanäle) reinigen,
- alle *dhātu-s* (Gewebe) und Organe nähren
- und *ojas* (Lebensessenz, Esprit) nähren.

Meist geht einer *Rasāyanatherapie* ein *Pañcakarma* voraus, allerdings nur, wenn die PatientInnen nicht zu schwach sind. Das heißt, *rasāyana* bedingt nicht *Pañcakarma*, umgekehrt ist es jedoch so, dass ein *Pañcakarma* immer eine *Rasāyanatherapie* nach sich zieht. Die Reinigung erfüllt nur dann ihren Sinn, wenn der Körper anschließend aufgebaut und gestärkt wird.

### **Nandanikar und Begwe**

“(Nandanikar) I told you the *rasāyan cikitsa*, the *pañcakarma cikitsa* can be blended in such a way so the quality of life can be increased, especially the *rasāyan cikitsa*. *Āyurveda* lays much stresses on *rasāyan cikitsa*.”

### **Priyadarshini**

“Okay, for that purpose we are having a special branch of medicine which is called *rasāyana*, *rasāyan cikitsa*. That will definitely help the patient.”

Die *Rasāyanatherapien* haben einen hohen Stellenwert in der āyurvedischen Medizin. Āyurveda bedeutet übersetzt ja vor allem auch das Wissen vom langen Leben, welches aber nicht in Siechtum verbracht werden soll, sondern so vital wie möglich. Es ist also nicht überraschend, dass es von jeher bedeutsam war Tonika und verjüngende Therapien zu entwickeln.

### **Godbole**

“So we are giving treatment to the person like some tonic, rejuvenating treatment or which will help vital organs like liver, heart, kidney to work properly.

Yes, some rejuvenating, we have some really good herbs which are called *jīvanīya*, it is a group of certain herbs, *jīvanīya gaṇa*, which means it will increase the lifespan, it will increase the vitality of the organs, certain treatments we are giving.”

Um die Organe zu stärken werden Kräuter aber nicht nur oral verabreicht, sondern ebenfalls anal in Form von Einläufen als auch auf die Haut aufgetragen. Bei Müdigkeit, Schwäche oder Kachexie empfiehlt Godbole das Abtupfen des Körpers mit warmer Milch die mit aufbauenden, nährenden Kräutern versetzt ist.

### **Godbole**

“And in case of fatigue, you give rejuvenating treatment?”

“Rejuvenating treatments like enemas of medicine, or medicated milk, punching, because whatever we apply on the skin will get absorbed in the body.”

Ein anderes wichtiges Therapiekonzept in der Behandlung schwerkranker Menschen ist *śamana*. *Śamana* bedeutet „beruhigen“ und ist eines der Therapiekonzepte (der Gegensatz dazu ist *śodhana* – reinigen). Das heißt erhöhte *doṣa*-Zustände werden mit gegenteiligen Methoden beruhigt, z. B. wenn zu viel Bewegung im Körper ist wird der Mensch nicht zu noch mehr Bewegung angeregt (Stichwort auspowern), sondern zu Ruhe und Entspannung.

**Rao**

“You think in all the terminal conditions you can use all the *śamana* therapies?”

“Yes, because the body is not strong enough to stand this powerful purification therapies.”

### **3.3.5 (e) Anpassen der Behandlung an die Ursache der Symptome**

Āyurveda hat den Ruf, im Gegensatz zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin, nicht symptomorientiert zu arbeiten. Gadgils Kommentar widerlegt diese Annahme auf den ersten Blick. Es gilt herauszufiltern, welche Symptome auf Grund der Behandlung entstanden und welche der Krankheit zuzuschreiben sind. Weiters muss untersucht werden, welches Gewebe (*dhātu*) involviert ist. Das heißt, es werden zwar Symptome behandelt, dennoch liegen dieser Behandlung die āyurvedischen Prinzipien zu Grunde. Es wird meist nicht ein Medikament für ein bestimmtes Symptom gegeben, sondern ein Medikament, das zum Beispiel das *pitta* beruhigt und so auf mehrere Symptome bzw. auf mehreren Ebenen wirkt. Schmerzen können zwei Ursachen haben, entweder sie entstehen weil das *vāta* zu hoch ist oder weil das *vāta* blockiert ist und nicht mehr fließen kann. In beiden Fällen ist jedoch das *vāta* gestört und es geht darum *vāta* zu beruhigen und gegebenenfalls Blockaden aufzubrechen. Man sieht bei genauerer Betrachtung, dass zwar augenscheinlich Symptome behandelt werden, dies aber nicht ohne die Behandlung des gesamten Systems funktioniert. Keines der *doṣa*-s ist nur an einer Stelle wirksam und jedes Symptom wird auf eines der *doṣa*-s zurückgeführt. Gadgil berichtet, dass jede Art von Krebs eine spezifische Symptomatik aufweist, beispielsweise Übelkeit bei einem Befall der Leber, Schwierigkeiten zu essen oder zu trinken wenn die Speiseröhre betroffen ist oder Probleme beim Urinieren im Fall von Prostatakrebs. Gleichzeitig sind Übelkeit, Rastlosigkeit, Erbrechen usw. typische Beschwerden im Verlauf einer Chemotherapie. Sobald klar ist, welche Symptome auf die Krankheit und welche auf die Therapie zurückzuführen sind, versucht er auch zusätzlich zur modernen naturwissenschaftlichen Behandlung mit āyurvedischen Mitteln die Symptome einzudämmen. Für Gadgil steht außer Frage, dass es sehr sinnvoll ist, während Chemotherapie oder Bestrahlung āyurvedisch zu behandeln und viele

Nebenwirkungen zu reduzieren, dennoch weiß er, dass es OnkologInnen gibt, die eine Kombination vehement ablehnen:

**Gadgil**

“So what I do, I try to analyse this is a disease symptom, this is a symptom due to the therapy, so we try to incorporate āyurvedic medicines even when the chemotherapy or radiation is going on, sometimes the oncologist may allow, sometimes they may not allow, but we ask the patient to start treatment and these side effects can be kept minimum or there can be no side effects, but there is concurrent treatment in Āyurveda along with chemotherapy and radiation.”

Eine Chemotherapie bringt vor allem *pitta* (Feuerprinzip) aus der Balance, welches am besten mit kühlenden Substanzen wie Ghee mit bitteren Kräutern versetzt oder unterschiedlichen Mineralaschen behandelt wird.

**Gadgil**

“So if patient has come after the completion of this treatment then we try to treat him according to Āyurveda mainly with the *pittadoṣa* which is predominant *uṣṇa* [heiss; Anm. Mörth] and *tikṣṇa guṇa* [scharf, schnell; Anm. Mörth], so some *tiktaghṛtas* [Ghee mit bitteren Kräutern mediziert; Anm. Mörth] and some other medications which are helping in this condition like *praval bhasma*-s [Perlenasche; Anm. Mörth] something like that.”

Die Herausforderung besteht darin, alle Symptome zu erkennen und den *doṣas* und *dhātus* (Gewebe) zuzuordnen. Übelkeit und Hitze sind Eigenschaften die dem *pitta* zugeschrieben werden, das heißt es muss kühlend gearbeitet werden. Schmerzen jedoch sind auf *vāta* zurückzuführen, welches aus sich heraus kalt ist und eher nach Wärme verlangt. Die richtige Behandlung ist eine Gratwanderung und ein ständiges Abwägen, welches Symptom, welche Eigenschaft (kalt, heiß, trocken...) wie zu behandeln ist. Besonders schwierig ist die Behandlung von Schmerzen, die vor allem im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit immer mehr in den Vordergrund rücken:

**Gadgil**

“And more aggravating or more troubling symptom is the pain and we don't have a concept like analgetic. Pain is due to *vātadoṣa* that is what the text says so you have to be cautious to know why the *vāta* is and in what way we can counteract and plan the medicine. And again it becomes an expert

job. Many times you succeed, sometimes you fail, you do everything, still the pain doesn't vanish.”

Die Interviewauswertung hat fünf verschiedene Aspekte innerhalb der Therapiemethoden ergeben. Es hat sich gezeigt, dass es für sterbenskranke Menschen keine eigenen Therapiemethoden gibt, sondern alle Behandlungsarten aus der verjüngenden (*rasāyana*) und beruhigenden Therapie (*śamana*) abgeleitet werden. Teilweise erweckt der praktizierte Āyurveda in Indien den Eindruck, als würde hier sehr einseitig gearbeitet werden und lediglich auf die Verabreichung von Arzneien gesetzt. Dies entspricht nicht dem Bild der sanften und allumfassenden Medizin wie es im Westen von ĀyurvedabefürworterInnen gerne gesehen wird. Selbst wenn dieses romantische Bild nicht ganz der Wahrheit entspricht, kann Āyurveda auch nicht auf eine reine Vergabe von Arzneien reduziert werden. Die Interviews und die Beobachtungen in Indien haben ebenfalls ergeben, dass unterschiedlichste Methoden wie Ölmassagen, Güsse oder Einläufe zur Anwendung kommen. Es wäre denkbar, dass diese Bereiche so selbstverständlich dazu gehören, dass sie nicht extra erwähnt werden.

### **3.4 Āyurveda und die moderne naturwissenschaftliche Medizin**

Das āyurvedische Ausbildungssystem hat sich im letzten Jahrhundert stark verändert. Wurde das Wissen ursprünglich im kleinen Rahmen von Vaidya zu Schüler weitergegeben, so wird Āyurveda heute in einem universitären Rahmen (insofern westlichen orientierten System) unterrichtet. Bestimmte Bereiche wie Anatomie oder Physiologie werden an den Universitäten auf naturwissenschaftlicher Basis gelehrt und fließen somit in das āyurvedische Verständnis mit ein. Āyurveda hat sich mittlerweile einen fixen Platz im indischen Gesundheitssystem erarbeitet und ist der modernen naturwissenschaftlichen Medizin gesetzlich gleichgestellt. Es gibt sowohl private als auch staatliche Āyurveda Colleges, in ihrer Zahl steigend. Diese Entwicklung wird vor allem von westlicher (āyurvedischer) Seite immer wieder kritisiert, wie Frank die Autoren

Kaiser und Schmädel zusammenfasst.<sup>172</sup> Sie empfinden diese Form des Āyurveda als pseudowissenschaftlich und befürchten einen Verlust des ursprünglichen, authentischen Āyurveda. Auch Bhalla spricht das Problem der universitären Ausbildung an, wenngleich er sie nicht grundlegend kritisiert.

### **Bhalla**

„Das passt aber zum universitären System, welches geholfen hat Āyurveda zu etablieren und es wirklich aufrecht zu erhalten, weil es war ja unter den Engländern nicht erlaubt, das brauch ich Ihnen ja nicht sagen, aber es hat einfach eine ganz andere Art von Āyurveda-Ärzten auf die Welt gebracht oder unter die Leute, die genauso helfen, aber oft das ganze sehr logisch betrachten.“

Der Verlust der Tradition der ursprünglichen Wissensweitergabe birgt für ihn die Gefahr, dass Āyurveda seine Ganzheitlichkeit verliert. Dadurch würde der Mensch nicht mehr als Körper-Seele-Geist Individuum betrachtet, sondern zum kranken Objekt degradiert, so wie es der modernen naturwissenschaftlichen Medizin oftmals vorgeworfen wird. Ebenso ist bei Bhalla die gängige, wenn auch falsche Meinung vertreten, dass Āyurveda zur Zeit der britischen Besatzung vollständig verboten war.

Gadgil beklagt, dass durch die verstärkte Konzentration auf naturwissenschaftliches Wissen weniger Zeit für das Studium der Sanskrit-Texte bleibt. Dieses Studium stellt eine wichtige Hilfestellung in der āyurvedischen Diagnostik und Therapie dar bzw. kann es durch das moderne naturwissenschaftliche Wissen zu Fehlinterpretationen auf āyurvedischer Ebene kommen. Grundsätzlich schließt er es nicht aus, die verschiedenen Erkenntnisse zu kombinieren solange alle Komponenten genau betrachtet, sorgfältig untersucht und studiert werden, er warnt aber davor, übereilt Schlüsse zu ziehen:

### **Gadgil**

“Unless and until we have a total grasp we may not be able to throw light and unfortunately tradition of reading the original text in Sanskrit has been lost. The system that has been adopted in colleges it is a subject like teaching, so you learn anatomy, you learn physiology like in modern medicine. So recently I started when I finished this (...?) and I had a little more time, we started to read *Suśrutasaṃhitā* at home every day and this now I will continue for the whole life.

---

<sup>172</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 164.

Another way is to use the category which modern medicine is using and use them in āyurvedic perspective that might be an easier job rather than having a whole grasp of the text, but I would prefer going through the text. There are people trying this way as well, and I don't deny that not be one way this is recent advanced physics and alive sciences and we now use information technology and apply to Āyurveda, we work on āyurvedic principles and use it as a tool so same principles can be applied even to physics. So we may take help from this, only thing is we have to understand Āyurveda through it. We get interpretation in terms of modern medicine and then we try to molde our thought into that thing and that may lead to misconceptions, this is dangerous.“

Die moderne naturwissenschaftliche Medizin hat global gesehen unbestreitbar eine übermächtige Position inne und für so genannte „alternative“ oder „komplementäre“ Systeme ist es schwierig, sich zu behaupten. Es scheint also sinnvoll eine Allianz mit der modernen naturwissenschaftlichen Medizin einzugehen, um neben ihr überhaupt bestehen zu können. Es ist auch nicht gesagt, dass der Āyurveda durch das Einbinden moderner medizinischer Erkenntnisse, die in bestimmten Bereichen wie der Anatomie, Chirurgie oder Schmerztherapie zweifelsohne überragend sind, zwangsläufig seine Authentizität verliert. Im Gegenteil, eine Exklusion dieses Wissens würde nicht nur eine ernstzunehmende Position in der Gesellschaft erschweren oder unmöglich machen, sondern auch Starrsinn und Dummheit in das āyurvedische System bringen, wie es ihm keinesfalls entspricht. Die Basis des Āyurveda sind die *doṣa*-s, denen eine Beobachtung der fünf Elemente Äther, Luft, Feuer, Wasser und Erde zu Grunde liegt. Diese Elemente sind dynamische Prinzipien, die sich von Minute zu Minute verändern können, insofern sollte auch der Āyurveda an sich als veränderungsimmanentes System betrachtet werden.

### **3.4.1 Holistischer Zugang**

Um Āyurveda richtig praktizieren zu können ist eine holistische Betrachtungsweise des Menschen unbedingt notwendig. Darüber sind sich die befragten Ärztinnen und Ärzte einig, und oft wird dieses holistische Behandeln als Abgrenzung zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin verwendet. Alle befragten Āyurveda-ÄrztInnen betonten, mit einem gewissen erkennbaren Stolz, die Wichtigkeit der allumfassenden Methode, angefangen bei der Definition von

Gesundheit, teilweise bis hin zu den Behandlungskonzepten. Nachdem das āyurvedische Medizinsystem in der Zeit der britischen Besatzung und auch am Beginn des unabhängigen Indiens stark zurück gedrängt wurde und die Vaidyas ums eigene Überleben kämpfen mussten, ist es verständlich, dass diese jetzt um sein Ansehen und auch seine klare Abgrenzung bemüht sind. Das symptomorientierte Behandeln und die partielle Betrachtung einzelner Körperteile der PatientInnen von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin werden in Indien genauso kritisiert wie im Westen. Ein Hervorheben eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes liegt auf der Hand.

Der holistische Zugang ist auf verschiedenen Ebenen zu beobachten: (a) das Betrachten aller körperlichen Aspekte, nicht nur der Symptomatik und einem bestimmten Organ, sondern der *doṣas*, *dhātus* etc. sowie (b) die unterschiedlichen Ebenen des Menschen: Körper, Psyche und Gott, bzw. Körper, Seele und Geist. Die dritte Ebene ist (c) die Gesamtsituation eines Menschen, also nicht nur Körper, Seele und Geist, sondern auch die sozialen Umstände wie Familie, Beruf, Umfeld etc.

**(a) Nandanikar und Begwe**

“Āyurveda is a science where, see, which is a headache pill, this is pill for fever, it is not like that. Āyurveda consider body as a whole and not just a part of the body, it gives treatment to the body as a whole. That we are taking to account the *dhātus*, seven *dhātus*, *doṣas*, *malas*, to what extend they are vitiated, depending on that we give treatment.”

**(b) Nair**

“Of course, the line of treatment in Āyurveda can be broadly classified into three groups, there is the first is rational, means observing the symptoms, identifying the underlying concept of *doṣa*-s and accordingly give decoction, tablets etc. Another thing is psychological, boosting his moral and there only *daivavyapāśraya* (taking refuge in god), means going for a pilgrimage, chanting a mantra or tying a (...?) in Āyurveda (...?), there are three: rational therapy, second is psychological and third is *daiva*, *daivavyapāśraya* means going for a pilgrimage and chanting *mantra*-s and praising lord and all these things.”

**(c) Priyadarshini**

“[...] but still they are happy, because that combination she is giving. Not only medical but also psychological treatment is also necessary, the support of the family is very necessary.”

### 3.4.2 Verhältnis von Āyurveda und der modernen naturwissenschaftlichen Medizin

Die befragten Āyurveda-ÄrztInnen sind sich darüber einig, dass āyurvedische Mittel mit naturwissenschaftlichen Therapien kombiniert werden können und auch sollen, sowie in bestimmten Situationen auf Medikamente der modernen naturwissenschaftlichen Medizin zurück gegriffen werden muss, wie im Fall von Schmerzmitteln. In den Interviews wird aber auch eine gewisse Feindschaft zwischen Āyurveda und moderner naturwissenschaftlicher Medizin spürbar: Offenbar fühlen sich die Āyurveda-ÄrztInnen von der modernen naturwissenschaftlichen Medizin bedroht bzw. angefeindet und vice versa. Dieser Zustand herrscht allem Anschein nach in Indien wie in Europa. Diese „Feindschaft“ herrscht nicht nur zwischen Profis, sondern oft auch zwischen Laien. Ein Beispiel dafür bietet ein Artikel über Āyurveda im online Standard vom 25.7.2010, wo an Hand der Postings diverser LeserInnen viel Aggression und Feindseligkeit zu erkennen ist. Ähnliche Kommentare finden sich auch bei einem anderen Artikel zu dem Thema fast ein Jahr später am 21.6.2011.<sup>173</sup>

Bei den Gesprächen mit ÄrztInnen im Tata Memorial (ein modern naturwissenschaftlich ausgerichtetes Spital mit der, zum Zeitpunkt der Untersuchung, einzigen Palliative-Station in Mumbai) zeigte sich, dass die Skepsis dem Āyurveda gegenüber sehr groß ist. Die ÄrztInnen haben Angst vor Scharlatanerie und es wird oftmals belächelt. Es wurde zum Beispiel in einem sehr abschätzigen Ton die Frage gestellt: „Glauben die Āyurveda-Ärzte wirklich, dass sie Krebs heilen können?“. Von manchen wird dem Āyurveda zugestanden, dass er bei chronischen Erkrankungen hilfreich sein kann oder etwa bei Rückenschmerzen. Freilich gibt es auch andere Stimmen. Dr. Muckhaden, die Leiterin der Palliativ Abteilung im Tata Memorial räumte beispielsweise ein, dass sie in Zukunft gerne mehr mit āyurvedischen Maßnahmen arbeiten würde.

In der vorliegenden Arbeit und in Robert Franks Studie lassen sich dieselben Kategorien, die im Folgenden beschrieben werden, zu dem Verhältnis von

---

<sup>173</sup> vgl. <http://derstandard.at/1277338785553/Ayurveda-Voll-im-Oel-ganz-still-und-total-entspannt> und <http://derstandard.at/1308186650068/Wohlstandsglueck-Mangel-in-der-Seele-wird-zum-Mangel-im-Koerper>. Zugriff: 10.9.2015.

Āyurveda und der modernen naturwissenschaftlichen Medizin heraus bilden. Allerdings kommen in Franks Interviews die Vorbehalte der Vaidyas gegenüber der modernen naturwissenschaftlichen Medizin viel stärker zum Ausdruck. Allopathische Medikamente werden vor allem auf Grund ihrer großen Bandbreite an unerwünschten Nebenwirkungen kritisiert, die bei āyurvedischen Arzneien nicht auftreten. Āyurvedagegner werden hier sicherlich etwas Anderes behaupten und nicht nur einmal sind āyurvedische Präparate aufgrund ihres Schwermetallgehalts in den letzten Jahren in Verruf geraten.<sup>174</sup> Die Vaidyas sind sich hingegen einig, dass langfristig gesehen den āyurvedischen Mitteln unbedingt der Vorzug gelassen werden soll und andauernde Genesung nur so möglich ist. Zwar sind moderne naturwissenschaftliche medizinische Präparate schnell wirksam und in der Symptombekämpfung höchst effektiv, allerdings würde dadurch nicht die Ursache behoben (vgl. auch Samuel und Connor zur Tibetischen Medizin).<sup>175</sup>

Die Interviews brachten drei verschiedene Verhältnisse zwischen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und dem Āyurveda aus Sicht der Āyurveda-ÄrztInnen zum Vorschein: (a) Die Notwendigkeit, Āyurveda und moderne naturwissenschaftliche Medizin zu kombinieren, bzw. die Erfahrung, durch die Kombination gute Erfolge zu erzielen, insbesondere in der Schmerztherapie und der Krebsbehandlung, also ein positives Verhältnis. (b) Eine feindliche Begegnung von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und (c) eine Ablehnung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin von Seiten der Āyurveda-ÄrztInnen.

#### **3.4.2.1 (a) Positives Verhältnis von Āyurveda und moderner naturwissenschaftlicher Medizin**

Die Frage, ob es Situationen gibt, wo moderne naturwissenschaftliche Medizin und Āyurveda kombiniert werden können bzw. sollen, wird eindeutig positiv

---

<sup>174</sup> Vgl. [https://magazin.spiegel.de/digital/index\\_SP.html#SP/2015/36/138379386](https://magazin.spiegel.de/digital/index_SP.html#SP/2015/36/138379386). Zugriff: 10.9.2015.

<sup>175</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 178 f.

beantwortet. Da die beiden Systeme auf unterschiedlichen Ebenen wirken, beeinflussen sie sich laut den Āyurveda-ÄrztInnen nicht negativ und können beide in ihrem Bereich agieren. Hier steht vor allem die Heilung des Menschen im Mittelpunkt und nicht das Beharren auf einem bestimmten Prinzip.

### **Nandanikar und Begwe**

“(Er) If it is necessary it should be combined, there is nothing wrong in it, because path ways are different, the way āyurvedic medicine acts is different and the way allopathic medicine acts is different, usually our medicine they are digested, they go through all the digestive system and then it works, mostly, whereas in allopathy it is different.”

### **Nair**

“I have no objection at all. Because the ultimate aim is to cure the patient.”

Insbesondere was die Krebstherapie betrifft, halten die Befragten eine Kombination für sinnvoll und wiederum steht das Wohl der Menschen und nicht die Medizingattung im Vordergrund:

### **Sawant**

“Chemotherapy and radiation are required in chronic condition of Malignoses and such things, I will advise that. Whatever is required to save the life, apart from the pathy, that I advise.”

Auch Godbole stellt das Wohl der PatientInnen vor das Festhalten an der Methode. Es scheint ihr wenig sinnvoll auf āyurvedische Mittel zu bestehen, wenn diese beispielsweise den Schmerz nicht eindämmen können. Wenn Schlaflosigkeit oder Schmerzen für die PatientInnen unerträglich werden, rät sie unbedingt zu modernen medizinischen Mittel zu greifen, da diese schnell und zuverlässig Abhilfe verschaffen. Ihr Fokus in der Behandlung richtet sich dann verstärkt auf die Kräftigung des gesamten Organismus (*rasāyana*).

### **Godbole**

“Painkillers or sleeping tablets if the person is having severe pain even some patients are having such a bad pain that even with morphine they cannot sleep, so sedatives and painkillers wherever it is necessary. At that stage we cannot say that this is not āyurvedic, we have to think at the person’s situation, so whatever will help to relieve the pain and to induce the sleep we have to give, we have to suggest.”

Selbst wenn die Medikamente der modernen naturwissenschaftlichen Medizin schneller (aggressiver) wirksam sind, wäre es falsch zu denken, Āyurveda beschränkt sich auf die Vergabe (sanfter) Kräuterarzneien und Ölmassagen. Godbole betont, dass selbst in den alten Schriften, insbesondere in der *Suśrutasaṃhitā* die Wichtigkeit der Chirurgie betont wird. Für die Vaidyas besteht kein Zweifel, dass es Situationen gibt wo operiert werden muss und dass die moderne naturwissenschaftliche Medizin hier spezialisiert ist.

### **Godbole**

“So in Āyurveda surgery is also there. In some specific conditions Āyurveda has mentioned that this is, what you say, like some tumors or haemorrhoids or fibroids Āyurveda has mentioned very clearly that with medication if limitation is there and if it is beyond that you have to undergo surgery, there is no any other alternative. So in cancer patients it is always giving very good results when the patient undergoes surgery and along with that you can have āyurvedic treatment for good rejuvenation, good building of the tissues and as a prevention, so both the things if cancer patients do simultaneously the percentage of results is increasing much more.”

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den europäischen Āyurveda-ÄrztInnen und den indischen ist, dass in Europa beide Medizinrichtungen in einer Hand liegen, hingegen in Indien die PatientInnen gegebenenfalls zu einem modern naturwissenschaftlichen Arzt oder einer Ärztin geschickt werden müssen.

### **Rao**

“So you are never using any allopathic supplements?”

“No, it is not available, like the setup where we are working we don’t have the possibility of using the allopathic drugs. If we feel the need, that nothing from our side is working and still we have to help them then we do refer cases to allopathic management.”

Bhalla und Gramminger arbeiten beide grundsätzlich āyurvedisch, wobei Bhalla einer Kombination von moderner naturwissenschaftlicher Medizin und Āyurveda gegenüber deutlich positiver eingestellt ist als Gramminger:

### **Bhalla**

„Ja, auf jeden Fall. Ich finde das ist eine komplementäre Medizin und man soll auch nicht werten was jetzt besser oder schlechter ist. Aber ich finde, dass es sehr, sehr wichtig ist [komplementäre Medizin zu verwenden].“

Gramminger würde lieber rein mit āyurvedischen Mitteln arbeiten, da aber viele PatientInnen bereits allopathische Medikamente einnehmen, ist sie gezwungen diese Behandlung teilweise fortzusetzen oder die Medikamente langsam abzusetzen, bzw. gibt es auch Situationen wo ein völliges Absetzen nicht möglich ist.

### **Gramminger**

„Ich muss es kombinieren, weil die Patienten die zu mir kommen normal schulmedizinisch behandelt werden. Normalerweise stell ich sie um, sobald ich kann auf āyurvedische Medikation, aber manche Medikation muss man manchmal beibehalten, das lässt sich nicht ganz ausschleichen, also vorwiegend arbeite ich āyurvedisch. Ich persönlich 100 Prozent, aber ich muss einfach das andere mit berücksichtigen, weil ich kann ja nicht sagen, »ok, das lassen wir jetzt weg, die Schulmedizin, und wir arbeiten nur noch āyurvedisch«, wir müssen das manchmal noch eine Weile beibehalten.“

Bhalla, der in einem anderen Zusammenhang erwähnt, dass er selbst nicht oft zum Arzt geht, da er kein „großer Fan“ von Ärzten ist, hat weniger Bedenken die beiden Medizinsysteme zu kombinieren und verschreibt in bestimmten Situationen Antibiotika oder Schmerzmittel. Er ist allerdings der Ansicht, dass die Vergabe von Medikamenten oftmals zu leichtfertig von statten geht und ein Bruchteil dessen was an Antibiotika verschrieben wird auch notwendig ist. Für ihn ist es wichtig, die positiven Aspekte beider Systeme zu sehen, aus beiden das Beste zu ziehen und diese gleichwertig nebeneinander existieren zu lassen.

### **Bhalla**

„Hm, ich würd zum Beispiel bei einem akuten Infekt selten ein Antibiotikum verwenden. Ich verwende Antibiotika, die natürlich sehr wichtig sind, wenn sie notwendig sind, aber sie werden zu häufig verschrieben. Da probier ich āyurvedisch zu arbeiten und es geht auch meistens sehr gut. Also ich hab in dieser Ordination und mit Schärding ungefähr 2500 Konsultationen im Jahr und brauche, 2009 zum Beispiel, 20 Mal ein Antibiotikum und ich hätte es sicher mindestens zehn Mal so oft einsetzen können, man kann das ungefähr sagen zehn Prozent brauchen Antibiotika und der Rest geht mit Āyurveda. Also ich weiß schon wo beides gut ist, aber ich würde jetzt bei einer akuten Schmerzsymptomatik wo zum Beispiel die Akupunktur nicht geholfen hat, ich leite auch eine Kur in Schärding wo wir Akupunktur, Āyurveda und Kneipp haben, ich bin ja auch Kneipp-Arzt, wo ich merke das reicht nicht, würd ich trotzdem ein Schmerzmittel geben, ich will nicht,

dass ein Patient leiden muss und natürlich nach ein paar Tagen dann āyurvedisch weiter machen. Aber ich weiß ganz genau, wo beide ihre guten und ihre schlechten Seiten haben.“

#### **3.4.2.2 (b) Feindseligkeit seitens der modernen naturwissenschaftlichen Medizin**

Von āyurvedischer Seite wird bei schwerer Erkrankung eine Kombination der Therapien empfohlen. Die āyurvedischen und modernen naturwissenschaftlichen Mittel beeinflussen sich, laut der Vaidyas, nicht auf negative Weise, trotzdem erfährt beispielsweise Gadgil immer wieder Ressentiments von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin:

##### **Gadgil**

“There are certain people who have that opinion and so they protest, no āyurvedic treatment have to be taken along with allopathy. But there are others as well and they say no this doesn't affect, even in allopathy, so this is a controversy, so depending upon the doctor who is treating it has to be managed, but from our side we say you better have āyurvedic treatment, it doesn't affect the modern treatment, you better have it along with modern treatment.”

Auch Rao bedauert die mangelnde Offenheit seitens der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und führt dies auf deren hoch technisierte Werkzeuge zurück.

##### **Rao**

“So you are not thinking about a combination of ...”

“That would be great but the opening, the openness of the other systems is not quite good at the moment.”

“You mean the allopathic system?”

“Because of the sophisticated gadgets they use and the confidence (...?) to maintain, there is still a long way to go, collaboration has to be brought to study and integrated fashion (?).”

### **3.4.2.3 (c) Vorbehalte gegenüber der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aus Sicht der Āyurveda-ÄrztInnen**

In den Gesprächen wurde stark spürbar, dass die ÄrztInnen zwar die Errungenschaften der modernen naturwissenschaftlichen Medizin anerkennen und in gewissen Situationen auch zu deren Einsatz raten, aber im Grunde die āyurvedische Medizin dem modernen medizinischen System gegenüber überlegen sehen. Immer wieder berichten sie von Fällen, wo die moderne naturwissenschaftliche Medizin an ihre Grenzen gestoßen ist, mit āyurvedischen Mitteln hingegen sehr wohl Verbesserung, wenn nicht sogar noch Heilung erreicht werden konnte. Gadgil schildert im Folgenden einen solchen Fall, er berichtet davon, etliche PatientInnen zu haben, die sich auf eine rein āyurvedische Behandlung verlassen. Wichtig für eine erfolgreiche āyurvedische Behandlung ist eine korrekte Übersetzung und Deutung der Symptome in āyurvedische Begrifflichkeiten bzw. Konzepte. Nicht invasive Untersuchungsmethoden, wie etwa die Sonographie zu nutzen, um ein klareres Bild der Krankheit zu erhalten, findet Gadgil aber sinnvoll:

#### **Gadgil**

“So, I have many patients who have been on my treatment only without any modern medicine till the death. Now we use the category of the investigative procedure to assess the effectiveness of our treatment to what level it helped or not.[...] So I say those which are non-invasive investigations like Sonography those might be done and might be that we interpret them in āyurvedic terminology, try to understand. I just got one example, I was treating a case of Non-Hodgkin-Lymphoma, liver and spleen were effected, liver was eight finger, spleen was four finger and modern medicine couldn't offer any medicine, no surgery, no temporarily relief nothing. So he was brought to me and we started with treatment and he responded very well.”

Er berichtet von einem Non-Hodgkin Patienten der von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin keinerlei Hilfe mehr erwarten konnte. Auch für Gadgil war es anfangs schwierig eine geeignete Behandlung zu finden. Erst das Gespräch mit seinem Guru ließ ihn den richtigen Ansatz begreifen. Ausschlaggebend für die richtige Behandlung war die Erkenntnis, dass er sich vor allem auf die angezeigten Eigenschaften konzentrieren muss. Die Leber ist grundsätzlich ein weiches Organ, hatte sich aber im Laufe der Krankheit von

weich in steinhart verwandelt. Gadgil und sein Guru, ebenfalls Vaidya, kamen zu dem Schluss, dass das *asthidhātu* (Knochengewebe) das einzige Gewebe ist, welches die Eigenschaft „hart“ hat und die Leberzellen sich hier mit der falschen Information, nämlich mit der von den Knochenzellen bilden. Im Āyurveda bedeutet das, dass ein *doṣa* oder eine *dhātu* (in diesem Fall *asthidhātu*) seinen Platz verlässt und sich wo anders ansiedelt (Skt. *vimarga gamana*; *vimarga* – Weg, *gamana* – gehen) bzw. werden die Nährstoffe die aus dem Essensaft (*ahararasa*) in den Körper aufgenommen werden und so neues Gewebe (*dhātu*) bilden, ungünstig geleitet und setzen sich falsch ab.<sup>176</sup> Das bedeutet nicht, dass sich tatsächlich Knochenzellen in der Leber bilden, sondern dass die Eigenschaften von Knochenzellen dort zu finden sind, wie etwa steinhart. Überraschend für Gadgil war, dass in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin Non-Hodgkin mit der Wirbelsäule in Zusammenhang steht.

### **Gadgil**

“I just talked about this to my guru just to inform him, I had this kind of case and this is the way I treated him and this are the results. It was ascertained on clinically examination and on sonography, both the things that liver was that much long and now it has come to this size. And it was stony hard, by feel it was stony hard. Surprisingly Dr. Kumalkar says if it is stony hard it is the *vimarga gamana* of *asthidhatu*. *Asthidhatu* is stony hard, ok bone, and this is actually soft organ, liver and spleen are soft organs, how it has turned stony hard? There should be something else coming from bone to make it hard, otherwise it won't get hard and we have a concept *vimarga gamana*, *vimarga* is path and *gamana* is to go. So there are channels described for everything in the body and if something goes out of that channel, out of that track then that is called *vimarga gamana*. So instead of reaching the bone it is reaching somewhere else, getting accumulated in the liver and spleen making it hard. So this can be a very good interpretation in āyurvedic terminology what is happening internally. So I was very much impressed and I first opened the book on cancer from modern medicine and looked at the Non-Hodgkin-Lymphoma, the text says that there is involvement of the vertebral column. So the *ahararasa* which is supposed to go to the bones is diverted somewhere else and that is creating hardening of the liver and spleen.”

Mit diesem Beispiel zeigt Gadgil, wie sich zwar die Erkenntnisse der modernen naturwissenschaftlichen Medizin für die āyurvedische Diagnose nützen lassen,

---

<sup>176</sup> Vgl. auch Krankheitsentstehung (*ṣaṭ kraiyākāla*) Kapitel 3.1.4.

aber vor allem wie wichtig es ist, sich von den Untersuchungsergebnissen loszulösen und rein die āyurvedische Pathogenese zu betrachten. Für ihn ist es wichtiger die āyurvedischen Texte zu studieren und sich mit seinem Guru auszutauschen, als sich auf moderne Tests zu verlassen.

### **Gadgil**

“This is a good example that we interpret what is happening in the body in āyurvedic terminology calling it *vimarga* or something like that. And with this difference in diagnoses or pathogenesis you can directly change the treatment or we can add treatment or something like that. So this would be a better way to interpret the thing that has been observed through modern technology and act accordingly. But still I have the opinion that going through the text intensively with a deep study pattern we should be able to make our own diagnoses and other things and we may take help from modern investigations if needed but this will take much more time.”

Dank dieser Diagnose konnte Gadgil die Art der Behandlung umstellen und eine deutliche Verbesserung der Symptome erreichen. Er setzte den Patienten auf die bereits erwähnte Milchdiät, verabreichte *Ghee*, Diamantenasche und andere Arzneien, um *astidhātu* wieder in die richtigen Bahnen zu lenken.

### **Gadgil**

“So we made some change in the treatment, we started to give *kṣīra* [Milch; Anm: Mörth] and *ghṛta* [Ghee; Anm: Mörth] to prevent that *vimarga gamana* for *astidhātu*, so we started with that.”

Dieses Beispiel zeigt unter anderem die Komplexität und Logik des Āyurveda. Indische bzw. āyurvedische Logik ist aus einer westlich wissenschaftlichen Perspektive manchmal schwierig nachzuvollziehen. Liest man die alten āyurvedischen Texte, stößt man immer wieder auf Passagen, bei denen es für das westliche moderne Verständnis schwierig sein mag sich in die alte indische Logik hineinzusetzen. Besonders *Caraka* liefert mehrmals eine Beweisführung, z.B. für den menschlichen Geist, wo oftmals sogar ausdrücklich auf die Logik dahinter hingewiesen wird, die aber aus einem westlichen Verständnis heraus wenig beweist.<sup>177</sup>

---

<sup>177</sup> CaS. 4.1.18: „Sometimes, one understands a thing and sometimes one does not. This proves the existence of the mind as a separate sense organ.“; Vol. II; S. 315.

Grundsätzlich ist es den Vaidyas wichtig, sowohl die Grenzen zwischen den Medizinen als auch die unterschiedlichen Kompetenzen zu wahren. Sollte also ein indischer Āyurveda-Arzt einer Patientin zu allopathischen Mitteln raten, verweist er diese auch an eine Ärztin der modernen naturwissenschaftlichen Medizin:

**Gadgil**

“No I don't use them, I ask them to consult the oncologist and concurrent treatment will go on. Generally they have their own oncologist, because it is referred by somebody or he has already taken some treatment from some oncologist so I ask them to go to that particular fellow and get the prescription for painkillers.”

Bei den indischen Vaidyas steht vor allem die Wirksamkeit der modernen naturwissenschaftlichen Medizin im Blickwinkel der Kritik, anders bei der deutschen Āyurveda-Ärztin Gramminger die vor allem die „Seelenlosigkeit“ des Systems anspricht:

**Gramminger**

„[...] das scheinen mir eher die Schulmediziner zu sein die, oder Ärzte die mit ihrer eigenen Seele keinen Kontakt haben.“

Āyurveda ist in diesem Fall die allumfassende Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit als Körper-Seele-Geist Einheit versteht, zu der aber auch die spirituelle Ausrichtung der Vaidyas gehört. Im Gegensatz dazu fehlt diese Verbindung oftmals in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin.

#### **3.4.2.4 Āyurveda als 2.Wahl**

In Europa steht die moderne naturwissenschaftliche Medizin unangefochten an erster Stelle und Āyurveda, TCM oder andere Naturheilverfahren werden meist erst zu Rate gezogen, wenn die moderne naturwissenschaftliche Medizin mit ihrem Latein am Ende ist. In Indien verhält es sich nicht anders, auch hier beziehen sich die Menschen vorerst auf die Erkenntnisse der modernen Wissenschaft und lassen die traditionelle Medizin außer Acht:

**Rao**

“People prefer to go to the modern facilities, like in earlier days there was one prevailing system and that was Āyurveda, they had more information and knowledge about the (...?) symptoms of clients nearing to death. Nowadays when the phase comes, when it is difficult to manage with the alternative system they go straight away to the modern medicine. And so it is reducing.”

Da die meisten Menschen bereits eine Diagnose und eine PatientInnenkarriere hinter sich haben bevor sie sich dem Āyurveda zuwenden, ist es sehr selten, dass ein Vaidya als erstes so eine schwerwiegende Diagnose wie Krebs stellt. Gadgil berichtet davon, dass er in diesen seltenen Fällen die PatientInnen dann zur Bestätigung der Diagnose ins Spital geschickt und sie dann an die moderne naturwissenschaftliche Medizin verloren hat. Erst wenn es hier keine Hoffnung mehr gibt kommen die PatientInnen zurück, und selbst wenn zu einem früheren Zeitpunkt vielleicht Heilung mit āyurvedischen Methoden möglich gewesen wäre, besteht aber dann kaum noch die Möglichkeit dazu.

**Gadgil**

“The trend over all is that when the modern medicine fails or it doesn't offer any cure or anything then only the patients turn to Āyurveda as an alternative system. So generally we get diagnosed patients as regard to cancer. I have come across very few cases where I have diagnosed cancer, I have asked them to go for investigations confirm diagnoses, but unfortunately once they know it is cancer they run away, they go for allopathic treatment and when only that doesn't help then they turn back to Āyurveda.”

Selbst in der Ausbildungswahl steht Āyurveda an zweiter Stelle, wie an Gadgils Geschichte sichtbar wird. Er konnte sein ursprüngliches Ziel (dem Wunsch seines Vaters entsprechend) ein Studium der modernen naturwissenschaftlichen Medizin nicht verfolgen, da sein Schulabschluss nicht den Qualifikationsrichtlinien der medizinischen Fakultät entsprach. Es war jedoch möglich mit seiner Qualifikation Āyurveda zu studieren, da hierfür eine geringere Punktezahl notwendig ist. Gadgils Erfahrung nach ist dies ein häufiger Entscheidungsgrund für eine āyurvedische Ausbildung.

Frank arbeitet zur Stellung des Āyurveda in Indien zwei verschiedene Typen von Vaidyas heraus, jene, die größere Gruppe, die Āyurveda als marginal positioniert

sehen und jene, die im Āyurveda die einzige wirkliche Chance auf Heilung sehen. Der erste Typ beklagt einerseits die mangelnde finanzielle Unterstützung des Staates und somit sehr hohe Kosten für āyurvedische Präparate, sowie die Schwierigkeit Āyurveda richtig zu etablieren. Er eignet sich ihrer Meinung nach am besten als Prävention. Da die wenigsten Menschen aber präventiv um ihre Gesundheit bemüht sind, hat Āyurveda Schwierigkeiten im Wettbewerb mit der modernen naturwissenschaftlichen Medizin mitzuhalten, da die kurativen Medikamente der Allopathie bedeutend schneller wirken als die āyurvedischen Arzneien. Die Vaidyas sind somit darauf angewiesen sich auf bestimmte Krankheitsbilder wie Hautkrankheiten, rheumatische Erkrankungen oder Allergien zu konzentrieren, bei denen die moderne naturwissenschaftliche Medizin oft mangelhaft arbeitet. Der zweite Typ fühlt sich der modernen naturwissenschaftlichen Medizin nicht unterlegen, im Gegenteil. Bei ihnen kommt vor allem das bereits erwähnte Phänomen der Ursachenbekämpfung ins Spiel. Spannend ist dabei, dass die Vaidyas des zweiten Typs offenbar alle zu den prominenteren ÄrztInnen zählen, da sie von ihren KollegInnen als interessante Interviewpartner empfohlen wurden und sich deren Ansehen auch an vollen Wartezimmern ablesen ließ.<sup>178</sup>

Bei den Interviews für die vorliegende Arbeit konnten diese zwei Typen nicht differenziert werden. Wohl beklagen die Vaidyas die untergeordnete Stellung des Āyurveda, aber es bestehen keine Zweifel, dass Āyurveda ein höchst wirksames Konzept ist und in vielen Fällen die höheren Heilungschancen beinhaltet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl bei den europäischen ÄrztInnen als auch bei den indischen Vaidyas der holistische Zugang des Āyurveda eine wesentliche Rolle spielt. Dieses ganzheitliche Bild des Menschen dient in beiden Fällen als Abgrenzung zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin, zu der das Verhältnis in Indien wie auch in Österreich und Deutschland gespalten ist. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen kann einerseits nur den Körper in seiner Gesamtheit beinhalten oder aber eine Körper-Seele-Geist Einheit, die gegebenenfalls durch die soziale Komponente ergänzt wird. Wenngleich die Errungenschaften der modernen naturwissenschaftlichen Medizin von den

---

<sup>178</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 179 ff.

Vaidyas zweifellos anerkannt und diese auch in bestimmten Fällen genutzt werden, so ist aus ihrer Perspektive Āyurveda trotzdem vielfach das wirksamere System und eine Vermischung nur begrenzt von Nutzen. Wesentlich sind die genaue Kenntnis der alten ayurvedischen Texte und der Austausch mit dem *Guru* (Meister/Lehrer). Die Kritik der Āyurveda-ÄrztInnen an der modernen naturwissenschaftlichen Medizin richtet sich in Indien stärker auf die Wirksamkeit der Methode, hingegen bei der deutschen Āyurveda-Ärztin tritt eher die „Seelenlosigkeit“ in den Vordergrund.

## 4 Äyurveda – Ein spirituelles Konzept?

### 4.1 Definition von Spiritualität

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit den Begriffen *Religion* und *Spiritualität* hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und die Schwellen der Theologie und Religionswissenschaft längst überschritten. Die Gesundheitsforschung hat sich bis ca. 1985 kaum mit den Themen *Religion* und *Spiritualität* beschäftigt, im Gegenteil, es hat sich hierbei eher um Randthemen gehandelt. Mitte der 1980er Jahre stieg offensichtlich das Interesse und die Anzahl der dazu veröffentlichten Publikationen nahm deutlich zu. Bis in die 1990er Jahre verdoppelte bzw. verdreifachte sich die Anzahl und es zeichnet sich klar ab, dass *Religion* bzw. *Spiritualität* bei weitem keine Randthemen mehr sind. Es fällt auf, dass bis in die 1990er Jahre der Begriff *Religion* bzw. *Religiosität* dominant war und erst in den letzten zwei Jahrzehnten der Spiritualitätsbegriff eine ähnlich starke Verbreitung erfahren hat.<sup>179</sup> Es ist also naheliegend sich genauer mit der Bedeutung dieser Begriffe zu beschäftigen. Allein der Religionsbegriff bietet eine Vielzahl an Definitionsmöglichkeiten, schon 1969 gab es 48 verschiedene Definitionen, und selbst die etymologische Herleitung ist vielschichtig. So kann *Religion* auf Lateinisch *religere*, gleichbedeutend mit einer gewissenhaften (gottesfürchtigen) Pflichterfüllung zurückgeführt werden, oder auf *relegere* (lat.), eine „gewissenhafte Berücksichtigung, Sorgfalt“ oder aber auch auf *religari* (lat.) „verbunden sein“, wo die Verbindung „unserer Seelen mit Gott“ im Vordergrund steht.<sup>180</sup> Ähnlich verhält es sich mit dem Spiritualitätsbegriff.

„*Spiritualität* ist heute ein Modewort, ein schillernder und unscharfer Begriff. Dahinter verbirgt sich ein weltweites Phänomen oder wie Soziologen sagen ein ‚Megatrend‘.“<sup>181</sup>

---

<sup>179</sup> UTSCH/KLEIN; *Religion, Religiosität, Spiritualität*; S. 25.

<sup>180</sup> FIGL; *Einleitung Religionswissenschaft – Historische Aspekte, Heutiges Fachverständnis und Religionsbegriff*; S. 63.

<sup>181</sup> HELLER; *Spiritualität versus Religion/Religiosität?*; S. 47.

*Spiritualität* ist heutzutage in aller Munde, was damit gemeint ist bleibt allerdings meist unklar, nicht zuletzt weil sie eng mit dem ebenfalls schwer definierbaren Begriff Religion verbunden ist.

Unter dem Begriff *Spiritualität* listen die einschlägigen Lexika verschiedene Beschreibungen zu den unterschiedlichen religiösen Traditionen auf, nachdem jede Religion ihre eigene *Spiritualität* hat. *Spiritualität* als allgemeiner Begriff, wie er heute verwendet wird, ist ein jüngerer Phänomen. Im RGG (Religion in Geschichte und Gegenwart) steht beispielsweise:

„Eine allg. oder auch nur mehrheitlich anerkannte Definition von S. gibt es nicht. Die Bedeutungsvielfalt des Begriffs reicht von einem sehr weiten Verständnis (etwa im Sinne von rel. Einstellung, Mentalität, Religiosität u. ä.) oder einer bloßen Aufzählung von Aspekten (z. B. »das weite Feld [...], das sowohl Mystik, Meditation, Kontemplation und überhaupt christliche Erfahrung wie auch deren theoretische Fassung und rituelle Praxis umfaßt« [J. Sudbrack, Einführung, in: Gesch. der christl. S., Bd.1, 1993, 11] bis zu sehr speziellen, inhaltlich (bes. durch Herleitung vom Begriff »Geist« [spiritus]) gefüllten Auffassungen.“<sup>182</sup>

Bei den Definitionsversuchen von *Spiritualität* zeigen sich entsprechende Schwierigkeiten wie bei den Begriffen *Religion* bzw. *Religiosität*. In beiden Fällen besteht vor allem das Problem, dass die Definition zu weit oder zu eng gefasst werden kann.

Der Begriff der *Spiritualität* entwickelte sich in zwei Richtungen, einerseits auf der christlichen und andererseits auf der der neureligiösen, esoterischen New Age-Bewegung.<sup>183</sup> Im Folgenden wird nur auf die neureligiöse Strömung Bezug genommen, da die christliche Strömung für diese Arbeit nicht relevant ist.

Im 19. Jahrhundert tauchte der Begriff der *Spiritualität* vor allem in theosophischen und neureligiösen Schriften im angelsächsischen Raum auf und spiegelte insbesondere eine Identifizierung von *Spiritualität* mit dem Begriff der *Mystik* wieder. Im 20. Jahrhundert wurde der Begriff durch Vertreter der „okkultistischen Internationale“ in den deutschen Sprachraum eingeführt.<sup>184</sup>

---

<sup>182</sup> KÖPF; *Spiritualität*; S. 1591.

<sup>183</sup> BAIER; *Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität*; S. 21.

<sup>184</sup> Ebd.; S. 22 ff.

„In der deutschen alternativ-religiösen Szene verstand man unter Spiritualität wie im angloamerikanischen Bereich eine sich auf persönliche Erfahrung („Mystik“) berufende, tolerante Haltung zu religiösen Fragen, die als Gegensatz zu „dogmatischer Religion“, wie man sie im herkömmlichen Christentum repräsentiert sah, konzipiert wurde.“<sup>185</sup>

In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts kam es laut Marilyn Ferguson zu einer „spirituellen Revolution“, in der der traditionell gläubige Mensch durch den spirituell Suchenden ersetzt wird und sich so „auf den Weg zur ‚mystischen Erfahrung‘ begibt“. Für sie stellt *Spiritualität* einen Entwicklungsschritt über die Religion hinaus dar.<sup>186</sup>

Der immer wieder auftauchende Begriff der *Mystik* (griech. „sich schließen“, gemeint sind vor allem Augen und Mund) ist eng mit der mystischen Erfahrung verbunden, die durch unterschiedliche Schlagwörter wie Ich-Entgrenzung, kosmische Harmonie, Zusammenfall der Gegensätze, Gegenwart des Göttlichen, Auflösung der Kategorien von Raum, Zeit und Kausalität, Ekstase etc. nur ansatzweise erklärt werden kann. Diese Erfahrung kann spontan gemacht oder auch bewusst induziert werden, z.B. durch Tanz, Fasten, Drogen, Atem usw. Oft führt dies zu einer Beendigung der normalen Denkvorgänge.<sup>187</sup> *Mystik* ist in so gut wie allen religiösen Traditionen zu finden und die Erfahrungen der MystikerInnen stehen immer in Verbindung mit dieser.<sup>188</sup> Heute scheint es allerdings, als wäre der Begriff der *Mystik* im Zusammenhang mit *Spiritualität* mehr in den Hintergrund gerückt.

Bis zum letzten Viertel des 20. Jahrhunderts konnte sich der Begriff der *Spiritualität* in so gut wie allen *Religionen* und über ihre Grenzen hinaus etablieren. So findet der Begriff in psychotherapeutischen Richtungen, im Feminismus und selbst in atheistischen Bewegungen wie etwa dem Marxismus, Verwendung.<sup>189</sup> *Spiritualität* ist ein offener, „schwammiger“<sup>190</sup> Begriff, dessen Bedeutung scheinbar beliebig ausgedehnt werden kann. Durch diese Wandlungsfähigkeit ist er einerseits zu einem „Leitbegriff postmoderner

---

<sup>185</sup> Ebd.; S. 24.

<sup>186</sup> Ebd.; S. 25.

<sup>187</sup> BRÜCK; *Mystik*; S. 1651ff.

<sup>188</sup> BÄUMER; *Gebet/Meditation/Mystik*; S. 711.

<sup>189</sup> BAIER; *Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität*; S. 29.

<sup>190</sup> HELLER; *Spiritualität versus Religion/Religiosität?*; S.50.

Religiosität“<sup>191</sup> als auch zu einem „wichtigen Leitbegriff der Gesundheitsforschung geworden, der sich längst nicht mehr mit Religiosität deckt“<sup>192</sup> wenngleich er auch nicht von ihr gelöst werden kann.

Wie die Ergebnisse einer 2008 durchgeführten Studie in den USA und Deutschland verdeutlichen, werden die Begriffe *Spiritualität* und *Religion/Religiosität* durchaus nicht synonym verwendet. So bezeichnen sich die Befragten als gleichzeitig *religiös* und *spirituell* oder nur *religiös* oder nur *spirituell* oder als keines von beiden. Die Ergebnisse der Untersuchungen dazu weisen dabei deutliche Unterschiede in den Zahlen auf. Utsch und Klein kommen zu dem Ergebnis, dass in Deutschland nahezu die Hälfte (47,8%) der Befragten sich als weder *religiös* noch *spirituell* bezeichnen und somit die größte Gruppe bilden, in den USA ist diese Gruppe mit 11,9% die kleinste.<sup>193</sup> Bei Büssing (ebenfalls in Deutschland) wiederum bezeichnen sich lediglich 28% als weder *religiös* noch *spirituell*.<sup>194</sup>

Wie nun aber diese beiden Begriffe tatsächlich verstanden werden und inwieweit sie sich voneinander abgrenzen ist unklar. Die Spannweite ist groß, so können sich *Religion* und *Spiritualität* für manche überschneiden und mehr oder weniger das gleiche bedeuten und für andere ist die Trennung der beiden Begriffe von großer Wichtigkeit.<sup>195</sup> Wie Utsch und Klein herausarbeiten konnten, trifft letzteres vor allem auf jene zu, die *religiös* suchend sind, die verschiedene Elemente aus unterschiedlichsten *religiösen* und weltanschaulichen Traditionen zu einem eigenen Weltbild zusammen fügen und auch oftmals einen oder mehrere Religionsaustritte bzw. – wechsel hinter sich haben. Aber auch innerhalb von neuen *religiösen* (christlichen) Bewegungen ist die Trennung der beiden Begriffe von Bedeutung.<sup>196</sup> *Spiritualität* wird hier zu einer Alternative zu den traditionellen *Religionen* bzw. ihren Institutionen (insbesondere den christlichen Kirchen), denen ein rückständiger, einengender, starrer, dogmatischer und hierarchischer

---

<sup>191</sup> BAIER; Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität; S. 21.

<sup>192</sup> UTSCH/KLEIN; Religion, Religiosität, Spiritualität; S. 33.

<sup>193</sup> UTSCH/KLEIN; Religion, Religiosität, Spiritualität; S. 29 f.

<sup>194</sup> BÜSSING; Spiritualität – Worüber reden wir? S. 13.

<sup>195</sup> HELLER; Spiritualität versus Religion/Religiosität?; S. 49.

<sup>196</sup> UTSCH/KLEIN; Religion, Religiosität, Spiritualität; S. 30.

Charakter zugeschrieben wird. *Spiritualität* hingegen wird als modern, offen und authentisch empfunden, und die persönliche Erfahrung spielt eine tragende Rolle, wie sowohl Utsch und Klein als auch Heller feststellen.<sup>197</sup> Auch Monika Renz differenziert *Religion* und *Spiritualität* insbesondere am Grad des Erfahrungswerts, sprich *Spiritualität* ist im Gegensatz zur *Religion* an Erfahrung gebunden. Es genügt also nicht eine spezielle menschliche Haltung oder eine bestimmte „spirituelle“ Praktik, wie es Meditation oder Gebet darstellen, um spirituell zu sein, sondern *Spiritualität* ist die Erfahrung, die Berührung durch das Numinose.<sup>198</sup>

„»Spiritualität« leitet sich ab vom Adjektiv »spirit(u)alis«, einer christlichen Neuprägung der ersten Jahrhunderte zur Übersetzung des ntl. »pneumatikós«<sup>199</sup>. Das Abstraktum »spiritualitas« findet sich bereits seit dem 5. Jahrhundert vereinzelt in unterschiedlichem Zusammenhang. Im Mittelalter bezeichnet »spiritualis« »geistliche« im Unterschied zu »weltlichen«, »zeitlichen«, »materiellen« oder »körperlichen« Dingen und wird insbesondere auf das Mönchtum bezogen. Seit dem 17. Jahrhundert entwickelte sich im Französischen das Wort »spiritualité« als »Bezeichnung der persönlichen Beziehung des Menschen zu Gott«<sup>200</sup>

In der Gesundheitsforschung wird die Definition von *Spiritualität* gerne sehr weit gefasst. So kann *Spiritualität* eine Lebenseinstellung sein, die das Geistig-Göttliche als eine Realität anerkennt und diese auch in den Alltag integriert oder, noch alltäglicher, als Grundeinstellung zum Leben und zur Welt betrachtet werden, die unser Verhalten und unsere Lebenswerte formt.<sup>201</sup> *Spiritualität* wird zu einem „Raum im Inneren des Menschen“<sup>202</sup>. Sehr offene Definitionen haben den Vorteil, dass sie viele Menschen inkludieren, und somit die beliebte Annahme der Spiritual Care unterstützen, dass *Spiritualität* eine „Basisqualität“ jedes Menschen und im Grunde alle Menschen *spirituell* seien.<sup>203</sup> Allerdings besteht die Gefahr, dass der Begriff obsolet wird, wenn ihm die religiösen Anteile, wie

---

<sup>197</sup> Ebd.

<sup>198</sup> RENZ; *Spiritualität und die Frage nach dem, was heilt: Wesen, Wirkung, Inhalte spiritueller Erfahrung*; S. 35.

<sup>199</sup> Griechisch, pneumatikós – den Geist betreffend, geistig, geistlich

<sup>200</sup> BOCHINGER; „New Age“ und moderne Religion; S. 378; SUDBRACK; *Spiritualität*; S. 674-676.

<sup>201</sup> HEUSSER; *Steht der wissenschaftlichen Medizin eine neue spirituelle Epoche bevor?* S. 11; MÖDE; *Spiritualität der Weltkulturen*; S. 7.

<sup>202</sup> KOHLI REICHENBACH; *Spiritualität im Care-Bereich*; S. 18.

<sup>203</sup> HELLER; *Spiritualität versus Religion/Religiosität?*; S.47.

etwa Transzendenz, entzogen werden und lediglich Sinn, Wert und Würde übrig blieben. Heller folgert hier, dass *Spiritualität* minus *Religion* Existenz ergibt und somit feststeht, dass eine Trennung der beiden Begriffe unweigerlich in eine Sackgasse für die *Spiritualität* führen muss, nachdem sie sich nicht mehr von anthropologischer Existenzialität unterscheiden lässt.<sup>204</sup>

Dennoch steht außer Frage, dass für viele Menschen *Spiritualität* zu einem Gegenbegriff der *Religion* geworden ist. Diese Entwicklung beruht wohl einerseits auf einem Missverständnis des Religionsbegriffs. Europa ist vor allem durch die christlichen Kirchen geprägt, die oftmals eine dogmatische, traditionelle und hierarchische Haltung an den Tag legen, beispielsweise zum Thema Verhütung oder Homosexualität. Gleichzeitig werden sie vermehrt mit Korruption, Gewalt, Missbrauch und der Vertuschung dessen in Zusammenhang gebracht. Aber auch der Islam wird mit Intoleranz (z.B. Mohammed Karikaturen), Frauenfeindlichkeit und Gewalt (z.B. Selbstmordattentäter) assoziiert und Kriege und Terror versteckten bzw. verstecken sich allzu oft unter dem Deckmantel der Religion. Allerdings besteht hier eine Verwechslung, da sich die Kritik gegen die Institutionen richtet und nicht gegen die *Religion* an sich. Auch ist die Organisationsform der Kirche für die Definition von *Religion* nicht maßgeblich, so Heller, sondern stellt nur eine bestimmte historische Ausprägung von *Religion* dar.<sup>205</sup> Dennoch ist es wohl schwierig, die *Religion* von ihrer Institution zu trennen und dieses Bild hat sich in den Köpfen der Menschen festgesetzt, wie auch die Religionsdefinition Büssings verdeutlicht. Für ihn ist *Religion* eine Weltanschauung, wo ein gemeinsam überlieferter Glaube im Zentrum steht, der von bestimmten autorisierten Personen im Sinne einer umfassenden Lehre bewahrt und an die gemeinschaftlich praktizierenden Gläubigen übermittelt wird.<sup>206</sup> Andererseits werden immer weniger Menschen in einer bestimmten religiösen Tradition erzogen, wachsen ohne Bekenntnis auf und sind nicht mehr in religiöse Riten eingebunden. Trotzdem sind viele dieser Menschen auf der Suche nach Antworten auf die existenziellen Fragen des Lebens und die Bezeichnung „spirituell“ ist für sie sicherlich stimmiger als die Bezeichnung

---

<sup>204</sup> HELLER, Birgit; *Spiritualität versus Religion/Religiosität?*; S.49.

<sup>205</sup> HELLER, Birgit; *Spiritualität versus Religion/Religiosität?* S. 55.

<sup>206</sup> BÜSSING; „Spiritualität“ – Worüber reden wir?; S.11.

„religiös“. Für Utsch ist deshalb der Begriff der *Spiritualität* als der umfassendere anzusehen.<sup>207</sup> Hier streiten sich die Geister, denn so passend einem diese Argumentation auch vorkommen mag, so stimmig ist auch die Argumentation Kleins. Er empfiehlt *Religion/Religiosität* als übergeordnete Begriffe zu verwenden, da zu offene Spiritualitätsdefinitionen wie beispielsweise *Spiritualität* sei die „Suche nach existenzieller Bedeutung“<sup>208</sup> die Unterscheidung zu Weltanschauung, Weltbild oder Lebenssinn verhindert. Kommt jedoch ein Transzendenzbezug innerhalb der Spiritualitätsdefinition ins Spiel, ließe sich selbige als Religions- oder Religiositätsdefinition interpretieren.<sup>209</sup>

Was also bedeutet nun *Spiritualität*?

„Spiritualität bedeutet soviel wie persönliche Religiosität, die auf der Einübung und Reflexion religiöser Erfahrung basiert und die Gestaltung des Lebens prägt“.<sup>210</sup>

Birgit Heller beschreibt *Spiritualität* als inneren Kern einer jeden religiösen Richtung, denn am Ursprung stehen die persönlichen religiösen Erfahrungen, Visionen und Offenbarungen der jeweiligen Stifterpersönlichkeit, Dogmen, Lehren und Riten kommen erst im Laufe der Traditionsentstehung und Institutionalisierung dazu.<sup>211</sup> Auch Karl Baier bezieht *Spiritualität* auf den persönlichen Weg, die persönliche Suche, welche somit dem Individualitätsbedürfnis der Gesellschaft entgegen kommt und unterstützt, aus religionssoziologischer Sicht die charakteristische Form gegenwärtiger religiöser Identitätsbildung.<sup>212</sup> *Spiritualität* hat sich in den letzten Jahrzehnten von einer kleinen intellektuellen Subkultur zu einem kulturellen Mainstream verwandelt, der eigene Organisationsstrukturen, Schulen und Märkte entwickelt hat.<sup>213</sup> *Spiritualität* ist also keine Privatangelegenheit, sie wird nicht vom Einzelnen im einsamen Kämmerchen praktiziert:

---

<sup>207</sup> UTSCH/KLEIN; Religion, Religiosität, Spiritualität; S. 35.

<sup>208</sup> DOYLES; In: UTSCH/KLEIN; Religion, Religiosität, Spiritualität; S. 39.

<sup>209</sup> UTSCH/KLEIN; Religion, Religiosität, Spiritualität; S. 39.

<sup>210</sup> HELLER; Spiritualität versus Religion/Religiosität? S. 52.

<sup>211</sup> HELLER; Spiritualität versus Religion/Religiosität? S. 51.

<sup>212</sup> BAIER; Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität; S. 31.

<sup>213</sup> BAIER; Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität; S. 25. HELLER; Spiritualität zwischen Tradition und Moderne; S. 290.

„Sie ist vielmehr eine Dimension des Daseins, die Menschen immer auch voneinander und füreinander haben, selbst wenn sie jeweils auf persönliche Weise angeeignet und gelebt wird.“<sup>214</sup>

Diese Dimension lässt sich nach Hans Urs von Balthasar in drei Bereiche teilen: An erster Stelle steht der „Weg nach Innen“ der eine strebende Bewegung zum Absoluten bezeichnet. Zweitens bedeutet für ihn *Spiritualität* auch immer die „Spiritualität der Tat“ oder wie er sagt, den „Dienst an der Wirklichkeit“ und drittens umfasst sie auch die „Spiritualität des Geschehenlassens“, was ein „Offensein für das Geschehenlassen der je größeren Wahrheit, die jede erreichte Erkenntnis überragt“<sup>215</sup> bedeutet.<sup>216</sup>

Dieser Erklärung gliedert Baier die Definition Sandra M. Schneiders an, die *Spiritualität* im elementaren, anthropologischen Sinn als „die Erfahrung des bewussten Involviertseins in das Projekt der Integration des eigenen Lebens durch Selbst-Transzendenz auf den höchsten Wert hin, den man kennt“, bestimmt.<sup>217</sup> Auch für sie steht vor allem der Erfahrungscharakter im Vordergrund.

„Spiritualität darf nach ihrem Konzept nicht mit der oberflächlichen Erfahrung, wie sie etwa durch Drogen erzielt werden können, oder mit vorübergehenden Episoden, wie das Überwältigtsein von einem Sonnenuntergang, verwechselt werden.“<sup>218</sup>

Baier stimmt mit diesen Definitionen insofern überein als die Grenzen weit genug gesetzt wurden um außerchristliche bzw. auch areligiöse Richtungen, so lange sie sich auf eine höchste Wirklichkeit oder ein höchstes Gut beziehen, mit einzuschließen. Er kritisiert allerdings, dass hier zu wenig beachtet wurde, dass *Spiritualität* einem lebendigen Transformationsprozess unterliegt, „in dem die letzten Sinnhorizonte nicht von vornherein feststehen, sondern oft erst allmählich ans Licht treten, niemals unangefochten gelten und manchmal auch tiefgreifende Verwandlungen und radikale Verdunklungen durchlaufen.“<sup>219</sup>

---

<sup>214</sup> BAIER; *Spiritualitätsforschung heute*; S. 16.

<sup>215</sup> BAIER; *Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität*; S. 35.

<sup>216</sup> BALTHASAR; *Spiritus Creator*, S. 250 ff.

<sup>217</sup> BAIER; *Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität*; S. 36.

<sup>218</sup> Ebd.; S. 37.

<sup>219</sup> Ebd.; S. 38 f.

Baier fasst den Begriff der *Spiritualität* in den folgenden fünf Punkten zusammen:

1. Das Durchstimmtsein<sup>220</sup> des Lebens von Letzteinsichten und Entscheidungen;
2. die bewusste Lebensgestaltung im Horizont von etwas unbedingt Angehendem, dem immer wieder von neuem Raum gegeben wird;
3. die Wege, auf denen man zu Letzteinsichten und Letztentscheidungen gelangt;
4. die verschiedenen konkreten Weisen, durch die der weiteste Sinnhorizont vergegenwärtigt und ein ihm entsprechendes Leben eingeübt wird;
5. die spirituellen Krisen, die entstehen, wenn sich der Horizont der Letzteinsichten und Letztentscheidungen in einem Umbruch befindet, sowie alles, was mit diesen Krisen und ihrer Bewältigung zusammenhängt.<sup>221</sup>

Nun lässt sich wiederum hinterfragen, was genau diese „höchste Wirklichkeit“, dieses „höchste Gut“ beschreiben, was beinhalten diese „Letzteinsichten“? Handelt es sich hierbei um *große Transzendenz* oder könnte genauso gut ein politisches Konzept wie der Kommunismus oder ebenso die Wissenschaft gemeint sein?

In einer Befragung mit Menschen unterschiedlicher Konfessionen (auch konfessionslosen), die sich als spirituell bezeichnen, konnte Büssing, unter anderem, Begriffe wie den bereits oben genannten „Weg nach Innen“, oder „vom Glauben getragene Lebensform“, „verborgene Kraft“, „Wesen(heiten)“ als auch „Erkenntnis“ herausarbeiten. Die Verwendung der Begriffe ist stark abhängig welche Konfession bzw. welchem weltanschaulichen Kontext sich die Befragten zugehörig fühlen, letztlich beziehen sich aber alle „immer auf eine immaterielle, nicht sinnlich fassbare Wirklichkeit (Gott, Wesenheiten, Kräfte), die dennoch erfahr- oder erahnbar ist (Erwachen, Einsicht, Erkennen) und die der Lebensgestaltung eine Orientierung gibt“.<sup>222</sup> Hier können drei verschiedene Haltungen ausgemacht werden: eine suchende, eine Glauben annehmende und

---

<sup>220</sup> Die Begriffe der Durchstimmtheit, der Letzteinsichten und Letztentscheidungen übernimmt Baier aus der Definition von Balthasars.

<sup>221</sup> Ebd.; S. 39 f.

<sup>222</sup> BÜSSING; *Spiritualität – Worüber reden wir?*; S. 18.

eine wissend anerkennende. Allerdings ist zu bedenken, dass all diese Begriffe ebenso das *Religiöse* beschreiben und der Unterschied zur *Spiritualität* nicht sichtbar wird.

Der *Spiritualitätsbegriff* bietet eine Vielzahl von Definitionsmöglichkeiten und eine einheitliche Beschreibung zu finden ist schwierig. Es kristallisiert sich aber heraus, dass die persönliche Erfahrung ein wesentlicher Bestandteil der *Spiritualität* ist.<sup>223</sup> Das erklärt wohl auch die Schwierigkeit der Definition. Wie soll eine Erfahrung gleich einem Gegenstand definiert werden? Selbiges gilt für Gefühle, wir alle wissen was Schmerz ist, dennoch kann niemand behaupten, den Schmerz der anderen zu kennen. Wer will denn festlegen, dass das Überwältigtsein von einem Sonnenuntergang nicht ebenfalls ein tiefes spirituelles Erlebnis sein kann? Wie intensiv eine Erfahrung ist, und sei sie noch so banal, und welche Tragweite sie im Leben des jeweiligen Menschen hat, bestimmt wohl nur das Empfinden eben jenes Menschen und nicht irgendwelche Definitionsvorgaben. Dieses „Überwältigtsein“ könnte zum Beispiel als Ausdruck für eine tiefe Berührung mit der Schönheit der Schöpfung interpretiert werden. Allerdings, und somit ist den Kritikpunkten an einer zu offenen Definition zu zustimmen, ist der Bezug zu einer Schöpfungskraft in diesem Fall nicht von der Hand zu weisen.

Die Grenze zwischen *Religion* und *Spiritualität* zu ziehen ist schwierig und so mag zwar für viele der Definitionsvorschlag Büssings stimmig sein, allerdings führt er die Trennung zwischen *Religion* und *Spiritualität* sicherlich ad absurdum wie Heller feststellt:<sup>224</sup>

„Mit dem Begriff *Spiritualität* wird eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet, bei der sich der/die Suchende ihres „göttlichen“ Ursprungs bewusst ist (wobei sowohl ein transzendentes als auch ein immanentes göttliches Sein gemeint sein kann, z.B. Gott, *Allah*, *JHWH*, *Tao*, *Brahman*, *Prajñā*, All-Eines u.a.) und eine Verbundenheit mit anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein heraus bemüht er/sie sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten im Sinne einer *individuell* gelebten *Spiritualität*, die durchaus auch nicht-konfessionell sein kann.

---

<sup>223</sup> Vgl. auch BÜSSING; *Spiritualität – Worüber reden wir?*; S. 12.

<sup>224</sup> HELLER; *Spiritualität versus Religion/Religiosität*; S. 60.

Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Vorstellungen.“<sup>225</sup>

Dennoch scheint es ebenso wenig sinnvoll die Begriffe synonym zu verwenden, nachdem wohl fernab des wissenschaftlichen Diskurses *Religion* meist im Rahmen ihrer Institution gesehen wird. Eine Studie aus den Jahren 2010/2011 mit über 1800 TeilnehmerInnen hat gezeigt, dass Religion mit den Worten „Regeln, Kirche, Glaubensgemeinschaft, Dogmen, Tradition etc.“ verbunden wird, Spiritualität hingegen mit „Geist, Meditation, Natur, Verbundenheit, Suche, Einklang etc.“.<sup>226</sup> So lange also noch keine bessere Bezeichnung für die neue *Spiritualität/Religiosität*, die sich eben explizit gegen die organisierten *Religionen* abgrenzen möchte, gefunden wurde, scheint *Spiritualität* der beste Begriff, nachdem er sich offenbar ausgezeichnet dafür eignet „das Individuelle, Ureigene, Unverlierbare des Menschen auszudrücken“<sup>227</sup> und auch für diese Arbeit dient *Spiritualität* als der übergeordnete Begriff.

Die meisten bis dato verwendeten Bezeichnungen wie Bastelreligiosität, Religions-Bricolage, „Do-it-yourself“-Religion, spirituelle HeimwerkerInnen oder Patchwork-Religiosität, die das neue religiöse Feld beschreiben sollen, und es als ein Phänomen der Postmoderne darstellen, haben einen abwertenden Charakter. Heute stehen dem westlichen Menschen eine Vielzahl an Lehren und Erkenntnissen zur Verfügung, die in der Praxis gleichwertig nebeneinander gestellt werden können. Hinter diesen oben genannten Bezeichnungen steht die Annahme, dass sich die Menschen „ihren Glauben in der Manier postmoderner Beliebigkeit aus dem reichhaltigen Angebot des religiösen Supermarkts“ zurechtzimmern.<sup>228</sup> Solche Aussagen und Bezeichnungen können nur vor einem konservativen, christlichen und eurozentrischen Hintergrund entstehen, denn das was die „Beliebigkeit“ unter anderem ausmacht ist, dass das Entweder-oder-

---

<sup>225</sup> BÜSSING; *Spiritualität – Worüber reden wir?*; S. 23.

<sup>226</sup> Vgl. <http://uni-bielefeld.de/%28en%29/theologie/forschung/religionsforschung/forschung/streib/spiritualitaet/corpusanalysis.html>; Zugriff: 22.9.2015; sowie KOHLI REICHENBACH; *Spiritualität im Care-Bereich*; S. 19f.

<sup>227</sup> KOHLI REICHENBACH; *Spiritualität im Care-Bereich*; S. 20.

<sup>228</sup> HELLER, Birgit; *Spiritualität versus Religion/Religiosität*; S. 61.

Modell von einem Sowohl-als-auch-Modell abgelöst wurde, ein Prinzip, das in anderen Kulturen (z.B. in etlichen Hindu-Traditionen) selbstverständlich ist.<sup>229</sup> Letztlich liegt die Verwendung der Begrifflichkeiten wohl vor allem im Auge der BetrachterIn. So mag zwar „Patchwork-Religiosität“ abwertend gemeint sein, könnte aber genauso gut positiv gewertet werden, nämlich dann, wenn ein Mensch in einer Patchworkfamilie aufgewachsen ist und diese nicht als negativ und/oder minderwertig empfindet. Die Bezeichnung „Patchwork“ als abwertend zu deklarieren setzt voraus, dass nur das konservative Beziehungssystem à la Vater-Mutter-Kind als das einzig richtige betrachtet wird und alle anderen Arten der Lebensgestaltung als ein Scheitern abgestempelt werden. Fest steht jedenfalls, dass die oben genannten Bezeichnungen durchaus abwertenden Charakter haben sollen und diese neue selbstgeformte *Religiosität*, oder eben *Spiritualität*, oftmals kritisiert und ins Lächerliche gezogen wird. Im Gegensatz dazu bewertet Ulrich Beck die Entwicklung der neuen Glaubensformen positiv. Er spricht von einer „Kosmopolitisierung der Religionen“. Diese findet, im Gegensatz zu einer „Globalisierung der Religionen“ welche „dort draußen“ abspielt, „»im Inneren« des Nationalen, des Lokalen, ja, der eigenen Biographie und Identität“ statt.<sup>230</sup> Auch bezieht sie ihre Stärke nicht aus der Gemeinsamkeit der Religionen, Kulturen, Gesellschaften, wie etwa der Universalismus, sondern gerade die Anerkennung religiöser Andersartigkeit wird zum obersten Gebot und als Bereicherung verstanden. Denn „wer die religiösen Traditionen und Perspektiven der anderen in das eigene religiöse Erleben integriert, erfährt mehr über sich selbst *und* die Anderen“<sup>231</sup>. Insofern birgt dieser Zugang zu *Religiosität* großes Potenzial für Toleranz und Anerkennung der unterschiedlichen Glaubensformen und Weltanschauungen. In diesem Sinne stellt sich die Frage, warum die Begriffe „Patchwork-Religiosität“ oder „Bastelreligiosität“ nicht längst von denen der „kosmopolitischen Religiosität“ oder „kosmopolitischen Spiritualität“ abgelöst wurden, zumal sich vermutlich viele VertreterInnen dieser *Spiritualität* als WeltenbürgerInnen empfinden.

---

<sup>229</sup> Vgl. BECK; Der eigene Gott; S. 93; sowie HELLER, Birgit; Spiritualität versus Religion/Religiosität; S. 61f.

<sup>230</sup> BECK; Der eigene Gott; S. 94.

<sup>231</sup> Ebd.; S. 97.

Für die vorliegende Arbeit – im Zusammenhang mit Angst vor Sterben und Tod – ist ein Konzept der religionspsychologischen Forschung relevant, das unter anderem zwei Dimensionen unterscheidet, intrinsische und extrinsische *Religiosität*. Intrinsische (lat. *Intrinsecus* ‚inwendig‘, ‚innerlich‘, ‚hineinwärts‘) *Religiosität* beschreibt einen von innen kommenden Glauben, der zentraler Lebensinhalt ist, im Gegensatz zur extrinsischen *Religiosität*, wo der Glaube von außen her angeregt wird und „eine utilitaristische Sicht des Glaubens widerspiegelt“<sup>232</sup>, sprich eine zweckorientierte Frömmigkeit aufweist.<sup>233</sup> Intrinsische *Religiosität* beschreibt hier wohl die spirituelle Dimension, die sowohl innerhalb einer bestehenden *Religion* gefunden werden kann als auch unabhängig davon.

In der Religionswissenschaft wurden verschiedene Modelle entwickelt die die unterschiedlichen Dimensionen von Religion beschreiben. Charles Y. Glock und Rodney Stark erarbeiten fünf Dimensionen, die Glock später zu vier zusammenfasst. Sie unterscheiden zwischen der ideologischen (Glaubenssätze), ritualistischen, erfahrungsmäßigen (subjektive religiöse Ebene), intellektuellen (Wissen um Glaubensinhalte) und konsequentiellen Dimension, wo die Auswirkungen des Glaubens im Alltag betrachtet werden. Der Religionswissenschaftler Ninian Smart unterteilt Religion in sechs bzw. sieben Dimensionen: (1) eine praktische und rituelle, (2) eine erfahrungsmäßige und emotionale, (3) eine narrative und mythische, (4) eine doktrinale und philosophische, (5) eine ethische und rechtliche, (6) eine soziale und institutionale sowie (7) eine materielle (z.B. Kunstwerke, Gebäude).<sup>234</sup> Innerhalb dieser Modelle wäre die Spiritualität wohl im Bereich der erfahrungsmäßigen, emotionalen Dimension zu suchen.

---

<sup>232</sup> NEIMEYER/MOSER/WITTKOWSKY; Psychologische Forschung zu Einstellungen gegenüber Sterben und Tod; S. 119.

<sup>233</sup> ALLPORT/ROSS; Personal Religious Orientation and Prejudice; S. 434.

<sup>234</sup> SMART; The World's Religions; S. 12ff.

Interessant ist die Diskussion um die Begriffsdefinitionen von *Religion* und *Spiritualität* vor allem auch im Zusammenhang mit den rechtlichen Gegebenheiten. So gibt es in Österreich strenge Auflagen damit eine religiöse Bekenntnisgemeinschaft bzw. eine sogenannte „Sekte“ zu einer gesetzlich anerkannten Kirche oder Religionsgesellschaft wird (beispielsweise mindestens 16.000 Mitglieder oder ein organisiertes und internationales Bestehen seit 200 Jahren).<sup>235</sup> *Religion* ist staatlich eindeutig an Institution und Organisation geknüpft und lässt keinen Spielraum für Interpretation, die Regeln sind klar festgelegt. *Spiritualität* hingegen ist frei. Es ist daher naheliegend, dass Menschen, die sich gegen „die *Religion*“ in ihrer organisierten Form und ihre Konsequenzen stellen und dennoch an eine „göttliche“ (oder dergleichen) Existenz glauben, sich mit den Definitionsversuchen wie Büssing sie liefert, identifizieren können.

Zu allen Zeiten haben die Menschen spirituelle Erfahrungen gemacht, manche davon öffentlich und manche privat. Jene, die ihre Erfahrungen nach außen getragen haben sind meist in Konflikt mit dem bestehenden religiösen System geraten. Einige haben daraus neue religiöse Richtungen entstehen lassen, wie Buddha oder Martin Luther, andere, vermutlich die Mehrheit, sind für ihre spirituellen Erfahrungen gefoltert und hingerichtet worden. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied zur modernen *Spiritualität*, denn durch die Religionsfreiheit in den westlichen Ländern ist es heute nicht mehr lebensgefährlich den persönlichen Glaubensvorstellungen zu folgen.

Neben der oben erwähnten Beliebigkeit wird der zeitgenössischen *Spiritualitätsentwicklung* auch Selbstbezogenheit und „Gesundheitssucht“ („Therapiegesellschaft“) vorgeworfen.<sup>236</sup> So lasse angeblich der Wunsch nach Selbstverwirklichung und die Reise ins Innere das Interesse an einer guten und gerechten Gesellschaft verschwinden, tatsächlich aber belegen neuere Untersuchungen wie die von Höllinger und Tripold, dass gerade in der spirituellen Szene ein überdurchschnittlich hohes ökologisches und sozialpolitisches

---

<sup>235</sup> <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010098>; Zugriff: 20.2.2015

<sup>236</sup> Vgl. REMELE; Tanz um das goldene Selbst?

Bewusstsein und Engagement zu beobachten ist.<sup>237</sup> Es ist nicht zu leugnen, dass das Angebot im spirituellen Sektor unüberschaubar ist, die Grenzen zwischen den verschiedenen Bereichen (Gesundheit und Wellness, Heil und Heilung, religiösen/spirituellen Praktiken und Esoterik, etc.) nicht klar zu ziehen sind und es unzählige „Beispiele reichlich flacher Formen spirituell-religiöser Versatzstücke, die in den Dienst von Gesundheit, Glück und Reichtum gestellt werden“<sup>238</sup> zu finden gibt. Besonders plakativ ist Birgit Hellers Beispiel aus der „Wellness-Architektur“ wo offenbar Gartenzwerge durch diverse Buddha Statuen in verschiedenen Größen und Formen ersetzt werden.<sup>239</sup> Dennoch ist die vorgeworfene „Gesundheitssucht“ und der zumeist abschätzig verwendete Begriff der „Therapiegesellschaft“ bei genauerer Betrachtung als positiv zu bewerten. Viele spirituell suchende Menschen emanzipieren sich von der Expertenhoheit (insbesondere von Priestern, LehrerInnen und ÄrztInnen) und wollen sich nicht mehr objektiven und standardisierten Heil- und Heilungsmethoden unterziehen. Sie wollen vielmehr zu Subjekten werden, zu Akteuren die selbstverantwortlich ihr, wie auch immer geartetes Genesen mitgestalten.<sup>240</sup>

So oder so, der Begriff *Spiritualität* bleibt bislang unklar und auch seine Inhalte sind nicht eindeutig. Man ist sich einig, dass die Individualität und persönliche Erfahrung der einzelnen Menschen zentrale Aspekte der zeitgenössischen *Spiritualität* sind. Des Weiteren spielt das Prinzip der Ganzheitlichkeit eine wesentliche Rolle. Es geht nicht mehr nur um eine rein seelisch-geistige Dimension, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit, mit all seinen Komponenten wie Psyche, Körper, Geist, Gesundheit und sozialem, sowie politischem Umfeld treten in den Vordergrund. Die moderne Wissenschaft Europas bzw. die moderne naturwissenschaftliche Medizin zeichnet sich unter anderem besonders durch eine Trennung von Materie/Körper und Seele/Psyche/Geist aus und es überrascht nicht, dass alternativ-medizinische

---

<sup>237</sup> HÖLLINGER/TRIPOLD; Ganzheitliches Leben; S 208-222.

<sup>238</sup> HELLER; Spiritualität versus Religion/Religiosität; S. 65.

<sup>239</sup> Ebd.; S. 63 ff.

<sup>240</sup> Ebd.; S. 65 ff.

Methoden wie Āyurveda, Homöopathie, TCM etc. vermehrt im Fahrwasser der neuen Spiritualitätsbewegung zu finden sind. Das Bedürfnis die moderne Trennung zwischen Körper und Geist wieder aufzuheben stellt, so Birgit Heller, eigentlich eine Rückwende zu den traditionellen Weltbildern dar, welche den Menschen immer in seiner Gesamtheit betrachtet haben: sowohl Leben und Tod als auch Körper und Geist bilden eine Einheit.<sup>241</sup>

## **4.2 Spirituell praktizierter Āyurveda im Westen**

Schon die Definition von Āyurveda besagt, dass die geistige und seelische Komponente eine wesentliche Rolle spielen. Etliche hier behandelte Bereiche wie das Verständnis von Gesundheit, Diagnosemethoden, Ernährung oder auch der holistische Zugang haben mehrfach das Thema der Spiritualität bzw. spirituelle Praktiken (z.B. Meditation) berührt. Die Vermutung liegt nahe, dass Āyurveda ein spirituelles Konzept ist. Āyurvedische Spiritualität hat – so wie die āyurvedische Praxis – mehrere Gesichter, je nachdem, ob Āyurveda in Europa betrachtet wird, in Indien, in der Praxis oder in den Schriften.

Im deutschen Sprachraum gibt es grob gesagt zwei Richtungen, die sich mit Āyurveda beschäftigen. Einerseits befasst sich eine Gruppe von WissenschaftlerInnen mit der Übersetzung und Interpretation der Originalschriften und/oder untersuchen wie Āyurveda angewandt bzw. interpretiert wird. Andererseits gibt es die Gruppe der tatsächlich Praktizierenden, die sowohl ÄrztInnen als auch PraktikerInnen umfasst. In die zweite Gruppe fällt auch das meiste was an Literatur auf dem Markt zu finden ist. Die Zugänge der theoretischen Gruppe und der praktischen unterscheiden sich deutlich.

In der populärwissenschaftlichen Literatur wird Āyurveda grundsätzlich als spirituelles Konzept dargestellt, zumindest insofern, als es um Heilung von Körper, Psyche, Geist und Seele geht oder Āyurveda als Lebensphilosophie bezeichnet wird. Die Suche nach innerer Zufriedenheit, Balance und Glück sind,

---

<sup>241</sup> HELLER; Spiritualität versus Religion/Religiosität; S. 61ff.

neben der Erlangung und Erhaltung von Gesundheit, zentrale Themen. Beispielsweise verspricht Kerstin Rosenberg, Leiterin der Europäischen Akademie für Ayurveda, dass der Āyurveda hilft, „Antworten auf die essentiellen Fragen des Lebens zu finden“<sup>242</sup>. Der Aspekt der Zufriedenheit wird selbst in Kochbüchern betont (z.B.: Sabnis 2014; Mehl 2011; Anand 2013). Aber nicht nur Wohlbefinden, sondern auch das Erlangen von Schönheit gelingt durch das Erkennen der eigenen wahren Natur und die Erfüllung der wahren Bedürfnisse erhöhen Lebensfreude, Liebesfähigkeit und Selbstvertrauen.<sup>243</sup>

Publikationen, die sich mit Āyurveda im allgemeinen beschäftigen – man könnte sie auch als „Handbücher“<sup>244</sup> des Āyurveda bezeichnen – beginnen oftmals mit einer kurzen Beschreibung der *Ṣatdarśanas*<sup>245</sup> oder einer Erklärung zum Zusammenhang mit den Veden und *Upaniṣaden* (z.B.: Rhyner 2001; Schrott/Schachinger 2005; Lad 2002) und stellen so klar einen Bezug zu religiösen bzw. spirituellen Einflüssen her. So gut wie immer findet sich ein eigenes Kapitel über *Yoga* mit einer Auflistung des achgliedrigen Pfads (*yama, niyama, āsana, prāṇāyāma, dharaṇa, dhyāna, samādhi*) und der Darstellung leichter Körperhaltungen (*āsanas*) und Atemübungen (*prāṇāyāma*). *Yoga* wird hier nicht als Fitnessprogramm empfohlen, obwohl natürlich die Körper- und Atemübungen der Gesundheit dienen, sondern ebenso als spirituelles Konzept verstanden, indem es letztlich um das Erreichen des reinen Bewusstseins geht.<sup>246</sup> Ebenso ist Meditation ein fixer Inhalt der „Handbücher“ und wird als wesentlicher Bestandteil der āyurvedischen Therapien beschrieben. Hier sei erwähnt, dass in den Publikationen von Maharishi Ärzten (z.B.: Schrott und Schachinger) die TM (Transzendente Meditation) einen sehr zentralen Platz einnimmt und für und gegen alle Beschwerden empfohlen wird.

---

<sup>242</sup> ROSENBERG; Mein Ayurveda-Wohlfühl Programm; S. 6.

<sup>243</sup> Ebd.; S.13.

<sup>244</sup> Es ist auffallend, dass die meisten Veröffentlichungen den Titel „Handbuch“, „Praxisbuch“ oder dergleichen im Titel haben.

<sup>245</sup> Als *Ṣatdarśanas* werden sechs philosophische Richtungen Indiens bezeichnet: *Nyāya, Vaiśeṣika, Sāṃkhya, Yoga, Mīmāṃsā, Vedānta*.

<sup>246</sup> Der Wandel von *Yoga* von einer geheimen philosophischen Lehre die von Meister auf Schüler weitergegeben wurde zu einem reinen Workout-Programm, das in jedem Fitnessstudio angeboten wird, ist ein eigenes Thema, das hier nicht ausführlicher behandelt werden kann, obwohl sicherlich etliche Parallelen zum Āyurveda-Verständnis im Westen zu finden sind.

Neben Yoga und Meditation werden meist auch andere (feinstoffliche) Techniken, die landläufig im esoterisch-spirituellen Bereich angesiedelt werden, empfohlen. Dazu gehören Edelsteintherapie, das Rezitieren und Singen von Mantras, Horoskope, die heilende Wirkung von Farben und Düften oder auch die Betrachtung der indischen Raumlehre, dem *Vāstu* (vgl. Frawley 1999; Schrott/Schachinger 2005; Rhyner 2001; Lad 2010).

Bei vielen AutorInnen wird Spiritualität konkret thematisiert und als unumgänglich für eine richtige (āyurvedische) Behandlung des Menschen erklärt. Ebenso wird gerne der Unterschied zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin hinsichtlich der spirituellen Einstellung aufgezeigt. Für alle populärwissenschaftlichen AutorInnen steht außer Frage, dass Āyurveda ein spirituelles Konzept ist.<sup>247</sup> Beispielsweise stellt einer der amerikanischen Āyurveda Pioniere David Frawley fest, dass die moderne naturwissenschaftliche Medizin sich von den „äußeren Formen“ der Religion lösen musste, um zu ihren Erkenntnissen zu gelangen, da die Wissenschaft Freiheit und Objektivität voraussetzt und diese von den Dogmen und dem autoritären Verhalten der Religion unterdrückt würde. Gleichzeitig hat sie dadurch aber viel verloren, da sie die „inneren Aspekte“ der Religion, nämlich Liebe, Hingabe und Vertrauen, ebenfalls ausgeschlossen hat.<sup>248</sup> Für ihn steht außer Zweifel:

„Ayurveda kann keine Medizin ohne Religion akzeptieren. Aus seiner heiligen, traditionellen Perspektive wäre das so, als wolle man ohne Liebe heilen.“<sup>249</sup>

Auch für den Schweizer Āyurveda-Praktiker Hans H. Rhyner ist der Körper ein Haus Gottes und der Āyurveda schließt Gott selbstverständlich mit ein, um nur einige Beispiele zu nennen.<sup>250</sup>

---

<sup>247</sup> Es mag Ausnahmen geben, ich habe allerdings keine gefunden.

<sup>248</sup> FRAWLEY; Das große Ayurveda-Heilungsbuch; S. 20.

<sup>249</sup> Ebd.

<sup>250</sup> Vgl. RHYNER; Das Praxis Handbuch Ayurveda.

### 4.3 „New Age Āyurveda“ oder Āyurveda als Religion?

Der amerikanische Indologe Kenneth G. Zysk spricht von einem „New Age Āyurveda“ den er dem „Klassischen Āyurveda“ gegenüber stellt.<sup>251</sup> Er bezeichnet damit den Āyurveda, der von Menschen nicht-indischer Herkunft in den Westen gebracht wurde und stark von den Werten des „New Age“ beeinflusst ist. Als „New Age“ versteht er eine Bewegung, die sich gegen die jüdisch-christlichen Traditionen und das Establishment gestellt, die Lehren indischer Gurus wie Swami Vivekananda oder Swami Paramahansa Yogananda (um nur zwei von etlichen zu nennen) begrüßt und ein neues, spirituelles Zeitalter erwartet haben. Der Mensch wurde als Ganzheit verstanden und holistische Heilungsmethoden wurden wieder entdeckt oder neu entwickelt. So bildeten sich im Laufe der Zeit vor allem alternativ-medizinische Systeme zu wichtigen Trägern der spirituellen und holistischen Werte des „New Age“ heraus. Wie sich „New Age“ nun auf Āyurveda auswirkt untersucht Zysk vor allem an drei prominenten Pionieren der US-amerikanischen Āyurveda-Szene: Vasant Lad, Robert Svoboda (ein Schüler Lads), dem Maharishi Ayurveda und Deepak Chopra. Für Zysk ergeben sich vier Charakteristika des „New Age Āyurveda“ die er dem „Klassischen Āyurveda“ gegenüber stellt:

1. Das antike Alter des Āyurveda hat einen hohen Stellenwert und er wird als Ursprung aller Medizinien dargestellt. Dieser Aspekt soll Authentizität verleihen, ist aber nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht haltbar.
2. „New Age Āyurveda“ steht in einer engen Verbindung mit indischer Spiritualität insbesondere mit Yoga, oder wie Zysk formuliert: „Everthing is spiritual“<sup>252</sup>. Im Gegensatz dazu habe sich der „Klassische Āyurveda“ bewusst von der spirituellen Praxis des Yoga (der yogischen Askese) getrennt verstanden. Mystische, spirituelle oder religiöse Aspekte sowie Meditation waren nie Teil der

---

<sup>251</sup> Vgl. zum Folgenden: ZYSK; New Age Āyurveda or What Happens to Indian Medicine When it Comes to America.

<sup>252</sup> ZYSK; New Age Āyurveda or What Happens to Indian Medicine When it Comes to America; S. 24.

āyurvedischen Lehre. Allerdings waren Religion und Riten so fest im Leben der Āyurveda-Ärzte verankert, dass es vermutlich nicht notwendig war diese extra ins āyurvedische Handeln miteinzubeziehen.

Dieser Darstellung Zysks sei hinzuzufügen, dass Yoga und Āyurveda heute nicht nur im Westen verbunden werden, sondern ebenso in Indien. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass sich das Verständnis von Yoga im Gegensatz zum Āyurveda vermutlich viel stärker verändert hat. Yoga, wie er im Westen praktiziert wird, und vielfach auch in Indien, hat oft nichts mit der dahinterstehenden Philosophie und sicherlich noch weniger mit Askese zu tun. Yoga ist in den letzten 15 Jahren zu einem Megatrend geworden und man verbindet es oftmals mehr mit Lifestyle als mit Spiritualität. Wer heute Yoga machen möchte braucht sich schon lange nicht mehr mit dem Gedankengut des „New Age“ auseinander zu setzen, ein Besuch im Fitnessstudio genügt.

3. „New Age Āyurveda“ ist eine „body-mind“ Medizin. Es wird davon ausgegangen, dass der Geist/die Seele enormen Einfluss auf die Gesundheit des Körpers haben und wer den Geist gemäß den yogischen Lehren kontrollieren kann, gesund bleibt/wird. Im „Klassischen Āyurveda“ hingegen wird *prajñāparādha* (Fehler im Verständnis) und *asātmendriyārthasamyoga* (der ungesunde Kontakt der Sinnesorgane mit den Objekten) für Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht. *Prajñāparādha* resultiert meist aus *karma* eines vorangegangenen Lebens und bedeutet, dass auf Grund von Ignoranz die Naturgesetze missachtet wurden, und ein Schwinden der Geduld verursacht durch eine emotionale Inbalance zu bemerken ist, sowie eine Verschlechterung der Gedächtnisleistung. Für Zysk besteht hier ein drastischer Unterschied zum Verständnis des „New Age Āyurveda“, der m.E. nicht eindeutig ersichtlich ist und auch die für die vorliegende Arbeit geführten Interviews mit den indischen Vaidyas zeigen, dass die

Eigenschaften des Geistes (*sattva*, *rajas*, *tamas*) maßgeblich für Gesundheit und Krankheit verantwortlich sind.

4. „New Age Āyurveda“ präsentiert sich als sanft, ungefährlich, natürlich und ohne Nebenwirkungen. Im Gegensatz dazu sind viele Methoden des (klassischen) Āyurveda, wie *vamana* (Erbrechen) oder *agnikarma* (glühend heißes Metall wird punktuell gegen die Haut gedrückt), wohl kaum als sanft zu bezeichnen und können unter Umständen auch gefährlich sein.

Es ist aber zu bedenken, dass hierbei auch immer rechtliche Limitierungen eine tragende Rolle spielen, da im deutschsprachigen Raum body branding zwar als Körperschmuck erlaubt ist, *agnikarma* im medizinischen Bereich aber eher nicht toleriert wird.

Āyurveda, so wie er im Westen praktiziert wird, unterscheidet sich laut Zysk stark vom klassischen Āyurveda und ist wesentlich davon abhängig wer, ihn hier im Westen praktiziert und welche Unterstützung von indischen Āyurveda-ÄrztInnen gegeben ist. Es scheint als würden sich, plakativ gesprochen, der „(gute?) originale, authentische“ Āyurveda, wie er im alten Indien nach den ursprünglichen Schriften gelehrt und gelebt wurde, und der „verfälschte, esoterisch (oberflächliche?)“, leicht abschätzig als „New Age Āyurveda“ bezeichnete gegenüberstehen. Ob Zysk mit dieser Gegenüberstellung die Entwicklung des Āyurveda neutral darstellt oder die Echtheit des heute praktizierten Āyurveda in Frage stellt, lässt sich nicht beantworten. Es ist allerdings zu sehen, dass das Thema der Authentizität immer wiederkehrt, sowohl in der westlichen als auch in der indischen Āyurveda-Branche und oftmals als Legitimationsgrundlage dient. Selbstverständlich liegt das Bild des Āyurveda im Auge der BetrachterIn und beispielsweise Maharishi Ayur-Ved (ein in sich geschlossenes System das sich um den spirituellen Guru Maharishi Mahesh Yogi dreht und die Transzendente Meditation als wichtiges Instrument benutzt) präsentiert sich in einem anderen Licht als eine Āyurveda-Praktikerin, die vor allem Ölmassagen macht und Ihre KlientInnen kaum mit spirituellen Weisheiten beheligt. Dennoch sollte die Ernsthaftigkeit und die Kompetenz der so Praktizierenden nicht grundlegend in

Frage gestellt werden. Nebenbei bemerkt hat Dr. Harsha Gramminger, die für die vorliegende Arbeit interviewt wurde, bereits drei Bände unter dem Titel „New Age Ayurveda“ veröffentlicht.

Dem Bild des esoterischen (flachen?) Āyurveda entspricht auch die ausführliche Analyse von Webseiten verschiedener Āyurveda-AnbieterInnen in Deutschland und populärer Ernährungsbücher der Religionswissenschaftlerin Anne Koch. Sie hat das „unterschwellige religiöse Feld“ untersucht und so ihre Theorie des „Reflexiven Kurierens“ herausgearbeitet.<sup>253</sup> Nahrung ist ein sehr emotional behaftetes Thema und die spirituelle Komponente des Essens wird oftmals in den Vordergrund gerückt. Der Markt für Kochbücher, Ernährungsratgeber und Wohlfühlbücher boomt.<sup>254</sup> Die Bücher und deren Inhalte lassen sich in die vier Sparten Gesundheit, Abnehmen, Spiritualität, Individualität/ Typenlehre einteilen. Es werden mit Vorliebe unterschiedlichste Bereiche in Verbindung gebracht, die so sämtliche Aspekte des Lebens abdecken. Koch fasst zusammen:

„Zudem sind die Köche ‚inspiriert‘ und bringen Neues hervor. Zugleich sind sie Wissenschaftler (‚und Backen wird zur Wissenschaft‘), denn sie backen im Einklang mit den Naturgesetzen und müssen sich mit Gewaltfreiheit und Liebe auskennen.“<sup>255</sup>

Die Bücher sind voll von spirituellen Weisheiten, Ratschlägen für ein bewussteres, gesünderes und längeres Leben, Nahrung wird zum Gottesdienst, zu einer sinnlichen Erfahrung im Einklang mit den Elementen.<sup>256</sup>

Trotz dieser sarkastisch anmutenden Beschreibung zeigt sich im Weiteren, dass Koch die spirituellen Auslegungen des Āyurveda sehr ernst nimmt. Sie folgert, dass in der vorherrschenden Religion im deutschsprachigen Raum, dem Christentum, abgesehen von Fastenzeiten, keine eigene Diätetik beschrieben ist, obwohl am Beispiel des letzten Abendmahls abzulesen ist, dass auch in unserer Kultur das (gemeinsame) Essen einen hohen Stellenwert hat. Nahrung dient im Christentum eher als Symbol. Der Āyurveda hingegen könne dieses Bedürfnis,

---

<sup>253</sup> Vgl. KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung.

<sup>254</sup> Vgl. Kapitel 2.3.

<sup>255</sup> KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung; S. 249.

<sup>256</sup> KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung; S. 248 ff.

der Nahrung mehr Bedeutung beizumessen, weltanschaulich und spirituell bedienen. Im weiteren Vergleich mit dem Christentum scheint es, dass der Āyurveda lediglich in Bezug auf Totenrituale und Begräbniskultur keine passende Alternative bietet, denn selbst die reinigende bzw. läuternde Funktion der Religion lässt sich in Form von Entgiftung und Rückzug erfahren, und führt so zu einem „Ablass“ wie er sonst während einer Pilgerreise erfahren wird.<sup>257</sup> So meint sie:

„Und selbst die emische Verneinung, mit Ayurveda eine Religion zu haben, ist ethisch als Aktion innerhalb des religiösen Feldes zu beurteilen, z.B. als Polemik, Abgrenzung oder verändertes Religionsverständnis und nicht als Religionslosigkeit. Auch Motive wie Sehnsucht nach Gleichgewicht, die Suche nach Altehrwürdigem und gesundem Leben sollten in das Cluster Religion aufgenommen werden, wenn das sozialwissenschaftliche Cluster nicht doch wieder ein in Wissenschaft verlängerter christlicher Religionsbegriff sein soll.“<sup>258</sup>

Es spricht einiges dafür, dass Āyurveda heute inhaltlich bestimmte Komponenten spiritueller Natur aufweist, die ebenso in das Cluster Religion einbezogen werden könnten bzw. im „religiösen Feld“<sup>259</sup>, wie Koch es bezeichnet, zu suchen sind. Trotzdem ist Āyurveda nicht als Religion zu verstehen. Āyurveda ist in Indien klar als Medizin definiert und im deutschsprachigen Raum als Gewerbe und fällt steuerrechtlich sicherlich nicht in die Gemeinnützigkeit, im Gegensatz zu religiösen Vereinen oder Kirchen. Und selbst wenn nicht zu bezweifeln ist, dass die Grenzen zwischen den Bereichen unscharf sein können und eine (geheime) Philosophie zu einem (Massen-) Sport werden kann, wie am Beispiel Yoga zu sehen ist, oder wie Tantra im Westen primär als Sexualpraxis verstanden wird, so wäre es sinnvoll, wenn Āyurveda bleibt was es ist, nämlich eine Medizin.

Dennoch, Āyurveda wird mit Maß und Balance assoziiert, in welche selbstverständlich alle Komponenten des menschlichen Seins miteinbezogen werden. Spiritualität wird so ganz natürlich ein wichtiger Bestandteil, insbesondere wenn die Definition sehr weit gefasst ist:

---

<sup>257</sup> KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung. S. 262.

<sup>258</sup> KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung. S. 264.

<sup>259</sup> Das „religiöse Feld“ beschreibt hier „eine religionswissenschaftlich interessante Schicht quer durch alle Segmente des Kulturgeschehens hindurch“. KOCH; Zur religiösen Codierung moderner Ernährung; S. 243.

„Sobald jedoch Heilwissen auf das Lebensganze bezogen ist, wird es auf der Objektebene mancherorts spirituell genannt. Spirituell bezeichnet nicht mehr nur die Innigkeit einer Frömmigkeit, sondern Lebenshaltung im ganzen, auch beruflichen Leben. Insofern Ayurveda Ernährung, Wohnen, Kosmetik, Tagesrhythmus und Gesundheitspflege betrifft, ist er nach diesem Sprachgebrauch spirituell.“<sup>260</sup>

Nach diesem offenen Verständnis von Spiritualität wird sie im deutschsprachigen Raum zu einem wesentlichen Bestandteil der āyurvedischen Praxis. Auch wenn nicht primär damit geworben, noch Āyurveda als Religion oder Spiritualität verstanden wird, ist der spirituelle „Touch“ immer wahrzunehmen.<sup>261</sup> Dieser spirituelle Zugang in Form einer holistischen Betrachtung des Menschen dient als Abgrenzung zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin und verhilft dem Āyurveda zu mehr Attraktivität. Die Verbreitung āyurvedischen Wissens findet über Teemischungen und Wellness-Angebote bis hin zu Massage, Ernährungsberatung und Reinigung (*Pañcakarma*) statt. Im Zentrum steht immer der Mensch in seiner Gesamtheit als Körper-Geist-Seele Einheit, die Individualität der einzelnen Person sowie der Behandlung, Prävention und womöglich die Umstellung auf einen Sinn-vollen Lebensstil. Diese Merkmale sind allerdings nicht nur auf den Āyurveda beschränkt, auch andere (alternativ) medizinische Systeme wie die Traditionelle Chinesische Medizin oder Homöopathie weisen vermutlich ähnliche Muster auf. Dies führt zu einem Wandel in der Medizinlandschaft und medizinische Heilung verwischt zu Heilsein. Das neue daran ist, so Koch, dass dieses Heil nicht von einer Religion ausgeht, sondern von einem medizinischen System.<sup>262</sup>

#### **4.4 Spirituelle Aspekte des Āyurveda in den Schriften**

Āyurveda hat eine lange Geschichte und der Fokus als auch seine Methoden variieren in der Praxis je nachdem, wann und vor allem wo sie umgesetzt werden. In der Analyse von āyurvedischer Populärliteratur als auch der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zeigt sich schnell, dass sich die

---

<sup>260</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 23.

<sup>261</sup> KOCH; Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld?; S. 24.

<sup>262</sup> KOCH; Wie Medizin und Heilsein verwischen; S. 180f.

Konzentration im Westen stark auf spirituelle Inhalte ausgerichtet und Āyurveda oftmals in einem „esoterischen“ Licht präsentiert wird. Aber auch in den ältesten āyurvedischen Schriften ist der Bezug zu philosophisch spirituellen Strömungen bzw. brahmanisch religiöses Gedankengut nicht zu übersehen. Sowohl bei *Caraka* als auch bei *Suśruta* lassen sich etliche Passagen finden, die religiöse Inhalte darstellen, noch stärker tritt dieser Aspekt später bei den Kommentatoren (z.B. *Cakrapāṇidatta* für *Caraka*) in den Vordergrund. Der Bezug zu spirituellen/religiösen Inhalten variiert je nach Epoche und Autor, es finden sich Schriften, die sich besonders stark damit beschäftigen und andere, die diesen Zugang völlig vernachlässigen.<sup>263</sup> In der zeitgenössischen westlichen Darstellung des Āyurveda hat Spiritualität durchgängig große Bedeutung. Zum Beispiel listen etliche AutorInnen<sup>264</sup> eine Dreiteilung der Therapiemethoden auf, wobei diese unterschiedlich übersetzt und interpretiert werden:

1. *Yuktivyapāśraya* – die rationale Therapieform bzw. Heilkunde: In diesen Bereich fallen alle Störungen, die sich auf der funktionellen und strukturellen Körperebene mithilfe der Körpertherapien wie Reinigung (*Pañcakarma*), Massagen, Ernährung und Arzneien behandeln lassen.
2. *Daivavyapāśraya* – die spirituelle Therapieform bzw. die übernatürliche Heilung: Hier werden Krankheiten bzw. Störungen auf einer spirituellen Ebene behandelt, im Sinne von Glaube, Gebeten, Meditation, Ritualen oder Mantrarezitation, um alte Traumata aus diesem oder dem vergangenen Leben zu bereinigen oder karmische Zusammenhänge zu lösen.
3. *Sattvāvajaya* – die psychologische Therapieform bzw. subtile Heilkunde: Dieser Aspekt der Heilung umfasst philosophische Zugänge und Meditation. Rhyner ordnet diesem Bereich auch Cakrabehandlungen, Handauflegen, Edelsteintherapie etc. zu.

---

<sup>263</sup> MEULENBELD; The Many Faces of Āyurveda; S. 1-3.

<sup>264</sup> Vgl. ROSENBERG; Mein Ayurveda-Wohlfühl Programm; S. 6 f.; RHYNER; Das Praxis-Handbuch Ayurveda; S. 256 f.

Diese Dreiteilung stammt aus der *Carakasamhitā*<sup>265</sup>, aber auch *Suśruta*<sup>266</sup> und *Vāgbhaṭa*<sup>267</sup> führen diese Gliederung an. Neben der Therapie haben auch die Krankheiten drei verschiedene Ursprünge, die durchaus übernatürlicher Natur sein können:

„There are three types of diseases – endogeneous, exogeneous and psychic. Endogeneous diseases are caused by the morbid doṣas of the body; exogeneous by demoniac seizures, poisonous substances, wind, fire or trauma. Psychic ones by the association with agreeable as well as disagreeable thing.“

CaS 1.11.45<sup>268</sup>

Sehr ausführlich beschäftigt sich Wolz-Gottwald mit den drei verschiedenen Therapieformen respektive mit den drei Arten von Krankheit, wobei auch er andere Übersetzungen verwendet. Er führt diese zwei Dreiteilungen zusammen und erklärt, dass die erste Art der Krankheit, also die endogenen Krankheiten, deren Ursprung im Körper selbst oder im eigenen Handlungsrahmen auf Grund von falscher Lebensweise, Ernährung etc. zu finden ist, auf die *rationale Therapie* anspricht. Die exogenen Krankheiten, also solche die ihren Ursprung außerhalb des eigenen Handlungsbereichs und Körpers haben und von Göttern, Geistern, Dämonen oder auch Unfällen herrühren, werden mit der *magisch-religiösen Therapie* (weiter oben als spirituelle bzw. übernatürliche Therapie bezeichnet) behandelt. In der *Carakasamhitā* wird beispielsweise, so Wolz-Gottwald, zwischen Fluch oder Zauber verursachtem Fieber und einem natürlich entstandenen Fieber unterschieden, wo ersteres mit Ritualen, Rezitation heiliger Verse, Opfergaben und dergleichen geheilt werden kann. Die zweite Art wird mit „herkömmlichen“ Mitteln wie Arzneien, Ernährung etc. behandelt. Allerdings werden Gebete, Askese und Mantra Rezitation auch als „All-Fieber-Therapie“ bezeichnet. Als großen Anwendungsbereich für diese Form der Therapie sieht Wolz-Gottwald die Psychiatrie, wobei hier nicht alle psychischen Störungen in einen Topf geworfen werden, sondern je nach endogener oder exogener Ursache die Art der Therapie gewählt wird. Denn auch falscher Lebensstil oder

---

<sup>265</sup> CaS 1.11.54.

<sup>266</sup> SuS 1.1.4.

<sup>267</sup> AHS 6.6, 6.40.59-66.

<sup>268</sup> CaS Vol I; S. 227.

ungesunde Ernährung können sich negativ auf die Psyche auswirken.<sup>269</sup> Die dritte Kategorie der Krankheiten hat ihren Ursprung in der Psyche und könne mit allen drei Methoden behandelt werden, die „höchste Form von Psychotherapie und Therapie schlechthin“ sei aber die dritte Methode, die „*philosophische Psychotherapie*“.<sup>270</sup> Wolz-Gottwald ist sich durchaus bewusst, dass der von ihm gewählte Ausdruck *philosophische Psychotherapie* problematisch ist, da sich einerseits die philosophischen Schulen Indiens, deren Konzepte für diesen Therapieansatz im Āyurveda herangezogen werden, nie als Therapie bezeichnet haben und andererseits auch der Begriff „Psyche“ als solcher nicht einheitlich existiert. Es werden viel mehr verschiedene Begriffe wie *sattva*, *manas* und *cetas* teils synonym, teils abweichend verwendet, um auch unterschiedliche Bereiche des Geistes zu bezeichnen. Ebenso kann der Ausdruck „Psychotherapie“ falsch verstanden werden, wenn man ihn auf die Behandlung von Neurosen und Psychosen reduziert.<sup>271</sup> Er definiert den Begriff wie folgt:

„Psychotherapie meint hier das dritte „Heilmittel“, das als „höchste Therapie“ bezeichnet wird. Es geht um die Ausarbeitung insbesondere der therapeutischen Komponente der spirituellen Philosophie Indiens. Um hier zu differenzieren, habe ich den Terminus „philosophische Psychotherapie“ gewählt, wobei unter Philosophie wiederum keine reine Denkwissenschaft sondern der ganzheitliche Ansatz der spirituellen Philosophie gemeint ist, der die Praxis von bewusstseins-fördernder Übung und Reflexion einschließt.“<sup>272</sup>

Die Ausführungen von Wolz-Gottwald wurden scharf kritisiert. Der Indologe Rahul P. Das beanstandet Wolz-Gottwalds leichtfertigen Umgang mit diversen Sanskritbegriffen und kommt zu dem Schluss, dass immer wieder intuitiv übersetzt und Verschiedenartiges vermengt wurde und die Übersetzungen dadurch teilweise ungenau oder schlichtweg falsch sind. Unter anderem führt er ein Beispiel in Bezug auf eine Stelle im *Aṣṭāṅgahṛdaya* (AHS 1.12.64) an, die Wolz-Gottwald folgendermaßen übersetzt:

„...dass es zum Beispiel für den ayurvedischen Arzt nur sekundär ist, einen Namen der Krankheit zu wissen. Er muss die Symptome der

---

<sup>269</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 61 ff.

<sup>270</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 23 f.

<sup>271</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 66.

<sup>272</sup> Ebd.; S.66 f.

Krankheit beachten, alle genauen Umstände und Zusammenhänge erkennen und daraus Schlüsse auf die Herkunft der Krankheit ziehen“.<sup>273</sup>

Das‘ Übersetzung besagt im Gegensatz dazu, dass sich ein Arzt nicht zu schämen habe, wenn er eine Krankheit nicht mit einem Namen belegen könne, da nicht bei allen Krankheiten Gewissheit in Bezug auf den Namen herrsche.<sup>274</sup> Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass diese beiden Übersetzungen sich unterscheiden, die Frage ist aber ob diese Andersartigkeit für die Praxis Konsequenzen hat oder ob nicht beide Übersetzungen im Endeffekt für die Praxis dasselbe bedeuten.<sup>275</sup> Interessanterweise zeigt ein Zitat aus den Interviews mit den indischen Āyurveda-ÄrztInnen, dass diese Stelle des *Aṣṭāṅgahṛdayam* genauso verstanden wird, wie sie Wolz-Gottwald interpretiert:

#### **Nandanikar und Begwe**

“In Āyurveda they say it is not necessary that the disease should have a name, depending upon the *doṣa*-s, the *dhātu*-s to what degree they are vitiated. So according to these lines also we are giving treatment.”

Auch Gadgil beschreibt das Problem, dass viele Krankheiten der heutigen Zeit, beispielsweise Krebs nicht jenen des alten Indien entsprechen. Es ist daher wichtig sich an der Symptomatik der Krankheit zu orientieren, um eine richtige Diagnose und die passende Behandlung zu finden.

Das‘ Kritik ist aus philologischer Sicht völlig berechtigt und ebenso darin, dass die von Wolz-Gottwald angeführten Stellen aus den Schriften teilweise einen völlig anderen Inhalt aufweisen, als er es darstellt. Dennoch zeigt dieses Beispiel die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, denn wenngleich die Übersetzung philologisch Fehler beinhalten mag, ist es letztlich die Interpretation der Praktizierenden die dem Āyurveda seine Form geben und weniger die der

---

<sup>273</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 27.

<sup>274</sup> DAS; Indische Medizin und Spiritualität; S. 161. (Fußnote)

<sup>275</sup> Mittwede übersetzt die Stelle folgendermaßen: „Wer (als Arzt) den Namen einer Krankheit nicht kennt, möge nie verlegen sein; denn in bezug auf die Namen aller Krankheiten gibt es keine feststehende Basis. Es ist eben ein *doṣa*, der durch verschiedenartige Faktoren erregt worden ist, und nachdem er zu anderen Standorten hingelangt ist, verursacht er viele krankhafte Veränderungen.“ (MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 58).

Philologen, deren Interpretation teilweise als „Haarspalterei“ erscheint und schließlich am Ziel vorbei schießen könnte.<sup>276</sup>

Auch Mittwede nimmt Bezug auf die Dreiteilung Wolz-Gottwalds, ebenso auf die Kritik Das' die er als „hart aber philologisch berechtigt“ bezeichnet. Mittwede hinterfragt inwieweit diese Kategorisierung tatsächlich dem Handeln der Vaidyas entsprach, „ob also der Arzt zeitweilig seinen rationalen Ärztekittel ausgezogen hat, um sich gewissermaßen dem Irrationalen hinzugeben“, wobei er aber einräumt, dass diese Dreiteilung hilfreich sein kann, um die verschiedenen Aspekte des Āyurveda zu verdeutlichen.<sup>277</sup>

Warum diese Kategorisierung Wolz-Gottwald zugeschrieben wird ist unklar, da in einer gängigen englischen Übersetzung der *Caraka Saṃhitā* zu lesen ist:

„Therapies are of three kinds, viz., spiritual therapy, therapy based on reasoning (physical propriety) and psychic therapy. Spiritual therapies are incantation of mantras, talisman, wearing of gems [...], administration of proper diet and medical drugs comes under the second category. Withdrawal of mind from harmful objects constitutes psychic therapy.“  
CaS 1.11.54<sup>278</sup>

Hier ist offensichtlich von drei verschiedenen Formen der Therapie die Sprache, die in spirituelle, auf logischem Denken basierende und psychische Therapien unterschieden werden. Ebenso gibt es eine 2010 veröffentlichte Publikation des indischen Vaidyas Ajay Kumar Sharma unter dem Titel „Psychotherapy (Sattvavajaya Chikitsa) in Ayurveda“.<sup>279</sup>

Rahul P. Das stößt sich insbesondere an Wolz-Gottwalds Verwendung der Begriffe „magisch-religiös“ als Unterscheidung zu „rational“, was alles magisch religiöse somit als irrational bezeichnet. R.P. Das weist darauf hin, dass auch ein magisches, rituelles Verhalten rational verstanden werden kann, da alle rituell

---

<sup>276</sup> Auch ein anderes, von Das kritisiertes Beispiel ist mir bekannt. Laut Wolz-Gottwald entsprechen die doṣas nach Aussage der *Suśrutasaṃhitā* Wind, Sonne und Mond. In Das' Übersetzung ist hier lediglich ein Vergleich zwischen den doṣas und den Naturgewalten zu finden, was man zwar im Sinne einer Entsprechung von Mikro- und Makrokosmos interpretieren könne, seiner Meinung nach aber wiederum am genauen Wortlaut vorbei geht. Aus meiner Praxiserfahrung weiß ich, dass Dr. Godbole gerne gerade dieses Bild, dass *vāta*, *pitta* und *kapha* den drei Energien von Wind, Sonne und Mond entsprechen, zu Beginn diverser Āyurveda-Vorträge verwendet.

<sup>277</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 177 f.

<sup>278</sup> CaS Vol. I; S. 231.

<sup>279</sup> SHARMA; Psychotherapy (Sattvavajaya) in Ayurveda.

gesetzten Maßnahmen bestimmte Mächte in Bewegung setzen sollen und somit gezielte Konsequenzen nach sich ziehen. In einem magischen Weltbild ist also alles mit einer Macht besetzt und ebenso logisch nachvollziehbar. R.P. Das verdeutlicht diese Darstellung am Beispiel des Händewaschens. Würde jemand nach dem Toilettengang mit ungewaschenen Händen Nahrung zu sich nehmen und daraufhin krank werden, so hätte er die Macht in Form der Krankheit befähigt sich in ihm zu manifestieren. Auch die Erkenntnis, dass Bakterien oder Viren für die Krankheit verantwortlichen sein könnten widerspricht diesem Bild nicht, da die Macht beispielsweise Besitz über diese ergriffen hat oder diese ohnehin ständig von der Macht bestimmt sind. Da der Āyurveda zu seiner Entstehungszeit in ein magisches Weltbild gebettet war, scheint es für Das unwahrscheinlich, dass zwischen medikamentösen und rituellen Therapien in dem Ausmaß wie es Wolz-Gottwald darstellt, unterschieden wurde.<sup>280</sup> Wenngleich Das' Argumentation nachvollziehbar ist und Wolz-Gottwalds Veröffentlichung durchaus polemische Elemente aufweist, wenn beispielsweise erklärt wird, dass die mangelnden anatomischen Kenntnisse im Āyurveda darauf zurückzuführen sind, dass der Mensch als Ganzes und nicht als Maschine verstanden wurde, scheint die Kritik sehr heftig auszufallen.<sup>281</sup> Zumal bedacht werden muss, dass das was Wolz-Gottwald hier als „rational“ bezeichnet für so manchen modernen westlichen Menschen vollkommen irrational erscheinen mag.

Letztlich kann diese Unterteilung in rationale, magisch-religiöse (spirituelle) und psychologische Medizin auch so interpretiert werden, dass den Āyurveda-ÄrztInnen verschiedene Aspekte der Heilung zur Verfügung stehen und sie sich nicht dem einen oder anderen Bereich verschließen sollen. Es ist wohl auch nicht notwendig, den „rationalen Ärztekittel“ auszuziehen, um sich der spirituellen Methode zu bedienen, da es möglich ist, viele Aspekte in die Behandlung eines Menschen einfließen zu lassen ohne dass sie betitelt werden müssen. So könnte wohl ein Chirurg in einer schwierigen Operationsphase ein „Vater Unser“ flüstern, würde also ein Gebet verwenden, welches dem magisch-religiösen Bereich

---

<sup>280</sup> DAS; Indische Medizin und Spiritualität; S. 162 ff.

<sup>281</sup> Ebd.;

zugeordnet ist und trotzdem, ohne große Bemühungen, seinem rationalen Handwerk weiter nachgehen.

Für diese Arbeit ist es nicht weiter relevant, ob Textstellen aus der *Carakasamhitā* aus philologischer Sicht tatsächlich richtig übersetzt worden sind, sondern viel mehr, wie der Āyurveda und seine Schriften interpretiert werden. Mittlerweile ist Wolz-Gottwalds Buch vergriffen, aber wie sich gezeigt hat verwenden auch andere AutorInnen diese Dreiteilung der Therapien. Ob sie diese von Wolz-Gottwald, aus der *Carakasamhitā* oder von ihren LehrerInnen übernommen haben, ist nicht nachvollziehbar.

Es ist zu sehen, dass die Schriften des Āyurveda mehrfach religiöse bzw. spirituelle Hinweise liefern. So wird vom Arzt verlangt, dass er fromm und rein ist und die Pfeiler des Āyurveda (Arzt, PatientIn, Pflegeperson, Droge) werden mit den Pfeilern des brahmanischen Rituals verglichen (SuS 1.34.16c-22ab). Caraka beschäftigt sich in *Śārīrasthāna* ausführlich sowohl mit dem Thema der Wiedergeburt (CaS 1.11.1-33) als auch mit der Beschaffenheit der Seele (ab CaS 4.1.) und spiegelt Prinzipien von *Sāṃkhya* und *Vaiśeṣika* wieder. Er erläutert den Unterschied zwischen der „absoluten Seele“ und der „erfahrbaren“ und wie *mokśa* (Befreiung) zu erreichen ist (CaS. 4.1.137). Besonders bemerkenswert ist die Platzierung dieser Thematik in den Schriften, nämlich in *Śārīrasthāna*<sup>282</sup>, dem Buch das Physiologie und Anatomie des Menschen beschreibt. Ebenfalls in *Śārīrasthāna* wird Empfängnis, Entwicklung des Embryos und Geburt dargestellt und auch hier lassen sich religiöse Elemente wiederfinden. Mann und Frau sind beispielsweise dazu angehalten vor dem Geschlechtsverkehr einen bestimmten *Mantra* zu rezitieren (CaS. 4.8.5-8).<sup>283</sup>

In der westlichen Interpretation des Āyurveda sind neben Yoga und Astrologie vor allem auch *Mantras* ein beliebtes Werkzeug zur Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit. *Mantras* sind in den alten Schriften zwar nicht häufig aber durchgängig zu finden, im Gegensatz zu Yoga und Astrologie. Dem

---

<sup>282</sup> Skt: *śārīra* - Körper, *sthāna* - Platz.

<sup>283</sup> Wie auch bei Vāgbhaṭa, AHS 2.1.27b-33.

Indologen Meulenbeld zu Folge wird einzig im anonymen *Āyurvedasūtra* eine Verbindung zu Yoga hergestellt und im *Vīrasimhāvaloka* zu Astrologie.<sup>284</sup>

Prinzipiell ist anzunehmen, dass sich die āyurvedischen Schriften stark an den Maßstäben des brahmanischen Regelwerks, wie sie beispielsweise in *Manu's Dharmaśāstra* zu finden sind, orientieren. Allerdings finden sich auch Widersprüche, zum Beispiel sind in den Schriften Rezepturen angeführt, insbesondere verschiedene Fleischsorten wie die des Elefanten oder des Pferdes, die von brahmanischer Seite verpönt sind. Es wird dem Arzt auch angeraten, diese Zubereitungen den PatientInnen unter einem falschen Namen zu servieren, da diese sonst Abscheu empfinden und sie entweder verweigern oder nach dem Verzehr wieder erbrechen würden. Hier, so *Cakrapāṇidatta* (*Caraka's* wichtigster Kommentator), ist es nicht das Ziel den *dharma* zu erfüllen, sondern Gesundheit zu erreichen. Und obwohl die Lüge normalerweise verboten ist, versündigt sich der Arzt in diesem Fall nicht, da seine Beweggründe der Wiederherstellung der Gesundheit dienen.<sup>285</sup>

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Āyurveda als spirituelles Konzept verstanden werden kann, wobei die spirituelle Ausrichtung (auch Konfession) nicht vorgegeben ist (Stichwort *brāhmaṇische* Religiosität versus esoterische New Age Spiritualität, und genauso gibt es muslimische Vaidyas in Indien). Die Literaturrecherche zeigt, dass es jedoch Unterschiede im indischen und westlichen Zugang zu Āyurveda und Spiritualität gibt. Es scheint, als wäre Spiritualität bzw. Religiosität in Indien so fest in der Gesellschaft verankert, dass ihr zwar große Bedeutung beigemessen, diese aber weder als Aushängeschild noch als Abgrenzung bzw. Unterschied zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin verwendet wird. Spiritualität muss nicht extra betont werden, sie ist natürlich in dem System enthalten bzw. gab es, wahrscheinlich sowohl zur Zeit *Carakas* als auch heute eher Bemühungen, spirituelle Aspekte außen vor zu

---

<sup>284</sup> MEULENBELD; The Many Faces of Āyurveda; S. 2 f.

<sup>285</sup> WUJASTYK; Well-Mannerd Medicine; S. 133 ff.

lassen, um den wissenschaftlichen Charakter mehr in den Vordergrund zu rücken.

In der westlichen Interpretation des Āyurveda wird verstärkt auf spirituelle Aspekte hingewiesen, vor allem in Form von Körper-Geist-Seele Betrachtung und holistischer Behandlung des Menschen. Diese Auslegung bedient das Bedürfnis der PatientInnen in ihrer Ganzheit wahrgenommen zu werden, welches von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin nicht abgedeckt wird. Spiritualität dient hier viel mehr als Abgrenzung zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin und wird als Vorteil hervorgehoben. Die Grenze zwischen Heil und Heilung verschwimmen im Āyurveda, vor allem wie er im Westen praktiziert wird. Das Heil des Menschen war bislang den Religionen vorbehalten, nun wenden sich Menschen vermehrt diversen alternativen Medizinsystemen zu (beispielsweise auch TCM oder Homöopathie), um dieses Heil zu erfahren. Āyurveda fällt daher zwar in das „religiöse Cluster“, dennoch ist er nicht als Religion (oder Religionsersatz) zu verstehen.

#### **4.5 Spiritualität im gelebten Āyurveda (Indien & Österreich/Deutschland)**

In den für die vorliegende Arbeit durchgeführten Interviews wurde die Frage nach Spiritualität ohne Vorgabe einer Definition gestellt. Die Befragten hatten so die Möglichkeit, Spiritualität für sich selbst zu definieren. Die Definitionen werden dabei entweder sehr weit gefasst, wie bei Sawant, der Spiritualität vor allem als Gewissen (Moral) bezeichnet, oder aber es wird klar Bezug zu einem göttlichen Bewusstsein hergestellt. Besonders aussagekräftig ist die Definition Nairs. Hier werden verschiedene Aspekte angesprochen: Zum Beispiel zeigt sich, dass der Begriff Spiritualität, ähnlich wie in Europa, auch in Indien inflationär gebraucht wird und seine Bedeutung nicht klar definiert ist. Weiters stellt Nair den Menschen und sein „Selbst“ ins Zentrum der āyurvedischen Behandlung und nicht seine Krankheit. Er bezieht klar die Spiritualität ins menschliche Wesen mit ein, wie es in der Definition von Gesundheit zu finden ist, und liefert gleichzeitig eine Erklärung für eine spirituelle Herangehensweise des Āyurveda.

**Sawant**

“It is very important, spirituality is the person conscious regarding his good and bad deeds, it always gives the alarm to the person that this is not good, this is good. And if one wants to achieve this salvation, the spirituality is very important.”

**Nair**

“Spirituality? What does this mean, spirituality? [sarkastisch]

Because it's a so commonly used term, spirituality means the mind dealing with the spirit, with the “self”, Āyurveda strongly believe in the “self” so it follows spirituality, so it means the mind dealing with *ātma*, the self, Āyurveda strongly believe in spirituality. All the ideas are developed on that base. If the godspirit has a substance, without that substance there won't be any biological activity.”

Robert Frank berichtet, erwartet zu haben, den starken religiösen Bezug Indiens in der Arbeitsweise indischer Vaidyas wieder zu finden. Diese Annahme konnte sich in seiner Studie nicht bestätigen. Er schildert, dass zwar einige der befragten Vaidyas darauf hinwiesen, dass die Durchführung bestimmter Rituale und dergleichen die therapeutischen Maßnahmen positiv unterstütze und zur Gesundheit beitrage. Auch sei der Āyurveda Bestandteil des vedischen Wissens, darüber hinaus hat Religion aber keine besondere Tragweite innerhalb der Praxis. Es scheint allerdings, dass vor allem auf die Konfession Bezug genommen wird, die, wie bereits erwähnt, keine Relevanz auf die Ausübung von Āyurveda hat. Frank betont, dass die religiöse Komponente stark von einer spezifischen Erhebungsmethode und Interpretation abhängig sein könnte.<sup>286</sup> Dem ist sicherlich zuzustimmen, vor allem in Anbetracht der Definitionsschwierigkeit des Begriffs Spiritualität. Leider geht aus seiner Arbeit nicht hervor, wie er die Frage nach dem religiösen Einfluss formuliert hat und in welchem Zusammenhang.

Eine genaue Definition der Begrifflichkeiten wäre hilfreich, da die vorliegende Untersuchung nach der Bedeutung von Spiritualität gefragt hat und Franks nach der von Religion. Die Ergebnisse der beiden Arbeiten unterscheiden sich in diesem Punkt deutlich, anders als bei den anderen untersuchten Fragen, die vermutlich ebenfalls nicht gleich formuliert wurden. Es lässt sich spekulieren, ob

---

<sup>286</sup> FRANK; Globalisierung „alternativer“ Medizin; S. 175.

die Ergebnisse ähnlicher oder gleich ausgefallen wären, wenn auch Frank nach Spiritualität und nicht nach Religion gefragt hätte.

#### **4.5.1 Die Aufgaben von Spiritualität in der āyurvedischen Praxis**

In der vorliegenden Arbeit spielt für alle Befragten, abgesehen von ein paar Ausnahmen, Spiritualität eine wichtige Rolle, sowohl persönlich als auch beruflich im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit. Aber auch für die PatientInnen hat Spiritualität eine große Bedeutung:

**Nair**

“Yes it is important for physician and patient.”

**Gadgil**

“Very important, I do spiritual practise every day.”

Auch für Priyadarshini ist Spiritualität ein wesentlicher Bestandteil des Āyurveda. Sie verweist auf die Herkunft der Heilkunde, die ja ursprünglich den Göttern zugeschrieben wird. Für sie gehört das regelmäßige Beten und Meditieren unbedingt zur Praxis einer Āyurveda-Ärztin.

**Priyadarshini**

“Very important. Āyurveda starting, the beginning itself is a very very spiritual, you can't have separate human being from spirituality.”

“So for yourself it is important, you do some prayers and these things?”

“Yes, yes, regularly, we regular pray to God, we regular do meditation, before coming here I was working in Bangalore with Sri Sri Ravi Shankar Guruji, so there we believed in spirituality.”

Lediglich bei Sawant ist spürbar, dass Spiritualität nur insofern relevant ist, als er weiß, dass ein Großteil der indischen Bevölkerung sehr religiös bzw. spirituell ist. Er beschränkt sich darauf den Menschen zu Spiritualität zu raten, für ihn selbst scheint sie aber einen geringen Anteil seiner Praxis auszumachen. Ebenso entsteht das Gefühl, dass er versucht die richtigen Antworten zu geben, so wie er annimmt, dass es eine westliche Wissenschaftlerin hören will.

### **Sawant**

“The human being always prays to the God that send me such a death that I will not feel a pain.”

“And in your practise, do you ...?”

“I advise, to pray, to behave it is *ācār rasāyan* it is called, it is there described in *Caraka*, for good behaviour.”

Spiritualität wird von den indischen ÄrztInnen als ein wichtiger Bestandteil der āyurvedischen Heilkunde gesehen und für notwendig empfunden, um den (kranken) Menschen in seiner Ganzheit sehen und behandeln zu können. Godbole zufolge ist ein spiritueller Geist in der Lage, die richtigen Entscheidungen zu treffen: Nur wer einen klaren und ruhigen Geist hat, ist in der Lage zu erkennen was gut tut und was nicht. Der Āyurveda geht davon aus, dass ein gesunder Geist und Körper intuitiv weiß, was ihm hilft und was ihn krank macht. Ist der Geist jedoch vernebelt, auch im Sinne von *prajñāparādha*, der Blasphemie des Geistes, verliert er diese Fähigkeit und der vom Verstand geleitete Körper verlangt mehr und mehr nach schädlichen Substanzen und/oder Aktivitäten. Die spirituelle Praxis wirkt dem entgegen. Zusätzlich schützt sie Arzt und Ärztin vor den negativen Einflüssen, denen sie unweigerlich durch den Kontakt mit Krankheit und Tod ausgesetzt sind, wie es Godbole anspricht. Der von ihr angesprochene Schutz spielt auf die auch heute noch gültigen, wenngleich sicherlich nicht mehr so streng befolgten, brahmanischen (spirituellen) Reinheitsnormen an. Gewisse Dinge gelten gemeinhin als rein (unabhängig von ihrem hygienischen Aspekt) wie Gangeswasser, Kühe, *Mantras*, Feuer, Basilikum etc. im Gegensatz zu beispielsweise Leder, Tod und Ausscheidungen, die als unrein bezeichnet werden und somit auch Menschen die damit in Kontakt kommen, Gefahr laufen sich zu verunreinigen.<sup>287</sup> Das Befolgen religiöser Normen in Form von Gebet, *Mantrarezitation* und Ritual hat die Kraft, Unreinheiten aufzuheben.

### **Godbole**

“Very much, it is very important.”

“In what way?”

---

<sup>287</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 204 ff.

“Basically if you are following spirituality you will have power to discriminate which is really right, which things you have to do, which is good and bad, which things you are not supposed to do, and if you are following those certain things if you train yourself you can easily advise to others, also you get a good feeling with a good power of your mind is also helping to improve the condition of the patient and this will protect you from bad energies of the surrounding of the others, and also if you are following this spiritual practise your lifestyle, you will follow good lifestyle which will give you good health. Because always you are coming in contact with unhealthy patients and those energies are influencing your health. And it is said that vaidya is having ten years less life, if you are vaidya you will have ten years less lifespan because of this contact. So you can protect or maintain your health mentally and physically, so you can help others.”

Nandanikar und Begwe vergleichen den Menschen mit einem Glasgefäß welches mit unterschiedlichen Substanzen gefüllt sein kann. Ein Mensch ohne spirituelle Ausrichtung ist demnach vergleichbar mit einem mit Schlamm gefüllten Gefäß, im Gegensatz zu einem Menschen mit hoher Spiritualität, der einem Behälter gleicht welcher mit reinem (schön gefärbtem) Wasser und gutem Geruch gefüllt ist. Da die āyurvedische Diagnose sich ausschließlich auf die sinnliche Wahrnehmung verlässt, ist es nicht weiter verwunderlich, dass auch für die richtige Behandlung ein klarer, reiner Verstand als Voraussetzung gesehen wird. Die richtige Intuition, der „sechste Sinn“ ist wesentlicher Bestandteil einer guten Diagnosefähigkeit. Die Reinheit des Geistes ist das höchste Ziel, nur so kann ein gutes, langes und glückliches Leben geführt werden.

### **Nandanikar und Begwe**

“So this is a very modern Institute (N.Y.Patil College) do you have these traditional ceremonies?”

(Begwe) “Yes, every year we have, *Ganeś* festival is there, *Satyanarayan pūjā* is there, and all this spirituality it has really a great effect for the patients as well as for the physicians, see because what is our life? It is a combination of body along with mind and soul. So, spirituality is there on mind and soul and if it is powerful obviously it has to have some impact on your body and see, if a vessel is there, in a glass vessel if you keep there some mud into that, obviously the look is very bad but if you give water with good colour, nice fragrant obviously the look is good, same way with the person, in a body if powerful mind and soul is there obviously he will have very long lifespan, he will have very long and happy lifespan, so spirituality has a great effect. And for the physician, see in our treatises (*Samhitās*) it is given for the physician to understand the patient’s faith, the

physician should be *pavitra, śuci* [Anm. Mörth: rein], see you must have heard about the sixth sense, so if your body, if your mind, if your soul is pure you will have clear image, clear impression of the state of the patient of the patient in mind, it will be to understand the state of the patient very well. For the physician also soul and mind, it should be very powerful, it has to be pure.”

Auch für Rao ist es unerlässlich, die spirituelle Praxis in seine Arbeit als Arzt einfließen zu lassen. Gebet und Meditation sind Teil des gesamten Prozesses, angefangen von der Konsultation bis zur Herstellung und Verabreichung der Arzneien bzw. Behandlungen. Für ihn ist der Beruf des Vaidyas ein höchst spiritueller Beruf, der körperliche sowie geistige und spirituelle Gesundheit in gleichem Maße voraussetzt. Es steht außer Zweifel, dass ohne die gelebte Spiritualität in der Praxis die Patientin nicht mehr in ihrer Gesamtheit wahrgenommen und zum Objekt der Behandlung wird.

### **Rao**

“It is part and parcel of the daily life like the profession itself we treat it like a spiritual profession. It’s not a job on its own. Like working for a salary with a specific numbers of hours a specific numbers of clients per day and then we are off, you can’t see it in that way. It is a spiritual practice mainly related with the physical health which has to be at par with the spiritual health, only then the goal will be possible for every individual, so our support will be mainly for the physical and the mental health. If we are spiritually healthy we can support in that way, so our spiritual practise, our rituals have to be there, otherwise we deviate from that and we start seeing the client as an object.”

“So you are doing some meditation every day...?”

“Yes, while giving the medication, while giving the therapies, praying every time when we are doing something on the patient. Right from the consultation we pray to the almighty: ‘let me be very open, let me understand clearly all the things.’ And then we do the therapies while touching the patient and then we start to chant a mantra it is to get the maximum benefit out of it. So spirituality is a part and parcel of everyday treatment.”

Besondere Bedeutung in der spirituellen Praxis hat bei den meisten Āyurveda-ÄrztInnen der *Guru*. Auch wenn der āyurvedische Unterricht nicht mehr von Meister zu Schüler passiert, sondern universitär gestaltet ist, so haben trotzdem viele Vaidyas einen āyurvedischen Lehrer, der gleichzeitig auch als spiritueller

Meister fungiert und immer wieder zu Rate gezogen wird. Die Tradition des *Gurus* ist in Indien nach wie vor stark vertreten, beispielsweise ist der Donnerstag dem *Guru* gewidmet und viele besuchen an diesem Tag ihren Meister, bringen ihm Blumen, vollziehen ein kleines Ritual oder beschäftigen sich mit dem Studium bestimmter Texte. Außerdem gibt es einen Tag im Jahr, *Guru Pūrṇimā*, der Vollmond im Juni oder Juli, der dem *Guru* geweiht ist und an dem diesem besondere Verehrung zu Teil wird.

Der *Guru* wird als Gott verehrt, denn der erste aller *Gurus* war Gott der sich in Form des menschlichen *Gurus* offenbart und so dem Menschen zu Seelenheil verhelfen kann.<sup>288</sup> Für Gadgil war vor allem die Begegnung mit seinem *Guru* ausschlaggebend sich mit voller Hingabe dem *Āyurveda* zu widmen.

### **Gadgil**

“But fortunately later on I developed interest, that is because of my *Guru* Vaidya Kundalkar, so I met him and then he inspired me to practise *Āyurveda* and I made a vow that I will practise only *Āyurveda* and then I put all my efforts in that particular direction, now I am satisfied I took this decision.”

Eine spirituelle Einstellung ist auch für Gramminger und Bhalla unbedingt notwendig, um richtig *āyurvedisch* arbeiten zu können. Spiritualität wird hier als eine Basisqualität gesehen, die jedem Menschen innewohnt, ihm Frieden und Zuversicht gibt.

### **Gramminger**

„Und sind Sie der Meinung, dass es möglich ist *Āyurveda* ohne Spiritualität zu praktizieren?“

„Nein, das glaub ich nicht. Ich glaub, das gehört absolut mit dazu. Ist einfach ganzheitlich und da gehört die Seele mit dazu.“

Im Folgenden wird abermals das Definitionsproblem sichtbar: Spiritualität wirkt ein wenig wie eine Zutat, die man der guten Behandlung, beispielsweise in Form eines *Mantras* beimengen muss, um den Menschen umfassend zu behandeln. Es würde also genügen ein *Mantra* zu rezitieren, um Spiritualität zu leben. Gleichzeitig wird betont, dass eine gute *āyurvedische* Behandlung nicht ohne

---

<sup>288</sup> BÄUMER; Hinduismus; S. 323 f.

Herz und Empathie möglich ist und Spiritualität wird als Wertschätzung, Sinnerfüllung und als Anspruch, „Gutes“ zu vermitteln verstanden, Attribute die vor allem in sehr offenen Definitionen von Spiritualität im Vordergrund stehen. Genauso wird die Rückbesinnung auf die eigenen religiösen Traditionen angesprochen und die Diskrepanz zwischen Religion und Spiritualität. Bhalla motiviert die Menschen dazu, auch in ihren eigenen Traditionen, in ihrer Herkunftsreligion den wahren Kern zu suchen, den spirituellen Ursprung der Religion, bevor Institution und Regelwerk dazu gekommen sind. Wesentlich scheint bei Bhalla der Aspekt des „Tuns“, ob es nun um die *Mantrarezitation* geht oder um „das machen der christlichen Traditionen“. Besonders bei Krankheit wird die Spiritualität zu einem wichtigen Werkzeug.

### **Bhalla**

„Ja, ohne Spirit gibt es kein Āyurveda, wenn Āyurveda nur verkopft gemacht wird hat das meiner Meinung nach eigentlich nicht den gleichen Stellenwert wie wenn man ein bisschen Spiritualität rein fließen lässt. Es muss auch gar kein Mantra sein. Ich geb ab und zu auch den Leuten den Tipp, "bitte, gehen Sie zurück zu Ihren Traditionen, machen Sie Ihre christlichen Traditionen." Ich sag ja nicht, dass jeder jetzt ein Mantra rezitieren muss, aber sehen Sie was auch Gutes im Christentum da ist. Es gibt viele die kommen zu mir, sagen, die Institution Kirche, da passt so viel nicht. Ich sag "ja, aber wie steht es dahinter, es ist ja nicht sehr viel anders, jede Religion probiert ja den Menschen was Gutes zu tun". Dass sie einfach das Positive am Christentum sehen, wenn sie sich da leichter tun. Ich find, dass es sehr wichtig ist spirituell zu leben, vor allem, und das sind die meisten Leute die zu mir kommen, wenn man schon krank ist, weil man mit der Spiritualität sehr viel ändern kann.“

Für Bhalla ist es nicht unbedingt notwendig die Spiritualität als solche zu thematisieren. Spiritualität kann seiner Meinung nach völlig wortlos in die Behandlung mit einfließen, allein durch den Wunsch, dass kein Mensch das Ordinationszimmer verzweifelt und unglücklich verlässt. Er sieht seine Aufgabe unter anderem darin, den Menschen Hoffnung zu geben und ihnen einen Sinn im Geschehen zu vermitteln. Spiritualität drückt sich für ihn nicht nur durch die Praxis aus, wie etwa Meditation oder *Mantrarezitation*, sondern auch in der Wertschätzung und Achtung des Menschen.

### **Bhalla**

„[...] ich möchte das auch so vermitteln, an vielen Fallbeispielen, dass man eben alle Säulen von Āyurveda beachten sollte und die Spiritualität ist was ganz, ganz Wichtiges. Meiner Meinung nach schon. Und ich glaub, es macht dann jeder Arzt der tiefer arbeitet auch, manche reden auch gar nicht drüber, das kann ich Ihnen auch sagen. Es gibt viele indische Ärzte die würden nie über Spiritualität reden, nur sie schaffen es, wenn sie offen sind und eine gewisse Intuition haben im Gespräch das schon zu vermitteln. Und das mein ich auch damit, es wird kein Sterbenskranker diesen Stuhl verlassen und es wird ihm schlecht gehen. Auch wenn ich nicht über Spiritualität gesprochen habe und auch kein Mantra mitgegeben habe am Anfang, vielleicht bei der zweiten, dritten Sitzung, wird es im Gespräch rüber gekommen sein, dass er oder sie eine Wertung, eine Schätzung hat, ihm oder ihr geht es gut und sie hat einen Sinn gefunden, und das ist für mich Spiritualität, einfach das Gute zu vermitteln.“

Auch bei Godbole ist die spirituelle Handlung wesentlich. Interessant ist bei ihr, dass nicht nur die eigenen Aktionen, sondern auch die der Verwandten eine große Rolle spielen. In Indien hat das Tragen der Verantwortung für Wohl und auch Seelenheil der Angehörigen eine lange Geschichte. Insbesondere die Frau ist mit dieser Aufgabe vertraut. Sie trägt die Tradition der Familie von Generation zu Generation weiter, verehrt die Götter, fastet und befolgt religiöse Verpflichtungen damit ihr Mann, die Familie und sie selbst geschützt und gesegnet sind. Stirbt der Mann vor der Ehefrau wird oftmals, auch heute noch, ihr die Schuld dafür gegeben. Der Mann soll Gott gleich verehrt werden und die gute Ehefrau betet dafür vor ihm zu sterben.<sup>289</sup>

### **Godbole**

*“And do you give the patients some spiritual advice, means do the patients tell you that they are afraid of dying?”*

“Yes, we always tell them that you have to do some spiritual chanting or some mantra chanting, listen to some spiritual cassette or some relatives can read some book for them. Basically they need more support of the relatives and if some relatives will do all the things for them they will have some peace of mind.”

Bei den Patientinnen und Patienten von Gramminger und Bhalla ist eine spirituelle Grundeinstellung nicht prinzipiell erkennbar, wobei beide berichten,

---

<sup>289</sup> Vgl. HELLER, Birgit; Heilige Mutter und Gottesbraut; S. 40 ff.; MICHAELS; Der Hinduismus; S. 141 und 168.

dass viele Menschen ganz automatisch beginnen sich mit spirituellen Themen auseinander zu setzen, sobald sie sich einer āyurvedischen Therapie unterziehen. Beide, sowohl Gramminger als auch Bhalla sprechen davon, dass die āyurvedischen Kräuter ohne ein wissentliches Zutun den Menschen für eine spirituelle Erfahrung öffnen und die Menschen so im Zuge der Behandlung ihre Einstellung zum Leben ändern. Bhallas Aussage „die Leute sind noch nicht so weit“ impliziert, dass nach seinem Verständnis Menschen, die einen spirituellen Zugang zum Leben haben, eine höhere Entwicklungsstufe erreicht haben als jene, die sich nicht der Spiritualität geöffnet haben. Auch wenn Bhalla betont, dass er den Menschen seine spirituellen Vorstellungen nicht aufzwingt, scheint es dennoch so, als würde er versuchen die Menschen langsam zur Spiritualität hinzuführen: Weiter oben erwähnt er, dass er den Menschen erst beim zweiten oder dritten Mal ein Mantra mitgibt, oder im Folgenden, dass viele am Anfang nichts darüber wissen wollen.

### **Bhalla**

„Nein, überhaupt nicht, ich hab auch sehr viele Skeptiker, kann man nicht sagen. Viele wollen von Spiritualität am Anfang noch gar nichts wissen und ich würds auch nicht erwähnen dann, weil es einfach auch zu viel dann ist. Weil sie von mir eh schon so viel Information bekommen. Sie glauben nicht an Āyurveda, ich bin oft dann der letzte Rettungsanker, weil sie gehört haben ich hab Menschen helfen können, in ihrer Verwandtschaft oder im Bekanntenkreis und deswegen kommen sie her, also nein. Die wenigsten sind wirklich spirituell, die zu mir kommen.“

„Oft dauert das. Wenn ich merke, die Leute sind nicht so weit, dann red ich über das gar nicht am Anfang und das kommt dann dazu. Nur sind diese Leute durch die Kräuter meisten auch seelisch geöffnet, ich kanns nicht anders ausdrücken, aber sie sind offener und können es auch empfangen.“

Auch Gramminger beschreibt einen Reifungsprozess auf eine höhere Ebene, die vor allem durch Reinheit und Neugier gekennzeichnet ist. Ein spirituelles Leben hat demnach mehr zu bieten als ein nichtspirituelles, die Menschen werden offener und interessieren sich für eine größere Spannbreite an Bereichen und Möglichkeiten.

### **Gramminger**

„Es kann sein, es kommen Menschen die haben eigentlich vordergründig nichts am Hut mit Spiritualität, die kommen ganz normal, aber wenn die anfangen bestimmte āyurvedische Arzneimittel einzunehmen, ihre Ernährung zu ändern, plötzlich tauchen Fragen auf was es sonst noch gibt, oder ob ich eine Meditation empfehlen könnte, oder Yoga empfehlen könnte, das kommt im Zuge der körperlichen Reinigung, taucht die Frage bei den Patienten auf, auch wenn die vorher nicht vorhanden war. Und ich spreche auch nicht über Spiritualität, sondern wenn es auftaucht, taucht es auf, und dann wird es Thema und ansonsten nicht.“

Im folgenden Zitat wird die Überlegenheit der spirituellen Menschen besonders deutlich ausgedrückt, indem Menschen ohne spirituelle Einstellung auf eine Ebene mit den Tieren gestellt werden. Auch hier wird spirituelles Wachstum mit Reinheit assoziiert, nur der reine und klare Geist ist in der Lage ein gutes (rechtschaffendes), glückliches und langes Leben zu führen. Gleichzeitig wird einmal mehr Spiritualität von Religion und ihren Riten getrennt:

### **Nandanikar und Begwe**

(Nandanikar) “If you are spiritually inclined if the patient also and doctor also then it definitely helps to enhance his quality of life, and he can overcome many hurdles otherwise which would be so severe that the person may die after two days if all the things are there he may die after ten years. That is always there, spirituality is a quality I can say which improves your life. Because Swami Vivekananda used to say, you must have heard Swami Vivekananda, a person who has no belief or no faith in God, God means any, he is like, what you say, a beast, we are cultured people so we must have faith in God. Faith in God doesn't mean, you should go through all the rituals, you should go to chapel, you should perform *pūjā*, but from your inside, you should have some belief somewhere, that definitely helps you.”

Spiritualität wird hier ebenfalls zu einem Indikator für Lebensqualität und als präventive Hilfe zur Lebensverlängerung und Verbesserung betrachtet.

## **4.5.2 Spiritualität und Lebensqualität**

Lebensqualität und Wohlbefinden sind zwei wesentliche Begriffe in der *Public Health*, die sich mit Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung beschäftigt und verschiedene Fachbereiche miteinander

verbindet.<sup>290</sup> Die beiden Begriffe werden oftmals synonym verwendet, wobei Lebensqualität eher in der Soziologie und in der Medizin gebräuchlich ist und Wohlbefinden in der Psychologie. Zweiteres wird auch als Lebenszufriedenheit verstanden und beschreibt im Gegensatz zur Lebensqualität eher das subjektive Empfinden. Seit Anfang der 1970er Jahre ist das „spirituelle Wohlbefinden“ dazu gekommen und konnte sich bis heute zu einem fixen Bestandteil in der *Public Health* etablieren. Mittlerweile hat sich eine Vielzahl an Messverfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden entwickelt, wobei methodisch vor allem zwei Zugänge unterschieden werden müssen: Fremdbeurteilung, zum Beispiel durch den behandelten Arzt, und Selbstbeurteilung. Häufiger ist das Verfahren der Selbsteinschätzung.<sup>291</sup> Für die gesundheitsbezogene Forschung in Bezug auf Lebensqualität sind folgende Punkte zu nennen:

- Lebensqualität ist nicht direkt beobachtbar und kann nur indirekt über geeignete Indikatoren operationalisiert werden.
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität muss multidimensional erfasst werden, wobei physische, psychische und soziale Aspekte, die mit dem körperlichen Funktionsvermögen und den damit verbundenen Befindlichkeiten in Zusammenhang stehen, alltagsnah zu berücksichtigen sind.
- Lebensqualität ist fast immer eine Kriteriumsvariable. Sie kann sich, beeinflusst von Krankheit und Therapie, kurz- und mittelfristig verändern. Messinstrumente müssen dementsprechend valide und änderungssensitiv sein.
- Lebensqualität unterliegt der subjektiven Beurteilung. Daher stellt sich die Frage, inwieweit ein Messinstrument bei verschiedenen Patienten zu interindividuell vergleichbaren Ergebnissen kommen kann.
- Lebensqualität umfasst allgemeine und krankheitsspezifische Aspekte.
- Lebensqualität wird nicht nur durch Krankheit und Therapie beeinflusst, sondern u.a. auch durch Beziehungsqualität, Copingstile, momentane Stimmung, Persönlichkeitseigenschaften, Selbstkonzept oder Religiosität.<sup>292</sup>

---

<sup>290</sup> BERTH/KLEIN/BALCK; Begriffsbestimmungen; S. 53.

<sup>291</sup> BERTH/KLEIN/BALCK; Begriffsbestimmungen; S. 54 ff.

<sup>292</sup> BERTH/KLEIN/BALCK; Begriffsbestimmungen; S. 58.

Erstaunlich ist, dass Menschen in ihrem Zufriedenheitsempfinden offenbar nicht so stark von äußeren Faktoren beeinflusst werden wie man annehmen könnte. So hat man Unfallopfer und Lottogewinner verglichen und festgestellt, dass die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit marginal sind. Ähnlich verhält es sich mit schwerkranken Menschen und vergleichbar gesunden, auch hier ist Wohlbefinden nicht zwingend an den Gesundheitsstatus gebunden, im Gegenteil, teilweise zeigten sich die schwerkranken Personen zufriedener als die gesunden. Hier wird von einem „Zufriedenheitsparadox“ gesprochen, welches beispielsweise durch veränderte Bewertungsmaßstäbe erklärt werden kann.<sup>293</sup> Inzwischen haben sich verschiedene Methoden entwickelt, um die individuelle Lebensqualität zu ermitteln. Etwa lässt man die PatientInnen selbst die fünf wichtigsten Bereiche, die für ihre Lebensqualität wesentlich sind bestimmen, innerhalb derer sie ihre Zufriedenheit auf einer Skala von 0-100 festlegen. Anhand der Gewichtung der Bereiche lässt sich schließlich ein „Lebensqualitätsgesamtwert“ errechnen. So kommt es, dass der Mittelwert der individuellen Lebensqualität bei PalliativpatientInnen trotz fortschreitender Erkrankung ungefähr gleich bleibt, denn „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ist nicht übereinstimmend mit „individueller Lebensqualität“.<sup>294</sup>

Persönliche Überzeugungen und Wertevorstellungen spielen dabei eine tragende Rolle, das zeigen die Befunde diverser Untersuchungen mit Krebs- und HIV PatientInnen wo jene mit religiösem Glauben besser mit ihrer Situation umgehen konnten als diejenigen ohne.<sup>295</sup> Und auch wenn Studien zu diesem Thema eine gewisse Eindimensionalität aufweisen können, so ist nicht von der Hand zu weisen, dass Religiosität/Spiritualität und Lebenszeit und Gesundheit in einem positiven Verhältnis zueinander stehen, wie auch andere Untersuchungen belegen.<sup>296</sup>

In den Interviews hat sich gezeigt, dass Spiritualität verschiedene Aufgaben in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit übernimmt. Im Āyurveda, so wie

---

<sup>293</sup> BERTH/KLEIN/BALCK; Begriffsbestimmungen; S. 58f.

<sup>294</sup> BORASIO; Spiritual Care: Eine Aufgabe für den Arzt?; S. 11.

<sup>295</sup> BERTH/KLEIN/BALCK; Begriffsbestimmungen; S. 58f.

<sup>296</sup> OSTERMANN; Spiritualität und Religiosität: Konzepte und Messverfahren; S. 62.

er in den Interviews dargestellt wird, ist Spiritualität ein wesentliches Werkzeug, um über einen reinen, klaren und unvoreingenommenen Geist zu verfügen, was als wichtigstes Kriterium für eine richtige Diagnose gilt. Darüber hinaus verstärkt die spirituelle Praxis die Wirksamkeit der Behandlung. Die spirituelle Praxis (der Aspekt des „Tuns“) ist ein wichtiges Instrument, um Sinn und Hoffnung bei den PatientInnen zu erzeugen und sie kann Veränderung im Menschen bewirken. Spiritualität wird mit geistigem Wachstum gleichgesetzt und als Basisqualität gesehen, die zwar jedem Menschen zur Verfügung steht, für die aber offenbar nicht alle Menschen bereit sind. Spiritualität wird auch als Schutz verstanden, einerseits für die Āyurveda-ÄrztInnen gegen schlechte Energien, andererseits für die PatientInnen vor einer Objektivierung durch die ÄrztInnen. Letztendlich wird Spiritualität als eine notwendige Voraussetzung für die Schaffung bzw. Erhaltung von Lebensqualität bezeichnet.

## 5 Sterben und Tod – Umgang mit dem Lebensende

### 5.1 Sterben und Tod im deutschsprachigen Raum

Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich im vergangenen Jahrhundert in den westlichen Ländern drastisch verändert. In den letzten Jahrzehnten hat sich das Sterben zunehmend aus dem familiären, häuslichen Rahmen in Institutionen wie Spitäler oder Pflegeheime verlegt. Der Sterbeprozess hat sich, dank der immer besseren medizinischen Versorgung, erheblich verlängert und ist zu einer „medizinisch begleiteten Angelegenheit“<sup>297</sup> geworden. Sterben und Tod haben sich zunehmend aus dem privaten Raum in die „Zuständigkeit von Experten“ verschoben, gestorben wird unter der Aufsicht von medizinischem Personal, die „Entsorgung“ der Leiche wird vom Bestattungsunternehmen übernommen und die Trauer womöglich mit professioneller psychologischer Hilfe bewältigt.<sup>298</sup> Zwar wünschen sich geschätzte 80% der Menschen zu Hause zu sterben, tatsächlich stirbt aber etwa dieser Anteil der Bevölkerung in einer Institution.<sup>299</sup> Durch die Institutionalisierung des Sterbens ist dieses auch teurer geworden. Gleichzeitig, so Reimer Gronemeyer, wird für die Toten immer weniger ausgegeben (Feuerbestattung, anonyme Beerdigung).<sup>300</sup> Früher wurden die Toten im deutschsprachigen Raum aufgebahrt und vorrangig in der Erde begraben, heute bekommt kaum noch jemand eine Leiche zu Gesicht und es gibt in Deutschland mehr als 30 verschiedene Möglichkeiten sich bestatten zu lassen.<sup>301</sup>

Sterben und Tod wurden im wissenschaftlichen Diskurs phasenweise als tabuisiert und verdrängt bezeichnet, haben heute aber eine „neue Sichtbarkeit“<sup>302</sup> bzw. einen Zustand der „Popularisierung“<sup>303</sup> erreicht. Der Tod wird immer weniger zu einem Schicksal, das einen ereilt, sondern mehr und mehr zu einem Prozess, welcher aktiv gestaltet wird.<sup>304</sup> So wie der Beginn des Lebens

---

<sup>297</sup> GRONEMEYER; Sterben in Deutschland; S. 18.

<sup>298</sup> ROSENRETER/GROSS; O tempora, o mores (curae mortui); S. 77.

<sup>299</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 206.

<sup>300</sup> GRONEMEYER; Sterben in Deutschland; S. 18.

<sup>301</sup> GROSS/TAG/SCHWEIKARDT; Alternative Bestattungsformen und postmortales Weiterwirken im 21. Jahrhundert; S. 11f.

<sup>302</sup> Vgl. MACHO; Die neue Sichtbarkeit des Todes.

<sup>303</sup> Vgl. KNOBLAUCH; Der populäre Tod?

<sup>304</sup> HELLER/HELLER; Spiritual Care; S. 21.

heutzutage planbar geworden ist (geplante Kaiserschnitte nehmen zu), ist zum Beispiel in der Schweiz auch das Sterben planbar und institutionell durchführbar. Es scheint als wäre der Mensch immer weniger Opfer der natürlichen Bedingungen. Man ist schon längst nicht mehr gezwungen sich mit der zu großen Nase oder dem zu kleinen Busen abzufinden, ähnlich verhält es sich mit Beginn und Ende des Lebens.

„Wir lernen uns als Systeme zu begreifen, die man steuern, optimieren, abschalten und ausbessern kann. Von der Organtransplantation bis zum Präventionswahn ist eine Stoßrichtung erkennbar, die den Menschen in ein funktionierendes oder reparaturbedürftiges oder versagendes System verwandelt. Und der Sterbende lernt eben sich als ein versagendes System zu begreifen.“<sup>305</sup>

Zudem fällt auf, dass der Mensch heute scheinbar nicht mehr alt wird, sondern nur mehr älter. Konform mit dem Bestreben, das Alter zu vertuschen, fit, agil und jugendlich bis zum Lebensende zu bleiben oder zumindest zu wirken, wird auch im Diskurs zu Sterben und Tod kaum von „den alten Menschen“, sondern nur mehr von „hochbetagten“ gesprochen. Es wirkt als wäre die Bezeichnung „alt“ diskriminierend geworden bzw. als wäre es unklar, wer in die Gruppe der Alten gezählt werden kann. Ist man mit 60 heute schon alt oder noch im „besten Alter“? Klar ist jedenfalls, die Menschen wollen nicht alt werden, warum sollten sie also sterben wollen? Und die Methoden der modernen naturwissenschaftlichen Medizin bieten schier unbegrenzte Möglichkeiten. Das wahre Alter der Haut zu verstecken ist heutzutage keine Schwierigkeit mehr und auch das Sterben wird mehr und mehr hinausgezögert. Mit Hilfe der Transplantationsmedizin ist mittlerweile ein „partielles Weiterleben“ möglich und wird auch als solches empfunden, wie die Parte eines Unfallopfers veranschaulicht, in der es heißt: „Sein Herz schlägt jetzt in einem anderen Menschen weiter“<sup>306</sup>. Besonders ambitioniert im Unterfangen die Sterblichkeit zu überwinden sind die Anhänger der Kryonik, die unmittelbar nach dem Tod kältekonserviert werden um zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Medizin weiter entwickelt sein wird, reanimiert zu

---

<sup>305</sup> GRONEMEYER; Sterben in Deutschland; S. 162f.

<sup>306</sup> GROSS/TAG/SCHWEIKARDT; Alternative Bestattungsformen und postmortales Weiterwirken im 21. Jahrhundert; S. 13.

werden.<sup>307</sup> Dies hört sich freilich mehr nach Science Fiction an, aber der Wunsch nach ewigem Leben ist so alt wie die Menschheit selbst und in Zeiten der Gentechnik und Klon- bzw. Reproduktionstechnologie scheint dieses Ziel zuweilen nicht mehr unerreichbar. Die immer besser werdende Technologie lässt Science-Fiction Filme wie „Die Insel“, in dem menschliche Klone als Organspende-Ersatzlager produziert werden, durchaus möglich erscheinen und zeichnet ein schauerhaftes Bild der Zukunft. Ähnlich beängstigend ist die Darstellung eines fabrikmäßigen Sterbens, den „Sterbefilialen“, wie Reimer Gronemeyer und Andreas Heller es schildern. So werden die Menschen zwar nicht mehr ins Abstellkammerl geschoben um zu sterben, dafür verbreiten sich die standardisierten Richtlinien der WHO für ein würdevolles Sterben in einer „neuen palliativen Welt“<sup>308</sup>. Flächendeckend soll den Menschen das palliative Angebot vom Schmerzmanagement über die Aromakerze bis hin zum formalisierten, von ExpertInnen durchgeführten „Biografiegespräch“ zur Verfügung stehen.<sup>309</sup> Das Ziel der Hospizmedizin ist es, Frieden zwischen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und dem Tod zu stiften, dem Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, der Individualität, der Angst und den Bedürfnissen der Betroffenen Raum zu lassen, sowie die Möglichkeit gelassen und offen über das bevorstehende Ereignis zu sprechen. Etliches hat sich seit Beginn der Hospizbewegung verändert, Sterben und Tod werden nicht mehr grundsätzlich tabuisiert und für viele wurde gutes Sterben möglich. Nun droht sie aber Gefahr, dass diese Bewegung sich ins eigene Fleisch schneidet und „an die Stelle des eigenen Sterbens ein in professionelle Dienstleistungen eingeschnürtes Ableben“ tritt, welches sich „angstfrei, schmerzfrei, pharmakologisch und spirituell narkotisiert“<sup>310</sup> gestaltet.

---

<sup>307</sup> Vgl. ASCHÉ; Perspektiven postmortalen Weiterexistenz durch Organtransplantation, Kryonik, Plastination und Diamantierung.

<sup>308</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 55.

<sup>309</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 55ff.

<sup>310</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 229.

## 5.2 Der „natürliche“ Zugang zum Tod

In einer romantischen Vorstellung von einem natürlichen Zugang zu Sterben und Tod ist dieser wohl nicht von Angst und Furcht geprägt. Wie jedes andere große Ereignis im Leben sollte der Tod gelassen erwartet und in einem Zustand inneren Friedens akzeptiert werden. In dieser Vorstellung wird nicht bedacht, dass kaum ein großes Ereignis gelassen erwartet wird.

Diese Bild entspricht mehr oder weniger dem Gedankengut von Elisabeth Kübler-Ross. Die häufig zitierten und auch viel kritisierten Sterbephasen dieser Pionierin im Bereich der Thanatologie haben als letzte Phase, nach den Phasen „Nichtwahrhabenwollen und Isolation“, „Zorn“, „Verhandlung“ und „Depression“ schlussendlich die „Zustimmung“.<sup>311</sup> Diese Phasen müssen nicht in dieser Reihenfolge auftreten bzw. können einzelne Phasen übersprungen oder wiederholt werden. In der Phase der „Zustimmung“ oder „Akzeptanz“ blicken die Sterbenden dem Tod mit einer gewissen Gelassenheit entgegen, die Menschen ziehen sich in sich zurück und verschließen sich immer mehr dem Kontakt zur Außenwelt. Kübler-Ross beschreibt, dass die Menschen mehr oder weniger ihren Frieden gefunden haben, aber dass dieser Zustand nicht mit einem Zustand der Glückseligkeit verwechselt werden darf.<sup>312</sup> Die Frage ist, ob in dieser Phase auch Angstfreiheit herrscht. Kübler-Ross schreibt:

„Wir haben aber doch die meisten Patienten im Stadium der Zustimmung und ohne Angst sterben sehen [...]. So wenden wir uns denn vielleicht am Ende unserer Tage, wenn wir gearbeitet und gegeben, uns gefreut und gelitten haben, in die Phase zurück, von der wir ausgingen. Der Kreis des Lebens schließt sich.“<sup>313</sup>

In Kübler-Ross' Abhandlung über die letzte Sterbephase kommt zum Ausdruck, dass diese Zeit der Akzeptanz für sie sehr wohl auch mit Angstfreiheit einhergeht, trotzdem bleibt fraglich, ob diese Ansicht nicht verklärt ist, da ein Zustand sehr wohl akzeptiert aber trotzdem gefürchtet werden kann. Überträgt man nämlich diese Sterbephasen auf jedes andere Ereignis im Leben, ob es sich um eine

---

<sup>311</sup> Vgl. unter anderem STUDENT/NAPIWOTZKY; Palliative Care; SCHILDER; Wahrheit und Wahrhaftigkeit im Interaktionsprozess; KRÄNZLE; Sterbephasen; HUSEBØ; Kommunikation.

<sup>312</sup> KÜBLER-ROSS; Interviews mit Sterbenden; S. 99 ff.

<sup>313</sup> Ebd.; S. 105.

Trennung aus einer Liebesbeziehung handelt oder eine bevorstehende Prüfung stellt man fest, dass immer wieder verdrängt, verhandelt, aggressiv darauf reagiert und letztlich hoffentlich akzeptiert wird, jedoch ist nicht gesagt, dass die Angst in der Phase der Akzeptanz nicht trotzdem noch präsent ist.

Auch die Vaidyas vermitteln großteils den Eindruck, dass die meisten todkranken Menschen wissen, wann ihr Zeitpunkt zu sterben gekommen ist, und dass sie diesen schließlich auch akzeptieren. Sawant spricht davon, dass die Menschen prinzipiell wissen, dass sie sterblich sind, die anderen Āyurveda-ÄrztInnen berichten hingegen davon, dass die kranken PatientInnen meist spüren, dass ihr Tod bald kommen wird.

### **Sawant**

#### *“People are prepared for dying?”*

“Prepared, because they know that they are going to die. So it is not only the disease calamities, accidents and maybe the epidemic of some other disease can kill many people, even war, so they are aware that they are going to die.”

### **Godbole**

“Basically what I feel that every person is getting this feeling, that now slowly these changes are coming. Ah, what is the question?” (laughing)

Selbst wenn es unterbewusst sein mag, so ahnen doch viele Menschen, dass sie bald sterben werden und bereiten sich dementsprechend darauf vor, indem sie sich verabschieden oder dergleichen.

### **Bhalla**

„Weil es einfach die meisten Leute eh wissen, es gibt viele Geschichten die ich immer wieder höre, jemand ist dann gestorben und hat vorher sich von allen Verwandten und Bekannten noch verabschiedet, war noch überall, also ich glaub das wissen die meisten Leute.“

Die Akzeptanz ist aber nur eine mögliche Einstellung zu Sterben und Tod, und muss auch nicht zwingend als der „natürliche“ Zugang betrachtet werden. Die Psychologen Adrian Tomer und Grafton Eliason geben zu bedenken, dass die abwehrende Haltung, die Negation von Sterben und Tod der natürlichste Zugang

sein könnte.<sup>314</sup> Sie arbeiten drei verschiedene Haltungen heraus: Eine abwehrende Haltung, die den Tod als schreckliches Übel empfindet, eine akzeptierende und eine transzendierende Haltung, in der der Tod, z.B. durch Glaube unbedeutend oder sogar als Illusion betrachtet wird. Der akzeptierende Zugang kann sich wiederum in drei Formen zeigen: Einem vermeidungsorientierten Akzeptieren, bei dem der Tod als Befreiung vom Leid betrachtet wird, einem neutralen Akzeptieren, welches den Tod als integralen (neutralen) Bestandteil des Lebens betrachtet und letztlich einem annäherungsorientierten Akzeptieren, welches sich durch eine positive Einstellung gegenüber Sterben und Tod auszeichnet und bei dem der Tod mit neuen Möglichkeiten einhergeht, wie ein neues Leben, die Verbindung mit Gott oder auch mit geliebten Personen. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist die Bedeutung bzw. der Sinn von Tod und Sterben. Es können zwei unterschiedliche Arten von Bedeutung bzw. Sinn zusammengefasst werden: die persönliche und die existentielle Sinnhaftigkeit. Die persönliche Sinnhaftigkeit zeichnet sich durch die Betrachtung der eigenen Vergangenheit und Zukunft aus, persönliche Erfüllung, Selbstwert und das Gefühl „Gutes“ zu tun sind dabei maßgeblich. Der Verlust dieser Sinnhaftigkeit zeigt sich häufig in Versäumnissen die von Bedauern begleitet werden. Die existenzielle Sinnhaftigkeit bezieht sich auf die Natur des Menschen, den Kosmos in dem er sich befindet und die Beziehung zwischen beidem und weist ein Gefühl der Verbundenheit mit sich und anderen auf. Eine negative existentielle Bedeutung verursacht ein Empfinden des Getrenntseins von anderen und dem Universum. Zentral ist immer die Erfahrung die der Mensch macht: Traumatische Erfahrungen können Menschen in ihren tiefsten Überzeugungen erschüttern, gleichzeitig können positive Erlebnisse sinnstiftend wirken.

In Anbetracht dieser unterschiedlichen Zugänge wird die Frage nach dem „natürlichen“ Zugang zu Sterben und Tod obsolet, denn sowohl Angst als auch Akzeptanz sind natürliche Empfindungen des Menschen die mit individuellen Erfahrungen einhergehen.

---

<sup>314</sup> TOMER/ELIASON; Theorien zur Erklärung von Einstellungen gegenüber Sterben und Tod; S. 33ff.

## 5.3 Sterben in Indien

### 5.3.1 Das religiös-kulturelle Ideal

„India, from what I had read, seemed a place where it was clear that dying is steeped in culture. There, ascetics perform their own death rituals and live the rest of their lives as a type of »living dead«.“<sup>315</sup>

So denken wohl viele, denn von Indien „weiß“ man landläufig, dass Religion und Spiritualität nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft haben, man weiß ebenso, dass hier an Wiedergeburt geglaubt wird und der Tod, im Gegensatz zur westlichen Welt, auf den Straßen präsent ist, das Sterben nicht in abgeschiedene Kämmerchen verlegt wird. Es wäre also anzunehmen, dass in Indien der Tod in der weiter oben beschriebenen Weise akzeptiert wird. Schließlich verfügt man hier doch zusätzlich über das System der *āśrama-s*, die vier unterschiedlichen Lebensstadien:

Die erste Stufe nach der frühen Kindheit ist die des *brahmacārin-s*, in der sich der junge Mann zur keuschen und asketischen Schülerschaft verpflichtet und auch dementsprechend initiiert wird. In der zweiten Stufe geht der Mann dazu über seine eigene Familie zu gründen und als Familienvater sein Streben nach *artha* (Reichtum), *dharma* (Erfüllung der moralischen und religiösen Pflichten) und *kāma* (sexuelle bzw. lustvolle Erfüllung) zu erreichen, Ziele die sowohl in den āyurvedischen Schriften als auch in den Veden verankert sind. Die Initiation dazu ist die Heirat. Nachdem der Mann seine Pflichten als Vater und Ehemann erfüllt hat, zieht er sich in den Wald zurück und beginnt die dritte Phase, die des *vānaprasthin-s* um schließlich in die Zeit des *saṃnyāsin-s* einzutreten, die Zeit der asketischen Wanderschaft mit dem höchsten Ziel *mokṣa*, der Befreiung aus dem Geburtenkreislauf. Ein *saṃnyāsin* vollzieht sein eigenes Totenritual und zieht sich vollständig aus dem sozialen Leben und seinen Verpflichtungen zurück. In dieser Phase gilt es, sich durch Konzentration auf das Geistige und eine Reduktion der Sinnestätigkeit auf den Tod vorzubereiten.<sup>316</sup> Allerdings

---

<sup>315</sup> JUSTICE; Dying the Good Death; S. XV.

<sup>316</sup> HELLER; Der *ātman* ist jenseits von Geburt und Tod; S. 35.

handelte es sich bei diesen Lebensstadien immer um ein Ideal, das in den seltensten Fällen tatsächlich gelebt wurde.<sup>317</sup>

Und auch in den Interviews hat sich gezeigt, dass dieses Konzept der Lebensstadien in der Realität weit weniger Tragweite hat, als anzunehmen wäre, auch wenn es immer wieder erwähnt wird. Der Lebensstil und die Werte der jüngeren Generationen haben sich gewandelt und viele wissen nicht einmal mehr was die verschiedenen *āśrama*-s bedeuten.

### **Godbole**

“No necessary, but nowadays no one is following that even this...we can say 150 years before everybody knows about these *āśrama*-s and people were quite aware of it and also following this, few things from that, but nowadays nobody, even the younger generation if you ask them they tell you they don't know, they will ask what does it mean? What is to do in *vanaprasthāśram*, what is that? Everyone is, ah, the lifestyle and thinking, everything has changed.”

Neben dem Konzept der *āśrama*-s gibt es in Indien weitere Vorstellungen von einem guten Tod. Zum Beispiel sollte der oder die Sterbende auf einer Matratze aus *kuśa* (ein bestimmtes Gras) auf dem Boden liegen, welcher vorher mit Kuhdung gereinigt wurde. Bei Eintritt des Todes sollte der Mensch alle Sinne auf Gott fokussieren, in vollem Bewusstsein sein und den Laut “*om*” auf den Lippen haben. Deshalb ist es nicht wünschenswert im Schlaf zu sterben, da so die Gedanken nicht bewusst auf Gott gerichtet werden können. Hilfreich für einen guten Tod wird ein leerer Magen und Darm angesehen.<sup>318</sup> Besonders wichtig ist der richtige Zeitpunkt. Dabei wird von einem vorbestimmten Todeszeitpunkt ausgegangen, also dem Moment, wo das Leben natürlich zu einem Ende kommt. Dieser “Termin” kann mit Hilfe eines Horoskops festgestellt werden. Christopher Justice berichtet von einem Mann, den er in einem Sterbehaus in *Kaśi* (Varanasi) interviewte, der auf Grund seines Horoskops überzeugt war, dass seine Zeit gekommen war, denn auch sein Gesundheitszustand entsprach dem eines Sterbenden. Der Mann war durch und durch auf den Sterbeprozess eingestellt, und obwohl er kaum noch aß und schon seit zwei Wochen in dem Sterbehaus verweilte, war er nicht nur noch am Leben, sondern darüber hinaus auch

---

<sup>317</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 108.

<sup>318</sup> JUSTICE; Dying the Good Death; S. 222f.

ansprechbar. Also wurde erneut das Horoskop erstellt, welches diesmal zu einem völlig anderen Ergebnis kam: das Sterbedatum war erst drei Jahre später! Darauf entschied die Familie *Kaśi* zu verlassen und in das Heimatdorf des Mannes zurück zu kehren. Die Zeit des Mannes war noch nicht gekommen.<sup>319</sup>

Trotzdem heißt das nicht, dass ein Mensch nicht auch vor seiner Zeit sterben kann. Denn der vorbestimmte Todeszeitpunkt ist nicht gleichbedeutend mit vorbestimmter Lebenszeit bzw. dem tatsächlichen Todeszeitpunkt. Ein Mensch kann den Tod durch seinen Lebensstil durchaus früher herbeirufen als ihm vorbestimmt wäre. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der „gute Tod“ im hohen Alter eintritt, frei von Krankheit und in vollem Bewusstsein.<sup>320</sup>

### 5.3.2 Menschen am Lebensende aus āyurvedischer Sicht

Im Āyurveda werden die unterschiedlichen Lebensphasen den drei *doṣa*-s zugeordnet. Die Kindheit, die Zeit des Wachstums, fällt unter die Dominanz von *kapha* (Erdelement, Stabilitätsprinzip), von der Pubertät bis zum Wechsel ist der Mensch in der *pitta* (Feuerelement, Transformationsprinzip) Zeit, der Phase des Schaffens und die letzte Etappe des Lebens unterliegt dem *vāta* (Luftelement, Bewegungsprinzip). Das erhöhte *vāta* ermöglicht einerseits einen stärkeren Fokus auf die geistige Ebene, ist aber vor allem von einem degenerativen Erscheinungsbild geprägt. Typische Alterserscheinungen wie Trockenheit, Falten, Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, brüchige Knochen, schlechte Regenerationskraft, Tremor, etc. sind im Āyurveda dem *vāta* zugeordnet. Auch die Symptome die bei PalliativpatientInnen auftreten wie Schwäche, Kachexie, Restless Legs und Unruhe, Appetitlosigkeit, Angst oder Müdigkeit sind Auswirkungen eines zu hohen *vāta*-s. Weiters kommt durch die starke medikamentöse Behandlung, vor allem bei KrebspatientInnen durch Chemotherapie und Bestrahlung, ein stark erhöhtes *pitta* (Feuerelement, Transformationsprinzip) dazu, das zu Problemen wie stärkerem Körper- bzw. Mundgeruch, Hitzegefühl, Entzündungen, Übelkeit etc. führen kann. Das heißt, die meisten Zustände bei PalliativpatientInnen sind auf ein zu hohes *vāta* und

---

<sup>319</sup> JUSTICE; Dying the Good Death; S. 219 ff.

<sup>320</sup> JUSTICE; Dying the Good Death; S. 227f.

*pitta* zurück zu führen, die vor allem aufbauende und beruhigende Therapie verlangen. Beide *doṣa*-s brauchen Rückzug und Entspannung, um wieder in Balance zu kommen, welche durch die *rasāyana* (Verjüngung, Aufbau) und *śamana* (Beruhigung) Therapien unterstützt werden.

#### **5.4 Prädestination, *karma* und Wiedergeburt**

Prädestination, *karma* und Wiedergeburt sind Schlagworte die die meisten westlichen Menschen sofort mit Indien in Verbindung bringen und landläufig wird ein durch *karma* bestimmtes Schicksal, oder vor allem der Glaube daran, als Rechtfertigung für rücksichtsloses Verhalten beziehungsweise das Kastensystem herangezogen. Tatsächlich ist der Glaube an Prädestination verbreitet, die indische Vorstellung dieses Begriffs wird aber bei weitem nicht so streng verstanden wie die westliche.

Im Yoga gibt es das Konzept, dass jeder Mensch eine bestimmte Anzahl an Atemzügen zur Verfügung hat und wenn diese verbraucht sind, das Leben zu Ende geht. Diese Vorstellung mag sich fatalistisch anhören, es muss aber bedacht werden, dass sich die Art der Atmung meist an den Lebensstil anpasst (oder vice versa), z.B. ein gestresster Lebensstil oftmals auch schnellatmig ist und Herzinfarkt oder Bluthochdruck häufig Folgen davon sind. Der Mensch hat es demnach in der Hand das eigene Schicksal analog zu seinem Atem zu gestalten.

Der Indologe Axel Michaels fasst folgende schicksalbestimmenden Dimensionen zusammen: Taten aus diesem oder dem vergangenen Leben (*karma*), die Götter mit eigenständigen göttlichen Akten (*divyakriyā*, *daiva*, *bhāgya*), die personalisierte Zeit (*kāla*), den Tod als unabhängige Macht (*mṛtya*, *antaka*, *Yama*) und die Natur (*prakṛti*). Daher ist für ihn die Vorstellung, dass Schicksal in Indien deterministisch und fatalistisch verstanden wird, falsch.<sup>321</sup> Der Schicksalsbegriff ist vor allem nicht an ein einziges Leben gebunden, wodurch die Zeit in der man darauf Einfluss nehmen kann von viel größerem Ausmaß ist.

---

<sup>321</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 173.

Weiters findet man, anders als in Westeuropa oft vermutet, in Indien weit mehr als nur den Reinkarnationsglauben. Man trifft auf verschiedene Nachtodvorstellungen, die sich vor allem durch zwei verschiedene Zeitkonzepte ermöglichen: Die lineare Zeit, die durch den Prozess des Alterns spürbar wird verläuft parallel zu einer zyklischen Zeitenabfolge, welche in den regenerativen Prozessen der Natur erkennbar ist.

Michaels entwickelt sechs verschiedene Nachtodkonzepte:<sup>322</sup>

1. Zwischenreiche der Seele: Ein vorübergehender Aufenthalt in einem Grenzreich, in dem die Hinterbliebenen und die Verstorbenen gegenseitig aufeinander Einfluss nehmen können. In dieser Vorstellung kommen Ahnen- und Geistervorstellungen besonders zum Tragen.
2. Himmel und Hölle: Der Himmel ist laut vedischer Vorstellung ein Platz ewigen Lebens, unauslöschlichen Lichts oder der Sitz der Götter. Dem gegenüber steht die Hölle, das ewige Dunkel wo strafende Flammen herrschen oder man in einer Grube gefangen ist. Die Lebenden und die Toten unterscheiden sich durch den Grad ihrer Lebenskraft (*asu, ojas*).
3. Wiedertod (*punarmṛtyu*): In diesem Konzept verfügen die Toten über eine verbleibende Lebenskraft die auch im Jenseits sowohl Leben als auch Sterben ermöglichen. Dieser Vorstellung liegt vor allem die Idee, religiösen Verdienst aufzubrechen oder ein ewiges Fristen in der Verdammnis zu Grunde.
4. Die Mehrkörperlichkeit der Seele: Insbesondere im *Sāṃkhya* hat sich die Vorstellung von verschiedenen Erscheinungsformen des Materiellen entwickelt. Es wird unterschieden zwischen einem groben und einem feinstofflichen Körper. Der grobstoffliche Körper (*sthūlaśarīra*) ist jener, der aus Fleisch und Blut besteht (genauer aus den 5 Elementen, den drei *doṣa*-s und den sieben Geweben) und der nach dem Absterben des Menschen erlischt. Der feinstoffliche Körper (*sūkṣmaśarīra, vāyujaśarīra* oder *liṅgaśarīra*), der auch als Seelenhülle bezeichnet wird, besteht aus subtiler Materie oder Luft und ist im Vergleich zum grobstofflichen Körper unsichtbar. Er wandert in den Zwischenreichen umher und inkarniert mit der Geburt in einem neuen grobstofflichen Körper. Der feinstoffliche

---

<sup>322</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 171ff.

Körper erlischt erst, wenn er aus dem Geburtenkreislauf erlöst ist. Diese Vorstellung ist sowohl an ein zyklisches Weltgeschehen, an einen Toten- und Ahnenkult als auch an eine Vergeltung der Taten als Grundlage von Reinkarnationskonzepten gebunden.

Vergleichsweise wird in der westlichen Welt zwischen Psyche und physischem Körper unterschieden, allerdings wird weder die Psyche als eine Art Körper gedacht, noch ist diese Vorstellung an den Reinkarnationsglauben gebunden.

5. *Karma* und Reinkarnation: Die Vorstellungen von *karma* und Reinkarnation haben sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert. Ursprünglich stiegen die Wissenden in die Götterwelt auf und die Unwissenden kamen über den Regen wieder in die Nahrungskette. Ungefähr im 8. vorchristlichen Jahrhundert entwickelten sich unterschiedlichste Vorstellungen die in diversen Rechtstexten und *Purāṇas* niedergeschrieben wurden. Hier findet sich erstmalig das Ziel den Geburtenkreislauf zu durchbrechen und Erlösung zu erlangen, sowie die Variante als Tier oder Pflanze wiedergeboren zu werden. Anders als bei den anfänglichen Vorstellungen, die kaum ethisiert waren, spielt nun das Konzept von *karma* (dem Gesetz von Ursache und Wirkung) im Sinne einer ethischen Tatvergeltung eine Rolle. *Karma* dient einerseits als Erklärung für leidhaftes Dasein, resultierend aus Taten in früheren Leben, und andererseits auch als Befreiungslehre.

6. Befreiung: Erlösung aus dem Geburtenkreislauf zu erlangen und somit unsterblich zu werden, ist nur durch das richtige Wissen möglich, welches mehr wiegt als die richtige Tat, wobei die rituell richtige Tat oft notwendig ist, um zu dem richtigen Wissen zu gelangen.

Es zeigt sich, dass die Nachtodkonzepte durchaus verschieden ausfallen können, Reinkarnation bei weitem nicht in allen enthalten ist und die Beschreibungen von ewiger Verdammnis und Hölle jenen, die aus Christentum oder dem alten Griechenland bekannt sind, in ihrer Grausamkeit und Gnadenlosigkeit in nichts nachstehen.

### 5.4.1 Prädestination

Der Glaube an Prädestination im Zusammenhang mit Medizin, unabhängig ob naturwissenschaftlich oder alternativ betrachtet, rückt den Handlungsspielraum der ÄrztInnen in einen begrenzten Rahmen. Wenn man an Schicksal, in einem westlichen Verständnis im Sinne einer vorgegebenen Lebenszeit, glaubt, wird die Kunst der Medizin konsequenterweise obsolet, da jegliches Eingreifen ohnehin einem vorgegeben Plan folgt. In der westlichen Gesellschaft scheint es, als würden viele Menschen an eine *selektive Prädestination* glauben, d.h. dass bestimmte Bereiche vorbestimmt sind und andere wieder nicht, bei manchen Begebenheiten wird von Schicksal gesprochen und bei anderen nicht. Trotzdem wird Schicksal grundsätzlich fatalistisch verstanden.

Nach indischer (hinduistischer) Vorstellung ist es bedeutend einfacher mit dem Begriff der Prädestination umzugehen und selbst ein Glaube daran schränkt die Sinnhaftigkeit der Medizin nicht ein. In der *Carakasamhitā* wird sehr ausführlich auf die Frage der vorbestimmten Lebenszeit eingegangen und genauso wird die oben angeführte Frage, ob Medizin überhaupt sinnvoll ist, wenn es eine vorbestimmte Lebenszeit gibt, diskutiert.<sup>323</sup> Wichtig wird hier das „Maß des Lebens“, so Wolz-Gottwald, welches sich nicht nur auf die Lebensspanne des Menschen bezieht, obwohl alles im Menschen und als auch in der Welt sein Maß hat. Dies darf nicht so verstanden werden, dass alles von vorn herein determiniert sei. Vielmehr bedeutet es, dass jeder Mensch über ein Maß verfügt, welches ihm sagt, was für ihn hilfreich oder schädlich ist, sei es in der Ernährung, im Lebensrhythmus oder im Verhalten. Handelt der Mensch entsprechend seinem Maß, wird er gesund sein und stirbt zu einem für ihn angemessenen Zeitpunkt, handelt er aber nicht danach, wird der Mensch krank und stirbt womöglich zu früh.

„Ziel des Ayurveda ist nicht, das Leben auf unbeschränkte Zeit zu verlängern. Ziel ist, dass der Mensch nach seinem Maß lebt und nach seinem Maß stirbt, nicht früher und nicht später.“<sup>324</sup>

---

<sup>323</sup> CaS 4.6.28-29, Vol. II; S. 445 ff.

<sup>324</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 57 f.

Diese Vorgabe der Schriften deckt sich meist mit den Antworten der befragten Āyurveda-ÄrztInnen. Nandanikar bezieht sich in seiner Erklärung für *karma* und Prädestination auf das bereits erwähnte Konzept der gezählten Atemzüge und ist der Meinung, dass das Schicksal durch *karma* vorbestimmt sei. Dennoch lässt sich aus seiner Antwort erkennen, dass der Mensch die Möglichkeit hat sein Schicksal zu verändern, indem er beispielweise Atemzüge spart:

### **Nandanikar und Begwe**

(Nandanikar) “See nowadays they are talking about geriatrics, geriatrics means longevity of life and modern science is working on that. But Āyurveda is working on that quite long back, but it is written in our text, not in āyurvedic text exactly, but you know we have a certain philosophy which has been recognised all over the world, this Indian philosophy, *Sāṃkhya*, *Vaiśeṣik* and all the Indian philosophy, so they say that you have been given certain, what you say, *śvas*, *śvas* means respiration, you have been allotted certain respiration, so many times you will respire in your life, if you save your respiration your lifespan will increase so that is way of thinking that according to your past *karma*, you must have heard about your past life regression, so according to your past *karma* everything is predetermined, but that doesn’t mean you should not treat. Everything is predetermined that is what our *karma* says and you are getting the quality or the type of life depending on your past *karma*, correct, so *karma phala siddhanta* is much there in Āyurved.”

Besonders beliebt in Zusammenhang mit Schicksal und *karma* ist das Beispiel des Autos, das je nach Fahrstil eine kurze oder lange Lebensdauer hat, wenn es gepflegt wird, schön aussieht und bis zum Ende in einem guten Zustand sein kann oder eben genau das Gegenteil. Ebenso ist es vom *karma* abhängig, welches Auto man sich leisten kann, etwa ob man in eine reiche Familie geboren wurde oder dergleichen. Dieser Teil des Lebens ist festgelegt, vom Schicksal vorbestimmt, wie dann mit diesem Los verfahren wird, liegt in der Hand des Menschen. So kann das beste Auto binnen kürzester Zeit durch Unachtsamkeit kaputt oder ein wenig luxuriöses Modell gut bis zum Ende gefahren werden. Auch in der *Carakasamhitā* wird der Wagen als Beispiel angeführt.<sup>325</sup>

### **Nandanikar und Begwe**

(Begwe) “I can give you one example which is mentioned in our treaties also. See, lifespan is of two types *niyata* and *aniyata*. It means one type is what your destiny is and the other type is what you decide, I would like to

---

<sup>325</sup> Vgl. CaS. 3.3.38; Vol II.; S. 155f.

give you example of a car, if you have a nice car, if you drive it carefully if you take of the vehicle properly then obviously the lifespan of the car will be more but if you drive that car on any road always on high-speed you don't take care of that motion (?) at all obviously it will be scrapped earlier, the same way though the destiny of that car, the span is destined, the lifespan that was more but because of your action you lower it, the same way our lifespan has two types *niyata* and *aniyata*. One is what is destiny, if you take care of your body properly then it will action like it but if you don't take care at all, obviously that is *aniyata*, even if your destiny, according to your destiny it is more you will lower it, it is like that."

Wie bereits gezeigt wurde gibt es in Indien mehrere Vorstellungen zu Leben und Tod, und die Annahme, dass die gesamte indische Bevölkerung an den Konzepten von Prädestination, *karma* und Wiedergeburt festhält, ist schlichtweg falsch. Dennoch glaubt von den befragten indischen Vaidyas nur Sawant nicht an eine vorbestimmte Lebenszeit. Für ihn ist dieser Glaube Aberglaube. Aber auch seine Bedenken bezüglich eines fatalistischen Gottvertrauens widersprechen nicht zwingend dem Konzept von *karma*. Die von Sawant beschriebene Aktion entspricht dem eigenmächtigen Handlungsbereich von *karma* und verkürzt so die eventuell vorgegebene Lebenszeit:

**Sawant**

"No, even God is one thing, but the doctor can expand the lifespan of the patient, because it is a superstition that God gives and God gives the lifespan, you have to take care of your own body and you have to follow the nature rules otherwise if you take the poison and say God has given me 100 years so I am going to take the poison and I will not die, this is not possible. You should be very rational about that."

Die meisten Befragten äußern einen klaren Glauben an Prädestination im Sinne einer Gott gegebenen Lebenszeit:

**Priyadarshini**

"Yes, I believe in that, this is my personal believe."

**Godbole**

"There is a given lifespan."

Die vorbestimmte Lebenszeit ist stark von *karma* abhängig, entzieht sich dem menschlichen Fassungsvermögen und niemand kann vorhersehen, wann die

Zeit abgelaufen ist, so werden beispielsweise plötzliche Unfälle, sogenannte „Schicksalsschläge“, durch *karma* erklärt:

**Rao**

“Yes, this is also because of the *karma*, but it is predetermined but we will not have a hint. This is beyond human judgment but it is also predetermined. If a person is apparently normal, there is no disease or sickness and all of the sudden there is an accident and death that is also because of *karma* but it is not assessable by physicians, which is predetermined according to the *karma*.”

Bhalla spricht sich eindeutig für das Schicksal aus. Ihm ist das Konzept der vorgegebenen Anzahl der Atemzüge bekannt und er sieht sich, als Mensch sowie als Arzt, in der Lage, diese Atemzüge zu gestalten. Für ihn ist klar, dass es zwar ein Schicksal gibt, der Mensch diesem aber nicht willenlos ausgeliefert ist. Die Verantwortung liegt letztlich bei jedem einzelnen Menschen selbst. Ziel ist es vor allem das Leben zu verlangsamen, die Zeit bewusst zu gestalten und die Lebensqualität zu erhöhen. Weniger im Vordergrund steht, wie lang das Leben sein wird, wichtiger ist wie es gelebt wird. Bhalla weist darauf hin, dass die Lebenserwartung in der heutigen Zeit beträchtlich gestiegen ist, das heißt die Anzahl der Atemzüge ist gestiegen, aber trotzdem ist damit nicht gesagt, dass die Menschen ein gutes und glückliches Leben führen.

**Bhalla**

“Und das sollte man im *Āyurveda* unbedingt vermitteln, das heißt, es ist sehr viel dahinter, aber wenn man sich die Atemanzahl anschaut, werden die meisten Menschen alt, aber was machen sie in dieser Zeit? Und natürlich gibt es Leute die werden nicht alt, aber was machen sie trotzdem in der Zeit. Ich kann ihnen auch nicht sagen, ich geh nicht so viel zu Ärzten, ich bin nicht so ein Fan von Ärzten, ich weiß, dass ich relativ in der Mitte bin aber ich kann nicht sagen, ob ich übermorgen eine Krebserkrankung bekomme. Nur wie geh ich damit um, wie fülle ich meine Atemzüge [...]“

„Das heißt, Sie sehen sich eher als Gestalter der Zeit die gegeben ist?“

„Genau, aber man kann sehr viel gestalten. Man kann auch Leute in dieser Zeit von einer Sache heilen. Ich hab sehr viele Erfolge, aber ich seh mich nicht als der Mensch, der zum Beispiel antiagingmäßig die Leute 30 Jahre länger leben lassen kann, das mach nicht ich, das machen die Lebensumstände sowieso schon. Ich kann dazu beitragen, dass die Leute einfach ein besseres Leben haben.“

Dennoch steht für ihn außer Frage, dass es ein Schicksal gibt und dass der Tod nicht zu verhindern ist, wenn der Zeitpunkt zu Sterben gekommen ist.

#### 5.4.2 *Karma*

*Karma* bezeichnet das Gesetz von Ursache und Wirkung. *Karma* wird vor allem in Bezug auf das vorige Leben und dessen Auswirkungen auf das Diesseits gesehen. *Karma* ist aber genauso im aktuellen Leben wirksam. *Karma* bedeutet „Handlung“ oder „Tat“ und jede Handlung, jedes Ereignis hat eine Ursache und eine Wirkung, von mehr oder weniger großer Tragweite. Das heißt, jede Handlung hat eine Konsequenz, so trivial diese auch sein mag (ich setze mich hin, also sitze ich). Diese schlichte Übersetzung allein trifft allerdings bei weitem nicht das Bedeutungsausmaß des Begriffs. *Karma* meint auch, dass jeder Mensch selbst für sein Leben verantwortlich ist, das Schicksal und insbesondere Schicksalsschläge sind also nicht irgendeinem Gott zu verdanken, sondern dem eigenen Handeln. Der Indologe und Religionswissenschaftler Heinrich von Stietencron sieht darin eine gelungene Lösung für das Problem der Theodizee. Gleichzeitig ist der Glaube an *karma* eine Aufforderung, sein Leben selbstverantwortlich in die Hand zu nehmen und dieses rechtschaffen zu führen, denn selbst wenn dieses Leben einem eine gute Inkarnation beschert hat, ist es von den Handlungen abhängig, ob auch das nächste ein glückliches sein wird.<sup>326</sup> Beeinflusst davon wie das Leben gelebt wurde legt sich der nächste Existenzbereich fest, der die irdische Welt, die Himmelswelt und Höllen umfasst, sowie die Art der Lebensform, die pflanzlich, tierisch oder menschlich ausfallen kann.<sup>327</sup> Ein wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit *karma* ist, dass es letztlich darum geht dieses aufzulösen und so aus dem Geburtenkreislauf (*saṃsāra*) auszusteigen.<sup>328</sup>

Dem entsprechend verhält es sich mit der Gesundheit:

„The longevity and quality of life depends upon two factors: *daiva* and *puruṣkāra*. *Daiva* results from our deeds or karma of our previous lifes

---

<sup>326</sup> STIETENCRON; Der Hinduismus; S. 26.

<sup>327</sup> HELLER; Der *ātman* ist jenseits von Geburt und Tod. S. 34.

<sup>328</sup> BÄUMER; Hinduismus; S. 327.

whereas *puruṣkāra* is what we do now in this life. With one's deeds in the present life, i.e. *puruṣkāra*, one is capable of improving one's bad health or ruining one's good health. Āyurveda denies any deterministic attitude. In Āyurveda, an illness is not considered limited in space and time and it never occurs by chance. It is due to an accumulative effect of disharmony and imbalance within an individual over a period of time and this period may be beyond the limited span of one life."<sup>329</sup>

Wilhelm Habfass fasst drei verschiedene Funktionen des *karma* zusammen. *Karma* bietet erstens ein Erklärungsmodell für bestimmte Vorgänge und Phänomene die aus vorangegangenen Handlungen resultieren. Zweitens bildet *karma* einen ethischen Orientierungsrahmen und ist drittens „als Grundbedingung welthaft engagierter und verstrickter Existenz, Ausgangspunkt und konstitutives Gegenstück für das Streben nach der Erlösung (*mokṣa*, *apavarga* u.dgl.) und Transzendenz“ zu verstehen.<sup>330</sup> *Karma* kann, je nach philosophischer Tradition, unterschiedliche Interpretationen haben. Im *Vaiśeṣika* beispielsweise ist *karma* Voraussetzung, dass sich die Faktoren menschlichen Lebens (Seele – *ātman*, Körper – *śarīra*, Denkorgan – *manas*) verbinden und erhalten, es ist also maßgeblich für Leben und in Folge dessen auch für Tod verantwortlich.<sup>331</sup> Im Āyurveda spielen sowohl *karma* aus dem vorigen Leben als auch die Handlungen in diesem Leben, inklusive der medizinischen Interventionen, eine tragende Rolle bezüglich der Lebensdauer. Wäre das Leben rein schicksalhaft bestimmt, würde jedes ärztliche Handeln obsolet werden.<sup>332</sup> Den Interviews zu Folge kann zwischen *karma* aus diesem und *karma* aus einem vorangegangenen Leben unterschieden werden.

#### 5.4.2.1 *Karma* aus dem vorigen Leben

Der Glaube an *karma* aus dem vorigen Leben bzw. der Glaube daran, dass *karma* aus dem vorangegangenen Leben Einfluss auf die Gesundheit oder Krankheit im jetzigen Leben hat, ist bei allen befragten ÄrztInnen, außer bei Priyadarshini, gegeben. Besonders eindrucksvoll ist Gadgils Beispiel. In dieser

---

<sup>329</sup> VERMA; Āyurveda in Modern India; S. 131.

<sup>330</sup> HALBFASS; Zum Verhältnis von Karma und Tod; S. 77.

<sup>331</sup> HALBFASS; Zum Verhältnis von Karma und Tod; S. 88.

<sup>332</sup> WEISS; Caraka Saṃhitā on the Doctrine of Karma; 94 ff.

Vorstellung ist niemand nur Opfer, sondern die Art der Inkarnation ist von Anfang an vom *karma* des Menschen abhängig, die Seele sucht sich von Anbeginn die passende Umgebung in die sie hineingeboren wird um ihr *karma* erfüllen zu können. Das heißt, wenn eine werdende Mutter sich und dem Kind Schaden zufügt indem sie beispielsweise raucht, oder im Gegenteil beste gesundheitliche Voraussetzungen mitbringt, wird sie demnach einer Seele die Möglichkeit geben sich, dem *karma* des Ungeborenen entsprechend, zu manifestieren. Für Gadgil ist *karma* nicht zuletzt auch eine Erklärung dafür, dass Menschen krank werden obwohl sie ein gesundes Leben geführt haben. Interessant ist, dass der *Āyurveda* im Falle einer durch *karma* verursachten Krankheit wenig zu bieten hat. Gadgil rät in so einem Fall eine Astrologin zu konsultieren und *Mantra*-s zu rezitieren:

**Gadgil**

“Do you think karma plays a role?”

“Yes, I have one example, I was in Germany and had a consultation with a woman who was smoking during her pregnancy and the child was suffering with cancer. She felt very guilty but she didn’t stop smoking. Then she became pregnant again and was still smoking so she was very afraid that the baby again will suffer with cancer or any other disease so she asked me and I gave her a different angle. I said if you make a mistake you have both, you are guilty and you are suffering, so if the child has cancer it is also the child’s fault or his destiny and after suffering it might get relieved. So the child was searching for a mother who is providing the perfect conditions to get such an illness. So I told her that if she didn’t want to invite another soul searching for that kind of destiny she should stop smoking. So for me *karma* plays a role. How can be an effect without any action? So if a patient did everything good in his life and still there is cancer then you should have a look at the horoscope maybe that can help. And some chanting.”

So gesehen hat das eigene Handeln eine enorme Tragweite, denn durch eine Aktion oder Entscheidung kann das gesamte Leben beeinflusst werden. Und nicht nur das, auch das Umfeld, die Menschen mit denen man sich umgibt, passen sich ihrem *karma* entsprechend an.

**Rao**

“Definitely it is inevitable. From the creation till the end the circle of *karma* has to be there. Even forgetting the particular form of life, with those particular parents, being in that particular geography, everything *karma* plays a role.”

*Karma* ist unvermeidbar und wird vor allem in Zusammenhang mit Krankheitsentstehung aber auch Genesung gesehen. Hat ein Mensch beispielsweise gutes *karma* in seinem vorigen Leben angesammelt, kann es sein, dass schwere oder chronische Krankheiten geheilt werden können.

### **Nair**

“Two things are there, one term is there *daiva*, *daiva* means the accumulated result of the deeds of our previous life, already I said we believe in *punarjanma*, means rebirth, we have many numbers of lives, previous lives are there, the accumulated result is called *daiva*.

According to Āyurveda if you find a chronic disorder which is very difficult to cure is curing immediately without any difficulty means he has accumulated very good actions in his previous life, his *daivam* is very strong.”

Es scheint als wären die ÄrztInnen auf einer körperlichen Ebene machtlos bei der Behandlung *karmischer* Krankheiten, sprich solcher Krankheiten deren Ursachen in einem vorigen Leben zu suchen sind. Offenbar sind vor allem unerklärliche Dinge immer wieder auf *karma* zurückzuführen.

### **Godbole**

“The *karma*? Yes it is true what the deeds, your past deeds are influencing your life, because there are certain events in your life, you can observe that without any reason you are suffering or without any reason you are going through strange situations or you have to go, so the concept of this *karma* is true, I believe on that.”

Wie sich bereits gezeigt hat ist es im Falle von *karma* aus einem vorigen Leben schwierig, Hilfe zu leisten und diese ist primär auf einer geistigen Ebene möglich. So sind *Mantra*-s, Gebete und Meditation ein wirksames Mittel, um *karmische* Probleme aufzulösen. Aus den Interviews geht hervor, dass *karma* nicht umgangen werden kann, das Leid, welches aus schlechtem *karma* resultiert, muss ertragen werden bis dieses aufgebraucht ist. Es wirkt wie eine mathematische Gleichung, die nur durch Leid oder mit guten Taten (zu denen auch das rezitieren von *Mantra*-s gehört) aufgehoben werden kann. Der Vergleich mit Schuld und Sühne drängt sich auf.

### **Gramminger**

„Ja, auf jeden Fall. Es gibt Erkrankungen, die sind nicht zu erklären warum die jemand hat, wo sie herkommen, warum bestimmte Menschen viele Erkrankungen, viel Leid haben müssen in ihrem Leben. Da gibt es keine medizinische Erklärung dafür. Und manche gesunden dann wieder und dann bleiben sie auf einem gewissen Niveau von Leid, und das kann sich nur über *karma* erklären, dass jemand einfach ein Leben voller Leiden erleben muss, wir können es vielleicht erleichtern, wir können ihm helfen aber vielleicht können wir ihn nicht ganz wegbringen vom Leid. Das ist glaub ich *karma*.“

Da Bhalla selbst an Reinkarnation glaubt, besteht für ihn kein Zweifel, dass Krankheiten auch karmischen Ursprungs sein können. Für ihn ist die karmische Herkunft einer Krankheit sogar im Puls erkennbar und in solchen Situationen ist es ebenso wichtig, wenn nicht sogar wichtiger, die Krankheit mit einem *Mantra* zu behandeln als mit Kräutern. Bhalla ist so sehr von der Wirksamkeit der *Mantra*s überzeugt, dass er sie selbst bei PatientInnen anwendet, die nicht in den indischen Philosophien bewandert sind oder an Reinkarnation glauben.

### **Bhalla**

„*Karma* ist ja viel mehr als nur eine Tätigkeit, da kommt oft viel mehr zusammen. Wenn Sie über *karma* fragen, ich kann Ihnen nur sagen, ich hab eine Patientin gehabt, die hat immer wieder über Schmerzen im Unterbauch geklagt und kein Arzt hat ihr helfen können. Und man kann durch den Puls auch sagen, ob das eine Krankheit vom jetzigen Leben ist oder vom letzten Leben, das geht, man kann auch das Alter einer Krankheit bestimmen. Und ich hab ihr gesagt "ich gebe Ihnen diese und diese Kräuter, aber bitte rezitieren Sie dieses *Mantra* und nach sechs Monaten kommen Sie zu mir, weil es wird so lange dauern", weil es eine karmische Störung war. Mit *Mantren* kann man auch die Sachen aus dem vorigen Leben beeinflussen, ich glaube dran, weil ich das schon ein paar Mal gesehen habe. Diese Patientin war sehr offen und hat mich nachher gefragt, nach den sechs Monaten "war es ein Problem von *karma*?" weil sie sich eingelesen hat, und jetzt glaubt sie auch dran, weil sie am Anfang mit dem Begriff nichts zu tun, nicht verstanden hätte, dann sprech ich auch nicht drüber. Aber ich bin mir sicher, dass dieses *Mantra* auch Sachen vom vorigen Leben, die noch da waren beseitigen kann. Das klingt jetzt vielleicht sehr esoterisch, aber das ist die Stärke, die wir eben in der Philosophie haben und im Sanskrit haben, das wir Sachen haben, die tief wirken können, seelisch wirken können. Ich find ja, dass die Seele, nicht nur ich, wiedergeboren wird und da kann man eingreifen.“

Das Verständnis von *karma* changiert zwischen einem sehr positiven, aktiven Bild, wo der Mensch in der Lage ist sein Schicksal selbst zu formen, und einem „Jüngsten Gericht“, wo einem minutiös alle guten wie schlechten Taten aufgelistet und abgerechnet werden. Einerseits erinnert *karma* an „positive thinking“ wo man jeden Moment aufs Neue des eigenen Glückes Schmied ist, andererseits entsteht der Eindruck, dass jede/r die Strafe oder Belohnung bekommt, die er oder sie verdient. Diese beiden Aspekte widersprechen sich nicht, lediglich die Gewichtung, ob *karma* als Chance oder als Buße gesehen wird macht den Unterschied.

#### **5.4.2.2 Karma aus diesem Leben**

Selbst Sawant, der sich sonst gegen Prädestination ausspricht, glaubt daran, dass sich durch *karma* alles verändern lässt. Selbst wenn ein Mensch viel gutes *karma* aus dem vorigen Leben angesammelt und in dieses Leben mitgebracht hat, ist er vor den Konsequenzen seiner Taten in diesem Leben nicht geschützt. Auch Godbole betont, dass ein Mensch seinen vorzeitigen Tod durch *karma* aus dem aktuellen Leben schneller herbeiführen kann, als es ihm eigentlich bestimmt wäre.

##### **Godbole**

“See, when the person is coming with such a serious health problem we are trying to relieve that problem and try to give him good healthy condition and when the person, ah, because of his wrong lifestyle and wrong habits when he gets certain serious disease, ah, we can, actually it is mentioned *apara marat*, *apara* means he is actually not supposed to die but because of his deeds he has invited his death.”

Der Lebensstil kann das *karma* in zwei Richtungen beeinflussen: Ein gesundheitsschädlicher, unachtsamer Lebensstil kann einen vorzeitigen Tod herbeiführen, im Gegensatz dazu können eine gesunde Lebensweise, der Umgang mit den richtigen Menschen, die richtige Ernährung und medizinische Versorgung den Tod hinauszögern, so wie Bhalla es beschreibt. Ein Lebensweg ist zwar vorgezeichnet, aber der freie Wille macht es möglich diesen Pfad jeder Zeit zu verändern.

## **Bhalla**

„Karma nur im Sinn von einer Auswirkung aus dem vorigen Leben oder im Sinn von, karma bedeutet ja nichts anderes als Ursache und Wirkung und...“

„Ja, Tag täglich...“

„Tag täglich?“

„Ja und das ist auch das, was ich probiere zu vermitteln, vielleicht ist das ein bisschen schlecht rüber gekommen, aber ich glaube schon, dass diese Säulen die wir haben, Ernährung, Lebensstil, Bewegungstherapie, sei es auch Yoga dazu, Phytotherapie, Medikamente und eventuell auch manuelle Therapien den Menschen jeden Tag prägen können. Mir hat einmal ein Handleser gesagt: "Du hast eine Hand, du könntest mit 30 Jahren an einem Autounfall sterben, wenn du jetzt dein Leben änderst wird es nicht so sein." Das war nur ein Beispiel, was er mir gesagt hat, ich war damals neun Jahre alt. Aber wir können unser Schicksal formen und das ist *karma*, was ich jemanden antue, bekomme ich auch zurück.“

Ob der Handleser Recht behalten hätte, wenn Bhalla sein Leben anders gelebt hätte, steht buchstäblich in den Sternen und die Aussagekraft von Horoskopen und Handleserei mag fragwürdig sein. Allerdings verfolgt die moderne naturwissenschaftliche Medizin mittlerweile ihre eigene Art der Handleserei, die Genuntersuchung. Frauen die eine Mutation des Gens BRCA1 oder BRCA2 in sich tragen, haben eine Wahrscheinlichkeit bis zu 85% an Brustkrebs oder Eierstockkrebs zu erkranken.<sup>333</sup> Immer wieder entscheiden sich Frauen für eine totale Mastektomie (die prominenteste unter ihnen ist wohl Angelina Jolie) und werden als mutig und nachahmungswürdig im Kampf gegen Krebs gefeiert. Obwohl diese Wahrscheinlichkeitsrechnungen auf naturwissenschaftlichen Fakten beruhen, weiß man tatsächlich nicht, ob Angelina Jolie jemals Brustkrebs bekommen hätte.

### **5.4.2.3 Schuld**

Das Gesetz von Ursache und Wirkung wirft die Frage der Schuld auf. Ist Krankheit eine Strafe für Handlungen aus einem vorigen Leben? Für die meisten

---

<sup>333</sup> <http://www.brustgenberatung.at/info/brca-1-brca-2-und-krebsentstehung-2/>; Zugriff: 15.10.2015.

befragten Āyurveda-ÄrztInnen gilt, wie sich weiter oben gezeigt hat, dass es durchaus Krankheiten gibt, die auf Grund von *karma* entstehen, die Frage lautet, ob das als Strafe bzw. als Schuld betrachtet wird. Wenn ein Mensch viel Alkohol trinkt wird er damit seine Leber schwächen und möglicherweise gänzlich krank machen, die wenigsten Menschen würden hier von Gottes Strafe sprechen, sondern von logischer Konsequenz. Ähnlich könnte auch *karma* aus einem vergangenen Leben verstanden werden, lediglich als Ausweitung des Lebensbereiches. Die āyurvedischen Schriften bieten eine sehr detaillierte und klare Beschreibung sämtlicher Lebensmittel und Verhaltensweisen und welche Auswirkungen diese auf den Menschen haben. Die Pathogenese beginnt bei den kleinsten, noch so unscheinbarsten Symptomen und endet bei schweren Krankheiten. Die Erklärung einer Krankheit mit *karma* aus einem vorigen Leben wird also fast unnötig, nachdem vermutlich die wenigsten Menschen ihr Leben lang immer alles, nach āyurvedischen Maßstäben, richtig gemacht haben. Trotzdem wird in der *Carakasamhitā* schlechtes *karma* aus dem Vorleben als Ursache für manche Krankheiten beschrieben. Aus *karma* resultierende Krankheit kann auch nicht behandelt werden. Als Bild dienen hier Frucht und Samen, gleich wie aus dem Samen die Frucht entsteht, so führt *karma* zu Reinkarnation und womöglich zu Krankheit.<sup>334</sup> In diesem Fall wird Krankheit zur Sühne. Auch von den befragten indischen ÄrztInnen wird *karma* teilweise mit Schuld und Sühne in Verbindung gebracht:

**Godbole**

“So you believe that the disease is because the person did something bad in a former life so now...?”

“Yes, he has to pay for that. Maybe we don’t know past or this life what he did before but it is true whatever bad things you do you have to pay for that.”

Für Priyadarshini existiert keine Schuld und kein schlechtes *karma*, ihren Aussagen zu Folge sind alle Menschen gut und niemand fügt jemand anderem

---

<sup>334</sup> WOLZ-GOTTWALD; Heilung aus der Ganzheit; S. 62. und CaS. 1.11.31-32, Vol. I; S. 218 f. sowie CaS. 4.1.116, Vol.II; S. 340.

Leid zu, ihr Bild von *karma* ist eindeutig auf der Seite von „positive thinking“ angesiedelt:

**Priyadarshini**

“Suppose the disease is there, is it because you did some bad things in your past life...”

(laughing) “The belief is there but I don't believe in that.”

[...]

“*Karma* is there but *karma* is good, I believe in doing good *karma*.”

Das Verständnis von Schuld und Sühne in der westlichen Gesellschaft ist, ohne Zweifel, stark durch die jüdisch-christlichen Traditionen geformt, so wie es auch Gramminger darstellt. Dennoch haben die Interviews mit den indischen Vaidyas gezeigt, dass diese Werte ebenso im hinduistischen Kontext zu finden sind. Schließlich ist es eine Frage der Auslegung, ob *karma* als ein Konzept von „Gut und Böse“ verstanden wird oder, so wie Gramminger es beschreibt, als eine Erfahrung die gleichwertig mit jeder anderen ist. „Gut und Böse“ sind relative Begriffe, vor allem aus hinduistischer Perspektive, wie sich am Begriff des *dharma* ablesen lässt. Der *dharma* bezeichnet verschiedene Bereiche des Hinduismus wie das rechtschaffene Leben, Riten des Alltags, moralische Werte oder Gesetze, die aber nicht allgemeingültig betrachtet, sondern immer an die Umstände angepasst werden. Jedes Alter, Geschlecht, jeder Gesellschafts- oder Berufsstand haben ihren eigenen *dharma* den es zu erfüllen gilt, sowie jeder Mensch, abhängig von diesen Aspekten. „Gut und Böse“ bzw. die Ethik bezieht sich also auf den persönlichen *dharma*, denn „so kann es einen Dharma des Tötens für Krieger und Metzger, des Stehlens für die Diebeskaste oder des Ehebruchs für Prostituierte geben“<sup>335</sup> und die Erfüllung dessen kann zu einer höheren Reinkarnation führen. Anders im Buddhismus, hier kommt es auf die Intention hinter der Handlung an und eine Tat wird gut oder schlecht unabhängig vom Stand oder Geschlecht des Menschen.<sup>336</sup> Diese Relativität der Ethik steht sicherlich im Gegensatz zum orthodoxen jüdisch-christlichen Verständnis von „Gut und Böse“, in dem nur allzu leicht Schuld, das Schlechte im Menschen oder

---

<sup>335</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 32.

<sup>336</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 31 f.

der strafende bzw. belohnende Gott assoziiert werden. Noch deutlicher wird dieser Unterschied in den Lehren des *Vedanta* oder den moderneren indischen Gurus *Krishnamurti*, *Vivenkananda*, *Osho*, *Amma* und vielen anderen, die eine Überwindung oder Auflösung der Dualität vermitteln. Dieses Gedankengut prägt vermutlich auch Grammingers Verständnis von „Gut und Böse“:

### **Gramminger**

„Ich würde sagen, Schuldausgleich ist eher christlich geprägt, ich würde sagen, um auch so eine Erfahrung zu machen. Ich glaub, wir müssen verschiedene Erfahrungen machen, in verschiedenen Leben, warum auch immer.“

### „Also Schuld in dem Sinn, ist dann keine...?“

„Nein, würde ich nicht sagen, kann sein, wer weiß? Ist eine schöne Erklärung, da ist einer ganz hässlich zu mir, dass ich sage, ok vielleicht hab ich ihm auch was angetan im letzten Leben, kann sein. Ob es so ist oder nicht so ist, bleibt dahin gestellt. Das sind Vermutungen und es ist vielleicht eine schöne Erklärung für unseren Verstand, aber letztendlich wissen wir es nicht wirklich.“

Es wäre interessant zu hinterfragen, ob der Glaube an Schuld und Sühne im Zusammenhang mit Krankheitsentstehung in der westlichen Gesellschaft eventuell stärker ausgeprägt ist als landläufig angenommen wird, wenn man bedenkt, mit wie viel Scham Krankheit besetzt ist. Oft werden Krankheiten verschwiegen, verzweifelt vertuscht oder nur hinter vorgehaltener Hand besprochen, als hätte man die Entstehung der Krankheit selbst zu verantworten. Freilich könnte diese Scham auch damit in Verbindung stehen, dass im Falle einer Krankheit dem Bild der Leistungsgesellschaft von jung, schön und tatkräftig nicht mehr entsprochen werden kann.

### **5.4.3 Punarjanma – Wiedergeburt**

Prädestination und *karma* sind im brahmanisch hinduistischen Kontext stark an Reinkarnation gebunden und gehören praktisch zum Allgemeingut indischer Religiosität. Angesammeltes *karma* sowie die individuellen Charakterzüge werden im feinstofflichen Körper des Menschen gespeichert und sind die Bedingung für den Geburtenkreislauf (*saṃsāra*). Leben und Tod gehören

zusammen und lösen einander immer wieder ab. Höchstes Ziel ist es, frei von *karma* zu sein und so *mokṣa* (Befreiung) zu erlangen, um einer erneuten Reinkarnation zu entgehen. Dieses Ideal wird allerdings von den meisten Menschen nicht aktiv verfolgt, wenngleich es durchgängig anerkannt ist und *Samnyāsins* (Entsager) respektiert und unterstützt werden.<sup>337</sup>

Eingebettet in hinduistischen Traditionen ist es nicht verwunderlich, dass sich auch der *Āyurveda* mit Reinkarnation beschäftigt. *Caraka*, der vielfach Bezug auf religiöse Themen nimmt, widmet in *Sūtrasthāna* 11 gleich 33 *Ślokas* (Verse) dem Beweis für Wiedergeburt.<sup>338</sup> Die Argumentation beginnt damit, dass der gesunde und intelligente Mensch drei Grundbedürfnisse, sowohl für diese Welt als auch die „Welt darüber hinaus“ hat: Das Streben nach einem langen Leben, nach einem Leben in Reichtum und nach einer rechtschaffenden, tugendhaften Lebensweise, was sich im Folgenden vor allem auf das zukünftige Leben bezieht. *Caraka* ist sich bewusst, dass es bezüglich der Reinkarnation Zweifel gibt. Für ihn steht außer Frage, dass die Wahrnehmung des Menschen limitiert ist und daher davon ausgegangen werden muss, dass es Dinge gibt die zwar vom Menschen nicht wahrgenommen werden können, aber dennoch existieren bzw. wirksam sind. Dieser Punkt in seiner Beweisführung ist auch aus heutiger Perspektive leicht nachvollziehbar, in seiner weiteren Argumentation verhält es sich nicht ganz so eindeutig: Menschliches Leben entsteht aus Mutter und Vater, dennoch können diese beiden Faktoren nicht der einzige Grund dafür sein, weil sonst auch die Seele von Mutter und/oder Vater, oder ein Teil davon in das Kind übergehen müsste. Da aber die Seele nicht teilbar ist und die Eltern augenblicklich sterben würden, wenn ihre vollständige Seele ins Kind überginge, ist es für *Caraka* logisch, dass die Seelen wiedergeboren werden. Er beschreibt weiter, dass sich Kinder von ihren Eltern in Hautfarbe, Stimme, Intellekt und Gemüt usw. unterscheiden und von Geburt an in der Lage sind, Angst zu spüren, zu weinen, zu saugen oder zu lächeln, ohne dass man es ihnen beigebracht hätte. All dies seien eindeutige Hinweise auf die Wiedergeburt. Diese empirischen Argumente stützt *Caraka* damit, dass es Menschen gibt, die sich an

---

<sup>337</sup> Vgl. dazu z.B. SCHREINER; Im Mondschein öffnet sich der Lotus; HELLER; Der *ātman* ist jenseits von Geburt und Tod; oder MICHAELS; Der Hinduismus.

<sup>338</sup> CaS. 1.11.1-33, Vol. II; S. 202 ff.

frühere Leben erinnern können. Diese Weisen, die über Reinkarnation berichten und über einen reinen, *sattvischen* Geist verfügen, können nicht lügen, und auch der *Veda* dient als Quelle von Wissen und vermittelt klar, dass ein tugendhaftes Leben (Spenden, Buße, Rituale, Ehrlichkeit, Gewaltlosigkeit und Enthaltbarkeit) zu Himmel und Befreiung führen.

In den Interviews bestätigt sich, dass der Glaube an Reinkarnation stark vertreten ist. Für Nair ist es als *Āyurveda*-Arzt sogar unumgänglich, daran zu glauben. Für ihn liegen Wiedergeburt und *karma* allein in der Verantwortung des Menschen unabhängig davon, ob an Gott geglaubt wird oder nicht. Gott hat nichts damit zu tun, wie dieses oder auch das nächste Leben verläuft, einzig die persönlichen Taten führen zu einem Resultat:

### **Nair**

“As an *āyurvedic* physician I must believe in it because all the concepts, even the philosophical schools, they developed their concept based on the theory that rebirth is there, if God is there or God is not there is irrelevant, but so many believe in rebirth, all the other ideas are developed around the idea of rebirth, even *Āyurveda* believes in rebirth. According to that the system of God is irrelevant. This means if you do a good action you will get a good result, if you are doing a bad action, if you are killing a person you will get the result. This is the basis of the concept of *punarjanma*.“

Für Rao ist das Prinzip vom Geburtenkreislauf hilfreich, um die Menschen auf das Sterben und den Tod vorzubereiten. Für beide ist es wichtig, den Menschen einen Sinn im Leben zu geben, in der Krankheit bzw. dem Sterben eine Bedeutung zu erkennen und so die Möglichkeit zu geben positiv mit dem Leben abzuschließen. Der Tod ist für Nair und Rao nicht das erschreckende Ende, sondern das Ziel des Lebens und der Übergang zu einer neuen Dimension, respektive zu einem erneuten Zyklus von *saṃsāra*. Rao betrachtet das Leben als Geschenk und versucht die Menschen dazu zu bringen den letzten Abschnitt in Dankbarkeit und ohne Angst zu bestreiten.

### **Rao**

“We bring in the philosophy of the life-cycle, how the spirit changes the physical body, as per their karma, so we make them understand that this was the phase given to you and these are the numbers of years given to you to reach your goal and now it has come to an end and now it will be

shifting only the body like you change the clothes and there upon you can continue the basic duty of humanity.”

Auch Bhalla nützt die indischen Philosophien, um den Menschen zu einer Aussöhnung mit dem Sterben zu verhelfen, sofern dies bei seinen PatientInnen möglich ist.

### **Bhalla**

„[...] kommt drauf an wie weit die Leute auch in indischer Religion, Philosophie behaftet sind, das Ganze und *karma* usw. zu erkennen. Wenn das nicht da ist, dann probiere ich es eben mit westlicher Logik [...].“

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es nicht nur *einen* „natürlichen Zugang“ zu Sterben und Tod gibt, genauso wie es in Indien oder dem Hinduismus nicht nur die Vorstellung von Wiedergeburt gibt. Weder eine ablehnende Haltung noch eine akzeptierende beschreiben *den* natürlichen Zugang zu Sterben und Tod, vielmehr gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Zwar erahnen viele Menschen die ihren baldigen Tod und verabschieden sich beispielsweise, genauso gibt es aber Menschen die bis zum letzten Moment dagegen ankämpfen. Zwar gibt es in der vedisch brahmanischen Tradition klare Vorstellungen davon, wie das Leben in seinen einzelnen Stadien (*āśramas*), das Sterben und der Tod „gut“ verlaufen. Gutes Sterben setzt eine sorgfältige Vorbereitung voraus, nicht zuletzt das Wissen darüber, dass der Tod bevorsteht. Dennoch gibt es im Hinduismus verschiedene Vorstellungen zu Leben und Tod, wengleich in Europa vor allem die Konzepte von Reinkarnation und *karma* bekannt sind. Es hat sich gezeigt, dass die meisten befragten Āyurveda-ÄrztInnen an Wiedergeburt und *karma* und eine damit einhergehende Prädestination glauben. *Karma* und Prädestination sind allerdings nicht fatalistisch zu verstehen, sondern unterliegen einem ständigen Wandlungsprozess. Jeder Mensch hat zu jeder Zeit die Möglichkeit, auf sein Schicksal Einfluss zu nehmen, bzw. tut dies unwillkürlich in jedem Moment und mit jeder Entscheidung seines Lebens. Die Lebensdauer kann durch das eigene Verhalten sowohl verkürzt als auch verlängert werden, genauso sind Gesundheit und Krankheit von den Handlungen des Menschen abhängig. Für die meisten Vaidyas besteht kein Zweifel, dass schlechte Taten schlechtes *karma* nach sich

ziehen und somit ein schlechtes Leben folgen wird, im Sinne von Schuld und Sühne. Dennoch ist die Schuldfrage nicht für alle so eindeutig zu beantworten. Hier stehen sich zwei Ansätze gegenüber: Ein moralischer, wenn *karma* im Sinne von einem Bestrafungs- bzw. auch Belohnungsmodell verstanden wird (ein Mensch hat Böses getan und bekommt als Strafe eine Krankheit) als auch ein rationaler, wenn *karma* als Konsequenz einer Handlung betrachtet wird (ein Mensch trinkt Alkohol und schädigt in Folge dessen seine Leber und seine Gesundheit und wird krank).

## 5.5 Die Haltung der Āyurveda-ÄrztInnen

### 5.5.1 Das Berufsethos der Vaidyas

Der Āyurveda weist in seinen Schriften klare Verhaltensregeln für Arzt und PatientInnen auf. Wie bereits im Kapitel 2.2.6 beschrieben ist, haben beide bestimmte Pflichten zu erfüllen und Eigenschaften mitzubringen. So wird der Arzt beispielsweise dazu aufgefordert PatientInnen abzulehnen, die entweder vom Arzt selbst oder vom König gehasst werden, aber auch solche, die sich selbst hassen, diejenigen die nicht die nötige Aufmerksamkeit für ihre Heilung aufbringen weil sie beispielsweise zu sehr mit anderen Dingen beschäftigt sind, die die dem Arzt nicht gehorchen, undankbar sind oder glauben, es besser als der Arzt zu wissen, die einen bösen Geist haben, von Angst und Trauer geplagt sind und schließlich jene, die unheilbar krank sind.<sup>339</sup> Heute würden nach diesen Vorgaben nicht viele PatientInnen übrig bleiben. Wenige Verse später wird allerdings dazu geraten ebenfalls seinen Feinden gegenüber Hilfe zu erweisen, auch wenn sich diese nicht nach den vorgegebenen Maßstäben verhalten.<sup>340</sup> Die Indologin Dagmar Wujastyk arbeitet zwei Kategorien von Menschen heraus, die nicht behandelt werden sollen: (a) sozial Ausgestoßene und (b) PatientInnen deren Behandlung fehlschlagen wird, da die Krankheit unheilbar ist und vor allem wenn diese tödlich enden wird. Bei *Caraka* wird die Verweigerung von nicht heilbaren PatientInnen besonders deutlich, der weise (erleuchtete) Arzt soll

---

<sup>339</sup> AHS Vol I; S. 16.

<sup>340</sup> AHS Vol I; S. 27.

Sterbende abweisen, chronisch kranke Menschen mit der entsprechenden Therapie begleiten und Heilbare heilen:

„The enlightened physician should not take the incurable patient in hand. The palliable patient should be maintained with appropriate therapy. The curable one should be treated carefully with proper medicine leading to cure.”

CaS 2.2.27<sup>341</sup>

Die indischen Übersetzungen der Schriften ins Englische mögen irreführend sein, da die Verwendung des Begriffs „*palliable*“ sehr gängig ist. Einerseits wird der Begriff aber nicht für PalliativpatientInnen im westlichen Sinn verwendet, sondern beispielsweise für chronisch kranke Menschen deren Zustand stabilisiert werden kann. Andererseits ist der Begriff eine Besonderheit des indischen Englisch, denn in diversen Wörterbüchern (online oder in Print) ist „*palliable*“ nicht angeführt, es handelt sich wohl um eine Abwandlung von „*palliate*“ (lindern, mildern, beschönigen).<sup>342</sup> In der *Carakasamhitā* wird die Behandlung Sterbender eindeutig abgelehnt. Tatsächlich wird in *Indriyasthāna* sogar 19 Mal darauf hingewiesen, dass ein sterbenskranker Mensch nicht zu behandeln sei. Warum diese Menschen nicht als PatientInnen aufgenommen werden sollen, wird mehrfach erklärt. Zum einen wird damit argumentiert, dass es sinnlos ist einen Menschen zu behandeln, wenn keine Heilung in Sicht ist z.B. weil die Lebensspanne dem Ende zugeht. Gleichzeitig besteht Gefahr für den Arzt (und alle anderen beteiligten Personen), da der sterbende Mensch mit den Boten des Totengottes *Yama* und anderen Dämonen in Kontakt steht. Ein weiterer Grund ist das Ansehen des Arztes: Die Behandlung der Todkranken bedeutet schlechte Nachrede, Tadel, Zurückweisung, und einen Verlust von Wohlstand, Weisheit und Ruhm. Interessant ist, so Wujastyk, dass kein Verweis auf das Wohl der PatientInnen zu finden ist, wie beispielsweise, dass die Behandlung unnötige Kosten bedeuten würde, alle Begründungen laufen auf das Wohl des Arztes

---

<sup>341</sup> CaS Vol II; S. 42.

<sup>342</sup> <http://dict.leo.org/#/search=palliable&searchLoc=0&resultOrder=basic&multiwordShowSingle=on>; Zugriff: 15.3.2015;  
<http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung?q=palliable&l=deen&in=&lf=de&cid=>; Zugriff: 15.3.2015; Globalwörterbuch Englisch - Deutsch; S. 834.

hinaus.<sup>343</sup> Hier gleicht die medizinische Ethik des Āyurveda jener des griechischen Altertums, auch hier war immer von großer Wichtigkeit, das Ansehen und den Ruf des Arztes und der Medizin nicht zu schädigen. Das Wohl der PatientInnen war diesem Ziel untergeordnet.<sup>344</sup>

Die indischen befragten ÄrztInnen geben zu diesem Thema ein breites Spektrum an Antworten. Ethisches Verhalten wird hier in zwei Richtungen verstanden: einerseits wird es als unethisch betrachtet, wenn der Arzt oder die Ärztin den sterbenden Menschen behandelt und so von ihm unnötigerweise Geld bezieht, andererseits wird es genauso als ethische Pflicht gesehen jeden Menschen bis zum Lebensende zu begleiten und bis zum letzten Moment das Beste zu geben. Auffallend ist einmal mehr die Nennung der Schriften als Legitimation für das eigene Handeln. So wie Nandanikar dieses Behandlungsverbot darstellt, bedeutet es, dass die Behandlung eine Verbesserung der Situation herbeiführen muss, sonst kann diese nicht gerechtfertigt werden. Wenn die Ärztin oder der Arzt nicht in der Lage ist, den kranken Menschen richtig zu behandeln bzw. die Krankheit nicht bewältigen kann, muss von einer Behandlung abgesehen werden, da diese womöglich unnötige finanzielle, psychische und physische Strapazen für die Betroffenen bedeuten könnten. Hier wird also ein „trial and error“ Prinzip zum Schutz der Kranken ausgeschlossen werden.

#### **Nandanikar und Begwe**

(Nandanikar) “And in that we must be clear and even it must be said in our *samhitā*, if you cannot handle a patient you should not treat him.”

“Means you send him away?”

“Ha, we send him away. It is no use unnecessarily you accept money from him and if you cannot give him proper treatment, you cannot justify your treatment, you cannot give justice to what you are doing, then it is no use keeping him with you.”

Die Mehrheit hält sich jedoch nicht an das Behandlungsverbot, sondern stellt fest, dass die sterbenskranken PatientInnen, wenn schon nicht behandelt, so doch

---

<sup>343</sup> WUJASTYK; Well-Mannerd Medicine; S. 110 ff.

<sup>344</sup> LOEWY; Ethische Fragen in der Medizin; S. 11.

gepflegt werden müssen bzw. dass sehr wohl bis zum Schluss „versucht“ werden soll. Godbole rechtfertigt ihre Behandlung der Sterbenden damit, dass es „heißt“ der Mensch ist bis zum letzten Atemzug zu behandeln. Wo dies geschrieben steht, sagt sie allerdings nicht. Ebenso betont sie, dass die Menschen nicht über ihren baldigen Tod informiert werden sollen, auch dafür findet sie die Legitimation (vermutlich) in den Schriften:

**Godbole**

“Sure we are giving some treatment because if you are a good vaidya it is mentioned that you are not supposed to tell the person that you will die soon at the same time it is mentioned as long he is breathing you have to try.”

Nairs Augenmerk richtet sich vor allem auf die entstehenden Kosten, die für eine Familie mitunter eine sehr große Belastung bedeuten können. Insofern ist es wichtig den sterbenden Menschen zwar zu behandeln, die Kosten aber angemessen zu kalkulieren und gegebenenfalls eher zu billigeren Arzneien zu greifen:

**Nair**

“Incurable you have to take care of it, you must not spend many costly medicines, you can use some simple medicines, you have to take care of him.”

Für Rao steht außer Zweifel, dass die Behandlung von sterbenskranken Menschen den ethischen Ansprüchen des Āyurveda entspricht und laut seinem ethischen Verständnis wird der Mensch bis zuletzt behandelt und begleitet.

**Rao**

“If you see that this person is incurable what are you doing, do you say, ok. I cannot do anything or...?”

“No, a physician asks for the ethics of Āyurveda”

### **5.5.2 Hoffnung und Achtsamkeit im Umgang mit schwerkranken Menschen**

Im Kontakt mit schwer bzw. sterbenskranken Menschen ist man immer mit deren Hoffnung und Hoffnungslosigkeit konfrontiert, welche auch zu einer Frage der

Achtsamkeit und der Achtung vor dem kranken Menschen werden kann. Ist es sinnvoll den Menschen unbeirrbar Hoffnung auf Heilung zu machen? Kann nur Heilung Hoffnung geben? Soll man bis zuletzt auf Wunder hoffen? Ist es besser den Menschen unverblümt die Wahrheit zu sagen? Ist es ethisch richtig einen Menschen womöglich in einer falschen Hoffnung zu bestärken und ihm die Wahrheit zu verheimlichen oder ist das Gegenteil der Fall? Die Meinungen bei den Vaidyas gehen hier stark auseinander. Dr. Sawant zieht es vor, den Menschen bis zum Ende Hoffnung zu geben, dass sie leben werden. Er sieht es als seine Aufgabe als Arzt den Menschen bis zum Schluss im Glauben (an sich selbst, an die Medizin etc.) zu bestärken, Hoffnung und Zuversicht zu geben und er ist selbst bereit immer wieder an Wunder zu glauben bzw. darauf zu hoffen. Interessanterweise ist dieser Zugang am stärksten bei ihm zu finden, obwohl Sawant sich sonst am wenigsten von den befragten ÄrztInnen zu spirituellen/religiösen Ansätzen bekennt. Selbst wenn er den Glauben und das Vertrauen in die Medizin, also die Wissenschaft betont, so sind doch Wunder als etwas Übernatürliches zu bezeichnen:

**Sawant**

“You should be always hopeful and you should continue the treatment, sometimes the miracle happens and the patients come out of the danger many times.”

Sawant empfindet den Umgang mit Kranken, insbesondere mit den HIV-Infizierten, oft sehr unachtsam. Die Krankheit wirkt wie ein Stigma und ein Ausbruch aus dem Kreislauf der Krankheit wird fast unmöglich. Für ihn ist vor allem auch die negative Einstellung und Prägung von außen (Angehörige) krankhaft bzw. krankmachend. Der unachtsame und auch heute noch weltweit verbreitete diskriminierende Umgang der Gesellschaft mit HIV-infizierten Menschen und die permanente Konfrontation mit dem Todesurteil erschweren die Behandlung massiv. Für Sawant ist der achtlose Gebrauch der Sprache mitverantwortlich für den Verlauf einer Krankheit. So werden bestimmte Krankheiten zu einem Todesurteil, wenngleich sie nicht zwingend eines sein müssen. HIV beispielsweise ist in der westlichen Gesellschaft heute oftmals kontrollierbar. Selbst wenn HIV in Indien aufgrund der fehlenden medizinischen

Mittel meist nach wie vor lebensbedrohlich ist, zeigt dieses Beispiel sehr deutlich, dass der Glaube ans Leben nicht nur bedeutet, falsche Hoffnungen zu wecken, sondern dass sich Sachverhalte jeder Zeit ändern können.

### **Sawant**

“And the surrounding of them, means the friends, the relatives they are also, many of them I have seen they are discouraging these patients. Somehow he is positive, HIV positive so he is going to die, this sentence, they used to hammer this sentence on the mind of the patient in front of the patient, in absence of the patient always somehow they are going to die, somehow they are going to die. That’s why the patient comes under the impression that the patient is going to die, so he leaves the hope, so this is also called unhealthy in the healthy condition also. Discouragement, disappointment, nervousness, frustration, all the different, different conditions of mind, we should speak very responsibly in front of the patient even in absence of the patient also. In front of the close relatives of the patients, we should be very careful about that.”

Sawant sieht es als seine Aufgabe den PatientInnen Hoffnung zu geben. Einerseits sieht er immer eine Chance auf Heilung, andererseits bemüht er sich, den Menschen ein positives Lebensgefühl zurückzugeben. HIV führt nach wie vor zu einer gesellschaftlichen Ausgrenzung, zu einem gesellschaftlichen Tod, Scham und Schuldgefühl spielen eine wichtige Rolle. Sawants hoffnungsvoller Umgang mit den PatientInnen wird insofern auch zu einem politischen Statement. Es ist schwer zu beurteilen, ob Sawant vor allem den Überlebenstrieb seiner PatientInnen anregt und diese so wieder zu einem besseren Lebensgefühl zurückfinden, oder ob er vielfach auch falsche Hoffnungen schürt und den Menschen die Möglichkeit nimmt sich auf ihr Ende vorzubereiten. Das Festhalten an der Hoffnung kann also bedeuten, sich vor der Realität zu verschließen. Rao spricht sich dagegen aus, in den Menschen falsche Hoffnungen auf Genesung zu wecken.

### **Rao**

“Definitely, if the signs are within the difficulty cured diseases or diseases which are cured difficultly with lot of afford we can go ahead but if we assess properly that they are from the category of the incurable diseases the *śāstras* give a caution that you should not go for a false claim or explain to the patient that you are going to do a miracle.”

Es ist sicher eine der schwierigsten Fragen und kann nur von jedem Menschen individuell beantwortet werden, ob es hilfreich ist die Hoffnung auf Genesung zu verstärken, ob diese dann ein Abschiednehmen und Loslassen nicht eventuell erschwert, oder ob die Hoffnung neue Lebensgeister weckt und dem Genesungsprozess so neuen Schwung verleiht. Oft kämpfen Menschen bis zum Sterben gegen den Tod an und wollen nicht wahrhaben, dass ihr Leben nun dem Ende zugeht und es ist fraglich, ob ihnen das Sterben nicht leichter fallen würde, wenn sie die Hoffnung auf ein Überleben aufgegeben hätten. Genauso entwickeln manche Menschen, die von medizinischer Seite längst als „austherapiert“ bezeichnet werden, erstaunliche Kräfte, verändern vielleicht ihr Leben und überwinden so die Krankheit, zumindest für einige Jahre.

Oft hegen die Menschen auch eine falsche Erwartung gegenüber dem Āyurveda, klammern sich an diesen letzten Strohhalm und glauben, diese Medizin wird sie binnen kürzester Zeit heilen, sie sind daher ungeduldig und enttäuscht, wenn der gewünschte Erfolg nicht gleich oder gar nicht eintritt. Das erleben sowohl indische als auch österreichische ÄrztInnen:

#### **Nandanikar und Begwe**

“We will make our effort but he must know for sure, most of the time people think that Āyurved is a magic remedy, it is not like that, there are some notions in the minds of the people that, for example what we have been taking medicine, allopathic medicine, modern medicine for last so many years and now I have come to an āyurvedic physician and now must get relief of the pain and disease within a few days, it is not like that.“

Auch auf die Gefahr hin potenzielle PatientInnen zu verlieren, ist es Bhalla wichtig stets realistisch zu bleiben und keine falschen Heilsversprechen abzugeben. Ihm ist bewusst, dass viele schwerkranke Menschen eine durchaus zahlungsfreudige Klientel sind, die gerne jede Möglichkeit aufgreifen die ihnen geboten wird:

#### **Bhalla**

„Es kommen ja oft Patienten zu mir und glauben ich bin der Wunderwutzi, der Dr. Bhalla, Āyurveda-Arzt und wupp – alles ist weg! Und das nehm ich denen aber schnell weg, und wenn sie glauben, dass ich der falsche Arzt bin, dann hab ich es ihnen gesagt, dann können sie sich einen anderen suchen, der ihnen das verspricht, aber Sie wissen ganz genau, man kann leider mit schwerkranken Menschen sehr, sehr viel manipulativ arbeiten

und sehr viel Geld machen und Āyurveda ist aber genau das Gegenteil. Ich geb auch keine Vitaminspritzen, was nichts bringen würde.“

Die Macht der positiven oder negativen Gedanken ist oft ausschlaggebend, ob eine Therapie anschlägt oder nicht. Die Wirkung von Placebos ist längst nachgewiesen, aber auch die des gegenteiligen Effekts, dem relativ unbekanntem Nocebo-Effekts. So kann beispielsweise eine negative Einstellung gegenüber Medikamenten dazu führen, dass selbst die Einnahme von völlig harmlosen Placebos zu unangenehmen Symptomen führt. Godbole und Gadgil berichten darüber, wie schwierig der Umgang mit der Psyche ist und wie sensibel mit den Emotionen und den Gedanken der Kranken umgegangen werden muss, damit keine Schäden entstehen. Die mentale Stabilität des Geistes wird während des gesamten Lebens trainiert. Godbole weist daraufhin, dass der Mensch bereits in der Kindheit anfangen muss den Geist in seiner Konzentration zu üben, um den Schwierigkeiten des Lebens verhältnismäßig gelassen entgegenzutreten zu können:

### **Godbole**

“Actually in reality we cannot just give the treatment, we cannot change their mentality because it is their nature and that stage when we know that the person is not having much lifespan we cannot change in that critical condition anything, means the mental condition.

What Āyurveda says is that you have to train your mind when you are child so you will have very stable mentality and you can go very smoothly with each and every condition of life, what situation of life. So at the end you try to change just by talking or explaining it is no use.”

So wie Sawant machen Godbole und Gadgil bisweilen den unachtsamen sprachlichen Umgang für den letalen Ausgang einer Krankheit verantwortlich. Gadgil berichtet von einem 21-jährigen Patienten mit Lungenkrebs und Metastasen im Gehirn. Aus einem Telefonat seiner Mutter mit seinem Arzt erfuhr er, dass er nur mehr drei Monate zu leben hatte. Diese Nachricht deprimierte den jungen Mann so sehr, dass jegliche Behandlung fehlschlug. Er sah keinen anderen Ausweg aus seinem Leiden als den Tod. Selbst in den Schriften steht geschrieben, so Gadgil, dass Depression (*viṣāda*) die schlimmste Komplikation in einem Behandlungsprozess sei.

### **Gadgil**

“So he was firmly of the opinion that the only way of rescue is death and was sure that he will get death within three months. So he was actually eagerly waiting for death, you can imagine a 21year old boy studying computer engineering and just wants to die to get rid of the suffering. And we couldn't do anything, he really died within three months we couldn't make him survive longer, so it was a very strong desire for death. So if you come across patients like this, what are you going to do?”

Es zeigt sich, dass sich das ethische Verständnis des Āyurveda in Indien heute stark unterscheidet dem der Entstehungszeiten der *Samhitās*. In der *Carakasamhitā* wird eindeutig von der Behandlung sterbender Menschen abgeraten, insbesondere um den Ruf des Vaidyas als auch seine Gesundheit zu schützen. Heute legen die meisten Vaidyas diese Darstellung anders aus. Die meisten sind der Meinung, dass es die ethische Pflicht der ÄrztInnen ist die Menschen bis zum Schluss zu behandeln, wenn auch mit Abstufungen. So spielt beispielsweise in Anbetracht der in Indien herrschenden Armut vieler die Kosten-Nutzen-Rechnung durchaus eine Rolle. Für manche Vaidyas verhält es sich mit der Behandlung Sterbender nicht so klar, so sollen etwa keine falschen Hoffnungen gemacht und die PatientInnen vor etwaigem „Trial & Error“ Verhalten der ÄrztInnen geschützt werden. Für diese Vaidyas ist von einer Behandlung also eher abzusehen, nicht jedoch von der Pflege. Hoffnung und Hoffnungslosigkeit sind wichtige Komponenten in der Behandlung kranker Menschen. Wie auch der Glaube kann die Hoffnung den Menschen dazu bewegen neuen Lebensmut zu fassen und den Heilungsprozess zu unterstützen. Hoffnungslosigkeit und Depression, häufig ausgelöst durch eine unbedachte Wortwahl der ÄrztInnen oder Angehörigen, wird von den Vaidyas als eine zusätzliche, wenn nicht als die größte Erschwernis empfunden. Depression macht eine Heilung aus der Sicht der Vaidyas unmöglich. Dennoch sprechen sich nicht alle dafür aus, den Menschen bis zuletzt Hoffnung zu machen, sondern im Gegenteil, sie behutsam an die Tatsachen heranzuführen.

## 5.6 Verdrängung von Sterben und Tod

In den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Tod in der westlichen Gesellschaft effektiv verdrängt und tabuisiert. Todkranke wurden in Unwissenheit gelassen, Sterbende in Badezimmer und Abstellkammern geschoben und der Leichenwagen fuhr nur bei Nacht vor, um die Leichen heimlich abzuholen.<sup>345</sup> Dieser Umgang hat sich dank der Hospizbewegung deutlich verändert, heute wird niemand mehr in abgelegene Kämmerchen geschoben. Dennoch lässt sich der Eindruck der Verdrängung des Todes in der westlichen Gesellschaft auch heute nicht ganz zur Seite schieben und ist in der soziologischen Literatur allgegenwärtiges Thema. Jedoch bedeutet Tod für die Gesellschaft etwas anderes als für den einzelnen Menschen. Der Tod fügt sich in gesellschaftliche Teilsysteme ein und wird so ein ökonomisches Problem für die Ökonomie, ein politisches für die Politik, ein medizinisches für die Medizin usw. Die einzelnen Menschen hingegen erleben den Tod als keines dieser Probleme, sondern, so der Thanatologe Nassehi, als ein persönliches Problem und vor allem als ein „existentielles Sinnproblem“.<sup>346</sup> Am Beispiel der Religion macht Nassehi deutlich wie die moderne Gesellschaft die sinnhafte Zentralinstanz verloren hat und wie durch diesen Verlust der Tod nicht länger ein kollektives, sondern nur mehr ein individuelles Phänomen geworden ist. So war Religion im Spätmittelalter die zentrale Instanz, von der aus alle Bereiche legitimiert wurden, Recht, Ökonomie, Erziehung usw. Heute werden diese Bereiche separat gehandhabt und die Religion vermag es nicht mehr „gesellschaftliche Kommunikation flächendeckend zu konditionieren“.<sup>347</sup> Dieser Verlust des Sinnzentrums wirkt sich maßgeblich auf den Umgang mit Sterben und Tod aus, denn durch den Mangel an einer symbolischen, sinnhaften Integration verhält sich die Gesellschaft gleichgültig gegenüber dem Problem der individuellen Endlichkeit. Früher war der Tod ein Bestandteil der Gesellschaft und heute ist er das Problem des/der Einzelnen.<sup>348</sup> Der Mensch ist auf sich selbst

---

<sup>345</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 102ff.

<sup>346</sup> NASSEHI; Sterben und Tod in der Moderne zwischen gesellschaftlicher Verdrängung und professioneller Bewältigung; S. 14.

<sup>347</sup> Ebd.

<sup>348</sup> Ebd.; S. 15f.

gestellt und alleingelassen in der Konfrontation mit dem eigenen Tod und dem der anderen. Hier kommt die oft erwähnte Tabuisierung und Verdrängung des Todes ins Spiel. Nassehi spricht hier von einer „gesellschaftlichen Verdrängung“ und löst diesen vom psychoanalytischen Begriff der Verdrängung ab, welcher bedeutet, dass das Verdrängte komplett aus dem Bewusstsein verbannt wurde. Von einer kompletten Verdrängung des Todes kann in diesem Kontext jedoch keine Rede sein. Der Psychologe Joachim Wittkowski beispielsweise spricht ausdrücklich von einer Unterdrückung und nicht von einer Verdrängung.<sup>349</sup>

In Zusammenhang mit Indien kann wohl kaum von einem religiösen Sinnverlust die Rede sein. Religion ist in Indien nach wie vor wortwörtlich an jeder Straßenecke präsent. Trotzdem entsteht an Hand der Interviews das Gefühl, dass der Tod nicht selbstverständlicher Bestandteil des Lebens ist. Insofern ließe sich am Beispiel Indiens eine Gegenthese zu Nassehis Theorie aufstellen. Sicherlich trifft es zu, dass der Tod und die dazugehörigen Rituale in Indien bis dato nicht aus dem alltäglichen Leben verdrängt wurden, die Interviewsequenzen weiter unten zeigen allerdings deutlich, dass über den Tod nicht gerne gesprochen wird und das Verhältnis zu ihm ambivalent ist. Besonders sichtbar wird diese Ambivalenz bei Sawant, einerseits beschreibt er, wie der Tod täglicher Bestandteil des Lebens ist und die Menschen auf ihn vorbereitet sind:

**Sawant**

“[...] in our Indian philosophy it is already taught to the people, they see daily the dead body’s cremation, the people who are living at the bankside of the river, every day they see somebody is coming and the cremation is going, rituals of the dead persons are performed, it is very common, death is not a fear, they are not afraid.”

Andererseits ist er vehement dagegen seinen PatientInnen zu sagen, dass sie womöglich früher oder später sterben werden und sich gegebenenfalls darauf vorbereiten sollten:

**Sawant**

“So, you will never tell a person that he is going to die?”

---

<sup>349</sup> WITTKOWSKI; Psychologie des Todes; S. 89.

“I will always tell him, that you are not going to die, you are going to live a very long life”.

Auch Bhalla bestätigt, dass er sowohl in Österreich während seiner medizinischen Ausbildung, als auch in Indien während seines āyurvedischen Studiums dahingehend unterrichtet wurde, dass das Sprechen über den Tod den sterbenden Menschen depressiv macht und daher besser vermieden werden sollte. Für ihn wird dieser Bereich, so wie auch die Sexualität, ganz klar tabuisiert.

Die Diskussion um den Verdrängungsbegriff und welche Menschengruppen welchen Umstand auf welche Art und Weise verdrängen dauert in Europa nun schon Jahrzehnte an und Feldmann fasst die Thesen dieser Diskussion wie folgt zusammen:<sup>350</sup>

1. Privatisierung: Der moderne Mensch trauert privat, die breite Masse bleibt ausgeschlossen, im Gegensatz zur traditionellen Gesellschaft wo Sterben und Tod Teil des Gemeindelebens war.
2. Bürokratisierung und Segregation: In der modernen Gesellschaft wird vor allem in Institutionen (Krankenhaus, Pflegeheim) gestorben und selten zu Hause, obwohl das dem Wunsch der meisten Menschen entspräche.
3. Exklusion der Sterbenden und Toten: Das Leben heute geht trotz eines Todesfalls unbeirrt weiter und wird nicht wahrgenommen, insbesondere in der Großstadt im Gegensatz zur dörflichen Gemeinde.
4. Emotionale Ablehnung und Professionalisierung: Der Umgang mit Sterbenden und Toten ist den meisten Menschen unangenehm, deshalb wird professionelles Personal zu diesem Zweck engagiert.
5. Verlust an Primärerfahrung: Viele Menschen erleben den ersten Todesfall erst im Erwachsenenalter, da die Lebenserwartung gestiegen ist. Daraus ergibt sich ein Erfahrungsdefizit.
6. Kommunikationsdefizit: Fehlende bzw. mangelhafte Aufklärung Schwerkranker und Betroffener bzw. Verwendung medizinischen Fachvokabulars.
7. Entfremdung und Depersonalisierung: Aufgrund des medikalisierten, technisierten und bürokratisierten Umgangs geht die persönliche Zuwendung und Selbstgestaltung des Sterbeprozesses verloren.
8. Erfahrungsentzug: Kinder werden vom Sterbeprozess ausgeschlossen.
9. Partikularisierung des Todes: Durch das hohe Lebensalter wird der Tod vor allem zu einem Problem der sehr alten Menschen.

---

<sup>350</sup> FELDMANN; Tod und Gesellschaft; S. 65.

10. Unsterblichkeitsillusion: Der medizinische und technische Fortschritt lässt uns (vergeblich) hoffen dem Tod zu entgehen.
11. Marginalisierung der Rituale: Rituale um Sterben und Tod werden in den Hintergrund gedrängt.
12. Affektkontrolle und Verinnerlichung: Trauer gehört in den privaten Bereich, alles was gewisse Standards überschreitet wird als krankhaft eingestuft.
13. Strukturelle Verdrängung: Verlust der Sinnggebung des Todes (siehe oben).

Feldmann führt ebenso 14 Argumente der Gegenthese an, die aussagt, dass der Tod heute realitätsgerechter behandelt und besser damit umgegangen wird. Letztlich kommt er aber zu dem Schluss, dass jedes Argument sowohl für als auch gegen die Verdrängungstheorie sprechen kann. Beispielsweise wird der Sinnverlust von Nassehi als Verdrängung gedeutet, er könnte aber genauso als Emanzipation von veralteten Mustern ausgelegt werden und so zu mehr Freiheit in der Gestaltung von Leben und Sterben führen. Die Interpretation ist also immer eine Frage der Perspektive.<sup>351</sup> Ein anderes Beispiel dazu: Die permanente Konfrontation mit Gewalt, Mord und Totschlag in Film und Fernsehen kann durchaus als ein Argument gegen die Verdrängungstheorie, aber auch genau umgekehrt gesehen werden. In unserer westlichen Gesellschaft zählt das Ideal des jungen, starken, gesunden, erfolgreichen und bestenfalls noch schönen Menschen. Das gesamte Actiongenre spiegelt dieses Bild im Sinne von „the survival of the fittest“ wieder und kann insofern, trotz der Darstellung von Blut und Leichen, als Zeichen für die Verdrängung des Todes interpretiert werden. Die Ambivalenz ist enorm. Am Bildschirm hat ein Mensch wohl schon einige hunderttausend Menschen sterben sehen, im wirklichen Leben hat hingegen kaum jemand eine Leiche zu Gesicht bekommen.<sup>352</sup>

Interessant ist in diesem Zusammenhang der in den USA besonders stark vertretene Kult der Einbalsamierung. Ariès sieht im amerikanischen Einbalsamierungskult, „the american way of death“ wie er ihn nennt, ein Merkmal für eine Verdrängung des Todes und unterstreicht seine These damit, dass der Tod als Mittel der Profitgewinnung verwendet wird. Er betont, dass der Tod attraktiv gemacht werden muss, damit Geschäft mit ihm gemacht werden

---

<sup>351</sup> FELDMANN; Tod und Gesellschaft; S. 69.

<sup>352</sup> GRONEMEYER; Sterben in Deutschland; S. 19.

kann.<sup>353</sup> Setzt man diesen Umgang mit den Toten gleich mit dem chirurgisch erzeugten Einheitsbusen, dem Faltenlifting und den Botoxspritzen als Vertuschung des Alters, lässt sich hier durchaus ein Verdrängungsversuch beobachten. Weiters schreibt Ariès:

„Zwar will man den Tod umgestalten, vertuschen und sublimieren, aber man will ihn nicht völlig verschwinden lassen.“<sup>354</sup>

Hier stellt sich die Frage, wie viel Macht die Menschen glauben über den Tod zu haben, denn wie sollten wir den Tod verschwinden lassen? Selbst wenn der Mensch versucht, Sterbende und Tote aus dem Alltag auszugliedern, so ist der Tod doch immer da und jeder wird früher oder später damit konfrontiert. Feldmann wirft Ariès Beliebigkeit und Widerspruch innerhalb der Argumentation vor, nachdem Ariès zuerst von einem „Verbot des Todes“ spricht, anschließend aber auf die pompösen Begräbnisse der amerikanischen Gesellschaft hinweist. Feldmann zufolge ist Ariès' Beschreibung von Stereotypen geprägt und typisch für die „arroganten europäischen Intellektuellen“.<sup>355</sup> Ebenso kritisch betrachtet Feldmann die Theorie von Berger und Lieban die den alten Ägyptern aufgrund ihrer Einbalsamierungsverfahren und Unsterblichkeitsmythen „Verleugnung und Verkleidung des Todes“ vorwerfen. Er gibt zu bedenken, dass hier ein „mangelhaft reflektiertes ‚Todesbild‘ im Hintergrund ihrer Argumentation steht, nämlich der Tod als ‚Schlusstragödie‘ und die ‚düstere Strenge calvinistischer Pietät‘“.<sup>356</sup> Wenn man den aufwendigen Grabbau der Pharaonen bedenkt, könnte man genauso gut davon ausgehen, dass hier eine besonders starke Beschäftigung mit dem Tod stattgefunden hat.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass ein präparierter toter Mensch nicht mehr ausschaut wie eine Leiche, ob er dadurch allerdings „weniger tot“ wirkt, bleibt zweifelhaft. Wohl wirken diese Toten eher wie Puppen und dies mag hilfreich sein, um bei einem Sezierkurs die Scheu davor zu verlieren an dem Körper herum zu schneiden, letztlich ist aber auch eine Puppe nichts Lebendiges und die Idee, ein präparierter Körper könne über den Tod hinwegtäuschen,

---

<sup>353</sup> ARIÈS; Studien zur Geschichte des Todes im Abendland; S. 65.

<sup>354</sup> ARIÈS; Studien zur Geschichte des Todes im Abendland; S. 66.

<sup>355</sup> FELDMANN; Tod und Gesellschaft; S. 69f.

<sup>356</sup> Ebd.; S.71.

scheint unsinnig. Feldmann schreibt, dass einige Experten, die sich mit Trauer auseinandersetzen, den Betroffenen raten, sich von dem Verstorbenen zu verabschieden, um den Verlust besser zu bewältigen. Die Präparierung der Leiche verwische allerdings die Zeichen des Todes und es ist nicht mehr möglich den Verstorbenen als tot wahrzunehmen. Hier wird die Frage aufgeworfen, ob es hilfreicher ist sich an die Verstorbenen als Lebende oder als Tote zu erinnern.<sup>357</sup> Es ist nicht zu bestreiten, dass die Toten in der westlichen modernen Welt größtenteils aus dem Blickfeld der Menschen geschafft wurden und werden. Ob diese Verdrängung der Toten aber gleichzeitig auch eine Verdrängung des Todes mit sich bringt, bleibt zu diskutieren.

Knoblauch und Zingerle schließen sich dem Verdrängungsbegriff Walters an, der ihm unterschiedliche Bedeutungen zuschreibt:

(1) Die Verdrängung des Todes ist notwendig damit die Menschheit im Stande ist zu überleben. (2) Der Tod wird nicht verdrängt, sondern verlagert, nachdem er vor allem Menschen betrifft, die bereits ein hohes Lebensalter erreicht haben und so nicht mehr im Mittelpunkt des Interesses stehen. (3) Der Tod wird durch seine zunehmende Verlagerung in Krankenhaus und Pflegeheim zu einem Aufgabenbereich der Spezialisten und so zu einem „begrenzten Tabu“. (4) Der Tod ist verschiedenen Deutungen ausgesetzt, da sich verschiedene Menschengruppen mit ihm beschäftigen. (5) Letztlich werde dieses Tabu des Todes aber nun aufgelöst, wiederum abhängig von den verschiedenen Gesellschaftsschichten.<sup>358</sup>

Zusammenfassend ist festzustellen, dass kaum noch die Meinung einer Todesverdrängung herrscht. Die Literatur beschäftigt sich zwar mit dem Verdrängungsbegriff und definiert ihn, aber beispielsweise für Knoblauch und Zingerle ist er nicht mehr haltbar. Vielmehr haben sie den Eindruck „als wären wir mitten im Prozess einer neuen *Institutionalisierung*.“<sup>359</sup>

Das 20. Jahrhundert ist Schauplatz zahlreicher Kriege. In Europa denkt man vor allem an die zwei Weltkriege und allein in Deutschland leben noch heute 15.000.000 Menschen die den zweiten Weltkrieg miterlebt haben. Der zweite

---

<sup>357</sup> FELDMANN; Tod und Gesellschaft; S. 77

<sup>358</sup> KNOBLAUCH/ZINGERLE; Thanatosoziologie; S. 13.

<sup>359</sup> Ebd.; S.15.

Weltkrieg löste eine kollektive Traumatisierung in Österreich und Deutschland aus, die Trauer und Scham der Kriegs- und der Nachkriegsgeneration über die Verbrechen und Grausamkeit der Nazis wurde nicht thematisiert, sondern verdrängt und „eingefroren“<sup>360</sup>. Trauer wurde von jeher in allen Kulturen mit Ritualen aufgefangen, für die Trauer nach dem Krieg gab es so etwas nicht. Diese Traumatisierung musste letztlich zu einer Verdrängung von Sterben und Tod führen, um den Menschen den Wiederaufbau zu ermöglichen. Es ist anzunehmen, dass die Hospizbewegung in Österreich und Deutschland deshalb erst 20 bis 30 Jahre später als in anderen Teilen der Welt Fuß fassen konnte. Selbst wenn etliche PionierInnen der deutschen Hospizbewegung schon zu früheren Zeitpunkten nach England gegangen waren, um von Cicely Saunders zu lernen, so stießen sie in Deutschland doch lange Zeit auf Granit.<sup>361</sup> Die Traumata des zweiten Weltkrieges wurden und werden in den letzten Jahrzehnten immer noch aufgearbeitet und in Österreich und Deutschland ist von 70 Jahren Frieden die Rede. Es muss aber bedacht werden, dass viele Menschen hier leben, die vor 20 Jahren vom Jugoslawienkrieg betroffen waren oder aus anderen Ländern als Kriegsflüchtlinge und Asylanten gekommen sind (in Österreich leben etwa 300.000 Menschen aus Ex-Jugoslawien mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, in Deutschland sind es etwa 1.500.000)<sup>362</sup>. Auch diese Menschen prägen das kollektive Bewusstsein der Gesellschaft, und gerade diese ZuwandererInnen finden sich in den Pflegeberufen, wo sie mit Kranken und Sterbenden konfrontiert sind. Sterben und Tod werden heute nicht mehr gesellschaftspolitisch verdrängt, sondern vielmehr „weggeordnet“<sup>363</sup>, es wird zwar viel darüber geredet, dennoch ist die Befangenheit im direkten Kontakt mit Betroffenen immer noch deutlich spürbar.

---

<sup>360</sup> Vgl. GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 124.

<sup>361</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben.

<sup>362</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html); Zugriff: 1.10.2015;

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrati onshintergrund.html>; Zugriff 21.10.2015

<sup>363</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 13.

## 5.7 Tabu des Todes – Sprachlosigkeit und Kommunikation im Angesichts des Todes

Der Tod war im 20. Jahrhundert, ähnlich wie die Sexualität im 19. Jahrhundert, ein Tabuthema, zwar allgegenwärtig aber nicht zur Sprache gebracht. Im letzten Jahrhundert wurde die Sexualität „befreit“ und ist heute in aller Munde, ständig präsent und ein gutes Geschäft, frei nach dem Motto „Sex sells!“. Ähnliches passiert nun mit dem Tod. Sah man ihn vor einigen Jahren noch als Tabu entwickelt sich die Meinung in der Thanatologie zunehmend weg von diesem Bild. Gerade diese Enttabuisierung empfindet Reimar Gronemeyer als alarmierend:

„Dem Tod droht heute das Gleiche wie dem Eros: Er wird radikal enttabuisiert, in ökonomische, planerische, kontrollierende Abläufe eingepasst und damit entschärft. Am Horizont dämmert ein neues Programm: *Happy dying*. Der Tod wird zu einem Event.“<sup>364</sup>

Immer wieder ist von einer „Pornographie des Todes“<sup>365</sup> die Rede, wie Geoffrey Gorer schon 1955 formuliert. Insbesondere im Kontext der Darstellung von Toten in diversen TV-Serien gibt es bereits mehrere Vergleiche mit der Zurschaustellung von Sexualität in der Pornografie. Beispielsweise wird das „Maximum der körperlichen Sichtbarkeit“ in der TV-Serie CSI mit der Darstellung des Körpers im Pornofilm verglichen.<sup>366</sup> Tina Weber kommt in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass der Vorwurf der Pornografie nicht haltbar ist. In diesem Vergleich dient Pornografie grundsätzlich als negative Abwertung der Darstellung. Da Pornografie darauf abzielt ihre RezipientInnen zu erregen und gleichzeitig als obszön betrachtet wird, wäre davon auszugehen, dass sowohl die ProduzentInnen als auch die RezipientInnen diverser Krimiserien wie beispielsweise CSI, diese unter einem nekrophilen Blickwinkel betrachten, eine Unterstellung die freilich nicht bestätigt werden kann und daher den Vergleich unsinnig macht. Weitere Argumente gegen die Pornografie des Todes in den

---

<sup>364</sup> GRONEMEYER; *Sterben in Deutschland*; S. 156.

<sup>365</sup> Vgl. GORER; *The Pornography of Death*; KNOBLAUCH/ZINGERLE; *Thanatosoziologie*; S.12; FUCHS; *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*; FELDMANN; *Tod und Gesellschaft*; S. 74.

<sup>366</sup> WEBER; *Die Darstellung von Toten in den Medien unter dem Vorwurf der Pornografie*; S. 144.

Medien sind einerseits die Produktionsweise, die bei den Serien im Gegensatz zu Pornofilmen nicht männlich dominiert ist. Andererseits sind in den Serien keine echten Leichen zu sehen.<sup>367</sup> Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich die offene Zurschaustellung von Toten ähnlich entwickelt wie die der Sexualität. Trieb die erste entblößte Brust im Film den Jugendlichen der Nachkriegsgeneration Ende der 1950er Jahre noch die Schamesröte ins Gesicht, gehört die Nacktheit heute zum „Täglich Brot“ der Filmindustrie und der Zugriff von Teenagern auf Pornos aus dem Internet ist keine Seltenheit. Genauso ist die Darstellung von Leichen, Blut und Eingeweiden fixer Bestandteil diverser Krankenhaus- und Krimiserien. Allerdings ist zu bedenken, dass in der Filmindustrie heute kaum mehr ein Thema tabuisiert wird.

Der Tod ist längst keine Angelegenheit mehr über die hinter vorgehaltener Hand gesprochen wird. War die Auseinandersetzung mit Sterbenden zu Zeiten von Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders noch bahnbrechend, ist die Literatur dazu heute ausufernd, Sterben und Tod gehören zur öffentlichen Diskussion. Beispielsweise löste die Geschichte Eluana Englaros, die nach 17 Jahren Wachkoma starb, einmal mehr die öffentliche Debatte zur Sterbehilfe in Italien aus (2006 fand ein ähnlicher Aufruhr um den Fall Welby statt).<sup>368</sup> Parallel dazu vermarktete die 27-jährige Jade Goody in England ihr Sterben höchst erfolgreich vor laufender Kamera um ihren beiden Kindern eine Zukunft zu sichern.<sup>369</sup> Dass es sich bei dieser Frau, um eine öffentlich bekennende Rassistin handelte, scheint keine Rolle zu spielen. Ebenso erfolgreich war die holländische Serie „Over My Dead Body“ in der fünf junge KrebspatientInnen im Endstadium über ein Jahr lang begleitet wurden.<sup>370</sup> Dennoch zeigte eine Untersuchung deutscher Printmedien (Süddeutsche Zeitung, Die Frankfurter Allgemeine Zeitung, Die Zeit, taz, Der Spiegel und Rheinischer Merkur) von Marie-Christin Hahnen et al., dass Sterben und Tod „als aktuelle gesellschaftliche Tabus“ bezeichnet werden, vor allem werde der eigene Tod verdrängt, was sich insbesondere an der geringen

---

<sup>367</sup> WEBER; Die Darstellung von Toten in den Medien unter dem Vorwurf der Pornografie; S. 148ff.

<sup>368</sup> <http://www.welt.de/vermishtes/article3176175/Italienische-Komapatientin-Eluana-Englaro-ist-tot.html>; Zugriff 8.10.2015

<sup>369</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=8maRX-nzOYA>; Zugriff 8.10.2015.

<sup>370</sup> ALTENA/VENBRUX; Television Shows and Weblogs as New Death Rituals; S. 131.

Verbreitung von PatientInnenverfügungen ablesen lasse. Aber auch die steigende Institutionalisierung des Todes ist ein Anzeichen für die Tabuisierung desselben.<sup>371</sup> Die Tabuisierung von Sterben und Tod wird, wenn auch unterschiedlich dargestellt, auffallend oft in den Printmedien thematisiert. Letztlich zeigt die Analyse, dass es einen Unterscheid macht wer stirbt: jemand im eigenen Kreis oder anonyme Dritte:

„Der Tod im persönlichen Nahbereich – also der Tod in der ersten und zweiten Person, d.h. der eigene Tod und der uns nahestehender Personen – unterliegt weiterhin einer Tabuisierung. Demgegenüber wird der Tod Dritter eher neugierig beäugt.“<sup>372</sup>

Sterben und Tod verunsichern. Viele Menschen haben Hemmungen den wahrscheinlichen Tod einer kranken Person mit den Betroffenen (Kranken und Angehörigen) offen anzusprechen. Deswegen ist noch lange nicht von einem Tabu zu sprechen. Die Angst Depression auszulösen oder den Überlebenstrieb zu schwächen, die Befürchtung nicht alles getan zu haben, das Leben zu früh aufzugeben und nicht genug gekämpft zu haben sind stets präsent. Es scheint, als würden die Errungenschaften der modernen naturwissenschaftlichen Medizin schier unbegrenzte Möglichkeiten in der Bekämpfung des Todes mit sich bringen. Umso mehr verunsichern gerade diese Möglichkeiten. Zentral ist hier weniger die Tabuisierung als die Verunsicherung. Es wird immer schwieriger Entscheidungen zu treffen. Ab wann ist es in Ordnung einen Menschen sterben zu lassen? Ist es beispielsweise ethisch vertretbar einem Menschen von einer Chemotherapie abzuraten, um lieber die letzte Zeit so zu gestalten wie man es sich wünscht, den Tod zu akzeptieren und Abschied zu nehmen? Oder muss jedem Menschen geraten werden bis zum Schluss zu kämpfen? Diese Verunsicherung veranlasst Sprachlosigkeit. Schneider schreibt zur These der Tabuisierung und Sprachlosigkeit in Bezug auf Sterben und Tod:

„[...] dass im gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod am Übergang vom 20. ins 21. Jahrhundert vor allem eine *zunehmende öffentliche Diskursivierung des Lebensendes* erkennbar wird: Was kann zu welchem Zeitpunkt und aufgrund welcher Kriterien als noch ‚lebendig‘

---

<sup>371</sup> HAHNEN/GLAHN/RADBRUCH/GROSS; Zwischen Unschärfe und Tabuisierung; S. 120.

<sup>372</sup> HAHNEN/GLAHN/RADBRUCH/GROSS; Zwischen Unschärfe und Tabuisierung; S. 124f.

oder als bereits ‚tot‘ gelten? Was kennzeichnet ein sogar noch am Lebensende lebenswürdiges Leben, was ein menschenwürdiges Sterben? Wer kann, darf, soll über solche Grenzziehungen bestimmen, wer solche Bewertungen vornehmen? Und: Was bedeutet dies alles für den gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod, für das zukünftige, je eigene Sterben der noch Lebenden?“<sup>373</sup>

Diese Fragen ziehen einen ganzen Rattenschwanz an medizinethisch problematischen Entscheidungen mit sich, wie etwa am Beispiel der Hirntod-Diskussion erkennbar wird: Ist der Hirntod ausreichend, um den Menschen als Toten zu deklarieren und somit die Organentnahme zu rechtfertigen? Erschwerend kommt hinzu, dass gewisse Reaktionen im Körper zu Muskelreflexen führen können und so die oder der Hirntote beispielsweise die Arme bewegt. Hier wird argumentiert, dass man sich Hirntote wie Geköpfte vorstellen müsse, die auch noch Reflexe haben können, aber sicher niemanden veranlassen würde zu behaupten, diese Menschen seien noch am Leben. Dem entgegen steht die Meinung, dass Hirntote als Sterbende zu behandeln sind und nicht als Tote, da es auch zu allen möglichen anderen Reaktionen des Körpers kommen kann, wie Schwitzen, Anstieg des Blutdrucks, etc.<sup>374</sup> Provokant gesprochen könnte man auch fragen: Ist die oder der (Hirn-) Tote schon tot genug für die Organentnahme?

Wie soll man mit solchen Informationen und Erfahrungen umgehen? Wie soll man sie verstehen, wirklich verstehen, auf einer emotionalen Ebene, nicht auf einer naturwissenschaftlichen? Wie soll man hier Entscheidungen treffen? Der Tod ist unbegreifbar und lässt fassungslos zurück, selbst wenn keine ethischen Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen sind und oft wird ihm nachgesagt er löse Sprachlosigkeit aus. Aber auch der Verlust der verwandtschaftlichen, freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Unterstützung insbesondere bei alten Menschen, die Vereinsamung am Lebensende lässt die Menschen verstummen.<sup>375</sup> Nassehi und Saake argumentieren gegen die These der Sprachlosigkeit: Gerade da der Tod nicht erfahrbar ist, muss er beschrieben werden:

---

<sup>373</sup> SCHNEIDER; Der „gesicherte“ Tod; S. 56.

<sup>374</sup> Ebd.; S. 58.

<sup>375</sup> MENNEMANN; Sterben und Tod zwischen Verdrängung und Akzeptanz; S. 13.

„Die Nichterfahrbarkeit des Todes hat eben nicht Sprachlosigkeit zur Folge, sondern das Gegenteil: Seine Nichterfahrbarkeit entfesselt Kommunikation, zwingt uns dazu, sprachliche Sinn-Universen zu errichten und jener Spur zu folgen, die am Ende dann doch nur auf sich selbst verweist, nicht auf den Tod selbst. [...] Vielleicht ist das eine erste Erklärung für die Reichhaltigkeit der kulturellen Formen, die nichts anderes zum Ziel haben, als den Tod irgendwie kommunizierbar zu machen – und das gilt sowohl für religiöse und kosmologische Ideen als auch für den alltäglichen Umgang mit der merkwürdigen Erfahrung, dass Welt und Gesellschaft ziemlich gelassen kontinuierlich, obwohl ihr Personal in regelmäßigen Abständen vernichtet und erneuert wird.“<sup>376</sup>

Saake und Nassehi schließen daraus, dass die einzige Möglichkeit der Menschen den Tod zu verstehen darin liegt, über ihn zu reden, wobei er so zu einer simulierten Erfahrung gemacht wird. Sie bezeichnen den Tod als „geschwätzig und paradox“.<sup>377</sup> Die moderne westliche Gesellschaft verfügt mittlerweile allerdings über eine Vielzahl verschiedener Todesbilder. Nach dem Verlust der bereits erwähnten Zentralinstanz, es gibt keine kollektive Einheitswahrheit mehr, befinden wir uns in einer „polykontexturalen“ Gesellschaft „ohne Zentrum und ohne Spitze“.<sup>378</sup> Die Kommunikation über den Tod findet in verschiedenen Funktionssystemen, Kontexturen, der Gesellschaft statt: Wissenschaft, Medizin, Recht, Politik, Ökonomie, Religion, etc. Jedoch bleibt jedes dieser Systeme immer in der eigenen Logik und es muss z.B. genauso von einer Ökonomisierung wie von einer Individualisierung des Todes gesprochen werden. Die Herausforderung, die sich daraus entwickelt, besteht darin herauszufinden wie der Tod, trotz Verlust der einheitlichen Todesbilder, kommunizierbar bleibt.<sup>379</sup> Im Rahmen einer empirischen Untersuchung, bestehend aus 74 biographischen und 73 Experteninterviews, arbeiten Saake und Nassehi drei verschiedene Gruppen heraus, die den Zusammenhang zwischen Kontexturen und Todesbildern veranschaulichen. Die erste Gruppe, die „Unsterblichen“ zeigen sich nicht durch den Tod betroffen, die Inhalte kreisen um das alltägliche Leben und werden in Form eines Berichts abgehalten. In dieser Gruppe befinden sich sowohl Familienmenschen, akut Erkrankte,

---

<sup>376</sup> NASSEHI/SAAKE; Kontexturen des Todes; S. 32f.

<sup>377</sup> Ebd.; S. 33.

<sup>378</sup> Ebd.; S. 38.

<sup>379</sup> Ebd.; S. 40.

MedizinerInnen und Bestattungsunternehmer. Diese Interviews, wurden anfangs von Saake und Nassehi in der Biographieforschung als misslungene Interviews gewertet und erst im Nachhinein zur Auswertung hinzugezogen mit der Begründung:

„Der Berichtstil und das Desinteresse am Thema Tod lassen sich als Merkmal einer spezifischen Selbstbeschreibung entschlüsseln, die Anschlüsse für ein ständiges *monitoring* der Familie, des eigenen Körpers bereithält, aber nicht für den Tod.“<sup>380</sup>

Im Zentrum dieser Interviews stehen die Bewältigung des Alltags, Familiendaten und Befindlichkeitskontrollen, sprich das Thema ist das Leben und nicht der Tod. Der Tod wird nur insofern angesprochen wann, wo und mit wem über den Tod gesprochen wurde. Die Bedeutung des Todes für das eigene Leben bleibt ausgeklammert. Die Welt wird in Vertrautes und Fremdes eingeteilt und das Reden über den Tod hat keinen Stellenwert. Die Existenz des Körpers bildet die Wahrheit und wird nicht in Frage gestellt, denn dies würde die Sicherheit gefährden. Verschwindet dieser, gibt es zwar Erklärungen, die aber letztlich nichts dazu beitragen können nach dem Tod eines Mitmenschen wieder in Alltagsroutinen überzugehen. Für Menschen dieser Gruppe ist am stärksten die Interaktion in ihrem Leben durch den Tod bedroht.

Die Texte der zweiten Gruppe, den „Todesexperten“, setzen sich zusammen aus biographischen Interviews von Menschen, die sich selbst als religiös bezeichnen und aus Experteninterviews aus den Bereichen Polizei und Kirche. Gemeinsamer Nenner dieser Gruppe ist eine Legitimation, die Herstellung von Sicherheit und die Negation von Kontingenzen, „was passiert ist, musste so passieren“.<sup>381</sup> Die Menschen dieser Gruppe wissen, wie das Leben läuft und haben immer eine Definition des Todes parat, z.B. ist der Tod „ein natürliches Ereignis“. In diesen Interviews tritt der klassische Erzählerstil der Biographieforschung in Erscheinung, die Geschichte verfügt über Anfang und Ende und wird mit Beispielen ausgeschmückt um das Thema zu erklären. Die Todesexperten beziehen ihre Sicherheit aus festgelegten Normen, wie „der psychiatrisch erklärte

---

<sup>380</sup> Ebd.; S. 42.

<sup>381</sup> NASSEHI/SAAKE; Kontexturen des Todes; S. 44.

Suizid, der schulische Erfolg, das berufliche Versagen, die kirchliche Zugehörigkeit.“<sup>382</sup> Der Tod der anderen stellt hier keine Bedrohung der Sicherheit dar, sondern im Gegenteil, man selbst ist psychisch gesund und nicht in Gefahr Suizid zu begehen, die eigene mögliche Betroffenheit wird ausgeklammert und zukünftige Ziele stärker herauskristallisiert.

In die dritte Gruppe, die „Todesforscher“, fallen zum einen Menschen die an chronischen Krankheiten leiden und solche die sich für esoterische Themen interessieren. Zum anderen sind in dieser Gruppe Experten vertreten, die sich auf einer professionellen Ebene, als Ethiker oder Genetiker, mit dem Problem der Kontingenz auseinandersetzen. Diese Gruppe kommt im Gegensatz zu den „Todesexperten“ zu dem Schluss, dass es „wenig Verlässliches gibt, worauf eine solche Sicherheit aufbauen könnte“.<sup>383</sup> In den biographischen Interviews ist den befragten Personen oft unklar wo sie mit dem Erzählen begonnen haben und ob dieses in sich schlüssig ist. Der Tod ist in dieser Gruppe kein Risiko, sondern eine Möglichkeit, die so oder auch ganz anders ausfallen kann. Hier ist die eigene Betroffenheit mit dem Tod verbunden und eine Vielzahl an Möglichkeiten für den eigenen Tod bieten sich an, der aber gleichzeitig überwindbar bleibt. Im Tod besteht die große Chance die Frage nach dem „Wer bin ich?“ zu klären.

Saake und Nassehi kommen zu dem Schluss, dass Interaktion immer Leben voraussetzt. Der Mensch entwickelt Methoden mit dem Tod umzugehen, eine erste besteht darin den Alltag nicht in Frage zu stellen, sondern ihn weiter laufen zu lassen. Wenn das nicht gelingt, werden neue Sicherheiten mit Hilfe organisatorischer Kontexte erzeugt, die einem weiß machen sollen, dass einem selbst nichts passieren kann, sondern dass es die anderen trifft, nachdem sie auch *anders* sind. Das heißt, die anderen sind gestorben und nicht man selbst. Erst wenn beide Modelle scheitern, wird der eigene Tod relevant, er wird zur Herausforderung.<sup>384</sup>

In der Auseinandersetzung mit dem Tod wird immer zwischen dem Ableben der anderen und dem eigenen Tod unterschieden. Baumann greift Canettis

---

<sup>382</sup> Ebd.; S. 49.

<sup>383</sup> Ebd.; S. 46.

<sup>384</sup> NASSEHI/SAAKE; Kontexturen des Todes; 49f.

Darstellung des „Überlebenden“ auf, der Mensch ist sein ganzes Leben lang bemüht zu überleben, denn wir leben nicht einfach, sondern wir leben *noch*.<sup>385</sup> Daraus lässt sich schließen, dass der Tod der anderen immer ein Erfolg ist, denn wir selbst haben noch überlebt, die persönlichen Leistungen sind immer nur an den Leistungen der anderen zu messen. Canetti bezieht die Mordlust der Menschen, die im Normalfall unter Kontrolle gehalten wird, auf den Wunsch die anderen zu überleben. Ein Prinzip das im Krieg sichtbar wird, man ist bemüht so wenig Verluste wie möglich auf der eigenen Seite zu beklagen, was automatisch mehr Tote auf der feindlichen Seite fordert. Der Krieg ist zweifellos ein drastisches Beispiel, doch er spiegelt wieder was sonst im Verborgenen liegt, nämlich, dass das eigene Überleben nur auf Kosten der anderen möglich ist. Baumann gibt zu bedenken wie *innerlich* diese Neigung tatsächlich ist:

„Man darf wohl vermuten, dass die zerstörerische Seite des Überlebens durch den gesellschaftlichen Rahmen, in dem sich Überleben betätigt, verschärft (und was sehr viel wahrscheinlicher ist, gelenkt) wird. Durch diesen Rahmen kann das Überleben zu einem Null-Summen-Spiel gestaltet werden (oder auch nicht), wodurch der Lebensraum zweigeteilt würde, und zwar in einen bedrohlichen, zu unterwerfenden, besser noch auszulöschenden Bereich, und einen anderen, dessen Gedeihen die Möglichkeit meines Überlebens sichert. Die meisten Gesellschaften haben seit jeher genau das getan und tun es immer noch.“<sup>386</sup>

So wird der Tod (der anderen) zwar in vielfältiger Weise besprochen, letztlich scheitert die Kommunikation aber am Tod. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Beschreibung des Todes, das Gespräch darüber was der Tod ist, immer den Tod der anderen zum Inhalt hat. Was den eigenen Tod betrifft, kreisen die Gedanken um seine Bewältigung. So kommt der Beschreibung des Todes laut Nassehi und Saake das Schweigen am nächsten. Sie kommen zu der Überzeugung, dass der Tod die Kommunikation beeinflusst, der interaktionsnahe Alltag, dem der Tod fremd ist, wird durch ihn sichtbar, Definition wird durch organisationsgestützte Entscheidungen möglich und „er verweist uns auf unsere eigene schöpferische Kraft, wenn wir ihn für denkbar halten.“ Aber „als ‚der‘ Tod ist der Tod

---

<sup>385</sup> Vgl. CANETTI; Masse und Macht.

<sup>386</sup> BAUMANN; Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien; S. 53.

unkommunizierbar“.<sup>387</sup> Sterben und Tod (wohlgemerkt der anderen) sind in all ihren Formen tagtäglich in den Medien präsent, ob Kriegsberichtserstattung, der Mord an der Ehefrau oder eine Umweltkatastrophe, ob die Krimiserie oder der Actionfilm, sie gehören zum Alltäglichen. Dennoch kommt es zu einem Verstummen, wenn der Tod in den eigenen Kreis eintritt. Dabei, so Gronemeyer und Heller, könnte das Leben durch die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und den dazugehörigen Ängsten an Inhalt gewinnen. Die Beschäftigung mit dem eigenen Tod lässt einen erkennen wo die Prioritäten, die Werte und Wünsche des eigenen Lebens liegen.<sup>388</sup>

Am stärksten jedoch tritt die Befangenheit direkt im Kontakt mit Sterbenden zu Tage. Oft wissen die Menschen nicht was sie zu sterbenden Menschen sagen sollen, sind verlegen und peinlich berührt. Sterbende konfrontieren einen mit etwas, was nicht in die geordnete Welt passt und so das Gefühl von Scham entstehen lässt. Selbst wenn man früher mit der oder dem Sterbenden angeregt diskutiert hat, weiß man im Angesicht des Todes oft nicht was man sagen soll, so Baumann. Es kann auch sein, dass einem die Gesellschaft der Sterbenden unangenehm ist, obwohl man diese früher genossen hat. Es ist aber fraglich, ob es sich hierbei um die anerzogene Unfähigkeit handelt über (unangenehme und schmerzliche) Gefühle zu sprechen oder um die Abneigung gegen die Grausamkeit des Todes, die einen den Sterbenden gegenüber schweigsam werden lässt.

„Vielleicht ist es nicht nur Taktgefühl, was uns sprachlos macht (zumindest nicht diese Feinfühligkeit allein), sondern auch die schlichte Tatsache, dass wir einem Menschen, der sich der Sprache der Überlebenden nicht mehr bedienen kann, nichts zu sagen haben; einem Menschen, der im Begriff steht, die Welt des geschäftigen, durch jene Sprache heraufbeschworenen und gewährten Schein zu verlassen.“<sup>389</sup>

Die Sprache des Überlebens leitet zu zweckgerichtetem Handeln an, sie ist eine instrumentelle Sprache. Der Tod muss in die Sprache des instrumentalisierten Lebens übersetzt werden, in eine Sprache der Tat, um verstehbar zu sein. Der

---

<sup>387</sup> NASSEHI/SAAKE; Kontexturen des Todes; S. 50.

<sup>388</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 65ff.

<sup>389</sup> BAUMANN; Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien; S. 198.

Tod ist nicht manipulierbar, nicht planbar, man kann ihn nicht in die Hand nehmen (im Gegensatz zum Sterben), deshalb wird auf anderer Ebene gehandelt, dem Tod entgegengewirkt: gesund gelebt, Sport betrieben, Alkohol gemieden, ausgewogen gegessen usw.

„All das sind bewältigbare Aufgaben, solche, die sich durchführen lassen und die das nicht handhabbare Problem (oder vielmehr Nicht-Problem) des Todes (an dem sich nichts ändern lässt) in eine Reihe äußerst handlicher Probleme umformulieren (an denen sich manches, ja sogar eine Menge ändern lässt).“<sup>390</sup>

Die Sterbenden haben kein sinnvolles Handeln im Sinne dieser Sprache vor Augen, deshalb wird die Kommunikation schwierig, deshalb wird die Anwesenheit Sterbender unangenehm und deshalb ist es leichter, sie aus dem Sichtfeld zu verbannen und so sterben die Menschen letztlich nicht so sehr einsam denn schweigend.<sup>391</sup>

In Anbetracht dieser Schwierigkeit, dieses „ich weiß nicht was ich sagen soll!“ sollte man sich darauf besinnen, dass das eigene Wort womöglich gar nicht im Vordergrund steht, sondern das der Sterbenden. In der Palliative Care wird gelehrt, dass es vor allem aufs Zuhören ankommt denn aufs Reden. Nur durch das aufmerksame Zuhören können die Bedürfnisse des Menschen gehört werden, kann er in seiner Gesamtheit erfasst werden und meist erfahren die Menschen durch das Gespräch Erleichterung.<sup>392</sup> Respekt, Toleranz, Empfindsamkeit, Einfühlungsvermögen sowie der Wunsch den anderen verstehen zu wollen sind wesentliche Voraussetzungen, um ein Gelingen der Kommunikation zu ermöglichen. Die verbale, paraverbale und nonverbale Sprache sowie die Sprache der Berührung sind wichtige Parameter im Kontakt mit Sterbenden.<sup>393</sup>

Antworten auf die Frage wie im Āyurveda mit Sterben und Tod umgegangen wird und ob hier ein offener Zugang und Akzeptanz gefunden werden kann, lassen

---

<sup>390</sup> Ebd.; S. 199.

<sup>391</sup> Ebd.; S. 200.

<sup>392</sup> Vgl. STUDENT/NAPIWOTZKY; Palliative Care.

<sup>393</sup> Vgl. JANCKE; Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen; KRÄNZLE; Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen.

sich vor allem in der Informationsweitergabe der Āyurveda-ÄrztInnen an die PatientInnen finden. Tabuisierung, Verdrängung und Sprachlosigkeit zeichnen sich am Grad der Aufklärung über den Gesundheitszustand bzw. den wahrscheinlich bevorstehenden Tod ab.

Aus dem Ideal von einem guten Sterben, wie es weiter oben (Kapitel 5.3) gezeichnet wurde, ergab sich die Annahme, dass die indischen Vaidyas die Menschen darüber aufklären, dass sie vermutlich in absehbarer Zeit ableben werden. Weiters war zu vermuten, dass die Vaidyas ihre PatientInnen dann vor allem auf einer seelisch geistigen Ebene begleiten, um sie auf das bevorstehende Ereignis vorzubereiten. Das Ergebnis der Interviewauswertung brachte drei Zugänge zum Vorschein: (1) Vollständige Aufklärung, (2) vage Andeutungen und (3) Verweigerung der vollständigen Informationsweitergabe, wobei (2) und (3) sich mischen und die größte Gruppe bilden.

Tatsächlich gibt es nur zwei Interviews, in denen die Ärzte es für wichtig halten die PatientInnen vollständig zu informieren. Nair betont, dass es das Recht der PatientInnen sei, richtig und vollständig informiert zu werden, wobei für ihn einerseits der finanzielle Aspekt im Vordergrund steht, andererseits ist es eine Frage der Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn und des bestehenden Vertrauens. Der vertrauensvolle, respektvolle Umgang ist für ihn Basis, um eine ehrliche Kommunikation, auch in schwierigen Situationen, möglich zu machen:

**Nair**

“Because it's an ethical point of view, because we have to prepare the relatives to face the consequences, another thing is that it is ethically right not to spend so much money on that patient, you give very simple remedies not costly ones. That is the main thing.”

“And is it important for the person to prepare her- or himself for dying?”

“No actually it is his right also, if I am a patient it is my right to know if the doctor can cure me or not cure me.”

“Because there are some doctors they won't tell the patients because then they are losing all their faith and their fighting power...”

“No it is another way, if I am treating a person for 20 years in an incurable disease, again my faith will be lost. To attain faith you have to tell the patient.”

Die Wahrheit betrifft hier nicht nur den Zustand der PatientIn, sondern ebenso die Fähigkeiten und Begrenzungen des Vaidyas. Es wird auch die Frage nach einer kompetenten und aufrichtigen Selbsteinschätzung der ÄrztIn gestellt. Begegnet der Arzt seinen PatientInnen mit Offenheit, kann er auch Vertrauen von diesen erwarten. Ähnlich beschreibt es der norwegische Palliativmediziner Stein Husebø, auch er weist darauf hin, dass das Vertrauen und die Offenheit zwischen ÄrztIn und PatientIn notwendig sind, um die Betroffenen über das vollständige Ausmaß der Krankheit zu informieren und sie in ihrer Angst und Ratlosigkeit, sowie im weiteren Verlauf der Behandlung richtig begleiten und betreuen zu können.<sup>394</sup>

Rao ist der zweite Arzt, für den es absolut notwendig ist, den Menschen ausreichend zu informieren. Der philosophische Zugang zu Leben und Tod ist für ihn eine hilfreiche Methode seine PatientInnen mit dem baldigen Sterben zu konfrontieren. Er sieht sich hier mehr als Philosoph gefragt denn als Arzt:

**Rao**

„Yes, it’s the duty of the physician to keep them informed, in a modest way, not creating more fear in them. It is more a philosophical approach than a physician’s approach.”[...]

“And you think it’s necessary to tell the people...?”

“It is necessary to accept death as it is. Instead of taking it as an end of an episode.

[...]

No ideally you tell them. Ideally from the traditional and cultural point of view of the science it is necessary.”

Er sieht das Recht auf Information kulturell und traditionell verankert, wobei in der āyurvedischen Tradition kaum die vollständige Informationsweitergabe an die PatientIn postuliert wird, im Gegenteil, der Āyurveda gliedert sich in den bis ins 20. Jhdt. üblichen medizinischen Paternalismus ein. Die Hierarchie in der Arzt-PatientInnen Beziehung war über Jahrtausende, in Indien wie in Europa, klar festgelegt: Der (wohlwollende) Arzt entscheidet eigenmächtig über Therapie und Maß an Information und der/die PatientIn hat widerspruchslos und vertrauensvoll

---

<sup>394</sup> HUSEBØ; Kommunikation; S. 152.

zu folgen. Dass PatientInnen über ihren Zustand umfassend informiert werden, ist eine vergleichsweise junge Entwicklung der heutigen Zeit. So wird bei *Caraka* zwar mehrfach darauf hingewiesen, dass der Vaidya stets die Wahrheit sagen soll, doch gleichzeitig wird ebenso betont, dass ein todkranker Mensch nicht über den bevorstehenden Tod informiert werden soll.<sup>395</sup>

Im Gegensatz zu Rao und Nair sind die übrigen befragten indischen Āyurveda-ÄrztInnen dagegen, die Kranken mit dem wahrscheinlichen Tod zu konfrontieren. Sawants Aussagen sind, wie bereits gezeigt wurde, sehr ambivalent, da er auf der einen Seite sagt, die Menschen wissen, dass sie sterben werden, auf der anderen Seite würde er den Kranken niemals sagen, dass ihnen der Tod womöglich bevorsteht, sondern immer die Möglichkeit der Heilung in Aussicht stellen, damit diese nicht die Hoffnung verlieren.

### **Sawant**

“I will always tell him, that you are not going to die, you are going to live a very long life, just believe in medicine, believe in yourself, increase your confidence, that way, I will always give him hope.”

“But don't you think that it might be important to get prepared for dying, like in some cases they will die?”

“See, the patient who knows that he is suffering from Aids or maybe suffering from cancer, he was already knowing the truth but there are two sides to the coin, it is a very, very clear transparent truth that the human being which is existing, took birth is going to die. There are always stages of life, childhood, youth and old, so these three stages everybody has to pass, so even in case of a healthy person he is also going to die some day. So the person who is suffering knows that he is going to die but whatever life he had that life should be a painless and a life which had less troubles. Everybody is going to die, that is the philosophy and the principal of the material world.”

Der Tod ist für Sawant eine Tatsache, derer sich jeder Mensch bewusst ist, insbesondere die Kranken. Seiner Meinung nach weiß jeder Mensch, dass er früher oder später sterben wird und dass der Tod zum Leben dazu gehört und er betont, dass das Leben aber schmerzfrei und ohne Schwierigkeiten verlaufen soll. Das heißt, ein glückliches Leben ist für Sawant nur dann möglich, wenn das Sterben nicht weiter thematisiert wird, im Gegenteil, wenn es negiert wird. Die

---

<sup>395</sup> WUJASTYK; *The Well-Mannerd Medicine*; S. 124 ff.

meisten indischen Vaidyas vertreten die Meinung, dass die Menschen mit Depression auf den bevorstehenden Tod reagieren und wollen daher ihre PatientInnen lieber im Ungewissen lassen bzw., wie Sawant, in dem Glauben, dass die Krankheit überwunden werden kann. Auffallend ist die unterschiedliche Auffassung von Ethik. Nair sieht es als seine ethische Pflicht den Menschen vollständig aufzuklären, für Priyadarshini verhält es sich genau umgekehrt, daraus lässt sich schließen, dass es kein einheitliches Verständnis von Ethik im Āyurveda gibt:

**Priyadarshini**

“It is not an ethical thing to tell the person that he will not be cured, it is not ethical.”

Immer wieder wird die Ambivalenz im Umgang mit diesem Thema deutlich: Einerseits stellt sich die Ärztin gegen die vollständige Aufklärung der PatientInnen, insbesondere gegen zeitliche Vorhersagen, andererseits wirkt es als würde sie die Menschen letztlich doch darauf vorbereiten, dass sie vermutlich bald sterben werden. Allerdings lässt sie den Verlauf der Krankheit offen, gibt nur vage Prognosen und legt die weitere Entwicklung in Gottes Hand:

**Priyadarshini**

“But still you have to explain the patient or the relatives of the patient that your relative or this patient has this disease and you have to do such and such treatment, that you have to tell but you can't tell straight way that you are going to die next day or in six months, not like that, it is not ethical.”

“So you just continue with the treatment and say we are trying and we cannot say if we can cure it...”

“That is that you have to explain the patient that this is the situation and we can do up to this level that we have to assure the patient, but whatever is, that is in the hands of God, how can we tell we will cure this disease.”

Ebenfalls in die ambivalente Gruppe fallen die Aussagen von Nandanikar und Begwe, die Antworten sind sehr undurchsichtig und ausweichend. Wie auch bei Priyadarshini wird Gott als helfende Instanz eingefügt, um einerseits den Vaidyas die peinliche Situation zu erleichtern und andererseits den PatientInnen Hoffnung zu machen. Gott ist letztlich der, der alles entscheidet. Im Folgenden zeigt sich wie sehr sich der Āyurveda-Arzt um eine klare Antwort herumwindet und sich

darum bemüht, alle Türen offen zu halten. Auch für Nandanikar ist klar, dass das Wissen um den bevorstehenden Tod diesen beschleunigt. Für ihn ist es bedeutend, die Lebensqualität zu verbessern bzw. zu halten, dies scheint aber nur möglich zu sein, so lange der Mensch die Hoffnung aufs Weiterleben in sich trägt. Seiner Meinung nach kann dieser Glaube an Leben ausschlaggebend für die Lebensdauer sein:

### **Nandanikar und Begwe**

“Ok. So you said it is necessary to tell the person that he or she will die?”

(Nandanikar) “Not die! But this is not curable.”

[...]

“So if you tell the patient this illness is incurable and then the patient says, so I am going to die, do you say yes, or in some time or what?”

(Nandanikar) “No, we cannot say yes, we can always tell him so let us try out some treatment and we will try to improve your quality of life, your longevity, see if you say you are going to die, you will die tomorrow but if you assure him he can stay for one year, two years, three years and such instances have been there.”

“So there is no point when you say maybe it’s time to get prepared for dying?”

(Nandanikar) “No, means mentally we must keep him prepared, mentally we must keep him prepared.”

“Like?”

(Nandanikar) “For example advanced stage of cancer and if he comes to you how can you assure him that you will cure him 100 %, no you cannot say that, that is against the ethics, means the medical ethics.”

“So what you tell him then?”

(Nandanikar) “No, we will try out some treatments, let us see how much it works and rest things we rest to the God, we pray to the God. It is he to cure and we give you treatment that is the way we explain him.”

Nandanikar bezieht sich wohl auf die ethischen Vorschriften, dem sterbenskranken Menschen die Wahrheit zu verheimlichen, wie sie in der *Carakasamhitā* angeführt werden.

Eindeutig gegen die vollständige Aufklärung äußern sich Godbole und Gadgil. Für beide ist die Fähigkeit des Geistes der PatientInnen ausschlaggebend wie mit diesen umgegangen werden kann. Wille und Vertrauen ins Leben sind für beide Vaidyas unumgänglich, um den Menschen am Leben zu erhalten. Sowohl Godbole als auch Gadgil sind an Reinkarnation glaubende Brahmanen und bestens bewandert im brahmanischen Brauchtum, also auch dem *pretakalpa*, dem Ritual für die Geister der Verstorbenen. Es wäre anzunehmen, dass an Reinkarnation glaubende Hindus, wie Godbole und Gadgil es sind, dem bevorstehenden Tod große Bedeutung entgegenbringen. Die Vermutung drängt sich auf, dass sie dem Tod gelassen entgegenblicken, da dieser eine Befreiung aus dem Geburtenkreislauf bedeuten könnte oder zumindest die Gewissheit da ist, dass lediglich dieses Leben zu Ende geht. Gerade für sie müsste es selbstverständlich sein, die Menschen behutsam auf ihr baldiges Sterben vorzubereiten, um die aus brahmanisch hinduistischer Sicht notwendigen Vorkehrungen zu treffen. Den Aussagen zu folge ist das aber kaum der Fall, im Gegenteil:

### **Godbole**

*“So you say you are not supposed to tell the person that he or she will die?”*

“No.

[...]

Because of the disease the mind becomes very weak and in this condition if you tell he will lose his courage and willpower to be alive and the force which he need to show the improvement.”

Sowohl Godbole als auch Gadgil wollen die PatientInnen nicht über ihren wahrscheinlich baldigen Tod informieren. Für beide steht fest, dass diese mit Depression reagieren und so jegliche Lebensqualität bzw. der Lebenswille schwindet. Gadgil berichtet davon, die Verwandten aufzuklären und ihnen die Entscheidung bzw. die Aufgabe zu überlassen die Betroffenen zu informieren. Gadgil will damit unter anderem eine für ihn unangenehme Situation vermeiden.

### **Gadgil**

“[...] we clearly give indications to the relatives of the patient, not to the patient, but to the relatives.

[...] and then we tell to the relatives not to the patient. Many doctors are of the opinion that the patient should be made aware of this I am not in favour of that.

[...]

No, because this creates the depression and the further deterioration is very fast. That I have seen in many patients.”

“But even when you know that the patient will die in a few days, you will not tell him? Means, you don't think that it's necessary for the patient to get prepared for dying?”

“It depends on the obvious make-ups of his mind. And if he is *pravara sattva* [die höchste, reine Eigenschaft des Geistes; Anm.: Mörth] then only it's better to tell him, but otherwise we don't. I personally don't want to tell. I would of course ask his wife and close relatives like son, daughter etc. to tell that this is the situation that he is not going to survive but I prefer it to don't tell it to the patient.”

Lediglich wenn ein Mensch über einen starken und klaren Geist verfügt, sein *sattva* also gut ausgeprägt ist, ist es für Gadgil und Godbole möglich den Menschen über seinen baldigen Tod zu informieren, ohne diesen in eine tiefe Depression zu stürzen. Mehrfach wurden PatientInnen bereits von Seiten der modernen naturwissenschaftlichen Medizin über ihren baldigen Tod informiert, bevor sie eine āyurvedische Behandlung beginnen. Der depressive Zustand macht eine weitere Behandlung bzw. eine Verbesserung des Zustands fast unmöglich. Wie auch Priyadarshini sieht Gadgil die genaue zeitliche Prognose (15 Tage, ein Monat) als problematisch, so lässt sich vermuten, dass sie zwar eventuell den letalen Ausgang der Krankheit in Aussicht stellen, diesen aber sehr vage datieren, beispielsweise in ferner Zukunft.

### **Gadgil**

“They know, the doctors sometimes they tell them directly you are not going to survive the next 15 days or something like that. So there are some percent of patients who know but they are in depressed state, that is very true.”

Es ist schwierig abzuschätzen, wie die Antworten der Befragten motiviert sind. Teilweise entsteht der Eindruck, dass sie einem bestimmten Bild entsprechen wollen, das sie glauben erfüllen zu müssen, sei es um den Erwartungen einer westlichen Wissenschaftlerin gerecht zu werden oder ihrem eigenen Bild von āyurvedischer Moral.

In der langjährigen Zusammenarbeit mit Dr. Godbole konnte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit bei einer in Wien abgehaltenen Konsultation mit einer Krebspatientin einen völlig anderen Zugang beobachten als den, der in den Interviews vermittelt wird. Diese Patientin hatte nach immer wiederkehrenden Metastasen und darauffolgenden Operationen, Bestrahlung und Chemotherapien am Vortag der Konsultation erfahren, dass sie abermals an einem Tumor, diesmal an einem Gehirntumor, erkrankt war. Sie kam in der Hoffnung, Āyurveda könne sie von ihrer Krankheit befreien und ihr das Leben retten. Godbole erfüllte diese Hoffnung nicht, sie erklärte der Patientin, dass diese nun die Entscheidung treffen müsse, ob sie noch einmal um ihr Leben kämpfen oder sich mit dem Sterben abfinden wolle. Mit rein āyurvedischen Mitteln hätte sie nur die Möglichkeit ihre Lebensqualität bis zu ihrem Tod zu verbessern, jedoch nicht sie zu heilen. Wenn sie Heilung suche, müsse sie sich an die moderne naturwissenschaftliche Medizin wenden, wobei sie diese Behandlung natürlich auch mit āyurvedischen Mitteln unterstützen könne. In dieser Konsultation wurde die Betroffene sehr wohl klar mit dem Tod konfrontiert, wenn auch die Hoffnung auf Heilung nicht vollständig genommen wurde.

Der Zugang der deutschen Āyurveda-Ärztin Gramminger ist ein anderer. Sie versucht abzuschätzen, ob der Mensch die Wahrheit erfahren möchte oder nicht, wobei sie betont, dass ihre PatientInnen sich niemals der Wahrheit verschließen. Gleichzeitig kennt sie es nicht, dass Menschen mit Depression auf den bevorstehenden Tod reagieren, im Gegenteil. Sie konnte schon oft beobachten, dass die Sterbenden gegen Ende hin immer lichter wurden. Gramminger konnte auch in Indien beobachten, dass die Menschen offen und ehrlich mit dem Tod umgegangen sind. Ihrer Erfahrung nach ist es den Menschen wichtig, über den Tod, das Sterben und die damit verbundenen Ängste zu sprechen. Friedliches und gutes Sterben bedeutet für Gramminger, wie sich am Beispiel ihres Vaters zeigt, dass sich ein Mensch bewusst mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzt und sich auf den Tod vorbereitet, die letzten Dinge regelt und sich, mit Hilfe spiritueller Praxis vom Leben verabschiedet.

### **Gramminger**

„Also ich, hm, ich hab ja den Menschen vor mir, also einen bestimmten Menschen und sehe wo er steht und wie er mit sich umgeht und wenn derjenige, in der Regel wissen das die Menschen, wenn sie zu sterben haben, sie spüren das besser und spüren das selber sehr gut und sind auch vorsichtig wegen der Angehörigen, die möchten sie nicht traurig machen, die möchten kein Ballast sein. Und ich geh mit dem Patienten, also ich hab nur Patienten, die gerne mit mir über das Streben sprechen, die es nicht negieren wollen. Zum Beispiel mein Vater, der hatte einen neuen Tumor entwickelt nachdem ein alter Tumor geheilt war und so weiter, und dann wars ganz klar, also ich hab das gesehen und hab zu ihm gesagt, du, du hast noch drei Monate, nutze die Zeit dich vorzubereiten. Und dann hat er immer für sich meditiert in der Kirche und hat sich Hilfestellung geben lassen und der ist nach genau drei Monaten total bewusst eingeschlafen. Und so mach ich es auch mit anderen Patienten, also es kommt drauf an wo der Patient ist, wenn jetzt einer nichts wissen will, dann würd ich ihn jetzt nicht dazu bringen wollen, ihm zu sagen aber Sie sterben doch. Wenn er nichts wissen will, dann will er nichts wissen. Aber, wie gesagt, ich kenn die Situation nicht, normalerweise möchten die drüber sprechen, sie finden das sehr hilfreich übers Sterben, über die Angst sprechen zu können mit jemanden der nicht gleich weint und der sagt, ist in Ordnung, Angst hat jeder, weil das ist ein anderer Zustand wo wir hingehen, ok, wie können sie sich vorbereiten, da sprechen wir drüber.“

Auch Bhalla hat die Erfahrung gemacht, dass die meisten Menschen wissen, dass sie sterben werden und es hilfreich ist, ehrlich mit den PatientInnen über die bevorstehende Situation zu sprechen. Auch er kennt, so wie Gramminger, die Situation nicht, dass ein sterbenskranker Mensch sein Behandlungszimmer depressiv verlässt. Dennoch bestätigt er, dass in Indien oftmals der Zugang unterrichtet und vermittelt wird, dass die PatientInnen nicht über ihren nahenden Tod unterrichtet werden dürfen, da diese sonst depressiv werden.

Auch er versucht dem Menschen einen Beistand zu bieten, der die körperliche Ebene übersteigt. Wie Gramminger oder Rao bemüht er sich darum, den PatientInnen auf einer geistig seelischen Ebene, sei es mit spirituellen Inhalten oder praktischer Natur zur Seite zu stehen.

### **Bhalla**

„Wie machen Sie das?“

„Mit einer Motivation, mit einfach sagen "Herr Meier, Frau Müller, ich glaub Sie wissen warum Sie da sind" und dann sagen die meisten, sie wissen, dass sie schwer krank sind und wahrscheinlich keine Hoffnung mehr

haben. Nur sag ich ihnen wie sie die letzten paar Monate, vielleicht ist es auch länger, erleichtern können. Was können sie selber tun, wie kann ich beeinflussen, dass sie keine Schmerzen haben, dass sie eine gute Stimmung haben, dass sie sich verabschieden können, dass alles einen Sinn hat im Leben, dass jetzt momentan diese Krankheit halt da ist aber ich probiere dann halt, kommt drauf an wie weit die Leute auch in indischer Religion, Philosophie behaftet sind, das Ganze und Karma usw. zu erkennen. Wenn das nicht da ist, dann probiere ich es eben mit westlicher Logik und ich hab noch keinen erlebt der dann nachher depressiv war, wirklich nicht. Wenn ich merken würde, das ist sehr, sehr selten der Fall, es ist noch zu bald, dann wart ich damit. Es muss ja nicht gleich beim ersten Mal sein, das heißt es kann auch beim zweiten, dritten Gespräch dann angesprochen werden. Aber ich sage es immer, weil ich finde, dass es sehr wichtig ist. Für die Loslösungsprozesse die jeder Mensch machen sollte, weil vielleicht haftet diese Person noch am letzten Strohalm Āyurveda und glaubt alles wird wieder gut werden.“

Insbesondere die Interviews mit Rao, Gramminger und Bhalla zeigen, dass gutes Sterben mit Akzeptanz und innerem Frieden assoziiert wird. Dieser Zustand ist für alle drei vor allem durch Spiritualität bzw. spirituelle Praxis zu erreichen, aber auch durch das Erhalten oder Wiederherstellen der Lebensqualität.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Interviews mit den indischen Vaidyas vorrangig den Eindruck von Tabuisierung, Verdrängung und Sprachlosigkeit vermitteln. Abgesehen von zwei Vaidyas wird der Tod als Tabu betrachtet, die PatientInnen werden nicht darüber informiert, dass sie vermutlich bald sterben werden, sondern dass sie nicht mehr heilbar sind. Der Tod darf also nicht direkt angesprochen werden. Es gilt ihn geschickt zu umschreiben, um alle Möglichkeiten offen zu halten. Vollständige Aufklärung führt die PatientInnen, einer in Indien verbreiteten Sichtweise zufolge, offenbar meist zu Depression und dient kaum als Vorbereitung für ein gutes Sterben im Sinne der hinduistischen Vorstellungen. Ganz deutlich unterscheidet sich hier der Zugang der europäischen Āyurveda-ÄrztInnen. Dieser entspricht vollkommen der Ausgangsthese, dass Sterben und Tod als zum Leben gehörig akzeptiert und nicht als Tabu behandelt, sondern offen angesprochen werden. Bhalla und Gramminger betonen, dass sie kaum bis nie erleben, dass ihre PatientInnen in Anbetracht des nahenden Todes depressiv werden. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die wissenschaftliche Beobachtung zeigt, dass PalliativpatientInnen ungefähr doppelt so oft an Depressionen leiden wie die

Normalbevölkerung. Etwa 20-25% der KrebspatientInnen sind depressiv, wobei unterschieden wird wann die Depression aufgetreten ist, also bereits vor der Erkrankung, danach und auch ob es familiäre Vorbelastung gibt.<sup>396</sup>

Europäische Studien, primär aus den 1990er Jahren, zeigen, dass auch in Europa in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin keine Einigkeit darin besteht, ob die PatientInnen vollständig aufzuklären sind oder nicht. Insbesondere zeigt sich ein Süd-Ost- und Nord-Westgefälle. Während sich die meisten ÄrztInnen im Norden und Westen Europas für eine vollständige Aufklärung aussprechen, verhält es sich im Süden und Osten genau umgekehrt.<sup>397</sup> Sehr eindeutig sind hingegen die Studien darüber, ob die PatientInnen sich eine vollständige Informationsweitergabe wünschen: Im Schnitt wollten zwischen 85-95% der Betroffenen über ihren Gesundheitszustand informiert werden.<sup>398</sup>

## 5.8 Angst vor Sterben und Tod

Die westliche Literatur zu Tod und Gesellschaft richtet großes Augenmerk auf die Verleugnung von Tod und Sterben, die Angst vor dem Tod findet hingegen verhältnismäßig wenig Erwähnung. Verwunderlich, da die Angst sicherlich das zentrale Gefühl in der Konfrontation mit Sterben und Tod ist und nicht zwingend an Verdrängung bzw. Unterdrückung gekoppelt sein muss. Die Angst, die durch den nahenden Tod verursacht wird ist mannigfaltig:

„Angst vor Schmerzen, Angst vor dem Alleinsein, Angst vor dem Sterben, aber auch Angst vor dem Tod bzw. vor dem, was nach dem Sterben kommt.“<sup>399</sup>

Im Kontext der Angst muss unterschieden werden zwischen Todesangst und der Angst vor Sterben und Tod. Todesangst tritt nur dann auf, wenn der Mensch sich

---

<sup>396</sup> MÜLLER-BUSCH; Vom Umgang mit Angst und Depressionen in der Palliativbetreuung; S. 312.

<sup>397</sup> HUSEBØ; Kommunikation; S. 150.

<sup>398</sup> HUSEBØ; Kommunikation; S. 154.

<sup>399</sup> MÜLLER-BUSCH; Vom Umgang mit Angst und Depressionen in der Palliativbetreuung; S. 307.

in akuter Gefahr befindet und das Leben bedroht ist, z.B. wenn das Auto ins Schleudern gerät. Die Angst vor Sterben und Tod hingegen braucht keinen aktuellen Anlass, sie kann allein durch die Beschäftigung mit Sterben und Tod, z.B. durch das Ableben eines geliebten Menschen, auftauchen. Diese Unterscheidung ist insofern wichtig, als sie das Untersuchungsfeld einschränkt, und die Todesangst kaum empirisch untersucht werden kann.<sup>400</sup> Der Psychologe Randolph Ochsmann unterscheidet außerdem zwischen Furcht vor Sterben und Tod und Angst davor. Als Furcht bezeichnet er die Reaktion auf eine bestimmte Bedrohung, während Angst im Gegensatz dazu ein diffuses Gefühl ist, welches sich durch starke Unsicherheit und Hilflosigkeit auszeichnet. Die Furcht vor Sterben und Tod lässt sich konkret beim Namen nennen und zu sechs Aspekten zusammenfassen: Furcht vor der Begegnung mit dem Tod, dem Totsein, der Endlichkeit des Lebens, der physischen Zerstörung, dem postmortalen Geschehen und dem Prozess des Sterbens.<sup>401</sup> Die Angst setzt, laut Ochsmann, auf einer tieferen Ebene an, sie greift den Selbstwert eines Menschen, also sein Zentrum an. Sie lässt sich kaum in Worte fassen und zeigt sich meist versteckt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit zu schärferen Reaktionen auf die Verletzung moralischer Standards führt, zu einer verstärkten Abwertung und Distanzierung von Menschen, die einer anderen Religion oder Herkunft angehören oder sonst irgendwie anders sind.<sup>402</sup> Beispielsweise sollten Richter in den USA eine Kautionshöhe für eine Prostituierte festlegen. Eine Gruppe der Richter musste sich davor, durch einen Fragebogen angeregt, mit der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen. Das Ergebnis der Untersuchung war, dass die Kautionshöhe bei den Richtern, die sich ihrer Sterblichkeit bewusst werden mussten, deutlich höher ausfiel (455 US Dollar vs. 50 US Dollar).<sup>403</sup>

---

<sup>400</sup> Vgl. OCHSMANN; Angst vor Sterben und Tod; S. 86; sowie WITTKOWSKI; Psychologie des Todes, S. 76.

<sup>401</sup> OCHSMANN; Angst vor Sterben und Tod; S. 86ff.

<sup>402</sup> OCHSMANN; Angst vor Sterben und Tod; S. 91.

<sup>403</sup> OCHSMANN; Angst vor Sterben und Tod; S. 89f.

Bei Joachim Wittkowski steht diese Unterscheidung zwischen Furcht und Angst vor Sterben und Tod im Hintergrund. Er grenzt die Angst vor Tod und Sterben von „der Intensität der gedanklichen Beschäftigung“ mit dem Thema ab:<sup>404</sup>

„Eine Person kann häufig an Tod und/oder Sterben denken, ohne gleichzeitig Angst davor zu verspüren. Umgekehrt kann eine Person beim Gedanken an Tod und Sterben heftige Angst verspüren, derartige Gedanken jedoch äußerst selten haben. Kurz: Angst vor Tod und Sterben und die Intensität bzw. Häufigkeit der gedanklichen Beschäftigung mit der Todesthematik können – auf einer rein logischen Ebene – unabhängig voneinander variieren.“<sup>405</sup>

Gleichzeitig beeinflusst das eigene Verständnis von Sterben und Tod das Niveau der Angst. Ein Mensch, der den Tod als sinnvoll einstuft, kann ein niedrigeres Angstniveau haben als eine Person, die den Tod als sinnlos und absurd empfindet.<sup>406</sup>

In der empirischen Auseinandersetzung mit der Angst vor Sterben und Tod ist zu beachten, dass Angst mehrdimensional ist. Sie kann sich auf körperliches Leiden beziehen, auf Einsamkeit, Bestrafung im Jenseits oder auf das Unbekannte, um nur einige Beispiele zu nennen. Wittkowski entwickelt drei grobe Kategorien innerhalb derer unterschieden wird. Die erste Kategorie bilden die biologischen Merkmale, wie Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand.<sup>407</sup> Ältere Untersuchungen haben ergeben, dass alte gegenüber Menschen mittleren Alters weniger Angst vor dem Tod haben, nicht aber als junge, ebenso wie Männer gegenüber Frauen.<sup>408</sup> Den Ergebnissen einer jüngeren Metaanalyse zu Folge ist diese Angst bei alten Menschen stärker zu beobachten, wenn größere gesundheitliche Probleme oder psychische Beeinträchtigung aus der Vergangenheit vorliegen, eine schwächere religiöse Überzeugung vorhanden ist bzw. wenig Lebenszufriedenheit. Ebenso wirkt sich die Wohnsituation der alten Menschen auf ihre Angst vor Sterben und Tod aus: Menschen in Institutionen (Wohnheimen) haben größere Angst, als jene die in ihrem eigenen Haushalt

---

<sup>404</sup> WITTKOWSKI; Psychologie des Todes; S. 76f.

<sup>405</sup> Ebd.; S. 77

<sup>406</sup> TOMER/GRAFTON; Theorien zur Erklärung von Einstellungen gegenüber Sterben und Tod; S. 42.

<sup>407</sup> WITTKOWSKI; Psychologie des Todes; S. 78ff.

<sup>408</sup> WITTKOWSKI; Psychologie des Todes; S. 90.

leben.<sup>409</sup> Die zweite Kategorie bildet sich aus soziodemographischen Merkmalen: Ausbildungsstand, Beruf, Einkommen, etc. Diese Kategorie ist allerdings wenig aussagekräftig. Die dritte Kategorie beinhaltet psychische bzw. Persönlichkeitsmerkmale, wie psychopathologische Auffälligkeit, Depression, Selbstwertgefühl, Lebenszufriedenheit, Zukunftsperspektive, usw. Hier wird deutlich, dass Menschen die depressiv, emotional labil, mit Sorgen oder Schuldgefühlen belastet sind, eher zu Angst vor Sterben und Tod tendieren.<sup>410</sup> Ein weiteres dreiteiliges Modell zum Verständnis von Angst und Tod liefern Tomer und Grafton. Die erste Komponente beinhaltet den Stellenwert des Todes. Je nachdem wie stark der Mensch in seinem nahen Umfeld mit Sterben und Tod konfrontiert ist und wie stark der Grad der emotionalen Verbindung zu den Verstorbenen war desto höher oder niedriger ist der Stellenwert des Todes. Die zweite Ebene umfasst diverse Überzeugungssysteme wie Kultur, Religion oder Politik, aber auch Fragen, die das eigene Selbstwertgefühl betreffen, Werte oder Gerechtigkeit des Lebens. Diese Systeme beeinflussen das individuelle Selbstverständnis des einzelnen Menschen. Es ist zu vermuten, dass die Angst vor dem Tod stärker empfunden wird, je größer die Differenz zwischen den Überzeugungssystemen und dem individuellen Selbstbild ist. Die dritte Komponente beinhaltet das vergangenheitsbezogene Bedauern, das zukunftsbezogene Bedauern und die gegenwärtige Sinnerfülltheit des Todes. Das heißt, es kann sich hierbei um ein Bedauern handeln, gewisse Ziele in der Vergangenheit nicht erreicht zu haben oder diese auch in der Zukunft nicht zu erreichen, sowie dass der Tod als sinnvoll bzw. sinnlos verstanden wird.<sup>411</sup> Es ist leider nicht herauszulesen, ob sich die Sinnhaftigkeit des Todes darauf bezieht, dass dieser als natürlicher Bestandteil des Lebens oder als Übergang in eine andere Dimension betrachtet wird oder ob der Tod beispielsweise durch einen Märtyrertod an Sinn gewinnt.

Gesteigerte Sinnerfülltheit kann sich insbesondere im Zusammenhang mit Religion zeigen. Die meisten Religionen versuchen Antworten auf die

---

<sup>409</sup> NEIMEYER/MOSER/WITTKOWSKI; Psychologische Forschung zu Einstellung gegenüber Sterben und Tod; S. 111.

<sup>410</sup> WITTKOWSKI; Psychologie des Todes; S. 90.

<sup>411</sup> TOMER/GRAFTON; Theorien zur Erklärung von Einstellungen gegenüber Sterben und Tod; S. 45f.

ungeklärten und angstbesetzten Themen des Lebens zu geben, wie die Frage nach dem „Danach“. Die Ergebnisse der Untersuchungen beziehen sich allerdings ausschließlich auf christliche Religiosität. Religion ist mehrdimensional und die Religionspsychologie kommt zu verschiedenen Dimensionsmodellen, die bezogen auf die Angst vor Sterben und Tod von Relevanz sind:

*Intrinsische* Religiosität, sprich Gläubigkeit um ihrer selbst willen im Gegensatz zur *extrinsischen* Religiosität, die religiöses Verhalten als Mittel zur Erreichung außerreligiöser Ziele einsetzt. Oder auch *konsensuelle* Religiosität, deren Hauptmotiv die Übereinstimmung mit Gleichgesinnten ist, gegenüber der *bekennenden, spirituellen* Religiosität, wo der Glaube im Mittelpunkt steht. Weitere Dimensionen sind beispielsweise kirchliche Kommunion, allgemeine Religiosität, Ehe- und Sexualmoral, Glaube an Gott, öffentliche religiöse Praxis und kirchliches Wissen. Die Ergebnisse zu diesem Thema sind nicht sehr eindeutig, so gibt es Publikationen, die einen positiven Zusammenhang zwischen der Angst vor Sterben und Tod und Religiosität herstellen und solche die genau das Gegenteil besagen.<sup>412</sup> Dennoch kommen Neimeyer, Moser und Wittkowski zu dem Schluss, dass Menschen mit einer *intrinsischen* Religiosität zu weniger Angst neigen als Menschen *extrinsischer* Religiosität bzw. dass nicht die Religiosität per se zu weniger Angst führt als die gefestigte weltanschauliche Bindung, die sowohl streng gläubig als auch ungläubig sein kann.<sup>413</sup>

Die Befragung der indischen Āyurveda-ÄrztInnen war, wie die westliche Literatur, nicht besonders ertragreich in Bezug auf das Thema Angst. Die Fragestellung zielte darauf ab heraus zu finden, ob InderInnen dem Thema Sterben und Tod generell angstfreier begegnen als Menschen im Westen, vor allem auf Grund der ausgeprägten Religiosität. Den Antworten zufolge wirkt sich die Religiosität nicht maßgeblich auf das Angstepfinden aus, dementsprechend ist die Angst vor Sterben und Tod in der indischen Kultur genauso stark zu finden wie in der europäischen.

Insbesondere Gadgil und Godbole weisen darauf hin, dass im Umgang mit der Angst vor Sterben und Tod vor allem der Geisteszustand des Menschen

---

<sup>412</sup> WITTKOWSKI; Psychologie des Todes; S. 91f.

<sup>413</sup> NEIMEYER/MOSER/WITTKOWSKI; Psychologische Forschung zu Einstellung gegenüber Sterben und Tod; S. 118f.

bedeutend ist. Um angesichts des Todes angstfrei agieren zu können ist den Vaidyas zufolge ein klarer und reiner Geist notwendig. Welchem Kulturkreis der Mensch angehört spielt hingegen keine Rolle, sondern wie gut der Geist trainiert ist. Die reine und stabile Eigenschaft des Geistes, *sattva*, kann aus āyurvedischer Sicht sowohl durch mentale Übung wie Meditation gesteigert werden als auch durch eine rechte Lebensweise, die nicht nur das richtige Verhalten, sondern auch die richtige Ernährung und Körperpflege mit einbezieht. Die geistige Stabilität ist einerseits abhängig von der Grundkonstitution, andererseits von der Praxis im täglichen Leben. Wesentliche Faktoren sind Wille und Fokus. Menschen mit einem starken Willen sind in der Lage ihre Konzentration zu lenken und sich nicht willkürlich von ihren Gedanken und Gefühlen führen zu lassen. Dies erinnert an ein beliebtes Bild aus der *Kaṭha Upaniṣad*, in dem das Selbst (*ātman*) der Herr des Wagens ist, der Körper der Wagen, die Einsicht (*buddhi* bedeutet auch: die Erkenntnis, der Verstand, Intelligenz) als Wagenlenker fungiert, die Zügel ein Symbol für das Denken darstellen und die Pferde für die Sinne stehen.<sup>414</sup> So heißt es hier:

„Wer aber ohne Einsicht ist, wessen Denken und Fühlen immer ungezügelt ist, dessen Sinne sind unbeherrscht so wie schlechte Pferde ihrem Lenker (nicht gehorchen). (5)

Wer aber einsichtsvoll ist, wessen Denken und Fühlen immer gezügelt ist, dessen Sinne sind gefügig, so wie gute Pferde ihrem Lenker. (6)“

Kaṭha Upaniṣad 1.3.5-6<sup>415</sup>

Ein Mensch also, der seine Sinne, seine Intelligenz und die Gefühle nicht unter Kontrolle hat, ist nicht in der Lage sein Ziel zu erreichen, weil er immer wieder im Kreis gehen wird, in diesem Fall im Kreislauf der Geburten. Wer hingegen über einen starken Geist verfügt, kann das höchste Ziel erreichen:

„Der Mensch, der Erkenntnis zum Wagenlenker hat und das Denken als Zügel, der erreicht das andere Ufer des Weges: den höchsten Ort Gottes. (9)“

Kaṭha Upaniṣad 1.3.9<sup>416</sup>

---

<sup>414</sup> SRI AUROBINDO; *Katha Upanishad*; S. 16f.

<sup>415</sup> BÄUMER; *Upanishaden*; S. 225.

<sup>416</sup> BÄUMER; *Upanishaden*; S. 225.

Demnach ist die Intelligenz dafür verantwortlich, wie mit der sinnlichen Wahrnehmung umgegangen wird und in welche Richtung die Aufmerksamkeit gelenkt wird. Wie Godbole es beschreibt, ist der Geist des Menschen ausschlaggebend, ob jemand die Angst in Anbetracht von Krankheit und Tod leichter oder schwerer ertragen kann. Ein stabiler fokussierter Geist kann auch in schwierigen Situationen gut mit Angst umgehen.

### **Godbole**

“It depends on person’s *sattva*, the mental energy, because you cannot say that Indians or Europeans or Americans, because the human beings have the same fear of dying, the desire for good things or to avoid bad things, these qualities are same with humans anywhere in the world, so everyone wants to live a long life. With some people you will find they are going very stable, they are very stable even in such bad conditions, and some people even in not so serious conditions they are so afraid, they lose their courage and cannot remain peaceful and quiet and they are giving lot of trouble to others.”

Die Untersuchungen von Neimeyer, Moser und Wittkowski haben ergeben, dass der Tod besser akzeptiert wird von Menschen, die über eine ausgeprägte Lebenszufriedenheit verfügen, ein höheres Selbstwertgefühl und einen stärkeren religiösen Glauben haben.<sup>417</sup> Genauso kann auch der Geist eines Menschen mit hohem *sattva* beschrieben werden. Diese Einstellung wird im folgenden Zitat Gadgils deutlich sichtbar. Der beschriebene Patient folgt dem Beispiel des rituellen Fastens bis zum Tode, der im Gegensatz zum Suizid aus Verzweiflung als heldenhaft betrachtet wird.<sup>418</sup> Gegenteilig zum schlechten Tod, der den Menschen unerwartet oder zu früh trifft, ist der gute Tod ein aktiver und bewusster Akt.<sup>419</sup> Auch wenn der Tod durch Krankheit meist nicht als guter Tod betrachtet wird (ausgenommen sind z. B. Pocken<sup>420</sup>) wird bei diesem Mann der aktive und bewusste Zugang zu Sterben und Tod sichtbar ohne den Eindruck von Verzweiflung zu erwecken:

---

<sup>417</sup> NEIMEYER/MOSER/WITTKOWSKI; Psychologische Forschung zu Einstellung gegenüber Sterben und Tod; S. 122.

<sup>418</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 162.

<sup>419</sup> HELLER; Sterben, Tod und Trauer im Hinduismus; S. 28.

<sup>420</sup> MICHAELS; Der Hinduismus; S. 162.

### **Gadgil**

“Same with Indians as well, everybody is afraid of dying. There are very few exceptions, there can be people who are prepared to die or something like that. Again I remember another case, it was incurable and the patient was having the desire to die but somehow his relatives brought him to me. He was very straight forward in asking questions, he said, I said: "okay, we'll try our very best, I can't say you will get cured or something like that, but let us see how you respond and then we decide." He said: "Whatever I learned, I am in incurable stage and nothing is possible". I said: "That is true, you are in advanced stage, but still we don't just want to give up, I would to give some treatments, see the results and then only decide." But he said: „no, I am firm about that, if you say that this is incurable even according to you, the best option that I would choose is start hunger, fasting and die." And he literally followed that way, he stopped eating and passed away within four days, so further detoration was very fast. But if a patient decides like this it's okay. But generally people want to survive, so they try every way they can and very few survive truly speaking and others have miserable death etc. so I tell to the relatives of the patients, look this is beyond any cure as such so we try to improve the life quality and the patient is going to die, I don't know when and how etc.”

Selbst wenn es InderInnen gibt, die diesem Prinzip des aktiven Sterbens folgen, sind sie wohl die Minderheit. Wie Gadgil beschreibt kämpfen die meisten Menschen ums Überleben bis zum bitteren Ende, welches oft nicht der Vorstellung von einem guten Sterben entspricht. Es gibt Beobachtungen, dass im Westen lebende InderInnen mehr und mehr Hoffnung in die moderne naturwissenschaftliche Medizin setzen und Genesung erwarten, womöglich gar keine schlechten Prognosen an sich heranlassen und dann aber fassungslos auf den unvorbereiteten Tod reagieren, der schließlich ohne Riten und unter Umständen ohne Beisein der Verwandtschaft eintritt.<sup>421</sup> Das gleiche Phänomen deutet Gadgil in seinem Beispiel an: Die Menschen wollen unbedingt überleben und versuchen alles was ihnen möglich ist, und dennoch gelingt es wenigen zu gesunden, im Gegenteil, viele sterben einen schrecklichen Tod. Leider geht aus dem oben angeführten Beispiel nicht hervor, welchen Stellenwert Religiosität/Spiritualität normalerweise im Leben des Betroffenen hatte. Es wäre auch interessant, wie die Familie sich in Anbetracht seiner Entscheidung verhalten hat. Was allerdings auch deutlich wird ist, dass Gadgil sich nicht an die Empfehlung *Carakas*, Sterbende nicht zu behandeln, hält, sondern – ganz im

---

<sup>421</sup> HELLER; Sterben, Tod und Trauer im Hinduismus; S. 36.

Gegenteil – den Patienten auffordert sich weiteren Behandlungen zu unterziehen.

## 6 Prinzipien von Palliative Care und Spiritual Care im Āyurveda

### 6.1 Prinzipien von Palliative Care im Āyurveda

#### 6.1.1 Palliative Care

Beginnend in den 1960er Jahren entwickelte sich Palliative Care aus der Hospizbewegung in England. Die internationale Verbreitung verlief unterschiedlich schnell, in den USA und Kanada wurden bereits Mitte der 70er Jahre erste Palliativeinrichtungen aufgebaut, in Deutschland dauerte es bis in die 1980er Jahre und in Österreich bis Anfang der 90er.<sup>422</sup> Das Ziel ist es, die Lebensqualität von PatientInnen und ihren Angehörigen im hohen Alter und am Lebensende, insbesondere bei Krankheit mit letalem Ausgang, zu verbessern. Einerseits steht die Linderung von körperlichen Leiden, vor allem die Schmerztherapie im Mittelpunkt, andererseits werden auch psychische, psychosoziale oder spirituelle Probleme behandelt.

„Palliative Care ist ein Handlungsansatz, der die Lebensqualität jener Kranken und ihrer Familien verbessert, sie sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Dies geschieht durch die Verhütung und Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt.“<sup>423</sup>

Eine wesentliche Erkenntnis in der Palliative Care ist, dass sich das Leid nicht nur auf den körperlichen Schmerz bezieht, sondern dass sich das Leiden von Sterbenden auf alle Dimensionen des Menschseins ausdehnt. Dieses mehrdimensionale Leiden (Körper, Psyche, sozial- kulturelle Verbände und Spiritualität) wird als „total pain“ bezeichnet. Zwar ist die Linderung von körperlichen Schmerzen in der palliativen Versorgung sicherlich zentral, aber diese ist eben nur ein Aspekt des Schmerzes und bei weitem nicht die einzige Belastung.<sup>424</sup> Loewy und Springer-Loewy weisen darauf hin, dass in einer Studie,

---

<sup>422</sup> HUSEBØ/KLASCHIK; Palliativmedizin; S. 4f. und 16.

<sup>423</sup> STUDENT/NAPIWOTZKY; Palliative Care; S. 10.

<sup>424</sup> Vgl. GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben.

in der Menschen die um Sterbehilfe baten nach ihren Gründen gefragt wurden, zeigt, dass der Schmerz erst an vorletzter Stelle steht. Viel dominanter ist die Angst vor der drohenden Machtlosigkeit, dem Autonomieverlust oder der sozialen Isolation.<sup>425</sup>

In Palliative Care geht es weder darum das Leben zu verlängern, noch es zu verkürzen, sondern darum die Endlichkeit zu akzeptieren und in der letzten Phase des Lebens unterstützend einzugreifen, die Würde der Menschen zu erhalten und die Bedürfnisse der Betroffenen so gut wie möglich zu erfüllen. Dazu gehören offene und sensible Kommunikation genauso wie das Bemühen das Leben der PatientInnen so „normal“ wie möglich zu gestalten, indem beispielsweise Lebensgewohnheiten, soweit es die Situation zulässt, beibehalten werden.<sup>426</sup> Die Ziele werden mit folgenden Mitteln verfolgt:

1. Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes
2. Der Gruppe der Betroffenen steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung
3. Die Einbeziehung freiwilliger Helferinnen und Helfer
4. Die guten Kenntnisse in der Symptomkontrolle
5. Die Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe<sup>427</sup>

Die Palliative Care bemüht sich darum, den Menschen in all seinen Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) wahrzunehmen. Gronemeyer und Heller sehen die Hospizbewegung auch als eine Art Menschenrechtsbewegung, die den Menschen zu ihrem Recht auf einen individuellen und würdevollen Tod, auf ihren Schmerz und ihre Trauer verhilft. Sterben und Tod und die damit verbundenen Leiden sind normaler Bestandteil des Lebens, sie sind weder Krankheit noch Diagnose.<sup>428</sup>

„Die Hospizbewegung thematisiert das Sterben, tritt gegen die Beschleunigung ein und sorgt sich darum, dass Sterbende nicht *durch* die Hand, sondern *an* der Hand von Mitmenschen sterben können.“<sup>429</sup>

---

<sup>425</sup> LOEWY/SPRINGER-LOEWY; Ethische Fragen am Ende des Lebens; S. 143.

<sup>426</sup> Vgl. HUSEBØ/KLASCHIK; Palliativmedizin.

<sup>427</sup> STUDENT/NAPIWOTZKY; Palliative Care; S. 9.

<sup>428</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S.70f.

<sup>429</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S.71.

Im Folgenden werden verschiedene Themen der Palliative Care behandelt, wobei sie im āyurvedischen Kontext nicht als solche betitelt werden. Ursprünglich war es ein Ziel der vorliegenden Arbeit, konkrete Therapien für die häufigsten Behandlungsbereiche der Palliative Care wie Ernährung, Rastlosigkeit, Erschöpfung, Dekubitus, etc. zu erarbeiten, aber die Antworten der meisten Befragten fielen zu vage und spärlich aus. Lediglich die Ernährung konnte genauer besprochen werden. Auch die Frage nach der Professionalisierung wurde nicht sehr ergiebig beantwortet. Eher unerwartet hat sich das Thema der absoluten Betroffenenorientierung bei der Auswertung der Interviews herauskristallisiert.

### **6.1.2 Das Konzept von Palliative Care im Āyurveda**

Bei den Gesprächen mit den indischen Vaidyas zeigte sich sehr schnell, dass Palliative Care den wenigsten ein Begriff ist bzw. eher unklar ist was genau damit gemeint sein soll. In Indien steckt dieses Konzept größtenteils noch in den Kinderschuhen. In Mumbai beispielsweise, einer Stadt mit mehr als 12 Millionen EinwohnerInnen existieren zwei Palliativeinrichtungen. In den anderen Staaten Indiens verhält es sich nicht anders mit Ausnahme von Kerala, wo es laut der Pain & Palliative Care Society<sup>430</sup> in etlichen Städten mehr als zehn Institutionen gibt. Lediglich Gadgil, der in einem Krebszentrum mitarbeitet, weiß genauer, um was es sich bei Palliative Care handelt, alle anderen sind zu dem Thema sehr vage informiert.

#### **Nandanikar und Begwe**

(Nandanikar) „Not exactly. It’s better if you explain me, so I come to know. I have come across the word, I read it in the newspaper but I don’t know exactly what it means.”

#### **Godbole**

“I have no idea, I haven’t seen anybody who is doing what they are doing in these centres and what benefits the patients get with that, so I have really no idea. But must be that they are trying to help this people for sure.”

---

<sup>430</sup> [http://www.painandpalliativecarethrissur.org/for\\_sitemap/centers\\_in\\_kerala\\_sm.htm](http://www.painandpalliativecarethrissur.org/for_sitemap/centers_in_kerala_sm.htm); Zugriff: 20.3.2015.

Im Gegensatz zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin hat sich im Āyurveda bislang kein eigener Bereich für die Behandlung der todkranken Menschen entwickelt.

Die moderne naturwissenschaftliche Medizin hat sich in einzelne Fachbereiche spezialisiert und feiert seit Jahrzehnten unglaubliche Erfolge bei der Entwicklung von lebensverlängernden Maßnahmen. In diesem Zusammenhang sind eine Vielzahl von neuen ethischen Fragen aufgetaucht und de facto musste ein eigener Bereich geschaffen werden, in dem gestorben werden darf, der Bereich der Palliative Care. Im Vergleich dazu hat es der Āyurveda, der sich zwar selbst von seinem Namen her – „Wissen vom (langen) Leben“ – mit der Verlängerung des Lebens beschäftigt, bei weitem nicht zu diesen (teilweise medizintechnischen) Errungenschaften gebracht. Das, wie eventuell auch die ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung sterbenskranker Menschen, wie beispielsweise in der *Carakasamhitā* beschrieben, sind wohl Gründe, warum es bis heute keine Entwicklung hin zu einer āyurvedischen Palliative Care gibt.

So lange man sich zu diesem Thema nicht mit den *Samhitās* beschäftigt und nur die Antworten der Interviews betrachtet, entsteht das Bild, dass sich das Sterben im Āyurveda über die Jahrhunderte einen natürlichen Platz bewahren konnte, bzw. dass sich eine palliative Behandlung nicht von einer kurativen Behandlung unterscheidet, da immer mit denselben Prinzipien agiert wird:

**Nair**

“Do you know the western concept of palliative care?”

“Pardon?”

“Palliative Care.”

“Ah, Palliative Care.”

“Do you know this concept?”

“In Āyurveda it is there but it is not as a separate branch, general advices are there like the person who is caring the patient must be very passionate like these things, he should be considered as the own son, must be very friendly to her, the patient, like that.”

“Palliative Care from the western point of view means the dealing with dying people.”

“Here also it is like that, not a well-developed idea I think here in this area.”

“So you think this concept is included in all the āyurvedic principles?”

“Yes, not specifically written, generally instructions are there.”

Im Āyurveda gibt es verschiedene therapeutische Kategorien, die vorrangig aufbauend oder reduzierend sind. Zwei davon sind die im Folgenden von Rao angeführten, *śamana* (beruhigen) und *śodana* (reinigen). Immer wieder wird in den indisch englischen Übersetzungen der *Samhitās* für die Beschreibung der *śamana* Therapien der Begriff „palliative“ oder „palliable“<sup>431</sup> verwendet.<sup>432</sup> Diese gängige Verwendung des Begriffs kann leicht zu Verwechslungen bzw. einer Verwirrung der Konzepte führen, wie sich auch am Beispiels Raos zeigt, der obwohl in Kerala arbeitend, keine Kenntnis über die westliche Palliative Care hat. Für ihn gibt es nur die palliative Therapie im Sinne der *śamana* Methoden.

### **Rao**

“Palliative Care. We have half of it is palliative and half of it is pacifying or removing from the body, one is called *śamana* which is suppressed if there is inbalance in the body using something from the nature to calm it down, to suppress it. And some of the things which cannot be suppressed we need to take it out, like what the modern surgery has to remove the toxins out, to bring the unwanted growth out, we have our system of purifying, we consider them as toxins, we accumulate them, we liquefy them and bring it to some part of the body from where it is easy to throw it out, so this is *śodana*, purification. Palliative comes under *śamana* when it is mild to moderate then we consider the palliative care. When it is chronic and more difficult then we use the purification therapies.”

Es zeigt sich auch, dass die palliative Therapie hier nicht als „Gegenpol“ zur kurativen auftritt. Im Āyurveda stehen sich, im Gegensatz zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin (kurativ versus palliativ), die zwei Methoden des „Beruhigens, Linderns“ und des „Reinigens“ gegenüber. Die innere Reinigung des Körpers spielt bei verschiedensten komplementärmedizinischen Methoden (z.B.: F.-X.-Mayr-Kur, TCM, Heilfasten, Blutegeltherapie, Colon-Hydro-Therapie,

---

<sup>431</sup> Auf den Begriff wurde bereits in Kapitel 5.5.1 eingegangen.

<sup>432</sup> Vgl. z.B. TIRTHA; The Ayurveda Encyclopedia; S. 169 f.

Leberreinigung, etc.) eine wichtige Rolle, und Entschlackung, Entgiftung und Detox sind die neuen Schlagwörter in der Wellness- und Gesundheitsindustrie geworden. Interessanterweise hat dieser Aspekt in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aber kaum Bedeutung.

Wenngleich im Āyurveda bezüglich der Begrifflichkeit Verwirrung herrscht und die *śamana* („palliable“) als auch die *rasāyana* (aufbauende, verjüngende) Therapien sich nicht auf Sterbende ausrichten, sondern generelle Behandlungskonzepte sind, kann man doch davon ausgehen, dass sie Therapieformen im Sinne der Palliative Care sind.

### **6.1.3 Radikale PatientInnenorientierung und Interdisziplinarität**

Jeder Mensch ist einzigartig und seine Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende sind kaum standardisierbar. Dies gilt sowohl für PatientInnen als auch für Angehörige, Pflegende und ÄrztInnen. Alle sind mit Angst, Unsicherheit und ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Die PatientInnenorientierung ist in unterschiedlichen Zusammenhängen relevant: Wenn es um die Rechte der PatientInnen geht und um die Möglichkeit mitzubestimmen, wenn es um die Qualität in der Versorgung von PatientInnen geht und „wie neben einer ausschließlich auf Fragen der Heilung ausgerichteten biomedizinischen Behandlung auch übergeordnete Fragen der Pflege und Versorgung Berücksichtigung finden können (Spannungsverhältnis zwischen „cure“ und „care“)“.<sup>433</sup> Der Grundsatz der radikalen PatientInnenorientierung besteht darin, die Individualität der Einzelnen und ihren persönlichen Strebeprozess anzuerkennen und zu begleiten. Dazu ist es notwendig den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen und mit ihm in Beziehung zu treten. Dieses Prinzip in die Praxis umzusetzen beansprucht vor allem Zeit.<sup>434</sup> Ebenso ist es notwendig, das Versorgungsangebot an die Bedürfnisse der Kranken anzupassen und nicht umgekehrt. Dabei muss erkannt werden welche Maßnahmen in der Pflege notwendig sind, selbst wenn sie nicht dem Bedürfnis des kranken Menschen entsprechen (wie etwa das Umlagern um einen Dekubitus zu verhindern), als

---

<sup>433</sup> EWERS; Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege Schwerkranker; S. 87.

<sup>434</sup> HELLER; Die Einmaligkeit des Menschen verstehen; S. 14f.

auch, dass nicht gemeint ist, den Betroffenen sämtliche Wünsche zu erfüllen. Die Herausforderung das „Richtige“ zu tun, die Notwendigkeiten, die Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen abzuschätzen und auf einander abzustimmen liegt bei den Pflegenden.<sup>435</sup>

Ein weiteres wichtiges Prinzip der Palliative Care ist die Interdisziplinarität. Seit Beginn der Hospizbewegung war Interdisziplinarität, das heißt das Arbeiten im Team, Wunsch und Ziel der Pionierin Cicely Saunders. Die umfassende, ganzheitliche Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen ist nur im Team möglich. Sowohl in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Sterben treffen verschiedene Disziplinen (Medizin, Theologie, Philosophie, Pflegewissenschaft, etc.) aufeinander, als auch in der praktischen Betreuung der Betroffenen. Die verschiedenen Ansichten und Meinungen können eine Bereicherung sein, gleichzeitig bieten sie Konfliktpotenzial und es ist nicht immer einfach, eine gemeinsame Ebene zu finden.

„Interdisziplinarität impliziert immer auch die Relativierung der eigenen Disziplin und faktisch der eigenen Person. Das narzißtische Bedürfnis nach Geltung und Anerkennung, nach Bedeutung und Unentbehrlichkeit wird neu positioniert. Intellektuelle und soziale Bescheidenheit, ja Demut, sind angemessene Haltungen interdisziplinären Arbeitens.“<sup>436</sup>

Teamarbeit kann nur funktionieren, wenn das Team wie ein Orchester unter der Leitung eines oder einer kompetenten DirigentIn zusammenspielt. Es kann nicht darum gehen eine „Soloaufführung“<sup>437</sup> zu absolvieren, genauso reicht es nicht wenn alle im Team „am gleichen Strang ziehen“, sondern dies muss auch „am gleichen Ende des gleichen Strangs“<sup>438</sup> passieren.

Beide Ansätze, die PatientInnenorientierung als auch die Interdisziplinarität lassen sich in den Gesprächen mit den Āyurveda-ÄrztInnen finden. Der Wunsch und das Ziel die PatientInnen in ihrer Ganzheit wahrzunehmen hat sich in mehreren Bereichen gezeigt: In der Definition von Gesundheit, in der Diagnose von Krankheit sowie in der Behandlung. Genauso wird die Verbundenheit der

---

<sup>435</sup> Vgl. EWERS; Dimensionen von Patientorientierung in der Pflege Schwerkranker.

<sup>436</sup> HELLER; Die Einmaligkeit des Menschen verstehen; S. 16f.

<sup>437</sup> LOEWY/SPRINGER-LOEWY; Ethische Fragen am Lebensende; S. 147.

<sup>438</sup> METZ/HEIMERL; „Was alle angeht, können nur alle angehen“; S. 313.

ÄrztInnen zur eigenen medizinischen Tradition in den Hintergrund gerückt, wenn es um die Linderung des Leidens geht. Die Vaidyas sind sich der Grenzen ihrer Medizin bewusst und zögern nicht ihren PatientInnen zu anderen Mitteln zu raten, selbst wenn diese einer anderen medizinischen Richtung angehören:

**Nair**

*“Like in case of painkillers or antibiotics?”*

“I have no objection at all. Because the ultimate aim is to cure the patient.”

**Sawant**

“Whatever is required to save the life, apart from the pathy, that I advise.”

Interdisziplinarität bedeutet in Indien, den Interviews zu Folge, bislang allerdings etwas anderes als in den westlichen Nationen. Da in Indien die Familie noch sehr stark in die Pflege und Betreuung von Sterbenden eingebunden bzw. dafür verantwortlich ist, treffen im Normalfall wohl weniger berufliche Disziplinen auf einander. Vermutlich werden etwa kaum SozialarbeiterInnen in die Betreuung von PalliativpatientInnen zu Hause mit einbezogen. Eher wahrscheinlich ist die Betreuung durch ein „Team“, das sich aus Familie, ÄrztIn, gegebenenfalls Krankenschwester und vermutlich Priester oder Guru zusammensetzt. Inwieweit diese Zusammenarbeit aber als interdisziplinär in einem westlichen Sinne verstanden werden kann, bleibt offen. Das mobile Palliativteam des Tata Memorial Hospital in Mumbai setzt sich im Gegensatz dazu aus einem Sozialarbeiter, einer Krankenschwester und einer ehrenamtlichen Person zusammen und bemüht sich explizit, die verschiedenen Bereiche in der Behandlung abzudecken.<sup>439</sup>

#### **6.1.4 (Künstliche) Ernährung am Lebensende**

Im Āyurveda wird großes Augenmerk auf die Nahrung gelegt. Ein wesentliches Kriterium dafür, was gegessen werden soll, ist immer die Kapazität des individuellen Verdauungsfeuers jeder einzelnen Person, allein sie ist

---

<sup>439</sup> Die Verfasserin hatte 2008 die Möglichkeit zwei Tage lang mit dem palliativen Team in die Slums in Mumbai zu PalliativpatientInnen zu fahren.

ausschlaggebend, was und wie viel der Mensch essen soll. Die āyurvedische Ernährungslehre unterscheidet sich mitunter stark von den Ergebnissen der westlichen Ernährungswissenschaft, so ist weniger von Bedeutung, ob genug Vitamine im Essen enthalten sind, sondern viel mehr, ob der Körper auch die Kraft hat diese aufzunehmen. Deutliche Differenzen gibt es vor allem in der Frage, was leichte und was schwere Nahrungsmittel sind. So gilt im Westen ein Salat als leichte Mahlzeit, im Āyurveda wird er auf Grund seines rohen Zustands als schwer betrachtet. Leichtverdaulich bedeutet aus āyurvedischer Perspektive vor allem gekocht, geröstet, gedünstet oder getoastet.

Betrachtet man die Ernährung für PalliativpatientInnen aus āyurvedischer Sicht, sollte diese vor allem *vāta* reduzierend ausgerichtet sein. Das heißt sie soll regelmäßig, warm, gekocht, suppig, leicht ölig und aufbauend sein, wie beispielsweise Gemüsesuppe, Hühnerbrühe, Reissuppe (Reiswasser), leichte Linsensuppe, Getreide, Kompott und dergleichen. Gramminger sieht unter anderem in der Ernährung eine wichtige Bereicherung für die Arbeit im Hospiz:

### **Gramminger**

„Dort müsste sowieso die Ernährung umgestellt werden, habe ich selber einen Einblick bekommen und die ernähren sich viel zu schwer, passt gar nicht für Sterbende, man könnte denen bessere Ernährung geben [...].“

Die Nahrung sollte so beschaffen sein, dass der Körper so wenig Energie wie möglich in die Verdauung investieren muss, um so viel Energie wie möglich zu gewinnen. Die Verwendung von verdauungsfördernden Gewürzen und die Vermeidung von schweren Nahrungsmitteln stärken das Verdauungsfeuer und machen die Nahrungsaufnahme effizienter.

### **Rao**

“So when it is least we cannot give food on diet which is difficult to digest, so food has to be very light. Even if milk is given it has to be added some ginger or some tumeric [Curcuma; Anm.: Mörth] to increase the temporary heat of the fire to get it digest. So it can be very light food, most of the time liquid, juices which are already digested by the nature, such food can be given. And if it is cooked food it has to be well mashed, very soft and not solid ones. So row vegetables and green leafy vegetables definitely have to be avoided. No heavy food like curd, yoghurt, cheese or even plain milk.”

Neben verdauungsfördernden Kräutern werden auch appetitanregende Arzneien verabreicht:

**Godbole**

“Some herbs which help to improve digestion and the hunger so along with the mixture of certain herbs if you give the treatment it will work.”

Dem warmen und gekochten Essen widerspricht das Bedürfnis vieler PalliativpatientInnen, welches sich eher in kalten Nahrungsmitteln wie Eiscreme oder Sorbets darstellt. Godbole erklärt dieses Verlangen damit, dass während der Chemotherapie (sowie bei vielen anderen invasiven und medikamentösen Therapien) das *pitta* stark erhöht wird, das heißt die Hitze im Körper und so der Wunsch nach kalten Substanzen zunimmt. Aus ihrer Sicht sollte darauf verzichtet werden, da Eis bekanntlich nicht gesund ist. Es ist allerdings fraglich, ob im Fall von PalliativpatientInnen nicht eher die Bedürfnisbefriedigung im Vordergrund stehen sollte als die gesunde Nahrung.

**Godbole**

“Yes, during Chemotherapy especially, lot of heat is increasing which will keen your hunger, desire to eat, those people they enjoy the ice cream because it gives the cooling effect so they will demand only that because with any other food they will not feel, even they cannot bear the water. But we know that that is not really healthy, so instead of giving them ice cream we can give them milk, because ice cream is having lots of additives and unnatural things and it is not fresh for sure, anywhere you buy ice cream it is not fresh.”

“But milk is not too heavy to digest for the people?”

“No, cow milk is not heavy and it is very good rejuvenating, very good.”

Milch hat einen hohen Stellenwert in der āyurvedischen Ernährung. Sie gehört zu den vier „unersetzbaren Substanzen“ (die anderen drei sind Ghee, Honig und Sesamöl). Milch wird als das beste Verjüngungsmittel und als heilende (heilige) Substanz gesehen. Diese heilbringende Eigenschaft der Milch steht teilweise im Widerspruch zu anderen Ernährungslehren, beispielsweise belegen die Ergebnisse der China Study von T. Colin Campbell einen negativen Effekt von Milch und Milchprodukten auf die Gesundheit des Körpers.<sup>440</sup> Dennoch schwören

---

<sup>440</sup> CAMPBELL; The China Study.

viele Vaidyas auf die positive Wirkung der Milch. Gadgil empfiehlt vielen seiner KrebspatientInnen eine reine Milchdiät und erzielt damit, seiner Aussage nach, gute Erfolge.

### **Gadgil**

“No it is not so. Immediately you don't start digesting two litres, three litres of milk. First you may have only half litre, or 250 ml, second day one litre, one and a half litre, third day, two litres and gradually within one week you reach two litres, three litres, four litres like that. And you can sustain, it's not a problem. I have kept many patients for six months, nine months, like that only on milk diet and they have responded very well, as far as life quality is concerned it was excellent life quality, no pain, no other complain, nothing. Those who were advanced and already had undergone surgery, chemotherapy, radiation they responded to certain time then they started deteriorating and eventually they die. But still there was lifespan available one year, two years, like that, which was never expected, with good quality, not only the span but the quality was also good.”

Durch schwere Krankheit oder den nahenden Tod verändern sich die Bedürfnisse der Betroffenen und Essen kann nicht mehr als Lust, sondern als Last empfunden werden, woraus oftmals eine Nahrungsverweigerung resultiert. Die Gründe für eine Nahrungsverweigerung können mannigfaltig sein, angefangen von psychischen Ursachen über Schmerzen, Appetitlosigkeit, Schluckbeschwerden bis hin zu dem Drängen der Angehörigen. Oft steht der Wunsch nach Ernährung eher bei den rundherum beteiligten Personen im Vordergrund, als bei den kranken. In der Palliativpflege gilt der Satz: „Die Menschen sterben nicht, weil sie aufhören zu essen, sondern sie hören auf zu essen, weil sie sterben.“ In Christopher Justice' Studie über das Sterben in Vārānasī wird immer wieder erwähnt, dass die Menschen kurz vor ihrem Tod aufhören zu essen und zu trinken, und in einem hinduistischen Hospiz der Stadt, dem Kashi Labh Muktibavan ist dies die erste Assoziation mit den Sterbenden.<sup>441</sup> Früher galt dieses Verhalten auch in unseren Breiten als normal und dieses Nicht-Bedürfnis nach Nahrungszufuhr wurde nicht in Frage gestellt. In der heutigen Zeit, so Erich Loewy und Roberta Springer-Loewy, fühlt man sich gezwungen die kranken und sterbenden Menschen künstlich zu ernähren, um sie

---

<sup>441</sup> Vgl. JUSTICE; Dying the Good Death; S. 140, 197, 212, 229.

am Leben zu erhalten.<sup>442</sup> Für viele Menschen ist es inakzeptabel ihre Angehörigen nicht künstlich zu ernähren und es besteht eine große Angst, den sterbenden Menschen „verhungern“ zu lassen. Der Wunsch der Sterbenden wird in Folge dessen oft ignoriert. Auch Godbole spricht davon, welche Tricks angewandt werden können, um den kranken Menschen zum Essen zu überreden.

### **Godbole**

“No, ah, ..., suppose if you want to give the person, ah, he will not eat at one time but maybe after two hours maybe after every two hours some food you can give, change the taste, change the form of the food, instead of liquid you can make some solid thing out of that, and then you have to make him eat by convincing him in different ways.”

Die Fragen, die im Vordergrund stehen, sind aus Sicht der Palliative Care: Was will die Patientin oder der Patient? Hat sie oder er überhaupt ein Hungergefühl? Für wen ist es wichtig, dass die Patientin isst? Und wie ist die voraussichtliche Lebenserwartung?<sup>443</sup> Besonders spannungreich ist in diesem Zusammenhang die Verwendung von PEG-Sonden (perkutane endoskopische Gastrostomie). Hier wird nicht nur diskutiert wann es sinnvoll ist eine PEG-Sonde zu legen, sondern auch unter welchen Umständen eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr abgebrochen werden darf. Beispielsweise in Deutschland gilt die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr „nicht immer“ als Basisbetreuung, sondern muss durch den Nutzen der PatientInnen und deren Willen gerechtfertigt werden. Die Ziele die durch eine PEG-Sondenernährung erreicht werden sollen sind die Verhinderung von Aspirationspneumonien, die Lebensverlängerung und die Steigerung der Lebensqualität durch eine Verminderung des Leidens. Es ist allerdings fraglich, ob diese Ziele tatsächlich erreicht werden können. Marckmann weist auf zwei Arbeiten hin die einen Wirksamkeitsnachweis für Sondenernährung anzweifeln und zu bedenken geben, dass keines drei Ziele sicher gewährleistet werden kann. Weder sind Aspirationen wirklich zu verhindern, noch wird die Überlebensrate tatsächlich gesteigert und auch die Leidensverminderung ist nicht sicher, im Gegenteil, denn durch die Dehydration,

---

<sup>442</sup> LOEWY/SPRINGER-LOEWY; Ethische Fragen am Ende des Lebens; S. 145.

<sup>443</sup> SCHMID; Grundlagen und Besonderheiten der palliativen Pflege; S. 187.

die durch die Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit entsteht werden körpereigene Morphine freigesetzt die ein Leiden der PatientInnen vermindern. Künstliche Ernährung ist also nicht per se Teil der Basisbetreuung sterbender Menschen, sondern muss an Hand der Indikation entschieden werden. Generell sollte den PatientInnen regelmäßig ein Nahrungsangebot gemacht und dem subjektiven Empfinden von Hunger und Durst nachgegangen werden.<sup>444</sup>

In dem Bild eines „guten Todes“, wie es Christopher Justice zeichnet, wird die Nahrungsverweigerung zu einem wesentlichen Faktor: Wenn die Nahrungsaufnahme aufgegeben wird, verlässt das Leben den Körper ohne Kampf, was als Zeichen für einen guten Tod betrachtet wird. Gleichzeitig wird der Tod durch die Nahrungsverweigerung vorhersehbar, also bis zu einem gewissen Grad kontrollierbar, womit der Mensch seinem Sterben nicht tatenlos ausgesetzt ist. Justice beschreibt ein Gespräch mit einem Mann, dessen Mutter zwar kurz vor dem Sterben, aber noch nicht dazu bereit war und deshalb ab und zu Nahrung zu sich nahm. In dem Interview wird deutlich, dass Nahrungsaufnahme nicht nur den Sterbeprozess verlängert, sie kann ihn auch erschweren:

CJ: „If your mother wanted to die would she stop eating?“

Masterji: “Yes, anyone (would). But sometimes we see that people have not taken food in two or three months and they live, so we can’t say that (one) will die.”

CJ: “Is this common in Hindu society? I have heard that older people stop eating?“

Masterji: “No, not because they wish to. The digestive system stops working so they stop taking food.”

CJ: “But I have heard that if you have food in your stomach it makes it harder to obtain heaven.”

Masterji: “Yes, that is the reason. If you have power in the body then the *pran* (vital breath) does not go quickly from the body, you struggle. So it is difficult. And if you are very weak, the *pran* will go very easily.”<sup>445</sup>

Auch in den Interviews mit den Āyurveda-ÄrztInnen wird vor allem die Kapazität des Verdauungsfeuers thematisiert. Die Kraft des Verdauungsfeuers (*jatarāgni*) unterliegt mehreren Faktoren. Je nach Grundkonstitution hat das

---

<sup>444</sup> MARCKMANN; Ethische Entscheidungen am Lebensende; S. 81 f.

<sup>445</sup> JUSTICE; Dying the Good Death; S. 229f.

Verdauungsfeuer vier Erscheinungsformen: ausgeglichen, zu stark, zu schwach und wechselhaft. Wenn die *doṣa*-s aus der Balance sind, das heißt der Mensch krank ist, wird das Feuer gestört bzw. läßt ein schlechtes Verdauungsfeuer Krankheit entstehen. Das Verdauungsfeuer dient als Maßstab für den energetischen Zustand des Menschen: Ist das Feuer stark, kann mit invasiveren Methoden gearbeitet werden als bei einem geschwächten Zustand des Feuers. Ebenso gilt das Verdauungsfeuer als Parameter, wie viel Lebensenergie noch im Menschen vorhanden ist:

**Rao**

“We see factors like how much is the capacity of digestion, the fire is not too much, because death is near means the fire is going low and once the fire is off death is there.”

Es macht also für die befragten ÄrztInnen wenig Sinn den Menschen zu ernähren, wenn er keine Kapazität mehr zur Verdauung hat.

**Rao**

“And if the patient refuses to eat, you are not pushing him or her?”

“No, you can’t force them.”

“So there is no question of putting some tubes...”

“The family does it, because of the changing circumstances, because they want to extant the life. The family does it but it is a temporary effort because even the normal food has to be digested, the person has to be pleasant enough mentally and emotionally which has an effect on the digestion. If it is forced it’s not machine just to keep on digesting and even the secretion of enzymes, mentally a person should be prepared for it. Food is considered as a ritual in Āyurveda. Like unless we pray to the grains, to the plants, we offer them, we pray to the God who has given us life and to continue after digestion so what we eat is what we become, and food itself is considered as *Brahmā*, the god himself. So when we take it in, it has to be done with lot of faith and prayer and if it’s done through machines and forces it doesn’t last long, so the concept is not holding good with Āyurveda.”

Hier steht künstliche Ernährung nicht nur im Konflikt mit gesundheitlichen Entscheidungen, sondern auch mit spirituellen/religiösen Zugängen. Nahrungsaufnahme wird zum Gottesdienst bei dem die rechte Gesinnung notwendig ist, um seinen Zweck zu erfüllen. Nahrung soll nicht zu einem

automatisch abgespulten Ritual werden, um eine nutzlose Zweckentfremdung zu vermeiden.

Auch wenn Godbole der Meinung ist, dass die Kranken zum Essen animiert werden sollen, so spricht sie sich doch entschieden gegen künstliche Ernährung aus.

### **Godbole**

“Yes, at least we have to try, but there is really the condition like at the end many people refuse to eat and though you can give them saline or something but still the acceptance reduces, to give forcefully there is no meaning, just because of the relatives wish or from the relatives no one wants to take the responsibility of the dying person many people are on ventilators and they give this saline feed (?) and just the breathing is going on and they are unconscious and no response at all and they are lying in the bed for many many months, it is really torture to make the person, means in the hospital in such a condition it is really not good.”

Trotzdem würden andere der befragten Āyurveda-ÄrztInnen nicht prinzipiell von künstlicher Ernährung abraten, wenn es die Situation verlangt. Wichtig ist jedoch für alle, das Verdauungsfeuer vorerst durch *dīpana* (anfachen, entzünden des Verdauungsfeuers) und *pācana* (erhalten, verstärken des Verdauungsfeuers) Therapien zu stärken. Wesentlich ist auch, die Ursache für die mangelnde Nahrungsaufnahme heraus zu finden und dem entsprechend kann dann agiert werden. Die Vaidyas räumen ein, dass es Situationen gibt, in denen künstliche Ernährung als Überbrückung hilfreich sein kann, allerdings nur wenn abzusehen ist, dass das Verdauungsfeuer gestärkt und verbessert werden kann und der Mensch zur selbstständigen Nahrungsaufnahme wieder fähig sein wird.

### **Nandanikar und Begwe**

(Nandanikar) “I would say in certain cases where it is impossible to take food via mouth if such things arrive, I think it depends upon the situation.”

(Begwe) “You have to find out what is the root cause why the food intake has stopped whether it is related to some mechanical thing or it is related to any physiological thing, whether it is related to any organs or any physiological factor, we have to find out that. And accordingly our treatment will be. And if any, see, problem is there of GI track, person is not able to have food because there is no proper peristaltic movement then we can go for *bastis* with nutritious decoctions like that, with milk or something like that. But any psychological factor or anything related with the digestive fire what we call *jatarāgni* then we can go for substances which are known as *dīpaniya* and *pācana*, which means they are, ah, these

substances stimulate the digestive power they enhance the digestive power, it is like an appetizer along with a digestive, which increases digestion. So first thing is to find out the root cause why the food intake is not there and accordingly the treatment will be.”

Wie Begwe erwähnt, verfügt der Āyurveda über eigene Methoden um den Menschen mit Nährstoffen zu versorgen, wenn dieser nicht mehr im Stande ist, Nahrung oral aufzunehmen. Begwe spricht das nährende *basti* an, den Einlauf, der mit Öl, Milch, Ghee, Honig und/oder aufbauenden Kräutern angereichert wird und so den Menschen über den Dickdarm versorgt. Ein weiterer Weg ist die Aufnahme über die Haut, beispielsweise kann der Körper mit warmer Milch abgetupft und auf diese Weise sehr schonend gekräftigt werden, ohne das Verdauungsfeuer zu belasten. Auch gezieltes Fasten wird als Methode genannt, um den Appetit anzuregen, wobei es sich hierbei um eine Gratwanderung zwischen Verbesserung und zusätzlicher Erschöpfung für die PatientInnen handelt:

### **Gadgil**

“Again this is a very tricky situation. If this is due to *doṣa*-s, we may treat it as *agnimandya* and *aruci* these are the two conditions and the patient would start feeling appetite and would start eating and initially it might be that he missed (...?) that is also possible, so initially we may ask him to fast or we may ask him to take liquid diet like soup and other things and increase the appetite and then we start giving. But if it is producing more debility, more debility and this is due to food supply then we have to see how the supply can be enhanced. So in that case you might put (...?) tube to have regular feeding or something like that. But these conditions are rare, rather rare. See it will depend on the particular situation whether we just do *pācan* and *dīpan* and then increase the food material or we try to introduce something, like that, so it will depend on the situation.”

Wenngleich sich die Vaidyas nicht explizit gegen künstliche Ernährung aussprechen, ist der Zugang doch eindeutig: Leben hat nur dann eine Chance, wenn auch das Verdauungsfeuer aktiv und stark genug ist, um Nahrung zu verarbeiten. Ist dieser Fall nicht gegeben, ist es nicht sinnvoll, die Menschen künstlich am Leben zu erhalten.

### 6.1.5 Ende der Therapie

In der modernen naturwissenschaftlichen Medizin steht man immer wieder vor dem Dilemma, ob eine Therapie weiter fortgesetzt werden soll oder nicht? Das Abwägen ob eine der meist sehr invasiven Behandlungen mit einer Vielzahl an beschwerlichen Nebenwirkungen begonnen, fortgesetzt oder abgelehnt werden soll, stellt vermutlich alle Betroffenen vor eine der schwierigsten Entscheidungen ihres Lebens. Immer wieder stellt sich die Frage, ob die verstorbene Person nicht ohne die letzte Chemotherapie besser dran gewesen wäre, die letzte verbliebene Zeit nicht schöner und sinnvoller verbringen hätte können, als von der Therapie zusätzlich geschwächt und völlig von der Apparatur der modernen naturwissenschaftlichen Medizin eingenommen „dahin zu siechen“. Ebenso gibt es Situationen, wo die Behandlung zu einer Verbesserung der Lebensqualität und nicht zuletzt zu einer Verlängerung des Lebens führt.

Dieses Dilemma gibt es im Āyurveda nicht. Keine der Therapien birgt ein derartiges Ausmaß an Nebenwirkungen. Insofern stellt sich die Frage nach dem Abbruch einer Therapie nicht, zumindest nicht für die befragten Āyurveda-ÄrztInnen. Auch wenn in der *Carakasamhitā* davon abgeraten wird, unheilbar kranke Menschen zu behandeln, wird diese Empfehlung heute wie folgt ausgelegt:

**Nair**

“Yes, don't treat him, but this doesn't mean don't care for him. Only don't treat him, using the costly medicine but you have to care him that is the difference, treating a patient and caring a patient is totally different.”

Die Vaidyas stimmen darin überein, dass der Mensch bis zum Schluss behandelt werden soll. Da in diesem Stadium keine anstrengenden Therapien wie Reinigung und dergleichen vorgenommen werden, sondern alle Therapien darauf ausgerichtet sind die Lebensqualität zu verbessern, könnte man zumindest den heute praktizierten Āyurveda als Palliativmedizin bezeichnen. Die Frage, wie lang eine Therapie fortgesetzt werden soll, bzw. wann der Therapieplan umgestellt werden muss, stellt sich im Āyurveda nicht.

**Rao**

“We cannot give up at the stage of dying, so the management till the end has to be made.”

Die Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebensqualität ist zentrales Ziel in der Behandlung. Einmal mehr betont Gadgil, dass er den bevorstehenden Tod vor dem betroffenen Menschen nicht thematisiert, aber dass er diesen bis zum Schluss versorgt und behandelt. Die Verschwiegenheit gegenüber der PatientInnen steht in Widerspruch zu den Prinzipien der Palliative Care, die Behandlung an sich allerdings nicht.

**Gadgil**

“Still treatment can continue with understanding to relieve pain, to give better quality of life etc. That we do, even we know that the patient is going to die, we clearly give indications to the relatives of the patient, not to the patient, but to the relatives that this is beyond any treatment now and whatever we do is for better quality of life and that maybe continue till death.”

[...]

“Of course I will continue treatment as long as he will live, he will be under my treatment.”

Einzigste Voraussetzung für eine Behandlung bis zum Schluss ist, dass die PatientInnen diese wünschen. Der einzige triftige Grund eine Behandlung vorzeitig abubrechen wäre aus Godboles Sicht, dass die Sterbenden keine Bereitschaft mehr dazu zeigen:

**Godbole**

“And in Āyurveda there is no point where you say “now we are stopping the treatment”? You are giving treatment till the end?”

“As long the patient is ready to take.”

**6.1.6 Institutionalisierung/Professionalisierung**

In der westlichen Gesellschaft hat sich Sterben und Tod aus dem privaten häuslichen Bereich in Spitäler, Pflegeheime und Hospize verlagert. Das Sterben in den eigenen vier Wänden, im Kreise der Familie ist die Ausnahme geworden.

Etwa 80% der Menschen sterben in Deutschland in Institutionen.<sup>446</sup> Das Leben in der Großfamilie ist in Europa am Aussterben und die Pflege alter und kranker Familienmitglieder zu Hause ist heute kaum noch machbar.

In Indien ist die Großfamilie nach wie vor weit verbreitet und die Betreuung der Sterbenden findet meist zu Hause durch Familienangehörige statt. Die Unterstützung durch die Angehörigen spielt eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen Indiens.

**Priyadarshini**

“In India actually tradition is there as a joint family, still we do have joint family and the family members themselves will take care of the person who is sick, isn't it? These setups of special care they are not much popular, but family help the people.”

**Nair**

“In general the family, son, daughter, son in law, daughter in law, they do this.”

Den Aussagen der indischen Vaidyas zu Folge bekommen die Angehörigen klare Anweisungen, wie sie die Kranken versorgen sollen. Es ist selbstverständlich, dass die Betreuung von den Familienmitgliedern übernommen wird und nur in wenigen Fällen werden die Betroffenen in Spitälern oder Pflegeheimen untergebracht. Das Problem der Vereinsamung, wie es in Europa der Fall ist, scheint in Indien nicht vorhanden zu sein.

**Rao**

“Are many dying patients stay in the hospital?”

“No, not in the hospital itself.”

“So it is tradition that the family takes care?”

“And they are made understood what are the possibilities at least and what are the things that can be done to just manage and keep them comfortable till the end. So those suggestions and recommendations are given, and the diet and other remedies are explained to them, and the care is taken by the family.”

---

<sup>446</sup> Vgl. KNIPPING; Reflexionen zur Versorgungsgestaltung am Lebensende.

### **Godbole**

“And for those people who are not having any family members anymore, because nowadays people go abroad?”

“Then they get admitted in the hospital but most of the time, 100% we have it here that somebody must be there with the patient, it is not that patient get admitted himself and he is alone there and nobody is there and only somebody is spending some money, very rare patients.”

Das Bild der Sterbebegleitung in Österreich und Deutschland präsentiert sich anders. Professionalisierung und Institutionalisierung sind gängige Schlagworte in der kritischen Auseinandersetzung mit Palliative Care. Hier werden Sterbende und Angehörige von einem multiprofessionellen Team begleitet, und selbst Ehrenamtliche eignen sich fachliche Kompetenz in Form eines Kurses an, bevor sie ans Sterbebett treten. Dass Sterbebegleitung nichts Besonderes, sondern praktisch ein Teil unseres Lebens und jede/r dazu in der Lage ist, gilt nicht mehr als selbstverständlich. Der Umgang mit Sterben und Tod muss erst wieder neu gelernt werden.<sup>447</sup>

In Indien kann in Zusammenhang mit Sterbenden bislang wohl kaum von Professionalisierung oder Institutionalisierung die Rede sein. Selbst wenn Angehörige Instruktionen im Umgang mit den Betroffenen erhalten, wie Rao es darstellt, so bleibt doch vieles dem eigenen Ermessen der Familie überlassen. Dennoch gibt es auch in Indien Bedarf nach Hospiz- und Palliativeinrichtungen, wie die steigende Zahl der Institutionen z.B. in Kerala zeigt. Wie bereits erwähnt wurde, ist das Wissen darüber bei den Vaidyas sehr unterschiedlich, teilweise wissen die ÄrztInnen nicht einmal von der Existenz bestehender Hospize, wie sich am Beispiel Raos zeigt. In seinem Fall ist das besonders verwunderlich, da er in Kerala lebt, dem Bundesstaat Indiens mit den meisten Palliativeinrichtungen.

### **Rao**

“Most of the time it is the family, then it is the hospital. There are no special caregivers as in the West. Hospices like in the West are not available here. So it is only the bystanders of the patients, the family members nursing staff and the physicians.”

---

<sup>447</sup> HELLER; Ambivalenzen des Sterbens heute – Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und dem Sterbenden; S. 33.

Grundsätzlich ist die Familie für die Betreuung zuständig, selbst wenn eingeräumt wird, dass es Menschen gibt, die auf die Hilfe von diversen Institutionen angewiesen sind. Es ist auffallend, dass laut Aussage der Vaidyas, vor allem arme Menschen in den Institutionen sterben, hingegen Menschen, die es sich leisten können entweder von der Familie oder von professionellem Personal gepflegt werden:

### **Nandanikar und Begwe**

(Nandanikar) "Those who can afford in such families the family takes care, what you say, a combined family or big family, then definitely the family takes care. If they don't have family but if they have money, means rich people the can keep nurse attendant and I come across some NGO's also there are some houses where such patients can be kept and you have to pay them and then they will keep such patients for dying or who are likely to die. Such NGO's or such houses for dying patients have come up and they take their care."

Höchstes Ziel vieler hinduistischer Traditionen ist es, alles *karma* aufzulösen und *mokṣa* zu erreichen um den Geburtenkreislauf zu durchbrechen. Beste Voraussetzung dafür ist es, in *Kāśī* (auch *Vārānasī* oder *Benāres* genannt), einer der heiligsten und ältesten Städte Indiens, zu sterben. Seit jeher kommen die Menschen nach *Kāśī* um hier den Rest ihres Lebens zu verbringen, angeblich aus ganz Indien, meist stammen die Menschen aber aus Bihar, Uttar Pradesh und Madhya Pradesh. Einige, darunter vor allem Witwen, ziehen schon Jahre vor ihrem Tod in die Stadt und werden als *kāśī-vāsis* (in *Kāśī* lebende) bezeichnet, andere werden tatsächlich kurz vor ihrem bevorstehenden Tod von ihren Familienangehörigen gebracht, um hier Befreiung zu erlangen. Jene werden als *kāśī-labh* bezeichnet, also jene Menschen die die erlösende Kraft der Stadt, in ihr zu sterben, nutzen. Früher kamen die Menschen, um einfach am Flussufer auf einem der heiligen *ghāṭs* zu sterben, heute ist das nicht mehr so einfach und die meisten gehen in eines der wenigen Sterbehäuser. In den Sterbehäusern dürfen die Menschen maximal 15 Tage bleiben und nur dann, wenn sie ein bestimmtes Alter erreicht haben und offensichtlich an Altersschwäche sterben. Junge Menschen die an einer tödlichen Krankheit leiden sind nicht erwünscht, da nicht gewiss ist wie lang ihr Leben noch andauern kann.<sup>448</sup> Auch wenn der Studie von

---

<sup>448</sup> Vgl. JUSTICE; Dying the Good Death.

Christopher Justice zufolge die Zahl der Gäste in den Sterbehäusern zurück geht und der Zulauf sich im Wesentlichen auf drei Bundesstaaten beschränkt, wäre anzunehmen, dass es ähnliche Konzepte in ganz Indien gibt, wo doch viele Städte als heilig bezeichnet werden. In den Interviews hat sich diese Annahme allerdings nicht bestätigt. Die befragten Vaidyas betonten durchgängig, dass die Menschen zu Hause sterben und die Frage, ob es *āśram*-s (Herbergen, vergleichbar mit einem Kloster) gibt, in denen die Menschen sich zum Sterben zurückziehen, wird meist verneint, bzw. werden christliche oder palliativmedizinische Einrichtungen genannt. Lediglich Sawant nennt dann doch zum Schluss einen Platz dieser Art. Jedoch ist auch dieser Abschnitt, wie das gesamte Interview mit Sawant ambivalent. Zu Beginn nennt auch er ein christliches Hospiz in Mumbai, erst als die Frage nochmals formuliert wird, berichtet Sawant über die hinduistische Tradition, obwohl er die zweite Frage anfangs ebenfalls verneinte. Er berichtet, dass es keine *āśram*-s für Sterbende gab, da Indien zu jener Zeit noch nicht so überbevölkert war wie heute. Er berichtet auch, dass die Menschen früher dem Ideal der vier Lebensabschnitte, ebenfalls als *āśrama*-s bezeichnet, folgten und sich die im vierten *āśrama* befindenden Alten an die Flussufer zurückzogen, um dort auf ihren Tod zu warten. Erst auf die Frage, ob dies heute auch noch üblich ist, erwähnt Sawant zwei Institutionen, *āśram*-s („Klöster“), in denen Witwen und alte Frauen ihren Lebensabend verbringen.

### **Sawant**

“There is one centre in Bandra, I don’t remember its name...”

#### “Shanti Avedna?”

“Yes, there is a requirement of such centres, because many times people are dying on the road, dying in the accidents and dying orphan.”

“But this is actually not an Indian tradition, it is a Western tradition, so did people in former times go to the *āśram* when they knew that they were about to die, for example?”

“No, there was no such an *āśram* where people go when they were going to die, even in the ancient period. See at that time the population was not the problem, many of the old, there are the four sections, the *brahmacāriya āśram* and *vānaprasthya āśram* and the last is the *ṛddhāśram*, so the old

age people when they realised that they were going to die at that time they went to the bank of river and lived in the Dharamashala where the oldaged people were living.”

“Are there still some people doing it like that?”

“Yes, still it is there, I know one *āśram* of the old ladies in Mathura, they are widows, they are very sick women, some people they don’t want the old lady in their home, they used to leave these women in these *āśrams* and they are living in Mathura and Vrindavan, both places I have seen and they call it Ek paise kima, the mother of one Penny, you can say. So they ask the people for one Penny, or one Cent you can say. That I have seen.”

Warum sich die Vaidyas vorrangig auf „westliche“ Einrichtungen beziehen und nicht auf „hinduistische“ *āśram*-s, bleibt unklar. Es ist möglich, dass diese Praxis tatsächlich wenig verbreitet ist, ebenso kann man annehmen, dass das Interview mit einer westlichen Wissenschaftlerin die Aufmerksamkeit von der indischen Tradition weglenkt, hin zu einer westlichen Ausrichtung, wie am Beispiel Sawants zu sehen ist. Erst der deutliche Hinweis auf die unterschiedlichen Traditionen und Kulturen führt zu einer Antwort, die sich letztlich deutlich von der ursprünglichen unterscheidet.

## 6.2 Spiritual Care und Āyurveda

### 6.2.1 Spiritual Care

Im Zentrum der Spiritual Care, als Teil der Palliative Care, steht ein personenzentrierter und holistischer Ansatz in der Pflege, der als Statement gegen ein mechanistisches Menschenbild, wie es in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin kritisiert wird. Spiritual Care findet ihre Ursprünge, so wie die Palliative Care, bei Cicely Saunders. Ihr Bild von Palliative Care war von Anfang an klar von christlichen Werten geprägt. Nachdem heute natürlich nicht alle PalliativpatientInnen christlich orientiert sind, entwickelte sich die Spiritual Care, wo sich Vokabular und Verantwortlichkeit von der christlichen Dominanz gelöst haben. So stehen nicht mehr die Liebe Gottes und die Heiligkeit des Lebens im Mittelpunkt, sondern Würde und Lebensqualität.<sup>449</sup> Ob der Absprung der Spiritual Care von der christlichen Seelsorge allerdings tatsächlich geschafft ist, bleibt zu hinterfragen. Auch wenn in der Literatur zu Spiritual Care gerne eine sehr offene Definition von Spiritualität<sup>450</sup> verwendet wird und dem Umstand, dass die Seelsorger wenig religiös sind<sup>451</sup>, Betonung geschenkt wird ist zu bedenken, dass die publizierten Beiträge zu dem Thema vorwiegend von christlichen TheologInnen verfasst wurden und diese auch vielfach im Kontext der christlichen Seelsorge eingebettet sind. Ebenso ist der seit 2010 bestehende Lehrstuhl für Spiritual Care am Klinikum der Universität München von einem Arzt und von einem Theologen besetzt. Ein Blick auf die Entwicklung der christlichen Seelsorge zeigt aber auch, dass diese ihren Fokus im Laufe der letzten 150 Jahre stark verändert hat. Isabelle Noth stellt fest, dass heute eine „Hinwendung zum Menschen“ im Vordergrund steht und nicht mehr die Lehre, Verkündigung oder Mahnung. Die Religion rückt in den Hintergrund, es geht nicht mehr darum den Menschen zu Gott hinzuführen, sondern darum den Sterbenden Beistand zu leisten, es wird nicht mehr gepredigt, sondern zugehört. Noth spricht von einer „Bewegung der Humanisierung der Seelsorge“.<sup>452</sup> Das Verhältnis zwischen

---

<sup>449</sup> Vgl. HELLER; Spiritualität zwischen Traditionen und Moderne.

<sup>450</sup> Vgl. KOHLI REICHENBACH; Spiritualität im Care-Bereich; ROSER; Innovationen.

<sup>451</sup> BORASIO; Spiritual Care: Eine Aufgabe für den Arzt? S. 124.

<sup>452</sup> NOTH; Seelsorge und Spiritual Care; S. 110.

Seelsorge und Spiritual Care ist jedenfalls nicht eindeutig auszumachen: Einerseits wird Spiritual Care als Konkurrenz empfunden, etwa gibt es SeelsorgerInnen die eine nicht-christliche spirituelle Betreuung nicht als Seelsorge bezeichnen wollen, andererseits besteht die Gefahr, dass Spiritual Care nichts anderes ist als eine „Neuetikettierung der christlichen Krankenhauseelsorge“.

„Ob sich parallel zur Krankenhauseelsorge – in Analogie zum gesellschaftlichen Esoterikmarkt – tatsächlich ein Spiritual-Care-Markt im Gesundheitswesen etablieren wird, gilt noch als fraglich.“<sup>453</sup>

Auffallend in diesem Zusammenhang ist, dass eine Untersuchung zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse bei PaliativpatientInnen von Frick et al.<sup>454</sup> ergab, dass diese es vorziehen mit den ÄrztInnen über ihre spirituellen Bedürfnisse zu sprechen und nicht etwa mit den SeelsorgerInnen, da die ÄrztInnen objektiver seien.<sup>455</sup>

Für Spiritual Care gibt es bislang keine offiziellen Definitionen, die damit verbundenen Aufgaben fasst Kohli Reichenbach analog zu den Inhalten der Professur in München zusammen: Im Zentrum stehen die interdisziplinäre Verantwortung eines multiprofessionellen Teams, das Anerkennen der vier Dimensionen in der Bedürftigkeit des Menschen im Sinne von physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Aspekten („biopsychosozialer-spirituellem Ansatz“), eine multireligiöse Perspektive, die Ausdehnung der Zielgruppe (nicht nur sterbenskranke, sondern auch chronisch kranke Menschen) als auch die Möglichkeit, die Spiritualität in der Krankheitsbewältigung im Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen bietet, weiter zu erfassen.<sup>456</sup> Wesentlich, so Frank Mathwig, ist die „Wahrung und der Schutz persönlicher Identität in der (existenziellen) leiblichen Krise.“<sup>457</sup> Dazu gehört, die Betroffenen so gut wie möglich in der Erhaltung ihrer subjektiven Lebensqualität zu unterstützen, die Personenwürde zu achten, die unterschiedlichen Bedürfnisse (zum Beispiel

---

<sup>453</sup> HELLER/HELLER; Spiritualität und Spiritual Care; S. 25.

<sup>454</sup> Vgl. FRICK et al.; A clinical Interview Assessing Cancer Patients' Spiritual Needs and Preferences.

<sup>455</sup> BORASIO; Spiritual Care – Eine Aufgabe für den Arzt?; S. 124.

<sup>456</sup> KOHLI REICHENBACH; Spiritualität im Care-Bereich; S. 15 f.

<sup>457</sup> MATHWIG; Worum sorgt sich Spiritual Care? S. 26.

spiritueller oder sozialer Natur) zu erkennen, Beistand in der Auseinandersetzung mit der existenziellen Bedrohung zu leisten und bei der Suche nach Lebenssinn oder Lebensdeutung behilflich zu sein.<sup>458</sup> Wichtige Voraussetzung für eine gelingende Seelsorge im Sinne der Palliative Care (Stichwort: Neuetikettierung), so Traugott Roser, ist eine Gesprächsführung auf Augenhöhe (symmetrische Kommunikation im Gegensatz zur komplementären oder hierarchischen) mit dem Fokus auf die subjektiven Bedürfnisse der betroffenen Person. Die Sinnhaftigkeit der eigenen Lebensgeschichte wird im Gespräch, vor allem durch Erzählen, ermittelt, und gegebenenfalls in Bezug zu Religion gesetzt.<sup>459</sup> Es kommt darauf an den Betroffenen in ihrer „eigenen Sprache zuzuhören“, zu erfassen was für sie wichtig ist, wie sie ihren Werdegang sehen und wie weit sie Dinge ansprechen wollen oder nicht. Dieses „Dahinter-zu-hören“ und „Dahinter-zu-schauen“ ist es, was für den Onkologen Hermann Dietzfelbinger die Spiritualität in der Behandlung des Menschen ausmacht.<sup>460</sup> Traugott Roser sieht die Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene, in der sich Sequenzen des Erzählens mit theoretisierenden Phasen und Pausen abwechseln. Ebenso ist das Gespräch durch ritualisierte Muster strukturiert. Die ethische Beratung kann sich sowohl auf Vergangenes beziehen, als auch auf die Zukunft.<sup>461</sup> Um den Menschen in seinen Ängsten, Zweifeln und Hoffnungen authentisch begleiten und seinen spirituellen Bedürfnissen entgegen kommen zu können, ist es notwendig sich der eigenen Haltung bewusst zu sein.<sup>462</sup> Damit ist aber nicht gemeint auf alles eine Antwort haben zu müssen.<sup>463</sup> Gerade aus der Selbstreflexion und Selbsterfahrung, aus dieser Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit und dem Sterben anderer, entwickelt sich die Spiritualität in der Hospizbewegung, denn die Konfrontation mit dem Tod wirft Fragen auf, die jeder Mensch nur für sich selbst beantworten kann. Genauso kann auch der Umgang mit Sterbenden nicht theoretisch erlernt, sondern nur erfahren werden.<sup>464</sup> Einmal

---

<sup>458</sup> MATHWIG; Worum sorgt sich Spiritual Care? S. 25.

<sup>459</sup> ROSER; Spiritual Care; S. 237f.

<sup>460</sup> DITZFELBINGER; Eine "kleine Spiritualität" für Onkologen; S. 134.

<sup>461</sup> ROSER; Spiritual Care; S. 237f.

<sup>462</sup> Vgl. AUGUSTYN; Spiritual Care in der Pflege; S. 161.; FRICK; Spiritual Care in der Psychosomatischen Anthropologie; S. 106.

<sup>463</sup> Vgl. STUDENT/NAPIWOTZKY; Palliative Care; S. 25.

<sup>464</sup> Vgl. GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben.

mehr wird die Erfahrung zu einer zentralen Komponente der Spiritualität (vgl. Definition von Spiritualität, Kapitel 4.1).

Der Spiritualitätsbegriff wird im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen so weit wie möglich gefächert, um „religiöse und so genannte nicht-religiöse bzw. humanistische Spiritualität“ zu verbinden. Im deutschsprachigen Raum tritt hier vor allem das bereits weiter oben angesprochene Bedürfnis zu Tage sich von Religion, die als „rückständig, einengend, formal und dogmatisch“ empfunden wird abzugrenzen. Spiritualität wird im Gegensatz dazu als „modern, offen, erfahrungsorientiert und authentisch“ bezeichnet.<sup>465</sup> So definiert Roser so offen wie möglich: „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.“<sup>466</sup> Dennoch ist der Bezug zur christlichen Tradition in der Literatur kaum zu übersehen und die Frage wie sie sich im Kontext der Spiritual Care verhalten soll ist unklar. Es steht außer Zweifel, dass die christliche Seelsorge sich damit auseinandersetzen muss, dass es auch noch andere Spiritualitäten gibt, die weder kirchlich noch christlich gebunden sein müssen und dass es nicht darum geht das alleinige Anrecht auf Spiritualität zu besitzen. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass der „Geist Gottes auch in nicht traditionellen Suchbewegungen am Werke bzw. mitunter sogar am Ziel sein kann.“<sup>467</sup> Das mag wohl sein, letztlich besteht aber die Gefahr so einer andersgearteten Spiritualität wiederum damit christliche Inhalte drüber zu stülpen.

Typisch für die Literatur zu Spiritual Care ist die Annahme, dass jeder Mensch ein spirituelles Wesen ist und dies den wesentlichen Unterschied zu den Tieren ausmacht, da jeder Mensch prinzipiell Sinn suchend sei (diese Darstellung ließ sich auch bei den Interviews mit den Āyurveda-ÄrztInnen finden). Eine problematische Annahme in Anbetracht der Tatsache, dass sich fast ein Drittel der Bevölkerung weder als religiös noch als spirituell bezeichnet und man insofern davon ausgehen müsste, „dass diese Menschen selbst nicht wissen, dass sie eigentlich spirituell sind“.<sup>468</sup> Auch hier besteht die Gefahr, den Betroffenen eine Haltung über zu stülpen die mitunter nicht die ihre sein mag und

---

<sup>465</sup> HELLER; Spiritualität versus Religion/Religiosität; S. 49

<sup>466</sup> ROSER; Innovation Spiritual Care; S. 47.

<sup>467</sup> HILPERT; Spiritualität – esoterisches Gegenphänomen zu traditionell kirchlicher Frömmigkeit?; S. 61f.

<sup>468</sup> HELLER; Spiritualität zwischen Traditionen und Moderne; S. 295.

die sich in einer „subtilen Bevormundung“<sup>469</sup> ausdrücken kann. Roser sieht in der individuellen Spiritualität die Achtung der Einmaligkeit und Individualität des Menschen gewährleistet.<sup>470</sup>

„Die spirituelle Komponente des Menschen berücksichtigen heißt demnach, das Gegenüber als Person anzuerkennen und eine empathische Haltung einzunehmen.“<sup>471</sup>

Birgit Heller kommt zu dem Schluss, dass es aber nicht notwendig sein sollte, die personenzentrierte und ganzheitliche Betreuung von Kranken und Sterbenden in das Mäntelchen der Spiritual Care zu hüllen, um ihr eine Daseinsberechtigung zu geben. Empathie und Wertschätzung sollte Bestandteil jeder Behandlung sein.<sup>472</sup> Auch, wenn man davon ausgehen sollte, dass Mitgefühl, Nächstenliebe und Fürsorglichkeit zur Grundhaltung von ÄrztInnen und Pflegenden gehören („professional attitudes“<sup>473</sup>), ist dies offenbar nicht selbstverständlich. Die Ganzheit des Menschen ist in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin in den Hintergrund gerückt, immer mehr Spezialisierungen innerhalb der Medizin werden gefunden, die Trennung von Heil und Heilung, von Geist und Körper hat ihren Lauf genommen und die Endlichkeit zu akzeptieren fällt immer schwerer. Palliative Care und mit ihr die Spiritual Care stellen sich gegen diese Entwicklung und können auch, nicht nur, als „Protestbewegung“<sup>474</sup> gesehen werden. Es ist das Ziel den Sterbenden in ihrer Bedürftigkeit entgegenzukommen, sei es körperlicher, seelischer oder sozialer Natur.

„Das Sterben ist dabei nicht eine unerwünschte Nebenfolge, sondern der Fokus, auf den sich alles Handeln bezieht.“<sup>475</sup>

So sollen zwar *die* Leiden des Menschen so gut wie möglich gelindert werden, gleichzeitig wird akzeptiert, dass *das* Leid bleibt, denn „ein Sterben ohne Leiden

---

<sup>469</sup> FRICK; Spiritual Care in der Psychosomatischen Medizin; S. 107.

<sup>470</sup> ROSER; Innovation Spiritual Care; S. 47.

<sup>471</sup> HELLER; Spiritualität zwischen Traditionen und Moderne; S. 295.

<sup>472</sup> HELLER; Spiritualität zwischen Traditionen und Moderne.

<sup>473</sup> Vgl. KÖRTNER; Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff.

<sup>474</sup> ZIMMERMANN-ACKLIN; Palliative Care – Möglichkeiten und Grenzen aus sozioethischer Sicht; S. 64.

<sup>475</sup> NASSEHI; Spiritualität; S. 41.

ist weder möglich noch zu wünschen.“<sup>476</sup> Der Abschied vom Leben ist unweigerlich mit Schmerz und Trauer verbunden, so wie der Tod unvermeidbar das Ziel des Lebens ist.

Spiritual Care bedeutet, den Menschen in seiner gesamten Dimension wahrzunehmen, in seiner gesamten Leiblichkeit, denn, so Mathwig, es stirbt nicht nur der Körper, ebenso nicht nur der Geist oder die Seele, sondern der leibhaftige Mensch. Der Leib ist untrennbar mit Körper, Geist und Seele verbunden, ganz im Gegensatz zum wissenschaftlich objektivierten Körper.<sup>477</sup> Treffend formuliert es Gabriel Marcel:

„Diesen Körper habe ich; ich bin aber mein Leib.“<sup>478</sup>

## 6.2.2 Äyurvedische Anthropologie

In der modernen westlichen Welt und ihren Wissenschaften ist ein starkes Bestreben nach Abgrenzung der Kompetenzen innerhalb der Disziplinen zu erkennen. Der Mensch wird so exakt wie möglich in seine Einzelteile zerlegt. Der Körper untersteht der modernen naturwissenschaftlichen Medizin, genauer, die Organe den InternistInnen, noch genauer das Herz den KardiologInnen usw. Die Psyche des Menschen fällt in den Bereich der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Psychiatrie und Psychologie beziehen spätestens seit Freud eine kritische Haltung zu Spiritualität und Religion, in der Psychotherapie war diese Trennung bislang nicht so streng. Seit Juni 2014 gibt es, zumindest in Österreich, allerdings eindeutige und vehemente Bestrebungen auch hier eine scharfe Grenze zu ziehen. Am 17.6.2014 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirats eine Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden herausgegeben. In dieser wird dargelegt, dass eine strikte Trennung und Unterscheidung von Psychotherapie und „allen Arten von esoterischen,

---

<sup>476</sup> ZIMMERMANN-ACKLIN; Palliative Care – Möglichkeiten und Grenzen aus sozialetischer Sicht; S. 68.

<sup>477</sup> Vgl. MATHWIG; Worum sorgt sich Spiritual Care?

<sup>478</sup> MARCEL; Leibliche Begegnung; S. 16.

spirituellen und religiösen Methoden, wie z.B. Humanenergetik, Geistheilung, Schamanismus und viele andere“ einzuhalten ist.<sup>479</sup> Tatsächlich werden PsychotherapeutInnen, die auch andere ganzheitliche Methoden anbieten, bereits angezeigt. Mit dieser Maßnahme soll die Psychotherapie gegen fragwürdige Angebote der österreichischen EnergetikerInnenszene abgesichert werden, ob diese rigorose Abgrenzung letztlich nicht ein Schnitt ins eigene Fleisch ist, bleibt zu diskutieren.<sup>480</sup> Alles Geistige und Spirituelle im Menschen gehört demnach in die Hände der Religion, der SeelsorgerInnen, eventuell noch in die der komplementären Ganzheitsmedizin und alles esoterisch Spirituelle fällt in den Bereich der EnergetikerInnen. Soziale Belange fallen in die Sorge der Coaches, Lebens- und SozialberaterInnen und SozialarbeiterInnen. Unter diesem Gesichtspunkt zerfällt der kranke Mensch in der Behandlung in seine Einzelteile und den Überblick zu wahren wird schwierig. Selbst wenn die WHO in der Definition von Gesundheit alle Bereiche des Menschseins miteinbezieht, wird dieses Konzept wohl in den wenigsten Fällen praktiziert. Gegen dieses Mosaik des Menschen stellt sich die Palliative Care, denn der Mensch soll in seiner Gesamtheit erkannt, wahrgenommen und behandelt werden. Aber auch hier haben sich bereits Untergruppen gebildet: Palliativmedizin, Palliative Care, Spiritual Care.

Anders präsentiert sich das āyurvedische Menschenbild. Freilich haben sich auch die Vaidyas auf bestimmte Bereiche spezialisiert, wie etwa Reinigung (*Pañcakarma*) oder Arzneimittelerzeugung (*Rasa Śāstra*), selbst bei den historischen Vaidyas *Caraka* und *Suśruta* können schon unterschiedliche Interessenschwerpunkte ausgemacht werden: *Caraka* war Allgemeinmediziner und *Suśruta* Chirurg. Dieser Unterschied zwischen *Caraka* und *Suśruta* zeigt sich unter anderem in der Auseinandersetzung mit Spiritualität, in der *Carakasamhitā* ist ein viel stärkerer Bezug zu Religiosität/Spiritualität festzustellen als in der *Suśrutasamhitā*. Allerdings, so stellt der Mediziner und Indologe Gerrit Jan Meulenbeld leicht ironisch anmutend fest, ist von einem Chirurgen ein geringeres

---

<sup>479</sup> <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/richtlinieabgrenzungesoterik.pdf>; Zugriff: 27.10.2015.

<sup>480</sup> Vgl. <http://62673.seu1.cleverreach.com/m/6301420/>; Zugriff: 27.10.2015.

Interesse an Spiritualität auch zu erwarten.<sup>481</sup> Trotzdem ist bei *Suśruta*, wie auch in allen anderen Texten sowie in den Interviews, der ganzheitliche Zugang deutlich zu erkennen. Bereits in der Definition von Gesundheit wird darauf hingewiesen, dass ein Mensch nur dann gesund ist, wenn der Körper und seine Funktionen (*doṣa-s*, *agni-s*, *dhātu-s*, *mala-s*) sowie die Psyche, die Sinnesorgane und der Geist in einem balancierten und ruhigen (glücklichen) Zustand sind (vgl. SuS 1.15.41<sup>482</sup>). Das āyurvedische Verständnis vom Menschen basiert auf einer engen Verstrickung der einzelnen Funktionen. Die *doṣa-s*, welche primär die Physiologie des Menschen ausmachen, zeigen ihre Eigenschaften zwar vor allem auf körperlicher Ebene, allerdings ist *vāta* beispielsweise ebenso für die Unterscheidungsfähigkeit und Gedächtnisleistung verantwortlich, *pitta* für die Intelligenz und das Ich-Empfinden (Ambition) und *kapha* etwa für die Geduld (vgl. AHS 1.12.4-14)<sup>483</sup>. Die *doṣa-s* dienen also nicht nur auf der rein körperlichen, sondern genauso auf mentaler (Vorlieben und Abneigungen) Ebene als Einteilungsprinzip, um Krankheiten zu kategorisieren. Darüber hinaus können sie auch Substanzen, Landschaften oder Behandlungsmethoden charakterisieren.<sup>484</sup> Der Geist wird im Āyurveda mit den drei Eigenschaften *sattva*, *rajas* und *tamas* beschrieben, wobei *sattva* die reine und klare Eigenschaft des Geistes bezeichnet und *rajas* (aktiv, rastlos, unruhig) und *tamas* (inaktiv, träge, ignorant) jene, die den Geist aus der Balance bringen. *Suśruta* beschreibt den Menschen, dessen Geist von *sattva* bestimmt ist als wohlwollend, großzügig, geduldig, wahrhaftig etc., den von *rajas* dominierten als unstet, egoistisch, unaufrichtig, zornig usw. und den von *tamas* geprägten als depressiv, ungläubig, unwissend, nicht rechtschaffen, lethargisch etc.<sup>485</sup> *Caraka* führt unterschiedliche Typen der drei *guṇa-s* an, die sich an Gottheiten bzw. Dämonen, Menschen und Tieren orientieren (CaS. 4.4.37-40<sup>486</sup>). Die Inbalance der *doṣa-s* und die Beeinträchtigung des Geistes durch *rajas* und *tamas* sind für Krankheiten

---

<sup>481</sup> MEULENBELD; The Many Faces of Ayurveda; S.1.

<sup>482</sup> SuS Vol. I; S. 110.

<sup>483</sup> AHS Vol. I; S. 167ff.

<sup>484</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 133.

<sup>485</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 123.

<sup>486</sup> CaS. Vol. II; S. 407 ff.

verantwortlich, wobei sowohl der Körper, also die *doṣa*-s, den Geist beeinträchtigen können als auch der Geist, die *guṇa*-s, den Körper:

„The body follows the mind e.g. if the mental faculty is pure then one gets a divine body. Similarly, the mind also follows the body [...].“<sup>487</sup>

Auch in der Diagnose spielen die *guṇa*-s eine wichtige Rolle. Die Eigenschaft des Geistes ist maßgeblich für das Auftreten der PatientInnen verantwortlich. So kann ein Mensch mit einem hohen *sattva* zwar schwer krank sein, aber durch seinen starken Geist gesünder erscheinen, als er ist. Im Gegensatz dazu kann ein Mensch dessen Geist von *rajas* und/oder *tamas* getrübt ist bedeutend schwächer und kränker auftreten, als es der Realität entspricht (Vgl. Kapitel 2.2.3). Die Vaidyas müssen also die PatientInnen aufmerksam beobachten, um eine richtige Diagnose stellen zu können.<sup>488</sup>

Die Beschreibungen über die Eigenschaften des Geistes finden sich sowohl bei *Caraka* als auch bei *Suśruta* im Abschnitt *Śārīrasthāna* (Skt.: *śārīra* – Körper, *sthāna* – Platz), welche „man als die anthropologische Grundlage des Āyurveda betrachten kann“<sup>489</sup>. In der *Śārīrasthāna* beschäftigen sich beide Autoren mit den kosmologischen Zusammenhängen, dem Aufbau des Körpers, Empfängnis, Schwangerschaft und der Entwicklung des Embryos. Die Gewichtung in der Ausführung unterscheidet sich deutlich: Während *Caraka* allein 156 Verse der Beschaffenheit der Seele widmet und 26 Verse der Beziehung zwischen Individuum und Universum, verwendet *Suśruta* lediglich 26 Verse dafür. Seine Darstellung des Körpers ist hingegen umso detaillierter. *Suśruta* beschreibt eingangs die Entstehung allen Seins basierend auf der *Sāṅkhya* Philosophie. Zu Beginn steht das Unmanifeste, *avyakta*, aus welchem sich das zweite Prinzip, *mahān*, die ursprünglichste Form des Geistes, entwickelt. Aus *mahān* heraus entsteht *ahaṃkāra*, das Ego, welches sich in drei Formen (*vaikārika*, *taijasa* und *bhūtādi*) entwickeln kann. Die ersten beiden Formen bilden die Grundlage für die fünf Sinnesorgane, die fünf Aktionsorgane und den Geist (*manas*). Aus der dritten Form, *bhūtādi ahaṃkāra* entstehen die Urformen der fünf Elemente, die

---

<sup>487</sup> Cakrapāṇidatta's Kommentar zu CaS. 4.4.36; Vol. II; S. 406.

<sup>488</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 124f.

<sup>489</sup> MITTWEDE; Der Āyurveda; S. 123.

*pañcatanmātra*-s.<sup>490</sup> *Avyakta*, *mahān*, *ahamkāra* und die *pañcatanmātra*-s werden zusammen als *prakṛti*, welche als das weibliche Prinzip, unbewusst und inaktiv zusammengefasst wird.<sup>491</sup> Dazu kommt *puruṣa*, die ursprüngliche kosmische Seele, welche das männliche Prinzip symbolisiert, bewusst und aktiv ist.<sup>492</sup> *Suśruta* beschreibt *puruṣa*, die Seele, als an einem Platz verweilend und unendlich. Sie kann sich, abhängig von ihrem *karma*, in drei Arten von Wesenheiten, in Menschen, Tieren und Gottheiten, inkarnieren. *Puruṣa*, die Seele, manifestiert sich, wenn Ovum und Spermium sich verbinden. Der Mensch, der Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung ist und ebenfalls als *puruṣa* bezeichnet wird, ist eine Einheit aus der Seele und den fünf Elementen:

„According to Āyurveda, Kṣetrajña (soul) is asarvagata (not present at all places) and he is nitya (eternal, non-perishing); he moves in three kinds of yoni (species) viz, tiryak (animal), mānuṣa (human) and daiva (divine) because of (effects of) his righteous and unrighteous actions; this (movement) can only be understood by inference; because of his utmost minuteness, conscious activity and eternal feature, he (kṣetrajña/soul) manifests, at the time of union of lohita (menstrual Blood vis-à-vis-ovum) and retas (semen vis-à-vis-spermatazoon). Hence it was stated earlier (sū.1/22) that puruṣa (man) is the intimate union of pañcamahābhūtas (five primary elements) and śarīri (kṣetrajña/puruṣa/soul); he only, known as karmapuruṣa, is the subject of medical treatment.”

SuS 3.1.16<sup>493</sup>

In der Darstellung der Seele ist, allerdings unter anderem, ein wesentlicher Unterschied zur *Sāṅkhya* Philosophie zu finden, die die Seele nicht nur an einem Platz ansiedelt, sondern überall präsent sieht.<sup>494</sup> Laut *Suśruta* ist der Mensch glücklich und unglücklich, hat Vorlieben und Abneigungen, atmet ein und aus, öffnet und schließt seine Augen, hat Intelligenz (*buddhi*) und einen Geist (*manas*), verfügt über Entscheidungsfähigkeit, Unterscheidungskraft, Erinnerung, Entschlossenheit, besonderes Wissen und die Fähigkeit, Dinge mit Hilfe der Sinnesorgane wahrzunehmen (SuS 3.1.17). Das erste Kapitel von *Suśruta*'s *Śārīrasthāna* endet mit der Beschreibung von drei Eigenschaften des Geistes,

<sup>490</sup> Vgl. SuS 3.1.1-4.

<sup>491</sup> Vgl. SuS 3.1.6.

<sup>492</sup> Vgl. SuS 3.1.8.

<sup>493</sup> SuS. Vol I; S. 12.

<sup>494</sup> Vgl. Kommentar zu SuS 3.1.16.

*sattva*, *rajas* und *tamas* und wie sich diese auf den Charakter des Menschen auswirken. Damit beschließt *Suśruta* seine Auseinandersetzung mit der psychischen und der geistigen Ebene des Menschen und widmet sich im nächsten Kapitel der Empfängnis. Diese Kapitel lassen erkennen, dass in der āyurvedischen Medizin der Mensch weit mehr ist als sein Körper allein. Zu Beginn des Kapitels IV des *Śārīrasthāna* („Details of the foetus“) beschreibt *Suśruta* Leben (*prāṇa*) als Zusammenspiel von Feuer (*agni*), Wasser (*soma*), Luft (*vāyu*), den drei Eigenschaften des Geistes *sattva*, *rajas* und *tamas*, den fünf Sinnesorganen (*pañceṅdriya*) und der Seele (*bhūtātma*):

„Agni, soma, vāyu, satva [sic!], rajas, tamas, pañceṅdriya (five sense organs) and bhūtātma (soul) – together constitute prāṇa (life).“

SuS 3.4.3<sup>495</sup>

*Suśrutas* wichtigster Kommentator *Ḍalhaṇa* erläutert, dass *agni* das *pitta* im Körper symbolisiert, die Transformationskraft in den Geweben (Stoffwechsel), die Verdauung und die Fähigkeit zu sprechen. *Soma* repräsentiert *kapha*, welches den Körper befeuchtet, den Geschmackssinn stützt und den Körper nährt. *Vāyu*, *vāta*, ermöglicht die Atmung und steuert alle anderen Funktionen und Bewegungen des Körpers. Die drei Eigenschaften *sattva*, *rajas* und *tamas* steuern den Geist und die Sinnesorgane sind für die Wahrnehmung der Welt verantwortlich. Die Seele, die er auch als *karmapuruṣa* bezeichnet, ist das Bewusstsein bzw. die Aktivität (Skt.: *karma* – Handlung) aller anderen Faktoren im Menschen und führt letztlich alle Taten des Menschen, gute wie schlechte, aus.<sup>496</sup> Es fällt auf, dass die Seele verschiedene Bezeichnungen hat (*puruṣa*, *karmapuruṣa*, *bhūtātma*, *ātman*, *kṣetrajñā*), wobei an anderer Stelle *karmapuruṣa* ebenso als Bezeichnung für den Menschen selbst dient. Diese Eigenheit der Sanskritliteratur, über eine Vielzahl von Begriffen zu verfügen die z.B. bestimmte einzelne Aspekte des Geistes sehr genau unterscheiden und gleichzeitig ebenso viele Termini synonym verwenden, können das Verständnis der Texte erheblich erschweren. Beispielsweise verwendet Caraka für den menschlichen Geist die Begriffe *manas*, *citta* und *sattva* synonym, wobei genau

---

<sup>495</sup> SuS. Vol I; S. 50.

<sup>496</sup> Ebd.

genommen jeder Begriff etwas anderes bezeichnet und *sattva* etwa mit der reinen Eigenschaft des Geistes verwechselt werden könnte.<sup>497</sup> Weiters ist zu bemerken, dass in dem Zitat selbst nur ein abstrakter Hinweis auf den Körper zu finden ist, er wird allein durch seine universellen Elemente (Feuer, Wasser, Wind) und die Sinnesorgane beschrieben. Konkret bezeichnet werden hingegen die Eigenschaften des Geistes sowie der Seele. Wie auch schon in Zusammenhang mit dem āyurvedischen Diagnoseverfahren tritt auch hier die sinnliche Komponente, die sinnliche Wahrnehmung der Welt in den Vordergrund. Es überrascht also nicht, dass der Āyurveda stark auf der sinnlichen Erkennung der Welt aufbaut: Lebensmittel sowie Arzneien werden anhand ihres Geschmacks und ihrer Temperatur (kalt oder warm) kategorisiert, der Mensch wird angesehen, befühlt und angehört, um eine Diagnose zu stellen, Symptome werden durch sinnlich wahrnehmbare Eigenschaften wie schwer, leicht, hart, weich, etc. beschrieben bzw. dient die Beobachtung der Elemente, ihrer Dynamik und ihrer Eigenschaften als Grundlage zur Beschreibung der menschlichen Physiologie (*doṣa-s*). Die Entstehung des menschlichen Körpers beschreibt *Suśruta* ebenso mit Hilfe der Elemente:

„Śukra (semen vis-s-vis-spermatozoon) and śoṇita (menstrual blood vis-a-vis-ovum) present in the garbhāśaya (uterus) combined with Ātma (soul), Prakṛti (primary matter stuff) and Vikāra (primary evolutes) is known as Garbha (embryo). Vāyu bhūta [bhūta – Element; Anm.: Mörth] divides this mass possessing cetanā (consciousness/properties of life); tejas bhūta cooks it, ap bhūta moistens it, pṛthvī bhūta hardens it, and ākāśabhūta enlarges it. Developed in this manner, when it becomes endowed with hands, feet, tongue, nose, ears, buttocks etc then it derives the name Śarīra (the body).”

SuS 3.5.3<sup>498</sup>

Es zeigt sich schnell, dass zum āyurvedischen Verständnis des Menschen alle Bereiche des Seins dazu gehören. Die alleinige Behandlung oder Betrachtung des Körpers wäre kaum möglich, wie auch der erste Kommentar *Cakrapāṇidatta's* in *Carakas Śārīrasthāna* verdeutlicht:

<sup>497</sup> MURTHY; *The Mind in Ayurveda and Other Indian Traditions*; S. 103.

<sup>498</sup> SuS; Vol. I; S. 78.

„One cannot undertake any treatment unless he is conversant with the entire physical constitution; so this section (is) on the constitution of the body.

In fact it is the “Empirical Soul” who plays a dominant role in the treatment conducive to the eradication of miseries and attainment of salvation, so this chapter on “the Division of Empirical soul” is being dealt with first.”<sup>499</sup>

Wie bereits erwähnt ist *Carakas* Auseinandersetzung mit den psychischen als auch den spirituellen Aspekten des Lebens bedeutend umfangreicher als die *Suśrutās*. Auch *Carakas* Erklärung der Entstehung der Seele lehnt sich an der *Sāṅkhya*, als auch an der *Vaiśeṣika* Philosophie an, wenngleich sich das Verhältnis von *puruṣa* und *prakṛti* ein wenig anders gestaltet. *Caraka* liefert einen Beweis für die Existenz des Geistes („Sometimes, one understands a thing and sometimes one does not. This proves the existence of the mind as a separate sense organ.”<sup>500</sup>), beschreibt die Sinnesorgane und ihre Wahrnehmung, die Beschaffenheit der Elemente, widerlegt Argumente gegen die Existenz der Seele oder stellt das Verhältnis zwischen dem Geist und der Seele dar, welches sich insbesondere am Grad der Bewusstheit und der Handlungsfähigkeit ausdrückt:

„Mind is active but devoid of consciousness. Thus the all pervasive Soul while in combination with the mind appears to have actions.

As the Soul has consciousness, it is said to be the agent of action. The mind being devoid of consciousness is said to be devoid of action even though it is possessed of action.”

CaS 4.1.75-76<sup>501</sup>

Noch deutlicher als bei *Suśruta* ist bei *Caraka* der Zusammenhang von Mikrokosmos und Makrokosmos zu sehen. Nur der Mensch, der begriffen hat, dass das gesamte Universum in ihm enthalten ist und er wiederum im Universum, der ebenso weiß, dass er selbst für Glück und Unglück verantwortlich ist, verfügt über das wahre Wissen:

„[...] One who sees equally the entire universe in his own self, and his own self in the entire universe is in possession of true knowledge. Such a person experiencing the entire universe in his own self believes that none

---

<sup>499</sup> Kommentar zu CaS 4.1.2; Vol. II; S. 311.

<sup>500</sup> CaS 4.1.18; Vol II; S. 315.

<sup>501</sup> CaS; Vol. II; S. 331.

but his own self is responsible for happiness and miseries. The individual self being subordinate to his own action indulges in various activities only when impelled by *hetu* (cause) etc. As soon as he realises his identity with the entire universe, he is in possession of true knowledge which stands him in good stead in getting salvation.”

CaS 4.5.6-7<sup>502</sup>

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das āyurvedische Menschenbild eine deutliche Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele herstellt. Der Mensch und seine Umwelt werden sinnlich wahrgenommen und beschrieben, so wird er in seiner Gesamtheit verstanden und behandelt. Das Bild aus den Schriften unterscheidet sich hier meist nicht von dem der Praxis. Auch im heute praktizierten Āyurveda wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Mensch nur in seiner Gesamtheit behandelbar ist. Selbst wenn die psychische oder die spirituelle Ebene nicht immer zentral sind in der Therapie, so wird zumindest nicht nur ein Organ, sondern ein *doṣa* in seinem gesamten Wirkungsfeld behandelt. Es ist nicht möglich nur das *pitta* in der Leber zu behandeln, unweigerlich wird das *pitta*, das Transformationsprinzip, des gesamten Körpers, z.B. in der Verdauung mit kuriert.

### 6.2.3 Spiritual Care im Āyurveda

Spiritualität spielt in der Praxis der für diese Arbeit befragten Āyurveda-ÄrztInnen eine wichtige Rolle, es wäre also anzunehmen, dass der Umgang mit Sterbenden von den Prinzipien von Spiritual Care geprägt ist. Diese Vorstellung von Spiritualität im Āyurveda hat sich bei den indischen ÄrztInnen allerdings nur teilweise bewahrheitet. Rao ist der einzige, der zur Gänze in dieses Bild passt. Er sieht seine Aufgabe darin, den Menschen bis zum Tod einfühlsam auf allen Ebenen zu begleiten. Selbst wenn seine medizinischen Fertigkeiten keine Wirkung mehr zeigen, so sollte er den PatientInnen bis zum Schluss moralischen Beistand leisten. Für ihn gehört es dazu, dass die Menschen sich nicht nur mit

---

<sup>502</sup> CaS; Vol. II; S. 417. Interessant dazu, dass wissenschaftlich berechnete Computersimulationen Bilder vom Universum produzieren die dem menschlichen Bindegewebe verblüffend ähneln. (Vgl. <http://www.nature.com/nature/journal/v509/n7499/full/nature13316.html>; Zugriff: 30.10.2015)

ihren körperlichen Beschwerden an ihn richten, sondern auch mit ihren Ängsten und Sorgen.

**Rao**

“[...] as a compassionate physician we have to support morally till the end though there may not be any remedy or any therapies that can assist, but morally a physician is expected to be there till the end though he knows and informs the client.”

“Do people ask you about what will be and do they tell you about their fears?”

“Definitely, along with the other physical complaints the emotional and the fear factors may be.”

Allerdings zeigt sich, dass Raos Sterbebegleitung vor allem einer religiösen Seelsorge gleicht. Für ihn ist der Reinkarnationsglaube wesentlicher Bestandteil in der Behandlung Sterbender. Er bemüht sich die Menschen in dem Glauben zu bestärken, dass mit dem Tod nur die körperliche Hülle stirbt, die Seele sich in einem anderen Körper reinkarniert und der Tod somit nicht das Ende bedeutet. Es ist also von einer hinduistischen Seelsorge zu sprechen.

**Rao**

“So even though the physical body is coming to an end the assertiveness of the patient that this was only a small phase of the spirit and then he would be catching up with another physical body in due course and the rest of the things can be continued there upon. So there is not the end of the spiritual, it's only the end of the physical body. So the philosophy of the Veda's about life and death is explained to them and we bring him to the idea that this is not the end of his life which includes the spirit that is not the end.”

Ab dem Zeitpunkt wo vorauszusehen ist, dass die Krankheit nicht mehr heilbar ist und der Mensch bald sein Lebensende erreicht hat, ändert sich für Rao der Zugang in der Behandlung. Auch wenn er die PatientInnen nicht über ihren körperlichen Zustand aufklärt, bemüht er sich seine Behandlung langsam und behutsam von einer körperlichen auf eine mentale, spirituelle Ebene zu verlagern.

### **Rao**

“But without telling that this is the end you have to slowly shift over from the material medication to the spiritual medication, that is a phase were we have to change our approach for the benefit but not giving a false presumption that it will be to continue and we are going to definitely help. We say from the materialistic point of view there is nothing much that can be done but from the spiritual point of view we can start from. So we start preparing as we find the disease is not curable, definitely there is going to be death in the patient in the very near future, we slowly shift the spiritual treatment along with the material treatment.”

Hier wird der Arzt in Anbetracht des Todes zum Seelsorger, er bereitet den Menschen sanft auf das Sterben vor, versucht ihm die Angst vor dem Tod zu nehmen durch die Versicherung, dass nur der physische Körper stürbe und der feinstoffliche weiterlebe. Es werden keine falschen Hoffnungen gemacht und es wird nicht bis zur letzten Minute des Lebens gegen den Tod gekämpft. Der Tod wird akzeptiert und offenen Auges erwartet. Die Aufmerksamkeit in der Behandlung wandert vom Körper zum Geist.

Auch bei den europäischen ÄrztInnen steht der spirituelle Aspekt im Umgang mit Sterbenden im Vordergrund. Gutes Sterben ist für Gramminger mit spiritueller Entwicklung untrennbar verbunden. Durch Meditation kann es gelingen nach Innen zu gelangen und so die Situation in ihrer Eindeutigkeit zu erkennen und zu akzeptieren. Durch die Stille und Innenschau in der Meditation ist es nicht nur den Sterbenden möglich das Leben leichter loszulassen, sondern oftmals auch den Angehörigen. Gramminger ist hier nicht nur Begleiterin, sie ist auch Lehrerin. Ihre Arbeit mit Sterbenden ist weniger stark von religiösen Konzepten, wie der Wiedergeburt, geprägt, als mehr von dem in-Kontakt-treten mit der eigenen Seele, mit dem eigenen Kern, vermutlich auch mit dem was den Menschen am und im Leben hält.

### **Gramminger**

„Ja, also es kommt drauf an, ich hab schon Patienten gehabt, die sind gekommen und haben gesagt zum Beispiel, meine transplantierte Leber hat jetzt einen Tumor, da ist nichts mehr zu machen, können Sie mir zeigen wie ich gut sterben kann? Und dann sprechen wir darüber und dann gehen wir nach Innen und versuchen einfach mehr und mehr nach Innen zu leiten, mit einer Übung, damit der Patient selber mit sich selber, mit seiner Seele in Kontakt kommen kann und es so annimmt wie es ist. Und da hab ich schon ganz schöne Erlebnisse gehabt dabei. Bei manchen geht

es schneller, wer anderer braucht ein bisschen mehr Hilfestellung dabei und es war immer sehr gut angenommen worden, auch von Angehörigen. Manchmal ist auch egal um wen es sich handelt, wenn das jetzt ein Mann war, oder eine Frau war, also ein erkrankter männlicher Patient und die Ehefrau war dabei, dann haben wir gemeinsam meditiert und gemeinsam versucht nach Innen zu kommen, und ich hab ganz wirklich dankbare Angehörige gehabt auch als der Ehepartner dann gestorben ist, die dann gesagt haben, es hat so gut geklappt, er konnte so gut loslassen.“

Gramminger und Rao sehen sich beide als BegleiterInnen auf dem letzten Weg. Beide haben den Anspruch sich bis zuletzt um das Heil der PatientInnen zu bemühen und sie in ihrer Gesamtheit zu erkennen. Auch wenn bei den anderen Vaidyas dieser Aspekt nicht so stark in den Vordergrund rückt und viele von ihnen Hemmungen haben, den baldigen Tod direkt anzusprechen, so ist doch anzunehmen, dass auch sie ihre PatientInnen bis zum Schluss nicht als reinen Körper, sondern den Menschen in seiner gesamten Leiblichkeit wahrnehmen und behandeln. Sonst könnten sie kaum den Prinzipien des Āyurveda, im Sinne seiner Anthropologie, entsprechen.

## 7 Fazit

Das moderne naturwissenschaftliche Medizinsystem hat sich zu einer hoch technisierten und spezialisierten Körperteil-Medizin entwickelt. Der Mensch wird bis in seine kleinsten Einzelteile „zerlegt“ und jeder dieser Teile wird separat von SpezialistInnen behandelt. Die Vergabe einer unüberschaubaren und verwirrenden Anzahl an Medikamenten der unterschiedlichen FachärztInnen kann die Folge sein. Nur um nicht als handlungsunfähig zu gelten, wird oftmals mit Maximaltherapie (insbesondere Chemotherapie) bis zum endgültigen Lebensende behandelt, ungeachtet der gravierenden Nebenwirkungen. Die Hörigkeit und Gläubigkeit gegenüber der modernen naturwissenschaftlichen Medizin ist in den meisten Ländern letztlich unantastbar, obwohl auch ihre Fehler und Mängel bekannt sind. Allein die Impfdebatte, die 2015 aufgrund des Todesfalls eines an Masern erkrankten Kindes aufgeflammt ist, hat gezeigt, wie hoch emotionalisiert und polemisch die Berichterstattung über Misserfolge und Gefahren der Naturheilkunden und der traditionellen Medizin, geführt wird. Dabei werden wahrscheinlich wirtschaftliche Hintergründe und nicht ausschließlich das Wohl der PatientInnen eine bedeutende Rolle spielen. Menschen (z.B. impfkritische Eltern) die bewusst aus dem pharmazeutischen System der modernen naturwissenschaftlichen Medizin aussteigen, werden bis hin zum Vorwurf der Asozialität und Unverantwortlichkeit verurteilt.<sup>503</sup> Die Hoheitsstellung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und der Pharmaindustrie bleibt unangefochten, obwohl die Nebenwirkungen der Medikamente beträchtlich, meist auch bekannt und bisweilen tödlich sein können. Darauf folgende Konsequenzen sind eher selten und in den wenigsten Fällen befriedigend. Hier entsteht immer wieder das Gefühl der Hilflosigkeit. Die großen Errungenschaften der modernen Medizin, die wohl auch ihrer Spezialisierung zuzuschreiben sind, haben unschätzbare Verbesserungen in der Behandlung, vor allem akuter Erkrankungen, gebracht und niemand würde diese schmälern und missen

---

<sup>503</sup> <http://www.spiegel.de/forum/gesundheitsinfektionskrankheit-kleinkind-berlin-masern-gestorben-thread-243748-1.html>; Zugriff: 2.11.2015.  
<http://www.zeit.de/wissen/gesundheitsinfektionskrankheit/2015-02/masern-ausbruch-berlin-kleinkind-gestorben>;  
Zugriff: 2.11.2015.

wollen. Dort wo die moderne naturwissenschaftliche Medizin an ihre Grenzen stößt, nämlich in der Behandlung vieler chronischer Erkrankungen, finden jedoch die wenigsten Menschen wirklich Hilfe. So wenden sich immer mehr chronisch Kranke alternativen naturheilkundlichen Medizinsystemen, unter anderen auch dem Āyurveda, zu. Hier erwarten sich die Menschen in ihrer Ganzheit erkannt und behandelt zu werden (erste Annahme der vorliegenden Studie).

Wie sich in Kapitel 3 gezeigt hat, umfasst die Definition von Gesundheit und Krankheit im Āyurveda Körper, Seele und Geist. Wenngleich auch die moderne naturwissenschaftliche Medizin mittlerweile diese Definition von Gesundheit verwendet entsteht doch der Eindruck, dass die Umsetzung meist noch nicht gelungen ist. Im Gegensatz dazu scheint dieses Verständnis im Āyurveda ganz natürlich zu wirken. Immer wieder wird betont, dass Gesundheit und Krankheit bzw. vor allem auch Entstehung und Umgang mit diesen, vom geistigen Zustand der PatientInnen abhängig sind. Beispielsweise gilt *prajñāparādha*, die Blasphemie des Geistes, als eine der drei Ursachen von Krankheit, genauso sind die Eigenschaften des Geistes (*sattva*, *rajas* und *tamas*) dafür verantwortlich, wie die Kranken mit ihrer Krankheit umgehen, ob sie sich etwa selbstverantwortlich um ihre Genesung kümmern (hohes *sattva*) oder sich als bedürftiges „Opfer“ in die Hände der Vaidyas begeben (hohes *tamas*). In der Praxis gibt es große kulturelle Unterschiede zwischen dem im Westen und dem in Indien praktizierten Āyurveda. Im deutschsprachigen Raum wird der Fokus vor allem auf Prävention, Ernährung, Lebensstil (hier spielen verschiedene Techniken des Yoga eine große Rolle), Reinigung und Massagen gelegt. Āyurveda wird als sanft, spirituell und ganzheitlich präsentiert. Weniger als im indischen Āyurveda stehen die Arzneien im Vordergrund, wobei hier sicherlich die gesetzliche Reglementierung maßgebend ist (viele Substanzen und Zubereitungen sind in Europa verboten). Auch innerhalb des traditionellen indischen Āyurvedas lassen sich regionale Unterschiede feststellen. So ist der Süden, insbesondere Kerala, für *Pañcakarma* und Massagen bekannt, wogegen sich im Norden vor allem die alchemistische Arzneimittelherstellung entwickelt hat und die Vergabe dieser im Vordergrund steht. In der vorliegenden Untersuchung scheint es auf den ersten Blick so, dass Āyurveda in Indien ein ähnliches Massenabfertigungssystem – durch schlichte

Vergabe von Medikamenten – wie es der modernen naturwissenschaftlichen Medizin vorgeworfen wird. Erst der genauere Blick und die teilnehmende Beobachtung zeigen, dass das āyurvedische Behandlungskonzept umfangreicher ist und sehr wohl beispielsweise Lebensstil und Ernährung mit einbezieht. Allein die āyurvedische Diagnose zeichnet sich durch eine hohe Subjektivität und sinnliche Wahrnehmung aus. Anders als bei der modernen naturwissenschaftlichen Medizin liegt der Fokus nicht auf standardisierten technischen Messwerten, wengleich auch diese Ergebnisse heutzutage in die Untersuchung mit einbezogen werden. Dennoch wird Gesundheit nicht rein an der subjektiven Empfindung der PatientInnen festgemacht, denn obwohl dieses unerlässlicher Bestandteil eines gesunden Menschen ist, müssen aus āyurvedischer Perspektive auch die körperlichen Faktoren in Balance sein. Spürt die Ärztin oder der Arzt eine Inbalance im Puls oder kann Anzeichen davon am Körper oder durch das Anamnesegespräch erkennen wird der Mensch als krank betrachtet.

Die zweite behandelte Annahme dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob Āyurveda ein spirituelles Konzept ist (Kapitel 4). Āyurveda kann durchaus als spirituelles Konzept verstanden werden, wengleich sich indischer Āyurveda anders darstellt als westlicher und es immer wieder Bestrebungen gab die Wissenschaftlichkeit des Āyurveda, im Sinne einer Konkurrenzfähigkeit mit dem modernen naturwissenschaftlichen Medizinsystem, an erste Stelle zu rücken. Für die meisten indischen Vaidyas ist Spiritualität/Religiosität selbstverständlicher Bestandteil der Praxis, sie steht aber nicht im Vordergrund. Religiosität/Spiritualität hat in Indien nach wie vor einen selbstverständlichen („natürlichen“) Stellenwert in der Gesellschaft und durchzieht sämtliche Bereiche des Lebens. Es wäre möglich, dass indische Vaidyas sich in ihrem spirituellen Empfinden nicht drastisch von indischen ÄrztInnen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin unterscheiden. Diese These wurde in dieser Arbeit jedoch nicht untersucht. Jedenfalls ist es nicht notwendig oder im Interesse der indischen Vaidyas, ihre Spiritualität bzw. ihren spirituellen Zugang extra anzupreisen. Im Gegensatz dazu präsentiert sich Āyurveda im

deutschsprachigen Raum stark als esoterisches/spirituelles Konzept und Spiritualität wird daher oft zu einem Aushängeschild und zum zentralen Unterscheidungsmerkmal zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin. Lediglich die indologisch wissenschaftliche Betrachtung rückt den Āyurveda in ein anderes Licht und versucht, ihn aus dem esoterischen Fahrwasser zu holen. Allerdings ist der indologische Diskurs relativ unbedeutend, da er einerseits wenige Menschen erreicht und sich andererseits kaum auf die gelebte Praxis, sondern vielmehr auf das alte Schrifttum bezieht. Dieses besitzt zwar zweifelsohne bis heute große Autorität, entspricht aber in bestimmten Fragen, wie etwa dem Umgang mit Sterbenden, nicht mehr dem heutigen Verständnis āyurvedischer Ethik. Außerdem wird es vermutlich von den wenigsten ĀyurvedapraktikerInnen und -ÄrztInnen, wenn überhaupt, zur Gänze studiert.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass Āyurveda im deutschsprachigen Raum (meiner Vermutung nach im gesamten westlichen Raum, vgl. Zysk) oftmals in einem seichten esoterischen Rahmen präsentiert wird, beispielsweise in der populären Ratgeberliteratur, und dass dieses Bild dem tatsächlichen Verständnis von Āyurveda wohl kaum gerecht wird. Trotzdem sollte das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet werden, indem man Āyurveda heute grundsätzlich, etwas abschätzig, als „New Age Āyurveda“ bezeichnet. Auf diese Weise wird ein Gegensatz zwischen einem esoterisch verfälschten Āyurveda und dem authentischen alten Āyurveda konstruiert. Zu bedenken ist ebenso, dass offenbar viele die Bezeichnung „New Age Āyurveda“ überhaupt nicht abwertend verstehen, wie etwa die für diese Arbeit interviewte Dr. Harsha Gramminger, welche bereits drei Bände unter dem Titel „New Age Ayurveda“ veröffentlicht hat.<sup>504</sup> Ähnlich wie bei dem Ausdruck der „Patchwork-Religiosität“ wird hier ein Begriff abwertend verwendet, obwohl er von der beschriebenen Gruppe selbst nicht so verstanden wird. Unabhängig von der heutigen Interpretation der Spiritualität im Āyurveda sind auch in den āyurvedischen Schriften mehrfach spirituelle/religiöse Aspekte zu finden. Insbesondere bei *Caraka*, aber auch bei *Suśruta* oder *Vāgbhaṭa* sind Anweisungen zu rituellen Handlungen (z.B. Empfängnis), Abhandlungen über die Beschaffenheit der Seele, die Bedeutung

---

<sup>504</sup> Z.B. GRAMMINGER; New Age Ayurveda – Meine Basics.

von *karma* und dergleichen zu finden. Ebenso wie bestimmte Behandlungsmethoden oder ethische Vorgaben an die heutige Zeit adaptiert und neu interpretiert werden, geschieht dies mit den spirituellen Inhalten des Āyurveda. Die Bedeutung der Spiritualität im Āyurveda wurde auch in der Untersuchung der āyurvedischen Anthropologie sichtbar. Der Mensch kann nur in seiner Gesamtheit aus Körper, Geist und Seele betrachtet und behandelt werden, da diese Aspekte aus āyurvedischer Sicht eng mit einander verwoben sind: Die *doṣa*-s agieren nicht nur auf körperlicher Ebene, sie prägen, leiten oder stören ebenso den Geist. Andererseits können auch Lebensmittel nach den drei geistigen Eigenschaften (*guṇa*-s) *sattva*, *rajas* und *tamas* kategorisiert werden und sich dementsprechend auf den Charakter des Menschen auswirken. Ein Mensch etwa, der viel Fleisch isst würde vor allem sein *rajas*, also die aktive, aggressive Eigenschaft fördern, jemand dessen Nahrung hingegen vegetarisch, mäßig und frisch ist, würde sein *sattva* stärken, welches Reinheit und Klarheit verkörpert.

Die spirituelle Ausrichtung im Āyurveda bzw. der religiöse Hintergrund in Indien (z.B. Reinkarnationsglaube, *āśrama*-s, Befreiung aus dem Geburtenkreislauf) führte zu der Annahme, dass in diesem Medizinsystem ein positiver Zugang zu Sterben und Tod gefunden werden kann (Annahme 3 der Fragestellung). Positiver Zugang bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Tod nicht der zentrale Feind ist, den es mit allen Mitteln und bis zur letzten Sekunde zu bekämpfen gilt, sondern Sterben und Tod als zum Leben gehörig zu betrachten und zu akzeptieren. Dieser Zugang (der „natürliche“ Zugang?) zeichnet sich durch Offenheit im Umgang mit Sterben und Tod aus, d.h. die Mitteilung über den bevorstehenden Tod wird nicht mit Entsetzen und Depression aufgenommen und sollte oder müsste daher lieber verschwiegen werden. Der hinduistische Sterberitus (*pretakalpa*) ist bis heute weit verbreitet und bedarf einiger Vorbereitung, welcher natürlich ein Wissen um den nahenden Tod voraussetzt. Die Untersuchung hat gezeigt, dass diese These für den indischen Raum kaum bestätigt werden kann, im Gegenteil, die meisten Vaidyas sprechen sich gegen eine offene Mitteilung über den tatsächlichen Gesundheitszustand der

PatientInnen aus. Es herrscht die Vorstellung, dass die Information über den bevorstehenden Tod Depression auslöst und eine Verbesserung des Zustandes unmöglich macht. Diese Annahme wird beispielsweise auch von der *Carakasamhitā* bestätigt. Dennoch gibt es indische Vaidyas, die sich darum bemühen zum Lebensende eher eine „spiritueller“ Ärztin zu sein als eine „körperliche“. Vor allem die europäischen Āyurveda-ÄrztInnen folgen diesem Prinzip und entsprechen somit dem Bild von einem akzeptierenden („natürlichen“) Zugang zu Sterben und Tod. Es ist also die Frage, wovon ein offener Zugang zu Sterben und Tod abhängig ist. Spiritualität oder das ganzheitliche Verständnis des Menschen ist kein Garant für einen offenen Umgang mit dem Lebensende, wie sich am Beispiel von Dr. Godbole und Dr. Gadgil gezeigt hat. Im Westen hat sich der Wunsch nach einem akzeptierenden Zugang zu Sterben und Tod aus der starken Verdrängungstendenz (z.B. sterben im Badezimmer, heimliches, nächtliches Abtransportieren der Leichen aus dem Spital) heraus entwickelt. Der Tod war und ist nicht mehr natürlicher Bestandteil des Lebens. Erst in jüngster Zeit hat im Zuge der Hospizbewegung ein Paradigmenwechsel begonnen. In Indien besteht in Anbetracht der Armut und der Menschenmassen kaum die Möglichkeit, Sterben und Tod aus dem Alltag zu verbannen. Womöglich ist genau diese ständige Konfrontation mit dem Elend, ähnlich der Traumatisierung Europas durch den Zweiten Weltkrieg, für eine wenig offene Haltung in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod verantwortlich, obwohl der religiöse und philosophische Hintergrund in Indien etwas anderes vermuten lassen würde.

Es scheint, dass die hohe Religiosität keinen maßgeblichen Einfluss auf den Umgang mit dem Lebensende hat bzw. dass der Zugang zur Religion nicht ausschlaggebend ist. Es ist anzunehmen, dass Angst das zentrale Gefühl hinter der Verdrängung des Todes ist, Angst vor der Ohnmacht, Angst vor dem Schmerz, vor dem was danach kommt, vor dem Schrecken und dem Ungewissen das mit dem Tod in Verbindung gebracht wird. An Wittkowski anschließend wäre davon auszugehen, dass intrinsische Religiosität (Spiritualität) sich deutlich anders auf die Angst und den Umgang mit Sterben und Tod auswirkt als extrinsische Religiosität. Daraus ließe sich schließen, dass in Indien Religion

vielfach extrinsisch gelebt wird und der Begriff Spiritualität nicht das innere Verständnis der Religion beschreibt, sondern zu flach und allgemein verstanden wird. Dies könnte ein weiteres Problem an einer zu offenen Definition des Spiritualitätsbegriffs sein, so wird der Begriff nicht nur obsolet, wie Birgit Heller zu bedenken gibt, es werden auch damit zusammenhängende Phänomene schwammig und ungenau. Allerdings lässt sich diese Annahme nicht bestätigen, da gerade zwei der befragten indischen Vaidyas (Godbole und Gadgil), die sich besonders gegen eine Mitteilung über den bevorstehenden Tod aussprechen, einen sehr starken spirituellen Bezug haben. Dennoch wollen sie vermeiden, die PatientInnen ob der letalen Prognose in Depression zu stürzen. Ihre Spiritualität gibt diesen Vaidyas offenbar nicht genug Sicherheit, ihren PatientInnen auch im Angesicht des Todes Stütze und Begleitung zu sein, so dass diese das baldige Sterben ohne Depression akzeptieren könnten. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass europäische Untersuchungen gezeigt haben, dass die MedizinerInnen im Norden und Westen Europas verstärkt dazu tendieren, die PatientInnen vollständig aufzuklären, im Süden und Osten hingegen nicht (Vgl. Kapitel 5.7). Betrachtet man die Unterschiede zwischen Süd-Ost- und Nord-Westeuropa stechen folgende Unterschiede ins Auge: Der Süden/Osten ist ärmer, traditionsbewusster, religiöser<sup>505</sup>, hat weniger Geld in Forschung, Bildung und Wirtschaft investiert bzw. investieren können und die medizinische Versorgung ist meinst schlechter. Der Norden und Westen Europas ist reicher, industrialisierter, institutionalisierter, moderner und großteils medizinisch gut versorgt. Ähnlich verhält es sich zwischen Indien und Westeuropa. Es ließe sich also mutmaßen, dass ein offener Zugang zum Tod vor allem ein Bedürfnis der Moderne (oder Postmoderne?) ist und in traditionellen Gesellschaften weniger vertreten ist. Im Gegensatz zu den meisten indischen Vaidyas entsprechen die deutschsprachigen Āyurveda-ÄrztInnen dem Bild der Ausgangsthese. Sie sehen den Tod als zum Leben gehörig, als etwas Natürliches und suchen nach Möglichkeiten die Sterbenden bewusst und behutsam auf ihren Tod vorzubereiten und die Lebensqualität zu verbessern bzw. das Abschiednehmen

---

<sup>505</sup> <http://hpd.de/node/12867>; Zugriff: 3.11.2015; <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/europa/70539/themengrafik-religionszugehoerigkeit>; Zugriff: 3.11.2015.

zu erleichtern (Kapitel 5). Dabei ist zu bedenken, dass sowohl für Bhalla und Gramminger, welche einen offenen Zugang zu Sterben und Tod repräsentieren, als auch für Godbole und Gadgil, die sich eher gegen eine vollständige Aufklärung aussprechen, Spiritualität bzw. Religiosität eine bedeutende Rolle spielen. Allerdings ist zu vermuten, dass Spiritualität für die europäischen Āyurveda-ÄrztInnen etwas anderes bedeutet als für die indischen Vaidyas. Denn selbst wenn die Spiritualität beider Gruppen von hinduistischem Gedankengut geprägt ist, so ist wohl anzunehmen, dass dieses anders interpretiert wird. Hinduistisches Gedankengut ist wesentlicher Bestandteil der New Age Bewegung und westlicher, postmoderner bzw. kosmopolitischer Spiritualität, die sich zwar an bestimmte Techniken und Traditionen halten mag (Meditation, Verehrung eines Gurus, *Satsaṅg* etc.), letztlich aber trotzdem von der ursprünglichen Tradition losgelöst gelebt und verstanden wird. Das gleiche Gedankengut ist in Indien jedoch in die brahmanische Religion und Tradition eingebunden und wird daher viel traditioneller und dogmatischer interpretiert. Der Unterschied zwischen postmoderner Spiritualität und traditioneller Religion wird hier deutlich sichtbar.

Abgesehen vom Unterschied zwischen Tradition in Indien und Moderne im deutschsprachigen Raum ist auch der Grad der Institutionalisierung in Bezug auf das Lebensende zu beachten. In Indien wird nach wie vor meist zu Hause gestorben, in Deutschland und Österreich bis zu 80% im Spital.<sup>506</sup> Der Aufenthalt im Krankenhaus verunsichert die PatientInnen gleichwohl wie die Angehörigen: Was wurde dem kranken Menschen mitgeteilt, wer hat mit ihm geredet? Mal sind die Werte besser, mal schlechter, gibt es vielleicht doch noch Hoffnung auf Genesung? Hat der Mensch Angst, fühlt er sich einsam? Gleichzeitig wäre der Mensch wahrscheinlich bereits, ohne die medizinische Versorgung im Spital, verstorben. Soll der Mensch in ein Hospiz verlegt werden und wenn ja, wann bekommt er einen Platz und wie lange kann er bleiben? Was ist, wenn er nicht innerhalb der drei bis vier Wochen die er im Hospiz bleiben kann, stirbt? Wie geht es dann weiter? Auf all diese Fragen wünscht man sich offene und klare Antworten. Die schlechtere medizinische Überwachung und Versorgung der

---

<sup>506</sup> GRONEMEYER; Die späte Institution; S. 139.

Sterbenden in Indien und der Aufenthalt zu Hause mag hier mehr Sicherheit erzeugen, denn es gibt augenscheinlich weniger offene Fragen. Man weiß wer zu Besuch kommt, man weiß, dass der Mensch nicht allein ist in der Nacht und der gesundheitliche Zustand wird primär von der Befindlichkeit des Sterbenden abgelesen. Es wäre denkbar, dass die Intimität und Sicherheit der eigenen vier Wände keiner weiteren Erklärungen bedarf und es daher nicht als notwendig empfunden wird, die Kranken vollständig aufzuklären. Betrachtet man die alten āyurvedischen Schriften, zeigt sich, dass hier keinesfalls für Offenheit plädiert wird, ebenso fallen todkranke Menschen traditionell aus dem Behandlungsspektrum der Vaidyas. Auch in Europa war die Sterbebegleitung bis ins 19. Jhdt. nicht Aufgabe der Ärzte. Unheilbar Kranke und Sterbende wurden von der Familie und Pflegehilfen versorgt, die Arbeit des Arztes hingegen war getan. Heute schaut die Situation anders aus, fachmännische Betreuung, stellt Gronemeyer fest, hat oberste Priorität und „diese *Medikalisierung* des Sterbens zieht eine *Entsozialisierung des Sterbens* nach sich“<sup>507</sup>. Man fühlt sich für die Betreuung Sterbender nicht mehr kompetent genug und verlässt sich zunehmend auf medizinische Versorgung, gleichzeitig war und ist in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin eigentlich kein Platz für Sterben und Tod. Diese sind heimatlos geworden. Erst die Palliative Care bemüht sich darum dem Sterben wieder einen Platz zugeben. Vergleichbar lässt sich auch eine Medikalisierung der Geburt beobachten: Die Verpflichtung zu regelmäßigen medizinischen Untersuchungen, an die Stelle von Hebammen treten mehr und mehr GynäkologInnen und entbinden im Spital ist die Regel, zu Hause hingegen die Ausnahme. Der moderne westliche Mensch fühlt sich mittlerweile offenbar außer Stande den Beginn und das Ende des Lebens ohne den Rückhalt eines hochtechnisierten Medizinapparats zu bestreiten, wie es der Mensch zuvor Jahrtausende lang geschafft hat. Natürlich ist im Zuge dieser Medikalisierung sowohl die Säuglingssterblichkeit erheblich zurückgegangen als auch die Lebenserwartung beträchtlich gestiegen.

---

<sup>507</sup> GRONEMEYER; Die späte Institution; S. 139 f.

Die vierte Annahme der Fragestellung, ob Palliative Care ein dem Āyurveda organisch innewohnendes Konzept ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Palliative Care ist den meisten indischen Vaidyas kein Begriff. Das englische Wort „palliative“ (oder „palliable“) wird in diversen āyurvedischen Schriften verwendet, allerdings nie in Zusammenhang mit dem Sterben der PatientInnen, sondern als lindernd, beruhigend verwendet, im Sinne der *śamana* Therapie. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass sich die heutige āyurvedische Praxis in diesen Belangen stark von der Theorie, wie sie in den Schriften dargestellt wird, unterscheidet. Im Schrifttum wird die Behandlung von PalliativpatientInnen weitgehend abgelehnt, in der heutigen Praxis hingegen wird dieser Empfehlung nicht Folge geleistet, sondern Menschen werden, wenn auch an die finanziellen Möglichkeiten angepasst, bis zum Schluss behandelt. Betrachtet man die alten Schriften, gibt es definitiv keine Palliative Care, im Gegenteil, die Behandlung sollte stets kurativ und erfolgsbringend sein. Betrachtet man die heutige āyurvedische Praxis in Indien, sieht man, dass PalliativpatientInnen mit den gleichen Therapien, d.h. vor allem mit *rasāyana* und *śamana* Therapien, wie kurative PatientInnen behandelt werden. Wesentliches Merkmal der Palliative Care ist eine ganzheitliche Behandlung, das heißt, dass der Mensch in seiner Gesamtheit als Körper, Psyche, seinen sozial-kulturellen Verbänden und gegebenenfalls seiner Spiritualität wahrgenommen und behandelt wird. Diese Auffassung steht bislang nach wie vor in einem krassen Gegensatz zur gelebten Praxis der modernen naturwissenschaftlichen Medizin und ihren anverwandten Disziplinen wie etwa der Psychologie, die sich ja ebenfalls um die Behandlung des Menschen bemüht. Hier wird eine klare Abgrenzung innerhalb der Zuständigkeiten vollzogen, der Körper gehört in die Medizin, psychische Belange in die Psychologie (Psychiatrie/Psychotherapie) usw. Im Āyurveda gehören alle diese Aspekte zusammen und können schwer voneinander getrennt werden. Die Verstrickung der unterschiedlichen Prozesse die aus āyurvedischer Sicht zu Krankheit oder Gesundheit führen, ist kaum voneinander ablösbar. Selbst wenn sich einige der indischen Vaidyas gegen eine vollständige Aufklärung der Kranken aussprechen, so ist doch deutlich erkennbar, dass sie die Betreuung der Kranken auf mehr Ebenen als der rein körperlichen sehen. Sie bemühen sich,

sowohl die körperlichen als auch die mentalen Leiden zu lindern und verweisen beispielsweise auf Meditation oder yogische Atemtechniken. Es ist möglich die Sterbenden, soweit es der körperliche Zustand zulässt, mit warmem Öl sanft zu massieren (*Abhyāṅga*) und ihnen so zu helfen sich zu entspannen, und auch den eigenen Körper, trotz Krankheit, trotz fortschreitenden körperlichen Verfalls, sinnlich und eventuell auch wohlwollend wahrzunehmen. Die Palliative Care bemüht sich unter anderem darum, den Menschen ein Sterben zu Hause, in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. In Indien ist das nach wie vor selbstverständlich, die Familie erhält von den Vaidyas klare Anweisungen und āyurvedisch bestmögliche Unterstützung und betreut die Sterbenden zu Hause. Freilich mag dies genauso an der Betreuungssituation in Indien allgemein hängen und nicht am Āyurveda. Trotzdem, all diese Aspekte betrachtend lässt sich Palliative Care durchaus als ein dem Āyurveda natürlich innewohnendes Konzept verstehen.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass die Unterscheidung in „authentischen (alten, echten) Āyurveda“ und heutigen „New Age Āyurveda“ wie sie von indologischer Seite gerne gemacht wird, nicht sinnvoll ist. Medizinsysteme sollten sich zu jeder Zeit an die Bedürfnisse und an die ethischen Vorstellungen der Menschen anpassen. In heutiger Zeit ist es unvorstellbar sterbende Menschen nicht mehr zu behandeln, insofern ist es selbstverständlich, dass sich alle Medizinsysteme dafür öffnen. Vermutlich spricht hier niemand von einer oberflächlichen, esoterischen Auslegung. Die moderne naturwissenschaftliche Medizin bietet wenig Raum für Spiritualität und eine ganzheitliche Behandlung ist mehr die Ausnahme als die Regel. Der Āyurveda, wie auch andere Heilmethoden, bedient hingegen dieses zunehmende Bedürfnis der Menschen und es lassen sich so unter Umständen hilfreiche Strategien und Unterstützung für ein gutes Leben und ein ebensolches Sterben finden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung entsprechen zwar in einigen Punkten nicht den Ausgangsthesen und einige Erkenntnisse wirken ernüchternd auf ein

romantisch-verklärtes Bild des Āyurveda. Dennoch bietet dieses Medizinsystem eine Bereicherung für die moderne naturwissenschaftliche Medizin, sowohl in seinen Techniken als auch in seinem Menschenverständnis. Leider waren die Interviews bezüglich der Behandlungsmethoden für sterbende Menschen nicht sehr ertragreich, aber aus meiner Praxis weiß ich, dass viele der beruhigenden und verjüngenden Therapien des Āyurveda im Bereich der Palliativpflege genauso wie in der kurativen Medizin, hilfreich sein können. Eine Absolventin der Weiterbildung „Komplementäre Pflege Ayurveda“ für diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern im Āyurveda-Verein Nexenhof arbeitet als Krankenschwester auf der Intensivstation im Wiener AKH. In Absprache mit dem Stationsarzt konnte sie bereits einige Anwendungen aus dem Āyurveda auf der Station implementieren. Zum Beispiel werden Reiswasser (nur das mit Reis gekochte Wasser) bei Durchfall und Verstopfung oder eine Basilikumabkochung bei starker Verschleimung verabreicht. Die Krankenschwester berichtet davon, dass sie von anderen Schwestern gebeten wird, besonders unruhigen PatientInnen die Füße und Beine mit Öl zu massieren, da diese Maßnahme deutlich sichtbar zur Beruhigung der Betroffenen führt. Ebenso führt sie, sofern zeitlich möglich, bei sterbenden Menschen eine Ganzkörpermassage mit warmem Öl durch und berichtet, dass sich oftmals die Gesichtszüge der PatientInnen entspannen und ruhig werden. Gerade die Sinnlichkeit der āyurvedischen Anwendungen bietet eine sinnvolle Ergänzung in der Palliative Care da der körperliche Verfall oft mit dem Verlust der sinnlichen Wertschätzung des Körpers einhergeht. Er wird als nutzlos und hässlich empfunden, die Berührung reduziert sich auf reine Körperpflege und im besten Fall noch auf Halten der Hände. Dieses Berührtwerden mit dem warmen Öl führt zu einer anderen Wahrnehmung des eigenen Körpers und ist letztlich Balsam für „Leib und Seele“. Der Āyurveda hat bei weitem nicht die gleichen Möglichkeiten wie die moderne naturwissenschaftliche Medizin den Tod eines Menschen hinauszuzögern und es steht fest, dass Leben an gewisse Voraussetzungen gebunden ist, wie beispielsweise ein funktionierendes Verdauungsfeuer. Ist dieses nicht mehr vorhanden, ist es aus āyurvedischer Sicht sinnlos dem sterbenden Menschen Nahrung zuzuführen, weil er ohnehin nicht mehr in der

Lage ist diese aufzunehmen. Dies könnte in der Entscheidungsfindung, ob künstliche Ernährung zur Lebens- oder aber Sterbensverlängerung beiträgt, hilfreich sein. Betrachtet man die technischen Möglichkeiten die der modernen naturwissenschaftlichen Medizin am Beginn (ein drastisches Beispiel dazu lieferte die 65-jährige Vierlingsmutter Annegret R. aus Berlin, die sich in der Ukraine sowohl Ei- als auch Samenzellen für eine erfolgreiche In-Vitro-Fertilisation spenden ließ<sup>508</sup>) und am Ende des Lebens zur Verfügung stehen, entsteht bisweilen der Eindruck, dass jegliche Demut vor Leben und Tod verloren gegangen ist. Freilich bedient die moderne Technik hier lediglich die Bedürfnisse des Menschen und die Warnung vor prometheischem Verhalten ist wohl so alt wie die Menschheitsgeschichte selbst. Zu allen Zeiten hat es Menschen gegeben, die sich gegen die Gesetze der Natur (oder auch gegen die diverser Götter) gestellt und so die technische Entwicklung des Menschen vorangetrieben haben, Errungenschaften die heute kaum jemand missen möchte. Dennoch drängt sich die Frage auf, ob es wirklich sinnvoll ist, jedes mögliche Tor auch zu durchschreiten und ob wir uns der Konsequenzen bewusst sind. Die Möglichkeiten auf Leben und Tod Einfluss zu nehmen sind im Āyurveda im Vergleich zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin begrenzt. Es können zwar Arzneien gegeben und Behandlungen durchgeführt werden die eine Befruchtung ermöglichen oder das Sterben hinauszögern, trotzdem bleibt das Leben letztlich auf seine eigene Kraft angewiesen und kann sich nicht auf die Hilfe technischer Mittel verlassen. Haben Spermium und Ovum nicht die Energie aus sich heraus neues Leben zu schaffen, kann im Āyurveda nicht auf das Reagenzglas zurückgegriffen werden. Leben und Tod verlaufen nach ihren natürlichen Gesetzmäßigkeiten.

Die moderne naturwissenschaftliche Medizin hat sich auf viele Einzelbereiche spezialisiert und technisch Unglaubliches erreicht. Das Gesamtbild des Menschen in all seinen Lebensphasen bleibt dabei allerdings immer wieder auf der Strecke. Die Palliative Care ist eine Gegenbewegung zu dieser Entwicklung

---

<sup>508</sup> <http://www.tagesspiegel.de/berlin/65-jaehrige-vierlingsmutter-annegret-r-eins-der-fruehchen-wurde-operiert/11831204.html>; Zugriff: 4.11.2015

der Medizin, der Mensch wird in seiner Gesamtheit wahrgenommen, durch ein multiprofessionelles Team betreut und kann in Würde sterben. Lebensqualität, Achtsamkeit und Offenheit bis zum Schluss und, vor allem, dem Tod wieder einen Platz zu geben, sind die Ziele. Dennoch besteht auch hier die Gefahr, die Tatsachen zu beschönigen: „Ins Hospiz kommt man nicht um zu sterben, sondern um zu leben!“. Dieser Satz wurde von einer Mitarbeiterin des CS Hospiz Rennweg im internationalen Lehrgang für Palliative Care an der IFF Wien stolz zitiert, woraufhin eine Kollegin kritisch bemerkte, dass diese Aussage ein Hohn sei, denn sie gehe sicher nicht ins Hospiz um zu leben, da könne sie sich bei weitem bessere Plätze vorstellen. Das heißt, auch in diesem Bereich, der sich explizit dem Sterben widmet, werden die Tatsachen mit Hilfe der Sprache verschleiert, sei es um dem Tod seine Grausamkeit zu nehmen oder um uns das Gefühl zu geben, noch etwas machen zu können und dem Tod nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Auch ist die Palliative Care in Gefahr im Zugzwang der evidenzbasierten und standardisierten Medizin ihre Ziele zu verlieren und sich von einer personenzentrierten und individuellen Betreuung am Lebensende hin zu normierten „Sterbefilialen“<sup>509</sup>, wie Reimer Gronemeyer und Andreas Heller es beschreiben, zu entwickeln. Trotzdem ist die Palliative Care eine Pionierin mit einer neuen Ausrichtung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin. Der Mensch in seiner gesamten Leiblichkeit rückt (wieder) ins Zentrum der Behandlung. Es geht nicht darum Leben um jeden Preis zu verlängern, sondern darum dem Leben Qualität zu verleihen. Auch den für diese Arbeit befragten Āyurveda-ÄrztInnen geht es vor allem darum, dem Leben Qualität zu verleihen. Es steht weniger im Vordergrund wie viel Lebenszeit ein Mensch zur Verfügung hat, sondern wie er diese nutzt. Nach āyurvedischem Verständnis unterliegt das Leben dem Gesetz von Ursache und Wirkung, also *karma*, auf welches der Mensch zu jeder Zeit Einfluss nehmen kann. Der Mensch ist also größtenteils aktiv für sein Leben verantwortlich, wenngleich es auch gewisse Faktoren gibt, wie etwa die Zeit, die dieses Leben beeinflussen.

Schlussendlich ist festzustellen, dass der Āyurveda durchaus bereichernd sein kann, für die moderne naturwissenschaftliche Medizin als auch in der Betreuung

---

<sup>509</sup> GRONEMEYER/HELLER; In Ruhe sterben; S. 55.

von PalliativpatientInnen. Das im Āyurveda umfassende Verständnis des Menschen, mit all seinen körperlichen, geistig-spirituellen, psychischen und sozialen Bedürfnissen entspricht den Prinzipien der Palliative Care. Die Sinnlichkeit des Āyurveda, die sowohl in der Diagnose als auch in der Behandlung zum Ausdruck kommt, ist Nahrung auf allen Ebenen. Die Sinnesorgane und ihre Wahrnehmungen sind zentral in der āyurvedischen Anthropologie. Der Mensch erfährt seine Welt über seine Sinne und das bereits vor seiner Geburt bis zu seinem Tod. Im Āyurveda werden Babys ab dem fünften Lebenstag eingeölt und massiert, dieselbe Fürsorge und Hingabe sollte auch den sterbenden Menschen entgegengebracht werden!

## Abkürzungen

AHS	Vāgbhaṭa's Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā (1999); Krishnadas Academy, Varansi
CaS	Carakasaṃhitā (2006); Chowkhamba Sanskrit Series Office; Varanasi
SuS	Suśrutasamhitā (2010); Chaukhambha Orientalia; Varansi

## Bibliographie

### 1 Primärquellen

#### 1.1 Textausgaben und Übersetzungen

AUROBINDO, Sri (1952); *Katha Upanishad*; Pondicherry

BHĀVAMIŚRA (2006); *Bhāvaprakāśa of Bhāvamiśra*; Chaukhambha Orientalia; Varanasi

BÄUMER, Bettina (1997); *Upanishaden. Die heiligen Schriften Indiens meditieren*; München

CARAKA SAṂHITĀ (2006); Chowkhamba Sanskrit Series Office; Varanasi

JOLLY, Julius (1887); *Mānava Dharma-Śāstra: The code of Manu*; London

MĀDHAVA NIDĀNAM (2005); *Roga viniścaya*; Chaukhambha Orientalia; Varanasi

ŚĀRṄGADHARA-SAMHITĀ (2006); Chaukhambha Orientalia; Varanasi

SUŚRUTA SAṂHITĀ (2010); Chaukhambha Orientalia; Varanasi

THE CHĀNDOGYA UPANIṢAD (1956); Sri Ramakrishna Math; Madras

VĀGBHATA (1999); *Aṣṭāṅgahṛdayam*; Krishnadas Academy; Varanasi

#### 1.2 Interviews

BEGWE/NANDANIKAR, Ajit (2009); Interview am 14.1.2009; Mumbai (Maharashtra, Indien)

BHALLA, Ashish (2011); Interview am 13.11.2011; Wels (Österreich)

GADGIL, Dillip (2009); Interview am 21.1.2009; Pune (Maharashtra, Indien)

GODBOLE, Sucheta (2009); Interview am 19.1.2009; Pune (Maharashtra, Indien)

GRAMMINGER, Harsha (2010); Interview am 14.11.2010; Wien (Österreich)

NAIR, Santosh (2009); Interview am 9.1.2009; Kollam (Kerala, Indien)

PRIYADARSHINI (2009); Interview am 15.1.2009; Mumbai (Maharashtra, Indien)

RAO, Sreedar (2009); Interview am 06.01.2009; Kollam (Kerala, Indien)

SAWANT, Pandit (2009); Interview am 14.1.2009; Mumbai (Maharashtra, Indien)

## **2 Sekundärliteratur**

### **2.1 Textausgaben**

ALLPORT, Gordon/ROSS, Michael (1967); Personal Religious Orientation and Prejudice. IN: Journal of Personality and Social Psychology; Vol. 5 (S. 432-443)

ALTENA, Marga/VENBRUX, Eric (2010); Television Shows and Weblogs as New Death Rituals: Celebrating Life in the Dutch Production Over My Dead Body. IN: GROSS, Dominik/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Die Realität des Todes*. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen; Frankfurt am Main (S. 129-140)

ANAND, Anjum (2013); *Ayurvedisch kochen. Gewicht verlieren, Lebensfreude gewinnen*; München

ANGERMEIER, Vitus (2007); *Über die Auslöschung von Land und Leuten. Die Ursachen und Schutzmaßnahmen gegen diese gemäß Carakasamhitā, Vi 3.*; Wien

ARIÈS, Philippe (1982); *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*; München

ASCHÉ, Florian (2011); Perspektiven postmortaler Weiterexistenz durch Organtransplantation, Kryonik, Plastination und Diamantierung: Eine Printanalyse. IN: GROSS, Dominik/TAG, Brigitte/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Who want to live forever? Postmoderne Formen des Weiterwirkens nach dem Tod*; Frankfurt am Main (S. 93-110)

ATTESLANDER, Peter (2008); *Methoden der empirischen Sozialforschung*; Berlin

AUGUSTYN, Beate (2009); Spiritual Care in der Pflege. IN: FRICK, Eckhard/ROSER, Traugott (Hrsg.); *Spiritualität und Medizin*. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen; Stuttgart (S. 159- 162)

BAIER, Karl (2006); Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität. IN: BAIER, Karl/SINKOVITS, Josef (Hrsg.); *Spiritualität und moderne Lebenswelt*; Wien (S. 21-43)

BAIER, Karl (2006); Spiritualitätsforschung heute. IN: BAIER, Karl (Hrsg.); *Handbuch Spiritualität; Zugänge, Traditionen, interreligiöse Prozesse*; Darmstadt (S. 11-45)

BAUMANN, Zygmunt (1994); *Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien*; Frankfurt am Main

BÄUMER, Bettina (2003); Hinduismus. IN: FIGL, Johann (Hrsg.); *Handbuch Religionswissenschaft. Religionen und ihre zentralen Themen*; Innsbruck (S. 315-336)

BÄUMER, Bettina/HÖDL, Hans Gerald (2003); Gebet/Meditation/Mystik – Ekstase. IN: FIGL, Johann (Hrsg.); *Handbuch Religionswissenschaft. Religionen und ihre zentralen Themen*; Innsbruck (S. 702-717)

BECK, Ulrich (2008); *Der eigene Gott. Friedensfähigkeit und Gewaltpotential der Religionen*; Leipzig

BERTH, Hendrik/KLEIN, Constantin/BALCK, Friedrich (2011); Begriffsbestimmungen. Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. IN: KLEIN, Constantin u.a. (Hrsg.); *Gesundheit – Religion – Spiritualität*; Weinheim und München (S. 47-64)

BOCHINGER, Christoph (1994); „New Age“ und moderne Religion. *Religionswissenschaftliche Analysen*; Gütersloh

BORASIO, Gian Domenico (2014); Spiritual Care: Eine Aufgabe für den Arzt?. IN: NOTH, Isabelle/KOHLI REICHENBACH, Claudia (Hrsg.); *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*; Zürich (S. 117-128)

BRÜCK, Michael v. (2004); *Mystik*. IN: *Religion in Geschichte und Gegenwart*; Band 5; Tübingen

BÜSSING, Arndt (2006); „Spiritualität“ – Worüber reden wir?. IN: BÜSSING, Arndt/OSTERMANN, Thomas/GLÖCKLER, Michaela/MATTHIESSEN, Peter F. (Hrsg.); *Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*; Bad Homburg (S. 11-25)

CAMPBELL, T. Colin (2014); *The China Study. Die wissenschaftliche Begründung für eine vegane Ernährungsweise*; Bad Kötzing

CANETTI, Elias (2006); *Masse und Macht*; Frankfurt am Main

CRITTIN, Jean-Pierre (2010); *Ayurvedische Psychologie. Wege zum Selbst und das Energieprinzip im Ayurveda*; Oberndorf

DAS, Rahul Peter (1992); Indische Medizin und Spiritualität. [Review of: Eckward Wolz-Gottwald; Heilung aus der Ganzheit. Ayurveda als Philosophie in der Praxis]; IN: Journal of the European Ayurvedic Society, Vol. 2 (S. 158-187)

DWIWEDI, L.D. (1988); *Introduction to Ayurveda*; Varanasi

EWERS, Michael (2005); Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege Schwerkranker. IN: PLESCHBERGER, Sabine/HEIMERL, Katharina/WILD, Monika (Hrsg.); *Palliativpflege*. Grundlagen für Praxis und Unterricht; 2. Auflage Wien (S. 83-100)

FELDMANN, Klaus (2004); *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*; Wiesbaden

FIGL, Johann (2003); Einleitung Religionswissenschaft – Historische Aspekte, Heutiges Fachverständnis und Religionsbegriff. IN: FIGL, Johann (Hrsg.); *Handbuch Religionswissenschaft*. Religionen und ihre zentralen Themen; Innsbruck (S. 18-81)

FILLIOZAT, Pierre-Sylvian (1993); Caraka's Proof of Rebirth. IN: Journal of the European Ayurvedic Society, Vol. 3 (S. 94-111)

FLOOD, Gavin (1996); *An Introduction to Hinduism*; Cambridge

FRANK, Robert (2004); *Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*; Bielefeld

FRAWLEY, David (1999); *Das große Ayurveda-Heilungsbuch. Prinzipien und Praxis*; München

FRAWLEY, David (1999); *Vom Geiste des Ayurveda. Therapien für den Geist. Yogische ganzheitliche Medizin und ayurvedische Psychologie*; Aitrang

FRAWLEY, David (2011); *Mit dem Herzen denken. Die Psychologie des Ayurveda*; Oberstdorf

FRICK, Eckhard (2010); Macht Glaube gesund?. IN: HOFF, Gregor M./KLEIN, Christoph/VOLKENANDT, Matthias (Hrsg.); *Zwischen Ersatzreligion und Heilserwartungen*. Umdeutungen von Gesundheit und Krankheit; Freiburg in Breisgau (S. 65-81)

FRICK, Eckhard et al. (2006); A clinical Interview Assessing Cancer Patients' Spiritual Needs and Preferences. IN: European Journal of Cancer Care, Vol. 15 (3) (S. 238-243)

FUCHS, Werner (1979); *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*; Frankfurt am Main

FULLER, C.J. (2004); *The Camphor Flame. Popular Hinduism and Society in India*; Princeton, New Jersey

GAUR, Banwari Lal/SHARMA, Santosh Kumar (Hrsg.) (1997); *Researches in Ayurveda. Past and Present*; Jaipur

GORER, Geoffrey (1955); *The Pornography of Death*; IN: *Encounter* 5.4 (S. 49-52)

GRAMMINGER, Harsha (2013); *New Age Ayurveda – Meine Basics: Ayurveda für jede Lebensphase. Band 1*; Kandern

GRONEMEYER, Reimer (2007); *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*; Frankfurt am Main

GRONEMEYER, Reimer/HELLER, Andreas (2014); *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*; München

GRONEMEYER, Reimer (2002); *Die späte Institution. Das Hospiz als Fluchtburg*. IN: GRONEMEYER, Reimer/LOEWY, Erich (Hrsg.); *Wohin mit den Sterbenden? Hospize in Europa – Ansätze zu einem Vergleich*; Münster

GROSS, Dominik/TAG, Brigitte/SCHWEIKARDT, Christoph (2011); *Alternative Bestattungsformen und postmortales Weiterwirken im 21. Jahrhundert – eine thematische Einführung*. IN: GROSS, Dominik/TAG, Brigitte/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Who want to live forever? Postmoderne Formen des Weiterwirkens nach dem Tod*; Frankfurt am Main (S. 11-23)

HAHNEN, Marie-Christin/GLAHN, Julia/RADBRUCH, Lukas/GROSS, Dominik (2010); *Zwischen Unschärfe und Tabuisierung: Tod und Sterben im Printmediendiskurs*. IN: GROSS, Dominik/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen*; Frankfurt am Main (S. 113-127)

HALBFASS, Wilhelm (2000); *Karma und Wiedergeburt im indischen Denken*; Kreuzlingen München

HALBFASS, Wilhelm (1995); *Zum Verhältnis von Karma und Tod im indischen Denken*. IN: OBERHAMMER, Gerhard (Hrsg.); *Im Tod gewinnt der Mensch sein Selbst. Das Phänomen des Todes in asiatischer und abendländischer Religionstradition*; Wien (S. 75-95)

HELLER, Andreas (2000); *Ambivalenzen des Sterbens – Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden*. IN: HELLER, Andreas/HEIMERL, Katharina/METZ, Christian (Hrsg.); *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*; Freiburg im Breisgau (S. 17-34)

HELLER, Andreas (2000); *Die Einmaligkeit des Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien*. IN: HELLER, Andreas/HEIMERL, Katharina/HUSEBÖ, Stein (Hrsg.); *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun – Wie alte Menschen würdig sterben können*; Freiburg im Breisgau (S. 9-24)

HELLER, Andreas/HELLER, Birgit (2014); *Spiritual Care: Die Wiederentdeckung des ganzen Menschen*. IN: HELLER, Andreas/HELLER, Birgit; *Spiritualität und Spiritual Care*. Orientierungen und Impulse; Bern (S. 21-44)

HELLER, Birgit (2012); *Der ātman ist jenseits von Geburt und Tod. Sterben, Tod und Trauer im Hinduismus*. IN: HELLER, Birgit (Hrsg.); *Wie Religionen mit dem Tod umgehen*. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung; Freiburg in Breisgau (S. 32-57)

HELLER, Birgit (1999); *Heilige Mutter und Gottesbraut. Frauenemanzipation im modernen Indien*; Wien

HELLER, Birgit (2011); *Spiritualität zwischen Tradition und Moderne. Religionswissenschaftliche Perspektiven auf der Begriffsdebatte im Kontext von Spiritual Care*. IN: HÖDL, Hans Gerald/FUTTERKNECHT, Veronica (Hrsg.); *Religionen nach der Säkularisierung*. Festschrift für Johann Figl zum 65. Geburtstag; Wien (S. 288-300)

HELLER, Birgit (2014); *Spiritualität versus Religion/Religiosität?* IN: HELLER, Andreas/HELLER, Birgit; *Spiritualität und Spiritual Care*. Orientierungen und Impulse; Bern (S. 47-68)

HEUSSER, Peter (2006); *Steht der wissenschaftlichen Medizin eine neue Epoche bevor?* IN: HEUSSER, Peter (Hrsg.); *Spiritualität in der modernen Medizin*; Bern, Wien (S. 11- 33)

HÖLLINGER, Franz/TRIPOLD Thomas (2012); *Ganzheitliche Leben. Das holistische Milieu zwischen Spiritualität und Wellness-Kultur*; Bielefeld

HUSEBØ, Stein (2009); *Kommunikation*. IN: HUSEBØ, Stein/KLASCHIK, Eberhard (Hrsg.); *Palliativmedizin*; Heidelberg (S147-205)

HUSEBØ, Stein/KLASCHIK, Eberhard (2009); *Palliativmedizin*; Heidelberg

JANCKE, Gabriele (2005); *Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen*. IN: PLESCHBERGER, Sabine/HEIMERL, Katharina/WILD, Monika (Hrsg.); *Palliativpflege*. Grundlagen für Praxis und Unterricht; 2. Auflage Wien (S. 101-111)

JUSTICE, Christopher (1997); *Dying the Good Death. The Pilgrimage to Die in India's Holy City*. Delhi

KAISER, Ronald (1992); *Die Professionalisierung der ayurvedischen Medizin und deren Rolle im indischen Medizinpluralismus*; Bonn

KNIPPING, Cornelia (2006); Reflexionen zur Versorgungsgestaltung am Lebensende. IN: KNIPPING, Cornelia (Hrsg.); *Lehrbuch Palliative Care*; Bern (S. 632-648)

KNOBLAUCH, Hubert (2009); *Populäre Religion. Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*; Frankfurt/Main

KNOBLAUCH, Hubert/ZINGERLE, Arnold (2005); Thanatosozio­logie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. IN: KNOBLAUCH, Hubert/ZINGERLE, Arnold (Hrsg.); *Thanatosozio­logie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*; Berlin (S. 11-31)

KNOBLAUCH, Hubert (2011); Der populäre Tod? Obduktion, Postmoderne und die Verdrängung des Todes. IN: GROSS, Dominik/TAG, Brigitte/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Who wants to live forever? Postmoderne Formen des Weiterwirkens nach dem Tod*; Frankfurt am Main (S. 27-53)

KOCH, Anne (2005); Spiritualisierung eines Heilswissens im lokalen religiösen Feld? Zur Formierung deutscher Ayurveda. IN: Zeitschrift für Religionswissenschaft 2005/1 (S. 21-44)

KOCH, Anne (2005); Zur religiösen Codierung moderner Ernährung – ayurvedische Koch- und Ernährungsratgeber. IN: Zeitschrift für Religions- und Geistesgeschichte 57/3 (S. 243- 264)

KOCH, Anne (2006); Wie Medizin und Heilsein wieder verwischen. Ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im Westen. IN: Zeitschrift für medizinische Ethik 52/2 (S. 169-182)

KOHLI REICHENBACH, Claudia (2014); Spiritualität im Care-Bereich. Begriffsklärungen zu Palliative Care, Spiritual Care und Spiritualität. IN: NOTH, Isabelle/KOHLI REICHENBACH, Claudia (Hrsg.); *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*; Zürich (S. 11-22)

KÖPF, Ullrich (2004); Spiritualität. IN: Religion in Geschichte und Gegenwart; Band 7; Tübingen

KRÄNZLE, Susanne (2011); Sterbephasen. IN: KRÄNZLE, Susanne/SCHMID, Ulrike/SEEGER, Christa; *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*; 4. Auflage Berlin Heidelberg (S. 18-20)

KRÄNZLE, Susanne (2011); Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen. IN: KRÄNZLE, Susanne/SCHMID, Ulrike/SEEGER, Christa; *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*; 4. Auflage Berlin Heidelberg (S. 117-124)

KRISHNANKUTTY VARIER, N.V. (2005); *History of Ayurveda*; Kerala.

- KULKARNI, P.H. (2000); *Ayurveda Philosophy*; Dehli.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1974); *Interviews mit Sterbenden*; Stuttgart
- LAD, Vasant (2002); *Textbook of Ayurveda. Fundamental Principals*; Albuquerque.
- LAD, Vasant/FRAWLEY, David (2011); *Die Pflanzenheilkunde. Der Yoga der Heilkräuter*; Oberndorf
- LOEWY, Erich H. (1995); *Ethische Fragen in der Medizin*; Wien
- LOEWY, Erich H./SPRINGER-LOEWY, Roberta (2005); Ethische Fragen am Ende des Lebens. IN: PLESCHBERGER, Sabine/HEIMERL, Katharina/WILD, Monika (Hrsg.); *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*; 2. Auflage Wien (S. 137-148)
- MACHO, Thomas (2007); *Die neue Sichtbarkeit des Todes*; München
- MARCEL, Gabriel (1985); Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang. IN: PETZOLD, Hilarion (Hrsg.); *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*; Paderborn (S. 15-46)
- MARCKMANN, Georg (2006); Ethische Entscheidungen am Lebensende. IN: KRÄNZLE, Susanne/SCHMID, Ulrike/ SEEGER, Christa; *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*; Heidelberg (S. 75-82)
- MATHWIG, Frank (2014); Worum sorgt sich Spiritual Care? Bemerkungen und Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht. IN: NOTH, Isabelle/KOHLI REICHENBACH, Claudia (Hrsg.); *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*; Zürich (S. 23-42)
- MEHL, Volker/RAFTERY, Christina (2011); *Koch dich glücklich mit Ayurveda*; München.
- MEHL, Volker/RAFTERY, Christina (2014); *So schmeckt Glück: Meine ayurvedische Heimatküche*; München.
- MENNEMANN, Hugo (2000); *Sterben und Tod zwischen Verdrängung und Akzeptanz*; Idstein
- METZ, Christian/HEIMERL, Katharina (2005); "Was alle angeht, können nur alle angehen" – Der Stellenwert von interdisziplinärer Teamarbeit. IN: PLESCHBERGER, Sabine/HEIMERL, Katharina/WILD, Monika (Hrsg.); *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*; 2. Auflage Wien (S. 311-324)

MEULENBELD, Gerrit Jan (1995); The Many Faces of Āyurveda. IN: Journal of the European Āyurvedic Society; Vol. 4 (S. 1-10)

MICHAELS, Axel (2007); Den Tod in die Hand nehmen. IN: HELLER, Birgit/WINTER, Franz (Hrsg.); *Tod und Ritual*. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne; Wien (S.75-89)

MICHAELS, Axel (2006); *Der Hinduismus. Geschichte und Gegenwart*; München.

MITTWEDE, Martin (1998); *Der Āyurveda: Von den Wurzeln zur Medizin heute*; Heidelberg

MÖDE, Erwin (Hrsg.) (2000); *Spiritualität der Weltkulturen*; Graz Wien Köln

MURTHY, A.R.D. (2004); *The Mind in Ayurveda and other Indian Traditions*; Delhi

NASSEHI, Armin (1992); Sterben und Tod in der Moderne zwischen gesellschaftlicher Verdrängung und professioneller Bewältigung. IN: NASSEHI, Armin/POHLMANN, Reinhard (Hrsg.); *Sterben und Tod*. Probleme und Perspektiven der Organisation von Sterbebegleitung; Hamburg (S. 11-27)

NASSEHI, Armin/SAAKE, Irmhild (2005); Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie. IN: KNOBLAUCH, Hubert/ZINGERLE, Arnold (Hrsg.); *Thanatosoziologie*. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens; Berlin (S. 31-55).

NEIMEYER, Robert/MOSER, Richard/WITTKOWSKI, Joachim (2003); Psychologische Forschung zu Einstellung gegenüber Sterben und Tod. IN: WITTKOWSKI, Joachim (Hrsg.); *Sterben, Tod und Trauer*; Stuttgart (S. 108-131)

NOTH, Isabelle (2014); Seelsorge und Spiritual Care. IN: NOTH, Isabelle/KOHLI REICHENBACH, Claudia (Hrsg.); *Palliative und Spiritual Care*. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie; Zürich (S. 103-116)

OCHSMANN, Randolph (1998); Angst vor Sterben und Tod. IN: BECKER, Ulrich/FELDMANN, Klaus/JOHANNSEN, Friedrich (Hrsg.); *Sterben und Tod in Europa*; Neukirchen-Vluyn (S. 85-93)

OSTERMANN, Thomas (2006); Spiritualität und Religiosität: Konzepte, Messverfahren, Einfluss auf Gesundheit und Krankheit – eine Literaturübersicht. IN: BÜSSING, Arndt/OSTERMANN, Thomas/GLÖCKLER, Michaela/MATTHIESSEN, Peter (Hrsg.); *Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*; Bad Homburg (S. 54-68)

PIRC, Karin (2008); *Ayurveda für Mutter und Kind*; München

PLESCHBERGER, Sabine (2002); *Palliative Care – Ein Paradigmenwechsel*; Österreichische Pflegezeitschrift 12/2002 (S.16-19)

PONS (1996); *Globalwörterbuch Englisch - Deutsch*; Wien

RANADE, Subash/HOSIUS, Christian/ HECKMANN, Jürgen (2003); *Ayurveda. Basislehrbuch*; München

REMELE, Kurt (2001); *Tanz um das goldene Selbst? Therapiegesellschaft, Selbstverwirklichung und Gemeinwohl*; Graz Wien Köln

RENZ, Monika (2006); Spiritualität und die Frage nach dem, was heilt: Wesen, Wirkungen, Inhalte spiritueller Erfahrung. IN: HEUSSER, Peter (Hrsg.); *Spiritualität in der modernen Medizin*; Bern Wien (S. 35-48)

RHYNER, Hans-Heinrich (2001); *Das Praxis Handbuch Ayurveda. Gesund leben, sanft heilen*; Neuhausen/Schweiz

RHYNER, Hans-Heinrich/FROHN, Birgit (2006); *Heilpflanzen im Ayurveda*; Aarau

RHYNER, Hans-Heinrich/KARNER Irene (2002); *Das Ayurveda Kamasutra*; Aarau

ROSENBERG, Kerstin (2011); *Die Ayurveda-Ernährung. Heilkunst und Lebensenergie mit wohltuenden Rezepten zur Gesundheitsstärkung*; München

ROSENBERG, Kerstin (2004); *Das Ayurveda-Praxisbuch für Frauen. Gesund, schön und sinnlich*; München

ROSENBERG, Kerstin (2013); *Mein Ayurveda-Wohlfühlprogramm: Typgerecht abnehmen, gesund und glücklich leben*; München

ROSENBERG, Kerstin/BANDECAR, Kalpana (2007); *Ayurveda für Kinder: Vorsorge. Heilkunde. Ernährung*; München

ROSENTRETER, Michael/GROSS, Dominik (2010); O tempora, o mores (curae mortui): Der Leichnam zwischen kommerzieller Totenfürsorge und affektiver Trauerbewältigung. IN: GROSS, Dominik/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen*; Frankfurt am Main (S. 77-110)

ROSER, Traugott (2007); *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*; Stuttgart

SABNIS, Nicky Sitaram (2009); *Entschlacken und Entgiften mit Ayurveda: Körper, Geist und Psyche klären*; München

SABNIS, Nicky Sitaram (2004); *Das große Ayurveda-Kochbuch: 150 einfache, indisch inspirierte Rezepte*; Aarau

SCHMID, Ulrike (2006); Grundlagen und Besonderheiten der palliativen Pflege. IN: KRÄNZLE, Susanne/SCHMID, Ulrike/SEEGER, Christa; *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*; Heidelberg (S. 181-206)

SCHNEIDER, Werner (2005); Der „gesicherte“ Tod. Zur diskursiven Ordnung des Lebensendes in der Moderne. IN: KNOBLAUCH, Hubert/ZINGERLE, Arnold (Hrsg.); *Thanatsoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*; Berlin (S. 55-81)

SCHNELL, R./HILL, P./ESSER, E. (1999); *Methoden der empirischen Sozialforschung*; München

SCHREINER, Peter (1996); *Im Mondschein öffnet sich der Lotus*; Düsseldorf

SCHROTT, Ernst/SCHACHINGER, Wolfgang (2005); *Handbuch Ayurveda. Grundlagen und Anwendungen: Die traditionelle indische Heilweise umfassend und praxisnah erklärt*; Stuttgart

SENGUPTA, Kaviraj Nagendra Nath (1998); *The ayurvedic system of medicine*; Delhi

SHARMA, Ajay Kumar (2010); *Psychotherapy (Sattvavayaja) in Ayurveda*; Varansi

SHATTUCK, Cybelle (2000); *Hinduismus*; Freiburg im Breisgau

SINH, Jee; *History of Ancient Medical Science*; 1997 New Delhi

SMART, Ninian (1989); *The World's Religions. Old Traditions and Modern Transformation*; Cambridge

SPITZER, Manfred (2012); *Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen*; München

STIETENCRON, Heinrich von (2001); *Der Hinduismus*; München

STRAUSS, Anselm L. (1994); *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*; München

STUDENT, Johann-Christoph/NAPIWOTZKY, Annedore (2007); *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*; Stuttgart

SUDBRACK, Josef (1969); Spiritualität. IN: *Sacramentum Mundi*, Bd. 4; Freiburg im Breisgau (S. 674-691)

TIRTHA, Swami Sadashiva (2007); *The Ayurveda Encyclopedia. Natural Secrets to Healing, Prevention & Longevity*; Bayville, NY

TOMER, Adrian/ELIASON, Grafton (2003); Theorien zur Erklärung von Einstellungen gegenüber Sterben und Tod. IN: WITTKOWSKY, Joachim (Hrsg.); *Sterben, Tod und Trauer*; Stuttgart (S. 33-51)

UTSCH, Michael/KLEIN, Constantin (2011); Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. IN: KLEIN, Constantin u.a. (Hrsg.); *Gesundheit - Religion - Spiritualität*; Weinheim und München (S. 25-46)

VATUK, Sylvia (1996); *The Art of Dying in Hindu India*. IN: SPIRO u.a. (Hrsg.); *Facing death*; Yale (S. 121-128)

VERMA, Vinod (1997); Āyurveda in Modern India. IN: GAUR, Banwari Lal/SHARMA, Satyanarayan (Hrsg.); *Researches in Ayurveda. Past and Present*; Jaipur (S. 129-138)

VERMA, Vinod (2012); *Demenz-Prävention. Aus der Tradition des Ayurveda*; München

VERMA, Vinod (2002); *Weshalb Pfeffer beim Sex hilft. Mit Ayurveda zu erfüllter Partnerschaft*; München

VERMA, Vinod (2012); *Ayurveda für den Hund. Behandlung und Ernährung nach der Ayurveda-Methode*; Reutlingen

VERMA, Vinod (2003); *Das Ayurveda Schönheitsbuch. Das indische Heilwissen über die Schönheit von Innen für Frauen und Männer*; München

WEBER, Tina (2010); Die Darstellung von Toten in den Medien unter dem Vorwurf der Pornografie. IN: GROSS, Dominik/SCHWEIKARDT, Christoph (Hrsg.); *Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen*; Frankfurt am Main (S. 141-152)

WEISS, Mitchell G. (1980); Caraka Saṃhitā on the Doctrine of Karma. IN: DONIGER O'FLAHERTY, Wendy (Hrsg.); *Karma and Rebirth in classical Indian Traditions*; Berkeley (S. 90-115)

WITTKOWSKI, Joachim (1990); *Psychologie des Todes*; Darmstadt

WOLZ-GOTTWALD, Eckhard (1991); *Heilung aus der Ganzheit. Ayurveda als Philosophie in der Praxis*; Gladenbach

WUJASTYK, Dagmar (2012); *Well-Mannered Medicine. Medical Ethics and Etiquette in Classical Ayurveda*; Oxford

WUJASTYK, Dominik (2003); *The Roots of Ayurveda. Selections from Sanskrit medical writings*; London

ZYSK, Kenneth Gregory (2001); *New Age Ayurveda or What Happens to Indian Medicine When it Comes to America*. IN: *Traditional South Asian Medicine*; Vol. 6 (S.10-26)

## 2.2 Webseiten

<http://www.ayurveda-portal.de/>; Zugriff: 4.5.2014

<http://www.ayurveda-journal.de/hefte/heft-40-ayurvedische-teekultur/>; Zugriff: 17.5.2014.

<http://www.woman.at/a/in-balance-ayurveda-339463>; Zugriff: 17.5.2014.

<http://typischich.at/home/gesundheit/Gesund/1325264/Gesund-mit-Ayurveda?from=suche.intern.portal>; Zugriff: 17.5.2014.

[http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/1261239/Ayurveda\\_Essen-was-die-Pferde-essen?from=suche.intern.portal](http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/1261239/Ayurveda_Essen-was-die-Pferde-essen?from=suche.intern.portal); Zugriff: 17.5.2014.

<http://science.orf.at/stories/1683367/>; Zugriff: 17.5.2014

<http://www.sanskrit-lexicon.uni-koeln.de/monier/>; Zugriff: 5.2.1015

<http://www.relax-guide.com/special-ayurveda>; Zugriff: 30.10.2014

<http://dict.leo.org>; Zugriff: 15.3.2015

<http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung?q=palliable&l=deen&in=&lf=de&cid=>; Zugriff: 15.3.2015

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>; Zugriff: 10.1.2016

<http://derstandard.at/1277338785553/Ayurveda-Voll-im-Oel-ganz-still-und-total-entspannt>; Zugriff: 10.9.2015

<http://derstandard.at/1308186650068/Wohlstandsglueck-Mangel-in-der-Seele-wird-zum-Mangel-im-Koerper>; Zugriff: 10.9.2015

[https://magazin.spiegel.de/digital/index\\_SP.html#SP/2015/36/138379386](https://magazin.spiegel.de/digital/index_SP.html#SP/2015/36/138379386).  
Zugriff: 10.9.2015

<http://www.suedasien.uni-halle.de/tsam/tsam.htm>; Zugriff: 9.5.2014

<http://uni-bielefeld.de/%28en%29/theologie/forschung/religionsforschung/forschung/streib/spiritualitaet/corpusanalysis.html>; Zugriff: 22.9.2015

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010098>; Zugriff: 20.2.2015

<http://www.ayurvedaservice.info/Ausbildung-DACH>; Zugriff: 13.10.2015

<http://www.jaim.in/>; Zugriff: 23.5.2014

<http://www.ayujournal.org/>; Zugriff: 23.5.2014

<http://ijapr.in/index.php/ijapr>; Zugriff: 14.12.2015

[http://www.painandpalliativecarethrissur.org/for\\_sitemap/centers\\_in\\_kerala\\_sm.htm](http://www.painandpalliativecarethrissur.org/for_sitemap/centers_in_kerala_sm.htm); Zugriff: 20.3.2015

<http://www.brustgenberatung.at/info/brca-1-brca-2-und-krebsentstehung-2/>; Zugriff: 15.10.2015.

<https://www.youtube.com/watch?v=8maRX-nzOYA>; Zugriff 8.10.2015

<http://www.welt.de/vermishtes/article3176175/Italienische-Komapatientin-Eluana-Englaro-ist-tot.html>; Zugriff 8.10.2015

<https://www.google.at/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=gomutra%20arka>; Zugriff: 8.4.2015

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html); Zugriff: 1.10.2015

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund.html>; Zugriff: 21.10.2015

<http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/richtlinieabgrenzungesoterik.pdf>; Zugriff: 27.10.2015

<http://62673.seu1.cleverreach.com/m/6301420/>; Zugriff: 27.10.2015

<http://www.nature.com/nature/journal/v509/n7499/full/nature13316.html>; Zugriff: 30.10.2015

<http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2015-02/masern-ausbruch-berlin-kleinkind-gestorben>; Zugriff: 2.11.2015

<http://www.spiegel.de/forum/gesundheit/infektionskrankheit-kleinkind-berlin-masern-gestorben-thread-243748-1.html>; Zugriff: 2.11.2015

<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/europa/70539/themengrafik-religionszugehoerigkeit>; Zugriff: 3.11.2015

<http://hpd.de/node/12867>; Zugriff: 3.11.2015

<http://www.tagesspiegel.de/berlin/65-jaehrige-vierlingsmutter-annegret-r-eins-der-fruehchen-wurde-operiert/11831204.html>; Zugriff: 4.11.2015

### **2.3 Filme**

UNGER, Mirjam (2014); *Meine Narbe – Ein Schnitt ins Leben*; NGF Geyrhalterfilm A

GUTSCHOW, Niels u. MICHEALS, Axel (2005); *Handling death. The dynamics of death and ancestor rituals among the Newals of Bhaktapur, Nepal*; Wiesbaden (DVD)

## Anhang

### 1 Interviewleitfaden Englisch

1. What was your motivation to become an āyurvedic doctor?
2. What is the difference between Āyurveda in Kerala and other parts in India?
3. Can you give me a brief definition of health? When is a person healthy and when is a person ill?
4. (Could it be that a person is physically ill but feels healthy and is mentally happy that you won't call her or him ill?)
5. How do you recognise that an illness is incurable?
6. Does this have any effect on the treatment? Means, is there a point where an āyurvedic doctor says "now it's useless, we stop the treatment"? Are dying people still patients?
7. Are there special methods of treatment for terminal ill persons? Like in special cases like nausea, fatigue, restlessness...
8. What is the goal? To ease the pain, to prolong the lifespan, improve life quality?
9. If a person is terminal ill do you tell her or him? If yes, why? If no, why not?
10. In which cases do you need or suggest allopathic treatment? Are there any?
11. From your point of view, what are your possibilities as an āyurvedic doctor? Like do you believe that every person has a given lifespan, a counted number of breath?
12. Does karma play a role?
13. Is there a question of guilt?
14. How important is spirituality in your praxis and in what way?
15. Who is taking care of dying people? Is there a tradition?
16. Do you know the concept of Palliative Care?

## 2 Interviewleitfaden Deutsch

1. Was hat Sie zum Āyurveda gebracht?
2. Haben Sie Āyurveda in verschiedenen Teilen Indiens kennen gelernt und wenn ja, konnten Sie einen Unterschied feststellen?
3. Können Sie mir eine Definition von Gesundheit geben? Wann ist ein Mensch gesund, wann krank?
4. (Kann es sein, dass ein Mensch zwar physisch krank ist, sich aber gesund fühlt und auf mentaler Ebene glücklich fühlt und so trotzdem als gesund betrachtet werden kann?)
5. Können Sie mit āyurvedischen Methoden erkennen ob eine Krankheit unheilbar ist? Woran?
6. Welchen Effekt hat das auf die Behandlung? Gibt es einen Punkt wo Sie sagen, dass jegliche Behandlung keinen Sinn mehr hat?
7. Welche Therapien empfehlen Sie bei PalliativepatientInnen? Z.B. bei Fatigue, Übelkeit, Unruhe, etc.
8. Was ist ihr Ziel bei solchen Behandlungen?
9. Finden Sie es wichtig Menschen darüber zu informieren, dass sie sterben werden? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
10. Finden Sie die Kombination von Schulmedizin und Āyurveda sinnvoll, bzw erzielen Sie gute Erfolge damit? Gibt es Fälle wo Sie nicht kombinieren würden?
11. Welche Möglichkeiten hat man als Arzt/Ärztin überhaupt? Glauben Sie an eine bestimmte, vorgegebene Lebenszeit? Prädestination? So wie in einigen indischen Systemen davon gesprochen wird, dass jeder Mensch eine bestimmte Anzahl an Atemzügen zur Verfügung hat.
12. Glauben Sie an Karma? Spielt das bei Krankheiten eine Rolle?
13. Gibt es eine Schuldfrage?
14. Wie wichtig ist Spiritualität in Ihrem Leben bzw. in Ihrer Praxis?
15. Sehen Sie in der Palliative Care eine Möglichkeit Āyurveda sinnvoll einzusetzen?

### **3 CD-Rom mit transkribierten Interviews**

Hinweis: Die ausgewählten Zitate in der Studie wurden teilweise zu Gunsten der besseren Lesbarkeit geringfügig verändert.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich

- die eingereichte wissenschaftliche Arbeit selbstständig verfasst und andere als die angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe,
- die während des Arbeitsvorganges von dritter Seite erfahrene Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, vollständig offengelegt habe,
- die Inhalte, die ich aus Werken Dritter oder eigenen Werken wortwörtlich oder sinngemäß übernommen habe, in geeigneter Form gekennzeichnet und den Ursprung der Information durch möglichst exakte Quellenangaben (z.B. in Fußnoten) ersichtlich gemacht habe,
- die Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland einer Prüfungsbehörde vorgelegt habe und
- zur Plagiatskontrolle eine digitale Version der Arbeit eingereicht habe, die mit der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine tatsächenswidrige Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

(Unterschrift)

(Ort, Datum)