

IX.

MICHAEL KLESSMANN

Heilsamer Glaube?!

Über den Zusammenhang von Religiosität, Seelsorge und Heilung.

I. Ausgangspunkt

Bis in die Gegenwart sind wir in den westlichen Gesellschaften bestimmt von der mit der Aufklärung einsetzenden Ausdifferenzierung der Systeme Medizin und Religion. Diese Ausdifferenzierung, man könnte auch sagen, die Loslösung der Medizin von der Vorherrschaft der Religion, hat einerseits enorme Leistungen und Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin ermöglicht, andererseits ging durch die immer weitergehenden Differenzierungen und Spezialisierungen der Medizin der Blick auf den „ganzen“ Menschen verloren. Darüber hinaus war es in Medizin und Psychologie im 20. Jahrhundert „common sense“, im Anschluss an die frühe psychoanalytische Religionskritik, eine religiöse Orientierung im Grunde als eine regressive, eher neurotische Angelegenheit zu betrachten, von der man sich als vernünftiger, wissenschaftsorientierter Erwachsener doch verabschiedet haben sollte.

Aber auch in der Theologie hat man im Lauf der Jahrhunderte den Zusammenhang von Leib und Seele, Heilung und Heil zunehmend aus dem Blick verloren. Heil war seit dem Hochmittelalter zum jenseitigen Seelenheil reduziert worden und die Frage nach dem Heilungsauftrag der Kirche geriet gegenüber dem Verkündigungsauftrag in Vergessenheit.

Wenn man sich diesen Hintergrund klar macht, weist die Themenstellung dieser Vorlesungsreihe auf einen erstaunlichen Wandel hin. Wir fragen wieder neu nach dem Zusammenhang von Religion und Medizin, von Heilung und Heil, von Glaube und Gesundheit. Ich nenne einige Faktoren, die zu diesem Wandel beigetragen haben:

- Die Ausdifferenzierung der Medizin in immer kleinere Funktionsbereiche hat bei den betroffenen Menschen verstärkt das Bedürfnis geweckt, als ganze Menschen mit einzigartigen Biographien und unverwechselbaren Lebensbedingungen gesehen und behandelt zu werden. Der „Boom“ alternativer Medizin ist als Antwort auf die immer weiter gehende Spezialisierung der Schulmedizin zu verstehen. Alternative Medizin ist tendenziell holistische Medizin, in der die Behandlung selbstverständlich in einen Beziehungskosmos eingebunden ist: Der Mensch mit einer organischen Störung kann nicht angemessen verstanden und behandelt werden, wenn man nicht seine Beziehungen zur Transzendenz, zur Umwelt, zu Mitmenschen und zu sich selbst berücksichtigt. Wenn das geschieht, kann Behandeln wieder zum Heilen werden.¹
- Die viel zitierte öffentliche Wiederkehr von Religion schließt eine neue Art von Akzeptanz auch von individueller Religiosität und Spiritualität ein. Wie immer man diese Wiederkehr von Religion beurteilt: Mit ihr ist die Frage nach der Bedeutung der Sinndimension, der religiösen Einstellung für andere Lebensbereiche in neuer Weise respektabel und sogar forschungswürdig geworden.
- Seit den späten 80er Jahren hat es denn auch vermehrt Forschungen über den Zusammenhang von Religion und Gesundheit gegeben, zunächst vor allem in den USA, dann auch in Europa. Wenn man, wie es die Psychosomatik schon lange tut, eine Wechselwirkung zwischen geistig-seelischen und körperlichen Prozessen unterstellt, ist natürlich auch die religiös-weltanschauliche Einstellung von Menschen von Belang im Blick auf Krankheit und Gesundheit. Die stellenweise überraschenden und z.T. widersprüchlichen Forschungsergebnisse haben auch Religionskritiker davon überzeugt, dass man dieses Thema zumindest nicht einfach ignorieren kann.
- Schließlich hat die im Bereich der Sozialwissenschaften verbreitete systemische Orientierung dazu beigetragen, dem Thema neue Reputation zu verleihen. Im systemischen Denken geht man davon aus, dass alles, was Bestandteil eines Systems ist, in diesem auch Wirkungen entfaltet. Religiöse Überzeugungen – Systemiker sprechen von Gotteskonstrukten – sind Bestandteile individueller, familiärer und sozialer

¹ J. MAYER-SCHEU / R. KAUTSKY (Hg.), Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Wien/Göttingen 1980.

Systeme und als solche in jedem Fall wirksam; allerdings kann diese Wirksamkeit sowohl konstruktiver als auch destruktiver Natur sein.²

Mit dieser veränderten Diskussionslage finden zwei Traditionsstränge wieder zusammen, die Jahrhunderte hindurch eng verbunden waren: Es gab wohl in allen frühen Kulturen eine Fülle von konkreten Heilungspraktiken (Versorgung von Wunden, kräuterkundliches Wissen, Massagetechniken etc.), sie waren jedoch immer eingebunden in einen religiösen Referenzrahmen, weil Krankheit natürlich auch als Störung einer umfassenden Lebens- und Heilsordnung galt. Heilung hieß lange Zeit hindurch nicht nur körperliche Restitution, sondern vorrangig Wiederherstellung des verloren gegangenen Gleichgewichts in der Beziehung zu Gott, zur Welt, zu den Mitmenschen, zu sich selbst. Jesus spricht dem Gichtbrüchigen zunächst die Vergebung der Sünden zu; seine Heilung ist dann gewissermaßen Folge und Ausdruck der Vergebung, also der wiederhergestellten Ordnung mit Gott. Heil (shalom), das Gott schenkt, wird vorwegnehmend und zeichenhaft in Heilungen erfahrbar. Die Thematisierung des Zusammenhangs von Religion und Gesundheit muss man also auch verstehen als Ausdruck der Bemühung, die Schattenseiten der Ausdifferenzierung von Medizin und Religion wieder zu überwinden.

Mein Interesse geht im Folgenden dahin, den interdisziplinären Charakter der Diskussion aufzugreifen und die wechselseitige Anschlussfähigkeit sozialwissenschaftlicher und theologischer Perspektiven in diesem Kontext darzustellen.

Zur Begrifflichkeit: Ich verwende den Begriff *Religion* für „ein Symbolsystem ..., das sich auf eine ‚andere Wirklichkeit‘ bezieht“³, ein System von Glaubensüberzeugungen, Werten, Traditionen und Ritualen, das in Form von Religionsgemeinschaften eine organisatorische Gestalt gefunden hat. *Religiosität oder Glaube* verstehe ich als persönlich-subjektive Innenseite derer, die einer Religionsgemeinschaft, einem Religionssystem angehören. *Spiritualität* ist der so verstandenen Religiosität verwandt, jedoch noch weniger an ein Religionssystem gebunden, noch stärker pluralisiert und damit in hohem Maß persönlichkeitspezifisch geprägt. Spiritualität zeichnet sich durch Erfahrungsbezogenheit aus, d.h. durch eine Denken, Fühlen und Handlungsmotivation anregende ganzheitliche Form des Erkennens, die sich auf eine das individuelle Ich übersteigende Wirklichkeit bezieht.

² Vgl. C. MORGENTHALER, *Systemische Seelsorge*, Stuttgart 1999, 76 ff.

³ H. HASENFRATZ, *Religion – was ist das?*, Freiburg 2002, 9.

II. Forschungsergebnisse

In den USA gibt es seit einigen Jahren erstaunliche Forschungsergebnisse über den Zusammenhang von Religion und Gesundheit: „Über 1200 amerikanische Studien belegen, dass zwischen körperlicher Gesundheit und einem persönlichen Glauben ein positiver statistischer Zusammenhang besteht, den man kausal interpretieren kann. Das heißt: wer glaubt, ist gesünder, verfügt über mehr Bewältigungsstrategien und genießt eine höhere Lebenszufriedenheit und sogar eine höhere Lebenserwartung.“⁴ Auch der Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Störung bzw. psychischer Erkrankung wird als eindeutig positiv beschrieben. Prominente amerikanische Forscher wie Harold Koenig oder Herbert Benson vertreten vollmundig die These „Religiosität geht durchweg mit besserer Gesundheit einher.“⁵ So ist es nicht verwunderlich, wenn auch die Zeitschrift „Psychologie heute“ auf den Trend aufspringt und 2005 ein Heft herausbringt unter der Überschrift „Glaube und Gesundheit. Warum Hoffnung heilen kann.“⁶ In diesem Artikel heißt es als Zusammenfassung einer großen Zahl von amerikanischen Studien zum Thema: „Religiöse Menschen sind weniger oft im Krankenhaus, haben einen niedrigeren Blutdruck und scheinen besser gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschützt zu sein.“⁷

Die Kritik an diesen Ergebnissen ist vielfältig:

- Der kulturelle Hintergrund amerikanischer Religiosität ist so grundlegend anders als der europäische, dass man solche Ergebnisse nicht einfach auf unseren westeuropäischen Kontext übertragen kann.
- Aus einer religionspsychologischen Forschungsperspektive wird oft darauf hingewiesen, dass die Konstrukte Religiosität und Gesundheit so schwer zu operationalisieren sind, weil sie hochgradig multifaktoriell zu verstehen sind, dass die Forschungsergebnisse häufig der Komplexität ihres Gegenstandes nicht gerecht werden.⁸ Beispielsweise wird in manchen Untersuchungen nicht einmal die von Gordon Allport eingeführte

⁴ S. EHM / M. UTSCH, Glaube und Gesundheit, in: Kann Glaube gesund machen? Spiritualität in der modernen Medizin, EZW-Texte 181, 7.

⁵ H. BENSON, Heilung durch Glauben, München 1997, 210. Ähnlich H.G. KOENIG, Is Religion Good for your Health?, New York/London 1997.

⁶ Psychologie Heute 32 (2005), H. 3.

⁷ Ebd., 21 f.

⁸ Vgl. M. SCHOWALTER / S. MURKEN, Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte, in: C. HENNING / S. MURKEN / E. NESTLER (Hg.), Einführung in die Religionspsychologie, Paderborn 2003, 138–162.

grundlegende Unterscheidung von extrinsischer und intrinsischer Religiosität nachvollzogen. Die offenkundige Ambivalenz von Religion kommt auf diese Weise gar nicht in den Blick.⁹

- Und schließlich wird aus theologischer Sicht die berechtigte Kritik vorgebracht, dass sich Glaube nicht funktionalisieren lässt. Jedes Kalkulieren mit den möglichen heilsamen Wirkungen des Glaubens hat ihn schon pervertiert. Glaube an Gott will nichts bewirken, sondern Gott die Ehre geben und den Menschen als Geschöpf des Schöpfers verorten – aber nicht, um damit irgendetwas zu erreichen.

Deutlich zurückhaltender fasst denn auch der deutsche Religionspsychologe Bernhard Grom die Debatte um den Zusammenhang von Religion und Gesundheit zusammen: „Fachleute stimmen weitgehend darin überein, dass Gottesdienstbesuch und positive Formen persönlicher Religiosität statistisch in einem positiven Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden und psychischer Gesundheit stehen. Diese Beziehung ist statistisch schwach bis moderat, aber signifikant und höchstwahrscheinlich auch kausaler Natur.“¹⁰

Die positive Wirkung, die eine religiöse Einstellung auf Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung ausübt, wird auf eine Reihe von Faktoren zurückgeführt, die als Hypothesen die Forschung leiten:¹¹

- Die *Verhaltenshypothese* geht davon aus, dass eine bestimmte Religionszugehörigkeit durch ihre Verhaltensvorschriften im Blick auf Ernährung oder Sexualität etc. unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann (z.B. das Alkohol- und Rauchverbot bei Mormonen oder Zeugen Jehovas).
- Die *Kohäsionshypothese* stellt den förderlichen Stellenwert von vertrauensvollen Beziehungen und einem unterstützenden Netzwerk in einer religiösen Gemeinschaft heraus; gerade in pietistischen Kreisen ist der soziale Zusammenhang oft sehr eng, allerdings ebenso die soziale Kontrolle. Soziale Unterstützung wird auch als Stresspuffer bezeichnet.¹²

⁹ Vgl. B. GROM, Religionspsychologie, München/Göttingen 1992, 374 ff.

¹⁰ DERS., Wie froh macht die Frohbotschaft? Religiosität, subjektives Wohlbefinden und psychische Gesundheit, in: WzM 54 (2002), 196–204, 199.

¹¹ Zum folgenden vgl. S. MURKEN, Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie?, in: G. M. Klinkhammer / S. Rink / T. Frick, Kritik an Religionen, Marburg 1997, 157 ff.

¹² Vgl. S. ALLWINN, Krankheitsbewältigung als individueller, interaktiver und sozialer Prozess, in: C. SCHNEIDER-HARPPRECHT / S. ALLWINN (Hg.), Psychosoziale Dienste und Seelsorge im Krankenhaus, Göttingen 2005, 17–104, 42.

- Die *Kohärenzhypothese* unterstellt, dass religiöse Erklärungen für kritische Lebensereignisse einen psychischen Gewinn darstellen, weil sich die Betroffenen nicht hilflos ausgeliefert fühlen, sondern die Ereignisse als sinnhaft verarbeiten können. Sinngebung, verstanden als kognitive Strukturierung einer unüberschaubaren Welt, ermöglicht Vertrauen und damit u.U. mehr Gelassenheit, was sich wiederum positiv auf Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung auswirken kann.
- Ganz ähnlich bezieht sich die *Copinghypothese* auf die verbesserte Fähigkeit, Krisensituationen bewältigen zu können: Glaube bietet Sicherheit und Geborgenheit; Gebet und Meditation als Formen, sich selbst und die eigenen Sorgen Gott anzuvertrauen, also sich loszulassen und sich darin geborgen zu fühlen, können in ähnlicher Weise Hoffnung und Gelassenheit aktivieren. Speziell im Blick auf Gebet und Meditation kann man sogar hirnelektrische Veränderungen feststellen, die Angst und Stress abbauen helfen und sie konstruktiv zu regulieren scheinen.¹³
- Die *Selbstwerthypothese* besagt, dass der Glaube, von Gott angenommen, gerechtfertigt und geliebt zu sein, das Selbstwertgefühl stärkt, was wiederum zu verbesserter Gesundheit beiträgt.
- Schließlich könnte man eine *Beziehungshypothese* formulieren: Man weiß, dass es bei Paaren positive Korrelationen zwischen einer positiv erlebten Beziehungsqualität und Gesundheit gibt.¹⁴ Zur guten Beziehungsqualität wiederum kann durchaus die spirituelle Ausrichtung eines Paares beitragen: Die Fähigkeit zur Hingabe ist nicht auf Sexualität begrenzt, sondern bezeichnet eine Lebenshaltung, die von Paartherapeuten in spirituell-mystischer Terminologie (Paar-Aura, dritter Leib etc.) beschrieben wird.¹⁵

So einleuchtend diese Hypothesen auf den ersten Blick erscheinen, auf den zweiten Blick müssen doch auch ihre Schattenseiten genannt werden. Wenn man Religion und Religiosität nicht nur funktional sieht, sondern auch einen substantiellen Religionsbegriff verwendet (also die Inhalte eines Religionssystems betrachtet), dann muss leider festgestellt werden, dass eine Fülle von negativen Korrelationen zwischen Religion und Verhalten zu konstatieren sind: z.B. besteht ein erschreckender Zusammenhang zwischen

¹³ Vgl. H. WALACH, Spiritualität als Ressource. Chancen und Probleme eines neues Forschungsfeldes, in: S. EHM / M. UTSCH, a.a.O. (Anm. 4) 17–40, speziell 27 ff.

¹⁴ Vgl. D. HEIN, Spiritualität in Partnerschaft, Stuttgart 2005, 166 f.

¹⁵ Ebd., 146 ff.

Religiosität und Vorurteil;¹⁶ darüber hinaus kann man in religiösen Gemeinschaften Ausgrenzung und Intoleranz gegenüber fremden Minderheiten, kognitive Rigidität und die Zunahme von negativen Emotionen wie Strafängste oder Selbstverurteilungen beobachten, so dass bestimmte Ausprägungen von Religiosität geradezu zu einem Risiko, einem Vulnerabilitätsfaktor werden können.¹⁷

III. Modelle der Zuordnung

Einzelne Erfahrungsberichte und die Vielzahl empirischer Untersuchungen müssen im Detail strittig bleiben, wenn es nicht gelingt, überzeugende Modellvorstellungen zu entwickeln, welche die Interdependenz von Glaube, Religiosität oder Spiritualität einerseits und Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung andererseits theoretisch rekonstruieren können. Zwei solcher Modelle will ich hier kurz vorstellen, das inzwischen weit bekannte, von Aaron Antonovsky entwickelte Modell der Salutogenese und das von Ronald Grossart-Maticek entworfene und in prospektiven Langzeitstudien validierte Konzept der Selbstregulation.

Antonovsky¹⁸ geht davon aus, dass jeder Mensch aus eigener Erfahrung weiß, dass Gesundheit und Krankheit keine sich gegenseitig ausschließenden Zustände bilden, sondern als ein flexibles Kontinuum miteinander verbunden sind. Was rückt Menschen auf diesem Kontinuum mehr in Richtung Gesundheit oder mehr in Richtung Krankheit? Das ist die zentrale Frage, auf die Antonovsky folgende Antwort entwickelt: Jeder Mensch wird ständig mit belastenden Lebens- und Umweltsituationen, sog. Stressoren, konfrontiert. Ob diese Stressoren krankmachende, neutrale oder sogar gesundmachende Folgen haben, hängt einerseits von der Stärke und Ausprägung der Stressoren, andererseits auch von den Widerstandsressourcen ab, die ein Mensch von seiner genetischen Ausstattung her mitbringt bzw. die ihm seine Umwelt mitgegeben hat: Körperliche Ressourcen (die Widerstandsfähigkeit des Immunsystems); psychische Ressourcen (psychische Stabilität

¹⁶ Vgl. B. KÜPPER / A. ZICK, Riskanter Glaube. Religiosität und Abwertung, in: W. HEITMEYER, Deutsche Zustände, Bd. 4, Frankfurt 2006, 179–188.

¹⁷ Vgl. G. KLOSINKSI (Hg.), Religion als Chance oder Risiko, Bern 1994; S. MURKEN, Gottesbeziehung und psychische Gesundheit, Münster/New York 1998. Murken weist als Zusammenfassung seiner Untersuchung darauf hin, dass die negative Korrelation zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit viel eindeutiger zu erheben ist als die positive!

¹⁸ Dazu H. WALLER, Gesundheitswissenschaft, Stuttgart/Berlin 21996, 17 ff.

und zugleich Flexibilität, verknüpft mit Intelligenz und Wissen); materielle Ressourcen (Arbeit, Wohnung, Einkommen), welche wichtige Ausgangsbedingungen für eine gesunde Lebensführung darstellen; psychosoziale Ressourcen (zwischenmenschliche Beziehungen, sozial eingebunden und vernetzt zu sein, die Möglichkeit zur Unterstützung, zu Austausch und Hilfe).

Die verschiedenen Ressourcen werden zusammengehalten und aktiviert von einer zentralen subjektiven Kompetenz, die Antonovsky den „Kohärenzsinn“ nennt. Kohärenz bezeichnet das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist.¹⁹ Der Kohärenzsinn beschreibt eine geistige Haltung, die sich so charakterisieren lässt:

Meine Welt ist im großen und ganzen verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen und insofern aushalten. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung des Lebens, vor allem angesichts von Problemen und Krisen, mobilisieren kann. (So nennt Antonovsky Hiob als Beispiel eines Menschen mit einem Kohärenzsinn, weil ihn, selbst in den schwersten Situationen, sein Vertrauen in die Gerechtigkeit Gottes trägt.)

Den Gegenpol zum Kohärenzsinn bildet der Zustand der Demoralisierung. Gerade von diesem negativen Gegenpol her wird das Konzept deutlich. So sagte mir einmal eine Patientin in einer Psychiatrischen Klinik: „Ich habe mein Leben noch nie im Griff gehabt; ich wusste noch nie, wo ich hingehöre.“

Bestandteil des Kohärenzsинns ist natürlich auch die Weltanschauung eines Menschen, die Lebensphilosophie, die Religiosität, der Glaube. Damit ist nicht die Religions- oder Konfessionszugehörigkeit angesprochen, sondern eine Lebensperspektive, die Verstand, Gefühle und Verhalten beeinflusst und prägt. Was damit gemeint ist, lässt sich an einer Reihe von Fragen verdeutlichen, die sich, meine ich, jedem Menschen irgendwann einmal oder auch wiederholt stellen: Wie begegnet mir die Wirklichkeit als ganze? Wie nehme ich das Leben wahr? Als launenhaftes Schicksal, dessen Unberechenbarkeit ich hilflos ausgeliefert bin, so dass ich nur mit Angst und Verunsicherung reagieren kann? Als unbarmherzige Rücksichtslosigkeit, vor der ich nur deprimiert resignieren kann? Als strenge Herausforderung, die mich zu höchsten Leistungen und Anstrengungen antreibt, der ich aber doch nie wirklich gerecht werde? Als letztlich liebevoll tragenden Grund, in den

¹⁹ A. ANTONOVSKY, *Health, Stress and Coping*, San Francisco 1979, 123 ff.

hinein ich mich vertrauensvoll bergen und loslassen kann? Als Ermutigung zur Selbst- und Fremdliebe?

Je nachdem, wie eine Lebenseinstellung aussieht: Sie beeinflusst den Kohärenzsinn und damit auch die Widerstandsressourcen im Blick auf Krankheit und Gesundheit.

Einen vergleichbaren Ansatz hat der Heidelberger Sozialmediziner Grossart-Maticsek mit dem Konzept der Selbstregulation entwickelt.²⁰ Grossart-Maticsek vertritt eine systemisch-interaktive Medizin, die davon ausgeht, dass alle genetisch-physiologischen Faktoren, die zu Krankheit oder Gesundheit beitragen, zusätzlich in hohem Maß durch emotional-kognitive Steuerungs- und Bewertungsmechanismen überlagert und geprägt werden. Dahinter steht ein Menschenbild, demzufolge der Mensch erscheint „als ein hoch komplexes, interaktives, sozio-psycho-biologisches System, das nach kompetenter Lust, Wohlbefinden, innerer und äußerer Sicherheit und Sinnerfüllung strebt. Er ist ein emotional-kognitives, aktiv gesteuertes, im eigenen Körper und der Umwelt permanent Bedingungen herstellendes, Bedürfnisse äußerndes und befriedigendes, sich selbst regulierendes und doch interaktiv abhängiges System.“²¹ Die Fähigkeit zur aktiven und flexiblen Selbstregulation geht vielen Menschen verloren, sei es durch frühe entmutigende Sozialisationserfahrungen, durch biographische Schockerlebnisse, durch bevormundende Strukturen der Arbeitswelt, durch eine hochspezialisierte Medizin, die den Einzelnen mit monokausalen Erklärungsansätzen zum Objekt ihrer Interventionen macht. Mit Hilfe eines von Grossart-Maticsek so genannten Autonomietrainings soll die Fähigkeit zur konstruktiven, bedürfnisorientierten und einer angemessenen Verhältnis von Nähe und Distanz herstellenden Selbstregulation wieder geschaffen bzw. gestärkt werden.

Bestandteil der Selbstregulation ist nach Grossart-Maticsek auch die erlebte Gott-Mensch-Beziehung. Der Autor unterstellt, dass jeder Mensch eine solche Beziehung habe (Gott verstanden als Quelle von Liebe, Kommunikation und hilfreicher Ordnung)²², sei sie nun zugewandter, ablehnender oder auch gleichgültiger Natur. In jedem Fall habe die erlebte Gott-Mensch-Beziehung Auswirkungen auf Motivation und Handeln, und damit indirekt auch auf Wohlbefinden und Gesundheit, weil sie, je nach Aus-

²⁰ R. GROSSART-MATICEK, *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit*, Berlin/New York 2003.

²¹ A.a.O., 30.

²² A.a.O., 22.

prägung, Liebe, Vertrauen und Hoffnung, oder Angst, das Gefühl von Fremdbestimmtheit und gehemmter Liebesfähigkeit vermittele.²³

Aus theologischer Sicht hat man an solchen Zuordnungsmodellen kritisiert, dass das Verhältnis von Religiosität und Gesundheit rein funktional gesehen, die Inhalts- und Wahrheitsfrage dabei ausgeklammert werde. Diese Beobachtung ist richtig, in ihrer Reichweite jedoch begrenzt. Denn es zeigt sich, dass z.B. auch in neutestamentlichen Heilungsgeschichten in einer nicht weiter qualifizierenden Weise von der heilenden Wirkung des Glaubens gesprochen wird: Dein Glaube hat dich gerettet, heißt es Mk 5,34 und an vielen anderen Stellen. Die Parallelstelle in Mt 9,22 interpretiert Ulrich Luz mit den Worten: „Glaube ist etwas Aktives, ein Wagnis unbegrenzten Vertrauens auf Jesus. Auf solche Wagnisse, wie zweideutig sie auch sein mögen, antwortet Jesus und spricht Gottes Hilfe zu ...“.²⁴ Im Hintergrund einer solchen Interpretation stehen zwei Deutungsperspektiven, die zusammengehören und einander ergänzen, aber zunächst zu unterscheiden sind: Auf der einen Seite wird die Wirksamkeit des Glaubens betont: Glaube als Vertrauensakt des Menschen auf Gott bzw. Jesus als den Wundertäter, als Inbegriff „menschlicher Grenzüberschreitung“²⁵, rettet, hilft, macht gesund. Das entspricht dem, was die Kohärenz- oder die Selbstregulationshypothese mit ihrer Begrifflichkeit in ähnlicher Weise sagen: Es werden Kräfte freigesetzt (kann man sie Selbstheilungskräfte nennen?)²⁶, die offenbar heilende Wirkungen entfalten. Auf der anderen Seite wird die Unverfügbarkeit eben dieses Geschehens hervorgehoben: In den Heilungsgeschichten stellt Jesus, der Wundertäter, den Glauben der hilfeschreitenden Person fest, spricht ihn zu. Damit ist klar: Die heilende Wirkung des Glaubens ist Gottes Werk; die Offenbarung des Heiligen setzt den Glauben und die Heilung gewissermaßen frei. Die Wirkung des Glaubens ist also nicht berechenbar und nicht einklagbar. Auf einer empirischen Ebene entspricht diese theologische Aussage der Tatsache, dass die heilende Wirkung von Religiosität und Glaube im konkreten Einzelfall niemals direkt und monokausal nachweisbar ist, insofern auch nicht etwas darstellt, mit dem Betroffene rechnen können,

²³ Vgl. a.a.O., 283 ff.

²⁴ U. LUZ, Das Evangelium nach Matthäus, 2. Teilband (Mt 8–17), EKK, Zürich/Neukirchen 1990, 53.

²⁵ So G. THEIßEN, Urchristliche Wundergeschichten, Gütersloh⁵ 1987, 142.

²⁶ Vgl. K. BERGER, Biblisches Christentum als Heilungsreligion, in: W.H. RITTER / B. WOLF (Hg.), Heilung – Energie – Geist. Heilung zwischen Wissenschaft, Religion und Geschäft, Göttingen 2005, 226–246, 230.

sondern immer nur nachträglich so gedeutet oder vom statistischen Mittel her wahrscheinlich gemacht werden kann.

Beide Deutungsebenen widersprechen sich nicht nur nicht, sie brauchen einander wechselseitig: Eine theologische Perspektive, die nicht wenigstens ansatzweise nach empirischen Realisierungsmöglichkeiten sucht, erscheint wenig glaubwürdig; umgekehrt tut es einer empirischen Perspektive, sei sie nun religionspsychologisch oder medizinisch-psychosomatisch ausgerichtet, gut, wenn sie den theologischen Vorbehalt von der Nichtverfügbarkeit der Heilung ernst nimmt und sich darin an ihre Grenzen erinnern lässt.

Wenn man den Zusammenhang von Religion und Gesundheit an Hand dieser (und anderer Modelle) nachvollzieht, welchen Beitrag kann Seelsorge zur Krankheitsbewältigung bzw. Heilung dann leisten?

IV. Der Beitrag der Seelsorge zur Heilung

„Über die Krankheit zu reden ist eine der wichtigsten Strategien, mit ihr fertig zu werden ... Sich äußern zu können ist eine Möglichkeit der Krankheitsbewältigung. Man kann umgekehrt sagen, dass Schweigen eine Art Krankheitsverdoppelung darstellt, eine Potenzierung des Leidens.“²⁷ Exemplarisch lässt sich das im Schmerzerleben ablesen: Stöhnen und Schreien schaffen erste Entlastung, solche Reaktionen durchbrechen die den Schmerz potentiell verstärkende, einengende Tendenz, sich zusammen nehmen zu müssen, und fordern zugleich Anteilnahme und Mit-Leiden der Umwelt ein. Im Reden über die Krankheit (wenn es ernsthaft ist und nicht stereotypes, Aufmerksamkeit heischendes Jammern) bleibt jemand nicht allein mit der Angst, die häufig Krankheitserfahrungen begleitet, ist den Krankheitsphantasien, die das Schlimmste heraufbeschwören, nicht völlig ausgeliefert. Innere Kräfte können mobilisiert werden, Einsamkeit wird zeitweise überwunden, begrenzte Solidarität erlebt. So sagt ein an Prostatakrebs erkrankter Mann: „Reden über die Krankheit hat bei meinen Freunden und Verwandten viel Teilnahme ausgelöst. Ich habe vielleicht erst dadurch erfahren, wie sehr ich von anderen geliebt werde. Das hat meine Lebensgeister mobilisiert und meine Zuwendung zur Welt intensiviert.“²⁸

²⁷ F. AKASHE-BÖHME / G. BÖHME, *Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen*, München 2005, 72 f.

²⁸ Zitiert ebd., 75.

Ein geeignetes Gegenüber ist im Gespräch über die Krankheit wichtig – die Konstruktion der Lebensgeschichte fällt je nach Gegenüber anders aus: Medizinisch-pflegerisches Personal verhält sich in der Regel emotional distanziert, ist vorrangig diagnostisch-therapeutisch interessiert. Freunde und Familienangehörige sind häufig zu stark selbst gefühlsmäßig involviert, es fällt ihnen dann u.U. schwer, Leiden mit auszuhalten, nicht abzulenken und auf oberflächliche Vertröstungen zurückzugreifen. Seelsorge kann hier ein hilfreiches Gegenüber sein aus mehreren Gründen: Seelsorge arbeitet absichtslos, zweckfrei! Während der Arzt vom Patienten gezielt Informationen zur Genese der Krankheit abfragt, kann die Seelsorgerin diesen Menschen in aller Freiheit zum Erzählen veranlassen oder schweigend bei ihm sitzen. Einerseits bringt Seelsorge genügend Distanz mit, andererseits ist sie gerade am subjektiven Erleben von Krankheit, an dem Zusammenhang von Biographie, sozialem Umfeld und Krankheit interessiert. Die Aufforderung zu erzählen, das eigene Leben oder bestimmte Abschnitte davon unter der Perspektive der durch die Krankheit veränderten Lebensumstände neu in den Blick zu nehmen, also „Rekonstruktion der Lebensgeschichte“²⁹ zu betreiben, wird von vielen kranken Menschen als wohltuend erlebt. Das Individuum fühlt sich gesehen und in seiner Einzigartigkeit gewürdigt, die Krankheitsgeschichte, die der Arzt erhebt, kann sich zur Krankengeschichte weiten, individuelle, soziale, auch religiöse Ressourcen können benannt werden, vielleicht erschließen sich neue Sinnzusammenhänge, geschieht Lebensdeutung. Das erklärt, warum kranke Menschen, auch die, die mit der Kirche sonst keine Verbindung haben, den Besuch eines Seelsorgers/einer Seelsorgerin in aller Regel gern annehmen.³⁰

Darüber hinaus steht ein seelsorgliches Gespräch – im Unterschied zu dem mit dem Arzt oder der Psychologin – in einem religiösen Horizont, auch wenn der explizit gar nicht zur Sprache kommt. Die Pfarrerin oder die Person vom kirchlichen Besuchsdienst bringen gewissermaßen Gott oder einen Transzendenzbezug mit, sie verweisen implizit, allein durch ihre Anwesenheit in der naturwissenschaftlich ausgerichteten Institution, auf die Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen, in der Krankheit erfahrenen Leiden und der Sehnsucht nach Heil und Erlösung, die jeder Mensch kennt und welche die Religionen in besonderer Weise thematisieren. (Sie tun das,

²⁹ A. GRÖZINGER, Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: WzM 38 (1986), 178–188.

³⁰ Vgl. W. BISKUPSKI, „Vielleicht macht es doch Sinn ...“ Seelsorge mit nicht kirchlich gebundenen Menschen, in: PrTh 40 (2005), 276–283.

auch wenn sie nicht „mit Gott wedeln“, wie es der Krankenhauseelsorger, Pfr. Dr. Beelitz, formuliert.³¹

Dabei hat Seelsorge natürlich keine fertigen Antworten parat. Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens beginnt mit einer Haltung mitfragender und mitaushaltender Solidarität im Prozess des Durcharbeitens: Unverständnis, Enttäuschung, Bitterkeit, Zorn und Zweifel im Blick auf Gott und die Menschen müssen Ausdruck finden dürfen, ehe es dem/der Betroffenen möglich wird, die Warum-Frage möglicherweise in eine Wozu-Frage umzuwandeln, auf neue Weise Vertrauen in den Grund des Lebens zu finden und damit zu einer veränderten Sicht der Krankheit zu kommen.

Hilfe zur Krankheitsbewältigung kann im seelsorglichen Kontext also Verschiedenes heißen: Krankheit als die je eigene anzunehmen, ihr einen Sinn abzurufen, aber auch ihre offenkundige Sinnlosigkeit auszuhalten (z.B. bei Krankheiten, welche die Persönlichkeit des Menschen zerstören, wie hirnorganische Krankheiten oder sehr schnell wachsende Krebserkrankungen), dagegen anzukämpfen statt zu resignieren, sich im Vertrauen auf Gott und in einer Glaubensgemeinschaft aufgehoben zu wissen. Sinnlos sollte nicht krampfhaft in Sinn umgebogen werden. Christlicher Glaube motiviert nicht in jedem Fall zur Annahme der Krankheit, sondern auch zum Protest dagegen, zu Klage und Anklage. „Nicht die Behauptung, dass alles letztlich und irgendwie schon in Ordnung ist, ist ein Trost ... Tröstlich ist dagegen die Befreiung, nicht länger lügen zu müssen, nichts länger beschönigen und verteidigen zu müssen. In Klage und Verzweiflung liegt mehr ehrliche Hoffnung als in Beteuerung von Sinn und Lebensgewissheit. Die Trauer hält die Treue zum Anderen, zum Besseren, zum Ende des Leidens, den die Affirmation des Daseins längst verraten hat. Nur wer klagt, hofft.“³² Texte aus den Psalmen oder aus dem Buch Hiob stellen eine überindividuelle Sprache zur Verfügung, in der Menschen sich wieder finden und ihr Leiden vor Gott zum Ausdruck bringen können. Gebete, Segen, Handauflegung, Abendmahl und Salbung geben dem Ringen mit Gott und seiner Zusage eine sinnlich erfahrbare Dimension. In Klage und Anklage vor Gott werden Betroffene (wieder) zu Subjekten ihrer Krankheit und reaktivieren eigene bzw. gemeinschaftliche Ressourcen.

³¹ Siehe S. 114 in diesem Band.

³² H. LUTHER, Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge, in: PrTh 33 (1998), 163–176, 170.

In dieser verkürzten Beschreibung von Seelsorge mit kranken Menschen klingt an, wo heilsame Faktoren auszumachen sind:

- Aus der Psychotherapieforschung wissen wir, dass die Qualität einer vertrauensvollen, tragfähigen Beziehung wesentlich zur Heilung beiträgt. Das gilt sicherlich auch für Seelsorge.³³ Wo sich jemand gut aufgehoben fühlt, kann er/sie mit relativer Gelassenheit die Zwiespältigkeit des eigenen Erlebens explorieren, Angst, Wut und Trauer Raum geben und nach dem, was in dieser Krisensituation tragend und sinnhaft erscheint, suchen.
- Das Besondere der Seelsorge (im Vergleich zur Psychotherapie) liegt in dem, was ich ihre Trostperspektive nenne: Absichtslos da sein, Zeit haben, Zuhören, mit aushalten, nichts verändern wollen und müssen, die rituellen Dimensionen des Glaubens zur Geltung bringen: Da öffnet sich ein Raum, in dem Menschen einmal nicht funktionalisiert, einmal nicht (wie sonst ständig in der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin) ziel- und lösungsorientiert behandelt werden, sondern sein dürfen, wie sie gerade sind.

Aus der Sicht der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie könnte man diese Vorgänge auch so deuten: In einem seelsorglichen Gespräch geschieht etwas von dem, was der Psychoanalytiker Donald Winnicott als „holding“ bezeichnet hat: Ein Kind muss sich grundlegend gehalten wissen, um frei und selbstständig werden zu können. Im physischen wie psychisch-symbolischen Gehaltenwerden im Kontext einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung werden Angst, Verzweiflung, Wut auch gehalten im Sinne von: sie werden begrenzt, weil ein anderer Mensch sie mit aushält. Dann können solche bedrohlichen Emotionen angeschaut, distanziert und reduziert werden. Etwas Ähnliches geschieht auch im Rahmen einer verlässlichen Beziehung in der Seelsorge. Die Art und Qualität der Beziehung kann dem anderen vermitteln: „Ich halte Sie aus, mit allem Belastenden, was Sie mitbringen; ich halte Ihre Angst und Scham, Ihre Verletzungen und Schmerzen mit aus. Ihre für Sie unerträglichen Gefühle und Spannungen kann ich eine kleine Zeit lang übernehmen und mit tragen (Wilfred Bion würde von *containing* sprechen), dadurch wird es Ihnen leichter, sie verändert auch wieder zurückzunehmen und als eigene anzuerkennen.“³⁴ Ich versuche

³³ Vgl. M. KLESSMANN, Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch, Neukirchen 2006, 467 ff.

³⁴ Vgl. T. AUCHTER, Das Halten und seine Bedeutung in der allgemeinen und der psychotherapeutischen Entwicklung, in: WzM 52 (2000), 464–476; R. A. LAZAR, W.R. Bions

das, nicht weil ich mich so stark fühle, sondern weil ich darauf vertraue, dass ich meinerseits von einem Größeren gehalten bin.“

Einige von diesen Punkten lassen sich an dem von Dr. Potenberg und Dr. Beelitz vorgetragenen Fallbeispiel wieder finden. Zunächst: Es begegnet uns hier die klassische Aufteilung zwischen Medizin und Seelsorge: Der Arzt ist für die diagnostisch-therapeutische, die naturwissenschaftliche Seite des Falles zuständig. Um diese Einseitigkeit zu kompensieren, soll ein Seelsorger hinzugezogen werden. Er soll außerdem helfen, weil die Beteiligten merken, dass der naturwissenschaftliche Handlungsansatz unrealistisch bzw. unwirksam wird; außerdem hat der Arzt schlicht nicht die notwendige Zeit, um intensiver mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. Alles das mag man vor allem aus Sicht einer psychosomatischen, ganzheitlichen Medizin bedauern, es spiegelt jedoch die Realität des modernen Krankenhauses und ist nicht dem einzelnen Arzt als Versäumnis anzulasten.

Der Seelsorger schildert den Patienten in einer Situation der äußeren und inneren Haltlosigkeit: Er lebt von seiner Frau getrennt, scheint auch sonst weitgehend isoliert zu sein, zumindest bekommt er fast keinen Besuch. Durch die plötzliche Krankheit ist sein Beruf, der ihm bisher Halt und Struktur gegeben hat, gefährdet. Er ist überwältigt von Ohnmachtsgefühlen, die er anscheinend kompensiert, indem er das weibliche Pflegepersonal mit seiner Männlichkeit provoziert. Seine Haltlosigkeit zeigt sich schon darin, dass er ständig die Themen wechselt, also selber keine Linie halten kann. In einer solchen Situation werden Faktoren bedeutungsvoll, die auf den ersten Blick recht unspektakulär erscheinen: Das aufmerksame und wiederholte Reden mit dem Seelsorger, die Kontinuität der seelsorglichen Beziehung, die Möglichkeit, Wut und Kummer zur Sprache zu bringen, sind alles Faktoren, welche die Qualität einer verlässlichen Beziehung ausmachen und etwas von dem „Halten“ bzw. „Gehaltenwerden“ zum Ausdruck bringen. Der Seelsorger schreibt: „Der Patient behielt bis zum Ende das Heft auch gegenüber dem behandelnden Arzt und der Ehefrau in der Hand.“ – vielleicht auch, so möchte ich nahe legen, weil er sich letztlich, repräsentiert durch die Präsenz des Seelsorgers, in einer größeren Hand gehalten wusste? Und weil er, nicht verbal, sondern durch das Verhalten der Ehefrau, so etwas wie Vergebung erfahren hat? Eine religiöse Dimension, eine Glaubensdimension spielt explizit keine Rolle, und doch scheint sie unausgesprochen den Horizont der Gespräche gebildet zu haben. Das wird darin deutlich, dass die Be-

Modell „container – contained“ als eine psychoanalytische Leitidee in der Supervision, in: H. PÜHL (Hg.), Handbuch der Supervision 2., Berlin 1994, 380–401.

teiligten in den Ostergottesdienst kommen, also sehr wohl den Seelsorger, auch wenn der nicht religiös auftritt, vor einem solchen Hintergrund wahrnehmen. „Es ist eigentlich nicht viel gewesen, was ich gemacht habe“ resümiert der Seelsorger; und doch offenbar etwas, was zum Heil- und Ganzwerden im Sterben des Mannes beigetragen hat.

Dietrich Ritschl unterscheidet vier Weisen der Heilung:³⁵ Heilung als Selbstheilung, als Reparatur, als Akzeptieren von Begrenzung und als Neuwerten von Beziehungen. Man kann den vorgestellten Fall auch von dieser Perspektive her deuten. Die vierte Weise der Heilung könnte bei Herrn R. stattgefunden haben: Die Beziehung zu seiner Ehefrau, die Beziehung zu sich selbst und evtl. auch zu Gott scheint sich bei ihm an seinem Lebensende verändert zu haben.

V. Glaube zwischen Heilung und Heil

Das Adjektiv „heilsam“ in der Überschrift meines Vortrags bezeichnet sowohl die Dimension der körperlichen Heilung als auch die des umfassenden Heils. Wie verhalten sich beide Dimensionen zueinander im Kontext *gegenwärtiger* Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen?

Spätestens seit Augustin ist die Vorstellung des Heils zunehmend vergeistigt und verjenseitigt worden. Heil gab und gibt es für viele in der Kirche nur als transzendentes Seelenheil. Vor diesem Hintergrund sind die Bemühungen vor allem im ökumenischen Kontext verständlich, für den Begriff des Heils eine umfassende Bedeutung wiederzugewinnen, also die Heilung menschlichen Leidens und menschlicher Not sowie die Überwindung struktureller Ungerechtigkeiten einzuschließen. Diese Zielsetzung ist einerseits sinnvoll und weiterführend, andererseits steht sie unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen in der westlichen Hemisphäre durchaus in der Gefahr, falsche Vorstellungen und Identifikationen zu fördern.

Wir leben in einer Zeit, in der Gesundheit zu einem der höchsten Werte und Ziele geworden ist. Der Mediziner und Theologe Manfred Lütz schreibt sarkastisch: „Wenn heute überhaupt etwas auf dem Altar steht, angebetet und mit allerhand schweißtreibenden Sühneopfern bedacht wird, so ist es die Gesundheit.“³⁶ Und Elisabeth Beck-Gernsheim formuliert: „Das Heil ist

³⁵ D. RITSCHL, Heilung auf verschiedene Weisen?, in: ThPr 24 (1989), 28–34.

³⁶ Zitiert nach W.H. RITTER, Heilung, Energie, Geist als wissenschaftliche Herausforderung, in: DERS. / B. WOLF; a.a.O. (Anm. 26), 15–30, 16.

entthront worden, an seine Stellung ist die Heilung getreten.³⁷ Da Gesundheit zur irdischen Heilserwartung geworden ist, geraten Krankheit und Behinderung zur Verkörperung des Unheils, das dann schnell als „lebensunwert“ disqualifiziert wird, und zu einem entsprechenden Ausschluss aus der öffentlichen Kommunikation führt. Gesundheit ist nicht mehr, wie es Karl Barth einmal geschrieben hat, „Kraft zum Menschsein“,³⁸ also ein mögliches Mittel zu einem höheren Zweck, sondern letzter Zweck, letzter Wert in sich. Angesichts dieser Situation wird plötzlich die Unterscheidung von Heil und Heilung auf neue Weise relevant.

Heil, so möchte ich übersetzen, bedeutet die Erfahrung oder vielleicht eher die Ahnung, voraussetzungslos geliebt, gewollt und getragen zu sein, inmitten und trotz aller Widerfahrnisse, die dem zu widersprechen scheinen. Heil bedeutet, dass Leben nicht vollendet, sinnvoll und abgerundet wird aus sich selbst, aus der eigenen Lebensleistung heraus, sondern dass die Erfüllung des Lebens – ohne Vorbedingungen – von außen zugesprochen wird. Die Bedingung der Möglichkeit des Heils ist nicht an Heilung, Gesundheit, Fitness, körperliches und psychisches Wohlbefinden gebunden. Jedem Menschen, sei er krank oder gesund, behindert oder nicht behindert, gilt die Heilzusage Gottes. Glaube kann man dann verstehen als die Fähigkeit oder die Kraft, die Spannung zwischen dem augenfälligen gegenwärtigen Unheil und dem verheißenen Heil auszuhalten, darüber nicht zu verzweifeln, sondern auf die Treue Gottes zu vertrauen.³⁹ Ein solcher vertrauensvoller Glaube, im Angesicht und trotz dessen, was tagtäglich dagegen spricht, kann heilsame, entlastende Wirkungen frei setzen und insofern hilfreich sein, um mit Krankheit zu leben und Gesundheit zu fördern. Mit dieser Perspektive werden Heilung und Gesundheit relativiert. Sie gehören zu den vorletzten und nicht zu den letztgültigen Gütern des Lebens. Die Funktion des Glaubens besteht dann auch darin, die Unterscheidung zwischen Gott und Mensch, Transzendenz und Immanenz, Heil und Heilung festzuhalten. Die Frage, was Glaube/Religiosität und Seelsorge zur Heilung, zur Gesundheit beitragen können, wird dadurch nicht überflüssig, aber ihr wird ein relativer Ort zugewiesen.

³⁷ E. BECK-GERNSHEIM, Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie, in: U. BECK / DIES. (Hg.), *Risikante Freiheiten*, Frankfurt 1994, 316–335, 319.

³⁸ K. BARTH, *KD III/4*, Zollikon-Zürich 1951, 406.

³⁹ Vgl. U. EIBACH, Glaube, Krankenheilung und Heil, in: *Evang.Theol.* 66 (2006), 297–316, 301.

Ritschl hat in diesem Zusammenhang die Metaphern „Athen“ und „Jerusalem“ vorgeschlagen⁴⁰: Athen repräsentiert das Ideal der Griechen, den schönen, kräftigen, sportlichen, jungen Mann; Jerusalem dagegen verweist auf den gebrochenen, leidenden und gekreuzigten Jesus von Nazareth. Mit der Metapher Jerusalem geht ein anderer Gesundheitsbegriff einher: nicht der vollmundige der WHO, wonach jeder Mensch einen Anspruch auf Gesundheit hat, sondern einer, der Gesundheit als die Fähigkeit bezeichnet, auch Erfahrungen von Schmerz, Krankheit und Gebrechlichkeit allein oder mit Hilfe anderer zu bewältigen. Christlicher Glaube kann Wesentliches zu einer so verstandenen Gesundheit beitragen.⁴¹ Damit ändert sich der anfangs eingenommene Blickwinkel um 180 Grad: Wir lassen uns nicht einen Gesundheitsbegriff vorgeben und fragen nach dem Beitrag von Religiosität und Glaube, um diesen Zustand zu erreichen. Umgekehrt: Wir entwickeln auf der Basis der christlichen Tradition ein Menschenbild⁴², von dem her Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit – in kritischer Auseinandersetzung mit gegenwärtigen Vorstellungen von Gesundheit und *wellness* – zu entwerfen sind. Das Moment der Passivität und Rezeptivität, der Bedürftigkeit und Angewiesenheit, der Annahme des Fragmentarischen als Bestandteile gerade auch des gesunden Menschen muss darin eine große Rolle spielen. Wahrscheinlich wäre der Zusammenhang zwischen dem christlichen Glauben und einer so verstandenen Gesundheit kaum empirisch zu überprüfen und doch könnte sein Beitrag zur Humanisierung des Gesundheitswesens beträchtlich sein.

Abstract

Empirische Forschungen legen eine positive Korrelation von individueller Religiosität und Prozessen der Gesundung bzw. Krankheitsbewältigung nahe. Die Modelle der Salutogenese (Antonovsky) bzw. der Selbstregulation (Grossart-Maticek) lassen diesen Zusammenhang nachvollziehbar erscheinen, wenngleich die Ambivalenz von Religion dabei zu wenig berücksichtigt

⁴⁰ D. RITSCHL, *Gesundheit: Gnade oder Rechtsanspruch*, in: DERS., *Konzepte. Ökumene, Medizin, Ethik*, München 1986, 266–271.

⁴¹ Ich denke hier an Gesundheitsbegriffe, wie sie Fritz Hartman oder Ivan Illich entworfen haben. Vgl. dazu M. KLESSMANN, *Die Suche nach Sinn in der Krankheit*, in: *Praktische Theologie* 30 (1995), 158–169.

⁴² Vgl. DERS., *Was ist der Mensch – in Krankheit und Gesundheit? Anthropologische Ansätze verschiedener Krankheits- und Gesundheitsverständnisse*, in: *WzM* 51 (1999), 396–410.

wird. Seelsorge als Angebot zur Lebensdeutung kann einen sinnvollen Beitrag zur Krankheitsverarbeitung leisten. Gleichzeitig widerspricht die christliche Tradition jeder Funktionalisierung des Glaubens, unterscheidet statt dessen den gesellschaftlichen Stellenwert von Gesundheit von dem, was Heil bedeutet, und gewinnt von daher eine kritische Perspektive auf den gegenwärtigen Gesundheitsdiskurs.

Empirical research suggests a positive correlation between individual religiosity and processes of healing resp. of coping with illness. The models of salutogenesis (Antonovsky) or self-regulation (Grossarth-Maticsek) explain this correlation in a coherent way, even though the ambivalence of religion is not sufficiently taken into account. Pastoral care offering interpretation of life makes a meaningful contribution to processes of coping with illness. However Christian tradition contradicts a functionalisation of faith, it rather distinguishes health from salvation: In this way it gains a critical position over against the present day health discourse.