

4.4 Seelsorge im Krankheitsfall

von Michael Klessmann

1. KRANKHEIT UND GESUNDHEIT

Krankheit gehört zu den grundlegenden Widerfahrnissen in jedem menschlichen Leben; sie trifft Menschen in den meisten Fällen unvorhergesehen und ohne deren Zutun. Krankheit wird von den Betroffenen erlebt als Grenzerfahrung, in der das bisher als völlig fraglos und dauerhaft angenommene Fundament des alltäglichen Lebens, eben die Gesundheit, ins Wanken gerät. Eingeschränkte leibliche und/oder seelische Funktionsfähigkeit, Schwäche, Schmerzen, ein mehr oder weniger akuter Mangel an Lebensenergie, Bedrohung der Integrität, Identität und Autonomie, u. U. auch soziale Isolation und Ausgrenzung – die Betroffenen deuten solche Symptome als Zeichen von Krankheit. Neben relativ klar identifizierbaren körperlichen Störungen sind beim Krankheitspektrum auch seelische Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, Suchtkrankheiten, Depressionen, Sinnkrisen, die als Spiegel krankmachender Lebensbedingungen in der gegenwärtigen Gesellschaft gelten können.

Der Diffusität in der Beschreibung des Phänomens Krankheit entspricht eine noch größere Unklarheit in der Definition dessen, was unter Gesundheit zu verstehen ist. Aus volkstümlicher Sicht bedeutet Gesundheit zunächst einfach die Abwesenheit von Störungen und Beeinträchtigungen, positiv gewendet, die Fähigkeit, das Leben (was die körperlichen und seelischen Voraussetzungen angeht) im Großen und Ganzen selbstbestimmt und selbständig meistern zu können. Vollständige Gesundheit gibt es nicht, kleinere und vorübergehende Einschränkungen (wie Schnupfen oder leichte Kopfschmerzen) gelten durchaus als normale Bestandteile von Gesundheit. Krankheit und Gesundheit stellen keine einander ausschließenden Zustände dar, es handelt sich um fließend ineinander übergehende Prozesse. Krankheit ist ein Teil des Lebens – und Leben schließt auch die Fähigkeit ein, mit Krankheit und Einschränkungen zurechtzukommen.

Bei der Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit ist zu berücksichtigen, dass die Phänomene unterschiedlich in Erscheinung treten, je nachdem ob sie aus der Sicht der Kranken selbst oder aus der Sicht der Medizin und ihrer ärztlich-pflegerischen Vertreter oder aus der Sicht der Gesellschaft betrachtet werden.¹

1 Vgl. Johannes Siegrist: *Medizinische Soziologie*, München/Wien 1995, 199 ff.; Karl E. Rotschuh: *Der Krankheitsbegriff*, in: ders. (Hg.): *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*, Darmstadt 1975, 397–420.

Für die Kranken steht das unmittelbare, durch und durch subjektive Erleben von Schwäche, Beeinträchtigung, Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit im Vordergrund; man erlebt plötzlich die eigene Hinfalligkeit und Gebrechlichkeit und erfährt das Leben als Last. Gesellschaftliche Statusmerkmale (berufliche Rolle, Ansehen, Einkommen etc.) treten während einer Krankheit in den Hintergrund. Kranke leiden meistens unter der Krankheit, wenngleich ein sog. »sekundärer Krankheitsgewinn« (in Form erfahrener Fürsorge und erlaubter Ruhezeit etc.) durchaus auch eine positive Rolle spielen kann. Leiden wird sehr unterschiedlich empfunden, abhängig von der Persönlichkeitsstruktur sowie den geltenden familiären und gesellschaftlichen Regeln und Normen. Kranke sind in der Regel behandlungs- und pflegebedürftig: Familie und Freundschaft werden als Erste dafür in Anspruch genommen. Krank ist man also nie allein; das jeweilige System, in dem man lebt, ist immer mit betroffen.

Wenn private Hilfeleistung nicht mehr ausreicht, sind die Einrichtungen des Medizinsystems gefragt, vor allem Ärzte und Pflegekräfte. Diese Fachkräfte, die in der Regel von der Gesellschaft approbiert sind, betrachten Krankheit distanzierter, versuchen ihr Erscheinungsbild zu kategorisieren und diagnostizieren, suchen nach Ursachen, um dann Maßnahmen zur Heilung oder Linderung einzuleiten. Die häufig von Patienten beklagte emotionale Distanz des ärztlichen und pflegerischen Personals ist mindestens z. T. systembedingt und durchaus nicht immer den Einzelnen anzulasten. Eine Gesellschaft schließlich stellt die Normen und Regeln zur Verfügung, innerhalb derer sich Erleben und Behandlung von Krankheiten vollzieht. Eine Gesellschaft mit ihrem Symbolsystem definiert Krankheiten (z. B. anhand des Kriteriums Arbeitsunfähigkeit) und die damit verbundenen Wertvorstellungen, legt fest, wer mit welchen Qualifikationen berechtigt ist, helfend und heilend tätig zu sein. Sie sorgt dafür, dass entsprechende institutionelle und ökonomische Ressourcen zur Bekämpfung oder Linderung von Krankheit bereitgestellt werden.

Im Rahmen verschiedener Gesellschaften und historischer Epochen bilden sich unterschiedliche Krankheits- bzw. Gesundheitsmodelle aus, die für die Wahrnehmung und Behandlung von Krankheiten eine wichtige Rolle spielen: In archaischen Gesellschaften wird Krankheit häufig auf die Einwirkung von Geistern, Dämonen und Gottheiten zurückgeführt: Kranke haben durch ihr Verhalten die vorgegebene Ordnung des Lebens gestört und damit Schuld auf sich geladen; dafür werden sie durch Krankheit bestraft. Krankenbehandlung besteht vorwiegend in der Durchführung ritueller Maßnahmen, die der Wiedereingliederung in die gottgegebene Ordnung dienen. Die hippokratische Medizin des antiken Griechenlands nimmt natürliche Ursachen für Krankheit an, nämlich eine Störung im physiologischen Grundgleichgewicht des Körpers, ein Ungleichgewicht zwischen den Körpersäften. Heilung ist möglich, indem der Arzt die von Gott gegebene Ordnung mit natürlichen Mitteln wieder

herzustellen sucht. Diese rational-empirische Medizin der griechischen Antike wird in der Alten Kirche und im Mittelalter einerseits rezipiert, andererseits immer wieder beargwöhnt und eingegrenzt. Mit der kartesischen Unterscheidung von *res cogitans* und *res extensa* entsteht ein Bild des Körpers als Gliedermaschine, eine objektivierende Vorstellung, die bis heute Grundlage der sog. Schulmedizin bildet: Die Ursache von Krankheit wird in immer kleineren Teilen des Körpers gesucht, die Analyse und Therapie von einzelnen Organen und Zellen tritt in den Vordergrund.²

Dieser naturwissenschaftliche Ansatz erzielt große Heilungserfolge, allerdings um den Preis einer Trennung von Krankheit und Person; Lebensumstände, soziale und berufliche Bedingungen werden in der Diagnostik nur marginal berücksichtigt. Psychosomatische Krankheitsvorstellungen suchen diese Einseitigkeit zu korrigieren, indem sie dem Menschen als Subjekt der Krankheit wieder ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken und Wechselwirkungen von Leib und Seele sowie Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Bedingungen, Lebensführung und Krankheitsentstehung bzw. -ausprägung postulieren. Seelisches kann sich in Körpersprache ausdrücken wie auch umgekehrt körperliche Vorgänge in psychischen Symptomen Ausdruck finden können. In jedem Fall geht es nicht nur um die Diagnose körperlicher Mängel, sondern zugleich um ein Verstehen leib-seelisch-sozialer Zusammenhänge: Warum bildet sich gerade hier eine Krankheit aus? Warum tritt sie gerade jetzt auf?³ Auch das Stresskonzept spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle: Krankheit kann verstanden werden als unspezifische Reaktion auf eine Fülle von Stressoren im gesellschaftlichen Alltag, im Beruf, im Privatleben.⁴

Die Einseitigkeit der naturwissenschaftlichen Medizin hat auch eine Vielzahl von alternativen, z. T. aus Asien importierten Heilmethoden auch im Westen populär werden lassen; auf Leib und Seele bezogene, auch als spirituell apostrophierte Heilverfahren finden große Nachfrage, weil viele Menschen angesichts häufiger Fragmentierungserfahrungen in der post-modernen Gesellschaft »ganzheitliche« Behandlung und Heilung suchen.

Systemische Gesundheitsmodelle greifen den Gedanken der Einbindung des Individuums in soziale Systeme sowie das Konzept eines biopsychosozialen Gleichgewichts auf, so dass Krankheit nicht mehr als

2 Ein Vorreiter dieser Entwicklung im 19. Jahrhundert ist Rudolf Virchow. Vgl. ders.: Über die heutige Stellung der Pathologie, in: Karl Rotschuh, a. a. O. (s. Anm. 1), 72–91.

3 Vgl. Michael von Rad: Krankheit als psychosomatisches Problem, in: ders. (Hg.): Anthropologie als Thema von psychosomatischer Medizin und Theologie, Stuttgart/Berlin 1974, 9–45.

4 Vgl. Edgar Heim/Jürg Willi: Psychosoziale Medizin Bd. 2, Berlin/Heidelberg 1986, 343 ff. In den Zusammenhang des Stress-Konzepts gehört die sog. Life-event-Forschung, die die psychosoziale Belastung verschiedener kritischer Lebensereignisse untersucht. A. a. O., 356 f.

Gegenpol zu Gesundheit verstanden wird: »Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrecht erhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglichen, so dass er sagen kann: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben.«⁵

Eine solche Definition wendet sich gegen gesellschaftliche und individuelle Tendenzen, die Gesundheit zum »höchsten Gut«, zum letztgültigen Wert zu deklarieren. Der Wert der Gesundheit kann und darf nicht die Regeln für eine gute Gesellschaft und für »gelingendes Leben« vorgeben.⁶ Gesundheit ist nicht ein letzter Wert an sich, sondern, wie Karl Barth formuliert hat, »Kraft zum Menschsein«⁷, also Grundlage und Mittel für ein Leben nach sozialen und ethischen Maßstäben. Der gegenwärtige Gesundheitsdiskurs droht jedoch die ethischen oder auch transzendentalen Bezugspunkte für die Vorstellung von einem guten Leben biologisch aufzulösen. Gesundheit als Ideal, das es durch individuelle Leistung und Selbstverwirklichung (Joggen, Fitness, Wellness, Ernährung, Spiritualität etc.) zu erreichen gilt, wird zum Ausdruck des Lebens selbst, verliert seine partielle Bedeutung als etwas *im* Leben. Krankheit und Behinderung gelten dann als Infragestellung des Lebens überhaupt; Leben mit Krankheit oder Behinderung erscheint vielen als unwertes Leben.

Diese Tendenz spiegelt sich auch im gesellschaftlichen Umgang mit dem seit dem ausgehenden 20. Jahrhundert sich rapide verändernden »Krankheitspanorama«.⁸ Akute Krankheiten können auf Grund des medizinischen Fortschritts in erstaunlich hohem Maß geheilt bzw. gelindert werden. Dafür steigt die Zahl der chronisch kranken Menschen an, zum einen die Zahl derer, die beispielsweise nach einer Krebsoperation oder einem Herzinfarkt noch eine hohe Lebenserwartung haben, sich aber u. U. mit deutlichen Einschränkungen ihrer Lebensqualität arrangieren müssen, zum anderen auch die Zahl der schwer Pflegebedürftigen, die eine Intensiv- und Hochleistungsmedizin länger am Leben hält, als es die Betroffenen selber oft wünschen. Am Beispiel der chronischen Krankheiten wird deutlich, wie sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Krankheitsverständnis vollzogen hat: Krankheit gilt nicht mehr als mehr oder weniger demütig hinzunehmende Fügung des Schicksals, sondern wird zunehmend als aktiv zu bewältigende Aufgabe gesehen. Die Coping-Forschung hat gezeigt, dass eine aktiv-optimistische, selbstbewusste

5 Fritz Hartmann: Krank oder bedingt gesund? In: MMG 11 (1986) (Medizin, Mensch, Gesellschaft), 172.

6 Vgl. Jost Bauch: Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion, Konstanz 2004, 1 ff.; Gunda Schneider-Flume: Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens, Göttingen/Zürich 2002, 82 ff.

7 Karl Barth: KD III/4, 406.

8 Vgl. Heinrich Schipperges: Homo patiens, München/Zürich 1985, 291 ff.

Haltung gegenüber der Krankheit die besten Ergebnisse hervorbringt – gemessen an wichtigen Gesundheitsindikatoren.⁹

Was hier empirisch erhoben wird, wandelt sich unter der Hand zur Norm: Aktives, vernünftiges Krankheitsmanagement wird erwartet. »Normative Orientierungspunkte sind danach z. B. die Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten und die Aufwertung ihrer Perspektive und Beurteilung, die Verbesserung ihres Informationsstandes, ihrer Selbstwahrnehmung und Informiertheit, die Betonung von Integration und Partizipation, ... die Förderung von Autonomie und unabhängigem Leben«¹⁰. So wünschenswert diese Ziele einerseits sind, muss andererseits doch im Blick bleiben, dass davon vor allem Angehörige der Mittelschicht profitieren. Vor allem aber drängt die Einseitigkeit des dahinter stehenden Bildes von einem guten Leben die Erfahrungen von Passivität, Leiden, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit völlig an den Rand. »Passivität und Leid sind unmodern, es geht um Fitness auch im Angesicht des Todes.«¹¹ Die periodisch immer wieder aufflackernde Diskussion um aktive Sterbehilfe und Euthanasie muss als Kehrseite einer überzogenen Gesundheitsideologie gesehen werden. Die Humanität einer Gesellschaft zeigt sich jedoch nicht an den Fortschritten in der Therapie von Krankheiten, sondern im Umgang mit den Schwachen, den unheilbar Kranken und den pflegebedürftigen Menschen.

Seelsorge im Krankheitsfall muss sich mit solchen gesellschaftlichen Tendenzen im Verständnis von Krankheit und Gesundheit auseinander setzen und Deutungsperspektiven aus der christlichen Tradition (s. u. 2 und 5) kritisch ins Spiel bringen.

2. KRANKENSEELSORGE – BIBLISCHE URSPRÜNGE¹²

Krankheit ist für die Menschen der Antike Quelle großer Angst. Angesichts geringer Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten ist jede Krankheit »Vorbote des Todes« (vgl. 2 Kön 4,18–20; Hi 33,19–22), der die Glaubenden in tiefe Anfechtungen stürzt (z. B. Ps 73).¹³ Bei manchen Klagepsalmen darf man das Leiden an einer Krankheit als Auslöser für die Klage annehmen, z. B. Ps 38 oder 88.

Dabei bildet der Tun-Ergehens-Zusammenhang den Deutungshorizont (z. B. Ps 7,16 f.): Auch wenn letztlich der Sinn des Leidens geheimnisvoll bleibt, gilt Krankheit doch häufig als strafende Folge einer Verfehlung, als göttliche Zucht, Heilung und Gesundung dagegen als Zeichen göttlicher Vergebung, durch die das Gemeinschaftsverhältnis wieder

9 Manfred Zaumseil: Ein neues Verständnis von Chronischer Krankheit? In: Anja Hermann u. a. (Hg.): Chronische Krankheit als Aufgabe, Tübingen 2000, 7 ff.

10 A. a. O., 8.

11 A. a. O., 17.

12 Vgl. zum folgenden Michael Klessmann: Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge, in: ders. (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 2001, 40–48; Michael Klessmann: Art. Krankheit, TRE Bd. 19, 675 ff.

13 Vgl. Gerhard Gerstenberger/Wolfgang Schrage: Leiden, Stuttgart/Berlin 1977, 29 ff.

hergestellt ist: Gott wird als der wahre Arzt gesehen (Ex 15,26), von dem ein Kranker mit Sündenbekenntnis und Gebet Heilung erlebt (z. B. Ps 32,1–5). Neben den rituell-liturgischen Umgang mit Krankheit tritt auch ein gewissermaßen seelsorglicher: Es gilt als selbstverständlich, dass man Kranke besucht, vgl. 2 Kön 8,29 u. ö. Im Buch Hiob wird diese Sitte besonders eindrücklich dargestellt: Die Freunde Hiobs besuchen den Kranken und versuchen, ihn mit ihrer Gegenwart zu trösten (Hi 2,12 f.: Sie weinen, werfen Staub auf ihr Haupt, sitzen mit Hiob auf der Erde sieben Tage und Nächte, »und sie redeten nichts mit ihm«).

Die Berichte des NT zum Thema Krankheit und Heilung knüpfen selbstverständlich an alttestamentliche Traditionen an. Aus den vielen Berichten über die Zuwendung Jesu zu den Armen und Kranken (Mk 1,32 parr.) folgt für die Urgemeinde die Pflicht zum Krankenbesuch, die unmittelbar auf Jesu Befehl zurückgeführt wird (Mt 25,36) und zugleich sein Verhalten nachahmt. Die Heilungen Jesu erscheinen als Zeichenhandlungen für den Anbruch der Herrschaft Gottes, sie überwinden die kultische und soziale Isolation der Kranken; die Deutung von Krankheit als Sündenstrafe wird exemplarisch bestritten (Lk 13,2–5; Joh 9,1 ff.). Die Urgemeinde praktiziert den Krankenbesuch mit den Elementen Gebet, Salbung, Aufforderung zum Sündenbekenntnis und Zusage der Vergebung offenbar sehr selbstverständlich (Jak 5,14 f.). Dass diese Aufgabe im Jakobusbrief vorrangig den Ältesten zugeschrieben wird, deutet auf die Wichtigkeit des Besuchens hin. Immer wieder werden in der frühchristlichen Literatur gerade die Bischöfe und Ältesten ermahnt, die Kranken-seelsorge nicht zu vernachlässigen.

Solche Ermahnungen sind auch zu verstehen auf dem Hintergrund eines charakteristischen Unterschieds zur hellenistisch geprägten Umwelt: In der von Hippokrates geprägten griechischen Medizin, so sehr sie vom Gedanken der *humanitas* und der *misericordia* getragen war, galt ein Kranker oft als schlechter Mensch; der Standeskodex griechischer Ärzte schloss die Behandlung von unheilbar Kranken aus.¹⁴ Demgegenüber wird der Kranke in der urchristlichen Tradition zum Nächsten (Lk 10,25–37); er ist Geschöpf Gottes, genießt sogar als Abbild des Leidens Christi besondere Wertschätzung und Aufmerksamkeit. »Der Kranke ist ein von Gott angenommener Mitmensch, Mitbruder, Mitschwester, nicht ein wegen seines Verschuldens Bestrafter und damit Verdammter und zu Meidender.«¹⁵

So eindeutig die biblischen Ursprünge der Seelsorge an kranken Menschen sind, so wenig darf jedoch der auf die Sorge am Einzelnen und das Gespräch reduzierte neuzeitlich-protestantische Seelsorgebegriff darauf

14 Vgl. Peter Wunderli (Hg.): *Der kranke Mensch in Mittelalter und Renaissance*, Düsseldorf 1986. Darin die Einführung von Hans Schadewaldt (13 ff.) und der Beitrag von Martin Honecker: *Christus medicus*, 27 ff.

15 Martin Honecker, a. a. O., 42.

angewandt werden. »Pädagogik, Therapie, Seelsorge, Lehre, Philosophie, Theologie, ja Kult [s.c.: sind damals, M. K.] weitgehend deckungsgleiche Gebiete«¹⁶, so dass es aus heutiger Sicht schwer ist, ein einigermaßen angemessenes Bild der frühen Seelsorge im Krankheitsfall zu gewinnen.

3. KRANKENSEELSORGE – EINIGE HISTORISCHE SCHLAGLICHTER

Ein Blick in die Geschichte der Seelsorge an bzw. mit kranken Menschen zeigt, wie unterschiedlich Krankheit und Gesundheit in verschiedenen Epochen verstanden worden sind und welche divergierenden Bilder von Rolle und Aufgabe der Seelsorge es gegeben hat. Der historische Blick verdeutlicht, wie wenig Krankheit eine objektive Gegebenheit darstellt, sondern immer auch Ergebnis gesellschaftlicher Zuschreibungs- und Interpretationsprozesse ist.

Krankenpflege und -seelsorge kommt in der Alten Kirche ein hoher Stellenwert zu: Sie gelten als Ausdrucksform der Nachfolge Jesu, die auf himmlischen Lohn zählen darf. Geistliche Deutungen (Krankheit als Ausdruck der Sünde, Sünde gewinnt Gestalt als Krankheit) legen auch geistlich-seelsorgliche Begleitung und Behandlung nahe. Gebet und Buße werden als geistliche Arzneien betrachtet, wie überhaupt geistliches Eingreifen dem medizinischen gleich- oder sogar vorangestellt wird.

Im 4. Jahrhundert werden die ersten Hospitäler, Xenodochien, errichtet: Sie nehmen alle Hilfsbedürftigen auf, Fremde, Arme, Witwen, Waisen und Kranke. Krankheit wird also als eine umfassende Einschränkung der Lebensfähigkeit betrachtet, durchaus vergleichbar sozialer Ausgrenzung, und nicht nur als vorwiegend körperlicher Defekt. Im Mönchtum kommt der Krankenseelsorge (verbunden mit Maßnahmen der Kirchenzucht) besondere Bedeutung zu. Weil der Dienst an den Kranken Dienst an Christus selber ist, wird er z. B. in der Benediktinerregel zur Pflicht gemacht. Der Abt soll dafür sorgen, »dass die Kranken ihre Sünden beichten, die Sakramente empfangen, regelmäßig die Messe hören, dass sie besucht, getröstet und ermahnt werden.«¹⁷

Die Reihenfolge dieser Vorschriften und die Strenge ihrer Durchführung erklären sich aus der zugrunde liegenden Sicht von Krankheit: Krankheit als Folge und Ausdruck von Sünde gilt als heilsames, von Gott gesandtes Zuchtmittel, das man eher suchen als bekämpfen soll. Kran-

16 Thomas Bonhoeffer: *Ursprung und Wesen christlicher Seelsorge*, München 1985, 11.

17 Bernardus Cassinensis in einem Kommentar zur Benediktinerregel, zitiert bei August Hardeland: *Geschichte der speziellen Seelsorge in der vorreformatorischen Kirche und der Kirche der Reformation*, Berlin 1898, 190.

kenpflege und -seelsorge haben deswegen vornehmlich einen religiös-moralischen Charakter. Selbst die Ärzte sind verpflichtet, Patienten zunächst zur Beichte zu veranlassen und dann erst die körperliche Behandlung aufzunehmen: Irdische Arznei kann besser wirken, wenn der Mensch geistlich rein ist. Bis in die Architektur des Spitals lässt sich dieser Grundgedanke verfolgen: »Die Betten in den Sälen waren ausgerichtet auf einen Altarraum, so dass alle Kranken von ihrem Bett aus am Gottesdienst teilnehmen konnten.«¹⁸

Im 12., 13. und 14. Jahrhundert wächst in den aufblühenden Städten die Zahl der Armen und Kranken, für die das Gemeinwesen Verantwortung übernehmen muss, in bedrohlichem Maß an. Gleichzeitig entsteht durch die Kreuzzüge und die Armutsbewegung eine neue Hochschätzung von Armen und Kranken als *domini nostri pauperes* (die Armen unseres Herrn). Eine päpstliche Urkunde bezeichnet Krankenpflege als »*pauperum Christi servitium*«, als Dienst an den Armen Christi. Die in dieser Zeit entstehenden Ritterorden (Templer, Malteser, Johanniter u. a.) verbinden kämpferischen Kreuzfahrergeist mit aufopfernder Nächstenliebe und monastischer Lebensführung. Aber auch außerhalb von Klöstern und Spitälern gilt Krankenseelsorge als besondere christliche Pflicht; das zeigen beispielsweise die Legenden von Elisabeth von Thüringen oder Hedwig von Schlesien.¹⁹

Bei Luther verliert die Seelsorge an Kranken ihren Charakter als strenge geistliche Zucht, ebenso die Verknüpfung mit dem Verdienst- und Lohngedanken: Beistand und Tröstung treten in den Vordergrund. In seinen Briefen und Predigten zeigt Luther, wie er durch die Ausrichtung auf Christus Zuspruch und Ermahnung zur Annahme der Krankheit zu vermitteln sucht. Die Beichte soll ein fröhliches Geschehen werden, zu dem man nicht mehr den Priester, sondern nur einen anderen Christen braucht. Lasst uns »einer dem anderen beichten, raten, helfen und bitten, was nur immer anliegt heimlich, es sei Sünde oder Pein, und gar nicht zweifeln an solch lichter, heller Zusage Gottes.«²⁰ Auch Ratschläge, die Bibel zu lesen, zu beten, Geduld zu haben, Einsamkeit zu meiden und anregende Unterhaltung zu suchen, sich von Musik aufheitern zu lassen, um der Sünde der Traurigkeit zu wehren, gibt Luther den Kranken. Die desolante Lage vieler Gemeinden erzwingt jedoch eine Wiederbelebung alter Tendenzen, Beichte mit Glaubensverhör und Kirchenzuchtmaßnahmen zu verknüpfen. Gleichwohl behält die Seelsorge an Kranken, Armen und Gefangenen in den Kirchen der Reformation ein großes Gewicht; viele Kirchenordnungen machen dies Arbeitsfeld explizit zum

18 Heinrich Schipperges: Die Kranken im Mittelalter, München 1990, 179.

19 Diese Legenden sind abgedruckt in Erna und Hans Melchers (Hg.): Das große Buch der Heiligen, München 1985, 688 ff. und 750 ff.

20 Martin Luther: Von der Beicht, WA 8, 184.

Thema; in großen Städten werden erste Pfarrer nur für den Krankenbesuch angestellt.

Im Pietismus zeigen sich gegenläufige Strömungen: Zum einen wird Krankenseelsorge zum freien Gespräch, in dem die Nöte des Einzelnen Raum haben; die Prinzipien von Individualität und Freiheit bleiben bestimmend bis ins 19. Jahrhundert. Zum anderen erscheint Krankheit jedoch auch als günstige Gelegenheit, in der jemand sich dem Wort Gottes öffnen und zur Bekehrung bereit sein mag. Dem Seelsorger erwächst daraus die Verantwortung, keinen schwer Kranken unbekehrt und ohne Gewissensrührung sterben zu lassen. Das Ziel eines seelsorglichen Besuchs besteht darin, »dass der Kranke die von Gott zugeschickten Schmerzen mit Gedult ertrage, ... an Gott sich völlig ergebe, die Welt freudig verlasse, ... dem Bilde Christi im Leiden immer ähnlicher werde ... und also getreu sey biss in den Tod.«²¹ Die Spannung zwischen einer freilassenden, absichtslosen und einer zielgerichteten, absichtsvollen Seelsorge – beide Male aus theologischen Gründen! – tritt hier deutlich zu Tage.

Im Gefolge des Rationalismus grenzt sich der Pastor vom Priester ab, begreift sich eher als Freund und guter Mensch. »[Wir] kommen gleich anderen guten Freunden, um durch Zuspruch, durch freundschaftliche Unterredung und durch christlichen Trost den Kranken aufzuheitern, ihn auf einige Augenblicke seine Schmerzen vergessen zu lassen und ... das namenlose Elend lebenswidriger Lasterhaftigkeit, den überschwänglichen Lohn der Tugend anschaulich und so für die Anwesenden den ganzen Auftritt lehrreich zu machen.«²² Krankheit wird als innerweltliches Geschehen begriffen, das mit Sünde nichts zu tun hat. Die Begleitung Sterbender wird eher gemieden; moralische Besserung, Tröstung, auch leiblich-medizinische Hilfe und Diätetik gehören zu den Aufgaben des Seelsorgers.

Die Krankenseelsorge der Inneren Mission (Johann Hinrich Wichern, Wilhelm Löhe, Theodor Fliedner u. a.) ist dem gegenüber deutlich von pietistischen Elementen geprägt. Für Friedrich von Bodelschwingh (1831–1910) beispielsweise ist alle Krankheit Folge der Sünde; sie dient der heilsamen Züchtigung oder Prüfung zum Heil des Kranken. Deswegen hat Seelsorge die Aufgabe, im Kranken das Bewusstsein seiner Sündhaftigkeit zu wecken und zu »rechtschaffener Buße« anzuleiten. Nicht nur der Pastor hat das Amt der Seelsorge an Kranken, auch die Diakonissen

21 Bernhard Walter Marperger: *Getreue Anleitung zur wahren Seelencur bey Krancken und Sterbenden*, Nürnberg 1717, 212 f.

22 D. und J. Boysen: *Beiträge zur Verbesserung des Kirchen- und Schulwesens in protestantischen Ländern I/2*, 1797, 189 f.

haben Anteil an dessen Aufgabe. »Wie aber die Diakonissin die amtliche Gehülfin des Arztes für die Pflege des Leibes ist, so ist sie auch die amtliche Gehülfin des Seelsorgers für die Pflege der Seele.«²³

Krankenseelsorge im Gefolge der dialektischen Theologie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sieht die Sünde des Menschen als »Wurzel der Krankheit«. »Der Mensch ist krank um seiner Sünde willen. Das will sagen: Er ist krank vor Gott und an Gott. Weil er nur leben kann im Anrufe Gottes, weil er aber diesem Anrufe nicht gehorcht, weil er ihn nicht erkennt und anerkennt, weil er ihm untreu wird, darum wird er krank, daran ist er krank ... weil der Mensch also an der Wurzel seines Menschseins nicht in Ordnung ist, darum ist auch seine ganze Natur in Verwirrung gestürzt. Die Verwirrung tritt in der Gestalt der Krankheit ans Licht.«²⁴ Deswegen besteht die Aufgabe der Seelsorge darin, dem Kranken »in sein Kranksein hinein Gottes heilendes Wort konkret (zu) verkündigen«.²⁵

Zwar gerät die Zielsetzung der Verkündigung immer wieder in Spannung zu der Notwendigkeit, die individuelle Situation des kranken Menschen ernst zu nehmen und zu berücksichtigen. Letztlich ausschlaggebend bleibt jedoch die aus dem theologischen Ansatz entwickelte methodische Forderung: »Es sollte nicht vorkommen, dass wir einen Krankenbesuch machen, in welchem nicht aus der Schrift gelesen und nicht gebetet wird«²⁶. Oder: »Darum gilt der Grundsatz: Die Stufen der Seelsorge müssen ganz durchschritten werden ... Es muß zum Zuspruch kommen ... Das Gebet darf nicht vergessen werden. Der Seelsorger muß vorbeten ...«²⁷ Dieser Seelsorgeansatz stieß in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts auf zunehmende Kritik, weil er angesichts der wachsenden Entfremdung großer Bevölkerungskreise von der Kirche und im Kontext der naturwissenschaftlich-technisch geprägten Institution des Krankenhauses beziehungs- und funktionslos wirkte.

Die in den späten 60er Jahren einsetzende Seelsorgebewegung geht sowohl von einem anderen theologischen Verständnis von Seelsorge als auch von einem anderen Medizin- oder Krankheitskonzept aus.²⁸ Seelsorge, die der Annahme des anderen Menschen als zwischenmenschlichem

23 Vgl. Martin Gerhardt und Alfred Adam: Friedrich von Bodelschwingh, Bd. 2, Bielefeld 1958, 67.

24 Eduard Thurneysen: Die Lehre von der Seelsorge, München 1948, 194 f.; vgl. Hans Asmussen: Die Seelsorge, München 1934, 192: »...daß der Kranke und Arme für den Pastor in erster Linie ein erlösungsbedürftiger Sünder ist.«

25 Thurneysen, a. a. O., 196.

26 Asmussen, a. a. O., 200.

27 Wolfgang Trillhaas: Der Dienst der Kirche am Menschen, München 1958, 189 ff.; vgl. auch Horst Fichtner: Kompendium der Krankenseelsorge, Berlin 1957, 94 ff.

28 Vgl. exemplarisch Dietrich Stollberg: Zur Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger im Krankenhaus, in: ders.: Wenn Gott menschlich wäre... Auf dem Weg zu einer seelsorgerlichen Theologie, Stuttgart 1978, 61–69.

Zeichen der Rechtfertigung durch Gott und damit dem einfühlsamen, personenzentrierten Gespräch eine zentrale Stellung zuschreibt, rückt beinahe zwangsläufig in die Nähe eines tiefenpsychologisch-psychosomatischen Krankheitsbegriffs: Organsprache und Wortsprache stehen in einem Wechselverhältnis, der Arzt fokussiert sein Handeln auf die organischen Manifestationen des Leidens, der Seelsorger auf die sprachlichen. Beide haben mit dem »ganzen Menschen« zu tun, nur aus je unterschiedlicher Sicht. Beide sollten deswegen zum Wohl des Patienten intensiv zusammenarbeiten, es sollte eine Art von Medizin-Theologie bzw. Theologie-Medizin entstehen.²⁹ Solche Ziele sind an einigen Orten durch die gute Zusammenarbeit zwischen einzelnen Ärzten und Seelsorgern umgesetzt worden; aufs Ganze gesehen sind es unerfüllte Ideale geblieben. Wichtiger sind zwei andere Veränderungen, die bis in die Gegenwart die Krankenseelsorge prägen:

Erstens: Seelsorge wird verstanden als Begleitung von Menschen in der Krise ihrer Krankheit im Horizont des christlichen Glaubens; diese Begleitung gilt als methodisch erlernbar und empirisch überprüfbar. Auch für die Seelsorge im Krankenhaus bedarf es dementsprechend einer Qualifizierung in Form von geschulter Selbst- und Fremdwahrnehmung, Grundkenntnissen in Gesprächsführung, einem beziehungsgerechten Umgang mit den Symbolen und Ritualen der christlichen Tradition sowie einer angemessenen Berücksichtigung der institutionellen Gegebenheiten des Krankenhauses. Darüber hinaus fordert die Begegnung mit Krankheit in besonderer Weise zur Auseinandersetzung mit der *conditio humana* heraus; ein wichtiger Teil der allgemeinen Seelsorgeausbildung wurde und wird deswegen an Krankenhäusern durchgeführt.

Eine zweite Veränderung ist damit schon angedeutet: Es kommt zu einem Wandel von der Krankenseelsorge zur *Krankenhausseelsorge*: Im modernen Großkrankenhaus reicht es nicht aus, nach dem Modell der Gemeindegeseelsorge einzelne Kranke zu besuchen. Das Krankenhaus stellt eine Form der »totalen Institution« (Erving Goffman) dar, die das Krankheitserleben der Betroffenen tiefgreifend prägt; dies gilt es in der Seelsorge unbedingt zu berücksichtigen, z. B. durch gute Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal. Außerdem braucht das Personal des Krankenhauses selber – angesichts der großen physischen und psychischen Belastung der Arbeit dort – das Angebot seelsorglicher Begleitung. Und schließlich sollte sich die *Krankenhausseelsorge* auch um

29 So Stollberg a. a. O. (s. Anm. 28), 62. Reinhold Gestrich: Am Krankenbett, Stuttgart 1987, 124 ff. führt die Bedeutung des psychosomatischen Krankheitsbegriffs für die Seelsorge genauer aus.

das Klima, die Kommunikationskultur in der Institution als Ganzes kümmern.

In jüngster Zeit verändert sich das Profil der Krankenhauseelsorge tiefgreifend: Durch die zunehmend kürzeren Verweildauern³⁰ steigt die Zahl der einmaligen Begegnungen zwischen einem Seelsorger und Patienten stark an; länger dauernde Begleitungen sind nur noch bei schwer kranken, chronisch kranken und sterbenden Menschen möglich.

4. KRANKENSEELSORGE ALS AUFGABE DER GEMEINDE

Seelsorge nicht nur im Krankheitsfall ist der ganzen Gemeinde aufgetragen; alle Christinnen und Christen sollen Seelsorger und Seelsorgerinnen füreinander sein. Dieser Auftrag hat sich schon seit langem ausdifferenziert.³¹ Die allgemeine und grundlegende Ebene lässt sich als alltägliche gemeindlich-nachbarschaftliche Hilfe beschreiben, in der Menschen einander beistehen und spontan-ungeplant wechselseitig Hilfe im Krankheitsfall anbieten – unabhängig davon, ob die Beteiligten sich nun als SeelsorgerInnen im engeren Sinn verstehen oder nicht. Eine erste Ebene der Professionalisierung stellen Besuchsdienstgruppen dar, die speziell für Krankenbesuche im gemeindlichen Umfeld eingerichtet, darauf vorbereitet und in dieser Tätigkeit fachlich begleitet werden. Ihre Besonderheit kann man u. a. darin sehen, dass auf diese Weise hilfreiche Kontakte hergestellt werden können, die im besten Fall weit über den aktuellen Krankenbesuch hinaus Bestand haben. Ähnliches gilt für die pfarramtliche Seelsorge im Krankheitsfall:³² Sie kann möglicherweise an frühere Begegnungen anknüpfen, so dass eine Kontaktaufnahme leichter fällt und auch später reaktiviert werden kann. Die funktionalen Seelsorgedienste (Krankenhauseelsorge, noch einmal differenziert in verschiedene Typen von Krankenhäusern, wie Allgemeinkrankenhaus, Kinderkrankenhaus, psychiatrisches Krankenhaus, Rehabilitationsklinik etc., Altenheim) sind zunächst weit entfernt von der Lebenswelt der betroffenen kranken Menschen; deshalb erscheint die Forderung nach Vernetzung zwischen pfarramtlicher und funktionaler Seelsorge sinnvoll.

30 Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug 1960 18 Tage, inzwischen (2005) ist sie auf 8,7 Tage gesunken. Parallel dazu verdoppelt sich ungefähr die Zahl der Neuaufnahmen. Die daraus resultierenden steigenden Belastungen für das Personal sind dramatisch. (Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus#Krankenhaus-Statistik_Deutschland).

31 Zu den verschiedenen Ausprägungen von Professionalität in der Seelsorge vgl. Michael Klessmann: Seelsorge und Professionalität, in: PrTh 40 (2005), 283–290.

32 Vgl. Hans-Christoph Piper: Der Hausbesuch des Pfarrers, Göttingen ²1988.

Nun tritt der allen Christen gegebene Auftrag zur wechselseitigen Seelsorge leider an vielen Orten aus einer Reihe von Gründen zunehmend in den Hintergrund: Angesichts der großen Anonymität in der Gesellschaft weiß man häufig gar nicht mehr, dass jemand in der Nachbarschaft krank ist; sobald jedoch jemand schwerer erkrankt ist, sucht er das Krankenhaus auf, damit erscheint auch die Aufgabe der spontanen Hilfe und Seelsorge an Fachleute delegiert. Trotzdem bleiben im Nahbereich viele Menschen z. B. mit chronischen Krankheiten, die sich über ein Angebot zur spontanen Hilfe und Seelsorge freuen. Gemeinden haben hier eine bleibende Aufgabe. Dass vom Antlitz des anderen Menschen ein unmittelbarer ethischer Appell ausgeht (E. Levinas), wird gerade im Fall von Krankheit anschaulich: Man erblickt den anderen (und darin sich selbst) in seiner Kreatürlichkeit, Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit. Die christliche Gemeinde kann und muss angesichts verbreiteter Tendenz zur Anonymität und Vereinzelung den Gedanken der Solidarität im Mitbetroffen-Sein pflegen und ausbauen.

5. KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG UND SEELSORGE

Krankheit stellt eine große psychosoziale Belastung und Herausforderung für die Betroffenen und ihr Umfeld dar: Körperidentität und Wohlbefinden sind verändert, das Selbstkonzept wandelt sich, das emotionale Gleichgewicht ist häufig gestört, soziale Rollen und Aufgaben sind vorübergehend oder dauerhaft in Frage gestellt, Lebensstil und Lebensführung müssen neuen Bedingungen angepasst werden. Der Prozess der Auseinandersetzung mit diesen Belastungen und Herausforderungen wird mit dem Begriff der »Krankheitsbewältigung«, des »Coping«, bezeichnet. »Krankheitsbewältigung kann ... als das Bemühen definiert werden, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten.«³³ Der Bewältigungsvorgang setzt sich zusammen aus einer Reihe von zu unterscheidenden Prozessen:

- Wahrnehmen der veränderten Befindlichkeit: die Wahrnehmung kann realitätsnah oder verzerrt und verleugnend sein.
- Emotionale, kognitive und/oder handlungsbezogene Reaktionen: Angst, Verunsicherung, Scham, Verwirrung und als Reaktion darauf Wut, sich zurückziehen, Verleugnen, Relativieren, Resignieren; Suche nach Ursachen und Sinnantworten, Grübeln; Entfaltung verschiedenster Aktivitäten.
- eine Beurteilung des Wahrgenommenen, die man auch als Laiendiagnose bezeichnen kann, und

33 Edgar Heim/Jürg Willi, a. a. O. (s. Anm. 4), 367.

- eine Entschlussfassung, ob man sich für krank hält oder nicht, ärztliche Hilfe sucht oder nicht, wie man persönliche und familiäre Lebensführung unter den veränderten Umständen neu organisiert etc.

Alter, Geschlecht, Bildung, bisherige Lebenserfahrungen, Persönlichkeitsstruktur, das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes und auch die religiöse Einstellung beeinflussen die Bewältigung in je spezifischer Weise. Das Ziel eines solchen Bewältigungsprozesses besteht darin, sich subjektiv zu entlasten und dadurch ein neues, den veränderten Umständen halbwegs angemessenes psychisches Gleichgewicht aufzubauen; zu einer optimalen Kooperation mit dem medizinischen Behandlungsteam (compliance, die jedoch nicht die Subjekthaftigkeit und Mündigkeit des Patienten aufheben sollte)³⁴ beizutragen und die familiäre und soziale Anpassung zu fördern. Wie lässt sich ein produktiver Bewältigungsvorgang in Gang bringen und was kann Seelsorge dazu beisteuern?

»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.«³⁵ Exemplarisch lässt sich das im Schmerzerleben ablesen: Stöhnen und Schreien schaffen erste Entlastung, solche Reaktionen durchbrechen die den Schmerz potentiell verstärkende, einengende Tendenz, sich zusammennehmen zu müssen, und fordern Anteilnahme und Mit-Leiden der Umwelt ein. Ernsthaftes Reden über die Krankheit (statt eines stereotypen oder oberflächlichen Jammerns) ist jedoch nicht einfach, zum einen, weil man ein geeignetes Gegenüber braucht, zum anderen, weil man dabei genau in sich hineinhorchen muss. Im Reden bleibt jemand nicht allein mit der Angst, die häufig Krankheitserfahrungen begleitet, ist er 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.«³⁶

Ein geeignetes Gegenüber ist im Gespräch über die Krankheit wichtig: Medizinisch-pflegerisches Personal verhält sich in der Regel emotional distanziert, ist eher diagnostisch-therapeutisch interessiert. Freunde und

34 Eine gute Zusammenfassung der compliance-Problematik gibt Franz Petermann: Compliance: Eine Standortbestimmung, in: Franz Petermann/Inge Ehlebracht-König (Hg.): Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung, Regensburg 2004, 89–105.

35 Farideh Akashe-Böhme/Gernot Böhme: Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen, München 2005, 72 f.

36 Zitiert bei Farideh Akashe-Böhme/Gernot Böhme, a. a. O. (s. Anm. 35), 75.

Familienangehörige sind umgekehrt häufig zu stark selbst emotional involviert, es fällt ihnen dann u. U. schwer, Leiden mit auszuhalten, nicht abzulenken und auf oberflächliche Vertröstungen (»Es wird alles wieder gut.«) zurückzugreifen. Seelsorge kann hier ein hilfreiches Gegenüber sein, weil sie einerseits genügend Distanz mitbringt, andererseits gerade am Erleben von Krankheit, an dem Zusammenhang von Biographie, sozialem Umfeld und Krankheit interessiert ist. 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« (Albrecht Grözinger) zu betreiben, wird von vielen als hilfreich und 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. 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.³⁷

Darüber hinaus bringt Seelsorge eine Besonderheit mit, die sie von anderen Berufsgruppen und auch von Angehörigen unterscheidet: Seelsorger fungieren als Repräsentanten des Heiligen, erinnern an Gott, an Transzendenz, an die Unverfügbarkeit von Leben und Sterben. Seelsorger gelten als Spezialisten für die symbolisch-rituellen Angebote des christlichen Glaubens sowie für Fragen nach dem Sinn des Lebens, nach einem »Warum?«, nach Schuld, Verantwortung und Vergebung.

Der mehr oder weniger überraschende Einbruch einer Krankheit, der Alltag und Lebensplanung eines Menschen und evtl. auch seines Umfeldes durcheinander bringt, wirft häufig Fragen nach dem Sinn auf: Warum trifft es mich? Warum diese Krankheit? Warum zu diesem Zeitpunkt? Wozu ist die Krankheit möglicherweise da? Was bedeutet sie für mein Leben, meine Beziehungen, meine Zukunft? Die Fragen nach Ursachen und Sinn einer Krankheit haben zunächst die Funktion, die Zufälligkeit und Beliebigkeit dieser Erfahrung zu reduzieren: Wenn jemand Ursachen in einer bestimmten Art der Lebensführung entdecken kann, wenn Viren oder Bakterien oder ökologische Faktoren (wie bei Allergien) als Auslöser namhaft gemacht werden können, erscheint das Widerfahrnis leichter hinnehmbar als wenn keinerlei Zuordnung möglich ist.

Solche Fragen werden zunächst subjektiv und gewissermaßen privat gestellt und auch vorläufig beantwortet; gleichwohl wird die Erfahrung häufig auch in den größeren Zusammenhang einer Religion, einer Welt-

37 Vgl. Werner Biskupski: »Vielleicht macht es doch Sinn...« Seelsorge mit nicht kirchlich gebundenen Menschen, in: *PrTh* 40 (2005), 276–283.

anschauung, einer Lebensphilosophie gestellt, um dort tragfähigere oder umfassendere Antworten zu finden. Dabei sollte deutlich sein: Sinn bzw. Sinnfindung bildet ein individuelles Konstrukt, das sich zwar aus den Vorgaben der umgebenden Tradition und Kultur speist, aber dann individuell ausgewählt und zusammengestellt wird. Nur noch selten bedeutet einen Sinn zu finden, sich fraglos in eine vorgegebene, umfassende Ordnung einzufügen. Das Moment der individuellen Wahl, damit auch die Notwendigkeit, sich suchend und dialogisch der Sinnfrage zu nähern, erscheint unverzichtbar. Sinn darf auch nicht aufgedrängt werden; religiöse Sinnarbeit steht bei vielen unter dem Verdacht, dass einem vorgefertigte und auf Ergebung und Annahme zielende Antworten aufgezwungen würden. Dabei ist es vielleicht gerade wichtig, offenkundige Sinnlosigkeit auszuhalten bzw. Protest zu mobilisieren. Annahme einer Krankheit, verstanden als ein Prozess, in dem Verleugnungen aufgegeben werden können und der Betroffene sich der Wahrheit der eigenen Lebenssituation stellen kann, wird nur gelingen nach und inmitten einer aktiven Auseinandersetzung mit der Krankheit.

Auf die Theodizeefrage (»Warum lässt Gott das zu?«, »Wo ist Gott angesichts des Leidens?«) gibt der christliche Glaube keine einfache Antwort. Im seelsorglichen Kontext ist es entscheidend zu verstehen, dass die Warum-Frage fast immer zunächst einen Aufschrei, einen Widerspruch gegen das eigene Leiden darstellt, so dass eine distanziert-theologische Antwort (so es sie überhaupt geben kann) unangemessen erscheint.³⁸ Notwendig ist eine mitfragende und mitaushaltende 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 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. Krankheitsbewältigung kann im seelsorglichen Kontext also Verschiedenes heißen: Krankheit als die je eigene anzunehmen, ihr einen Sinn abzurufen, ihre anscheinende Sinnlosigkeit auszuhalten, dagegen anzukämpfen statt zu resignieren, sich im Glauben an Gott und in einer Gemeinschaft aufgehoben zu wissen. Sinnloses 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

38 Vgl. Ulrich Bach: Gottes Gerechtigkeit – weshalb leiden Menschen? Vom richtigen Umgang mit der Warum-Frage, in: PTh 87 (1998), 410–424.

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.«³⁹ Texte aus den Psalmen oder aus dem Buch Hiob stellen eine überindividuelle Sprache zur Verfügung, in der Menschen sich wiederfinden und ihr Leiden vor Gott zum Ausdruck bringen können. Rituale (Gebet, Segen, Handauflegung, Abendmahl, Salbung) können dabei hilfreich sein. In Klage und Anklage vor Gott werden Betroffene (wieder) zu Subjekten ihrer Krankheit und reaktivieren eigene bzw. gemeinschaftliche Ressourcen.

6. THEOLOGISCH-ANTHROPOLOGISCHE PERSPEKTIVEN UND ZIELE VON SEELSORGE IM KRANKHEITSFALL

»Das Heil ist entthront worden, an seine Stellung ist die Heilung getreten« – so fasst Elisabeth Beck-Gernsheim pointiert die gegenwärtige Gesundheitsideologie in unserer Gesellschaft zusammen.⁴⁰

Gesundheit ist zur Heilserwartung und gleichzeitig zum Leistungszwang geworden, zur notwendigen Voraussetzung für Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeits- wie auf dem Beziehungsmarkt. Die Gesundheitsdefinition der WHO (»Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens«) spiegelt nur, was in der Seelsorge mit kranken Menschen täglich begegnet: Menschen formulieren einen Anspruch auf Gesundheit im Sinne einer Reparatur der körperlichen Funktionstüchtigkeit, häufig verbunden mit geringer Bereitschaft, sich mit der Erfahrung von Krankheit als Hinweis auf die Fragmentarität und Abhängigkeit des Lebens auseinanderzusetzen. Diese Haltung wird unterstützt durch eine narzisstische Kultur, die durch die Medien aller Orten suggeriert, dass bei entsprechender positiver Grundeinstellung und unter Rückgriff auf spirituelle Ressourcen eine aktiv-gelungene Lebensgestaltung auch im Fall von Krankheit und Krise möglich sei.⁴¹

Seelsorge bringt demgegenüber aus der christlichen Tradition explizit und implizit andere Aspekte zur Geltung, die sich thesenartig so formulieren lassen:⁴²

39 Henning Luther: Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge, in: PrTh 33 (1998), 163–176, Zitat 170.

40 Elisabeth Beck-Gernsheim: Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie, in: Ulrich Beck/dies.: Riskante Freiheiten, Frankfurt am Main 1994, 316–335, Zitat 319.

41 Schon die Titel diverser populärer Abhandlungen verweisen auf diesen Zusammenhang: »Wer glaubt, wird glücklich«. »Krebs – Impuls für neues Leben.« »Verwandle deine Angst. Ein Weg zu mehr Lebendigkeit.« Zitiert aus Wolfgang Drechsel: Der lange Schatten des Mythos vom gelingenden Leben, in: PTh 95 (2006), 314–328.

42 Vgl. zum Folgenden auch Michael Klessmann: Was ist der Mensch – in Krankheit und Gesundheit? In: WzM 51 (1999), 396–410.

1. *Wir bekennen Gott als Quelle des Lebens, nicht als Garanten von Gesundheit:* »Denn er verletzt und verbindet; er zerschlägt und seine Hand heilt« (Hi 5,18). Gott wird hier und an anderen Stellen der Bibel als Grund von Glück *und* Leid, von Gesundheit *und* Krankheit in Anspruch genommen. Selbst in seiner Offenbarung bleibt Gott letztlich der Verborgene, der Geheimnisvolle. Dann erscheint es problematisch, ausschließlich Heilung und Gesundheit auf seinen gnädigen Willen zurückzuführen. Für den Glauben ist es eine besondere Herausforderung, solche Situationen der Anfechtung in der Erfahrung von Krankheit durchzustehen.

2. *Leben/ Gesundheit sind einerseits unverdientes Geschenk, andererseits menschlicher Verantwortung aufgegeben:* Die Ambivalenz von Abhängigkeit und Freiheit zeigt sich im Zusammenhang von Krankheit und Gesundheit besonders deutlich: Vieles ist unserer individuellen Gestaltungsmöglichkeit ganz oder teilweise entzogen, angefangen von der genetischen Ausstattung über die jeweiligen Sozialisationsbedingungen bis hin zur geographisch-historischen Situation, in der wir leben. Gleichzeitig sind wir in hohem Maß für unseren Lebens- und Ernährungsstil, mithin auch für unsere Gesundheit, verantwortlich.⁴³ Dem Menschen ist die Bewältigung dieser Spannung aufgegeben. Gegenwärtig dominiert ein Muster, in dem die Spannung in ihre Extreme auseinander fällt: Der Mensch ist im Grunde nicht verantwortlich, weil die Gene alles bestimmen auf der einen Seite; der Mensch kann alles erreichen, wenn er nur die grenzenlosen Möglichkeiten der Lebens- und Gesundheitsgestaltung (Fitness, Wellness, Ernährung) wahrnimmt. Angemessene Verantwortung kann aber nur gelebt werden, wenn sie die Spannung beider Aspekte zusammenhält.

3. *Leben/ Gesundheit gibt es nur als Fragment. Deswegen ist Leiden und Einschränkung immer Bestandteil des Lebens:* Zur Endlichkeit des Lebens (Ps 90,12: »Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.«) gehört, dass es auch Gesundheit nur als bedingte, zeitweise und bruchstückhafte gibt. Einschränkungen von Gesundheit sind dann nicht nur bedauerliche Unglücksfälle, sondern möglicherweise auch Gelegenheit zur Vertiefung und Bereicherung des Lebens. André Gide hat einmal gesagt, dass ihm Menschen, die nie krank waren, etwas beschränkt vorkämen, wie solche, »die nie gereist sind«. Zeugnisse von kranken Menschen verweisen darauf, dass Krankheit durchaus eine Vertiefung und Intensivierung des Lebens bedeuten kann.⁴⁴ Außenstehende sollten mit solchen Deutungen allerdings eher zurückhaltend umgehen und sie nicht

43 Vgl. Heiko Waller: Gesundheitswissenschaft, Stuttgart ²1996, Abschnitt 2.2, 29 ff.: Verhalten und Lebensweisen als Gesundheitsressourcen.

44 Z. B. in Wolf. E. Büntig: Krankheit als Chance, in: Michael Pflüger (Hg.): Die Suche nach Sinn heute, Olten 1990, 143–175.

zur Norm erheben. Zur Fragmenthaftigkeit von Gesundheit gehört auch die Vorläufigkeit jeder Sinndeutung. Sie bleibt in der Regel situativ und probeweise und wandelt sich angesichts veränderter Gegebenheiten.

4. *Leiden und Schmerzen werden einmal nicht mehr sein. Der Glaube artikuliert die Hoffnung auf das noch ausstehende Heil:* Die Hoffnung, dass Gott alle Tränen abwischen, der Tod nicht mehr sein wird, noch Leid, noch Geschrei, noch Schmerz (Apg 21,4), gehört unverzichtbar zum christlichen Glauben und trägt dazu bei, auch individuelles Leiden einerseits zu ertragen, andererseits schon jetzt alles dafür zu tun, seine schmerzhaften Auswirkungen zu minimieren. Gleichzeitig bleibt angesichts dieser Hoffnung die Differenz von Heilung und Heil im Bewusstsein. Heilung ist höchstens Hinweis auf das Heil, aber niemals dieses selbst.

Auf dem Hintergrund solcher theologisch-anthropologischen Annahmen kann Seelsorge für Menschen im Krankheitsfall hilfreich sein. Ihre vorrangigen Möglichkeiten und Ziele bestehen darin,

- Begleitung anzubieten (da sein, Zeit haben, Solidarität und Annahme erlebbar machen, durch Gespräch und Schweigen Entlastung und Trost anbieten);
- Anregung und Hilfe zur Lebens- und Krankheitsdeutung im Horizont des christlichen Glaubens zu geben (Möglichkeiten zur Klage eröffnen, Fragen nach dem Sinn der Krankheit, nach dem Willen Gottes durchsprechen, Perspektivenwechsel anregen, Widerstand stärken und/oder zur Annahme ermutigen).
- In der Rolle des Geistlichen für den kranken Menschen ein Gegenüber zu sein, das die spezifischen Möglichkeiten der christlichen Tradition (Symbole und Rituale wie Gebet, Segen, Abendmahl, Salbung) anbietet;
- Anstöße zur Befreiung (von falschen Rollen- und Idealbildern, von destruktiven Normen und Werten, von unerreichbaren religiösen Vorbildern) zu vermitteln.
- Auch Fragen, die mit einer Ethik des Krankseins zusammenhängen, gehören in den Kontext von Seelsorge: Es gibt in jeder Krankheit eine Mitverantwortung des kranken Menschen – und sei es nur in dem Sinn, dass er nicht einfach nur etwas mit sich geschehen lässt, sondern versucht, eine eigene Einstellung und Haltung zum Krankheits- und Therapieschehen zu gewinnen.

Es ist bekannt, dass in Deutschland »Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung und Vorsorgeuntersuchungen in einem geradezu erschreckenden Maße nicht wahrgenommen

werden.«⁴⁵ In den Gesprächsprozessen kann Seelsorge die Mündigkeit und das Subjektsein kranker Menschen stärken, besonders gegenüber einem tendenziell entmündigenden totalen System wie dem modernen Krankenhaus. Dazu kann auch gehören, Patienten in ihrer Entscheidungsfähigkeit im Blick auf Therapiealternativen zu stärken und sie zur Informationsgewinnung gegenüber der Abhängigkeit von Experten zu ermutigen.

7. RELIGION UND GESUNDHEIT

In jüngerer Zeit mehren sich empirisch überprüfbare Anzeichen dafür, dass eine religiöse oder spirituelle Orientierung für die Bewältigung von Krankheit (s. o. 5) bzw. für den Prozess der Gesundung eine positive Rolle spielen kann.

Überschwängliche Äußerungen aus einem US-amerikanischen Kontext (»Religiosität geht durchweg mit besserer Gesundheit einher...«⁴⁶) oder aus dem popularwissenschaftlichen Kontext ist sicherlich mit Skepsis zu begegnen, weil im Hintergrund ein rein funktionales Religionsverständnis steht, das verschiedene Ausprägungen von Religion und ihre durchaus zwiespältig einzuschätzenden Wirkungen⁴⁷ undifferenziert vernachlässigt. Eine Metaanalyse neuerer Forschungen zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit kommt jedoch zu dem vorsichtigen Schluss, »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.«⁴⁸

Konzeptionell lässt sich dieser Zusammenhang beispielsweise vom Modell der Salutogenese her verstehen, das der israelische Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky entwickelt hat.⁴⁹ In diesem Modell wird angenommen, dass jeder Mensch den Stressoren des Alltagslebens bestimmte Widerstandsressourcen entgegen setzt in Gestalt von biologischen (z. B. die Qualität des Immunsystems), psychischen (Ausmaß an Energie, an Hoffnung, Fähigkeit zur Informationsgewinnung etc.) und sozialen (Familie, Freundschaften, Netzwerke) Potentialen. Eine religiöse Orientierung kann wesentlich zur Entwicklung eines »Kohärenzsinn« beitragen, weil sie dazu herausfordert, sich mit der Sinnhaftigkeit des Geschehens (»meaningfulness«) auseinander zu setzen. Wenn das Kohä-

45 Farideh Akashe-Böhme/Gernot Böhme, a. a. O. (s. Anm. 35), 90.

46 So z. B. der renommierte Mediziner der Harvard Medical School Herbert Benson: Heilung durch Glauben, München 1997, 210.

47 Vgl. Gunther Klosinski (Hg.): Religion als Chance oder Risiko. Bern/Göttingen 1994.

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

49 Vgl. Heiko Waller: Gesundheitswissenschaft, Stuttgart/Berlin 1996, 14 ff.

renzgefühl der betroffenen Person auf diesem Weg gestärkt wird, wachsen auch die Widerstandskräfte.

Religiosität bzw. Spiritualität wird hier als grundlegendes anthropologisches Bedürfnis vorausgesetzt, das gerade im Krankheitsfall ernst genommen werden sollte. Im anglo-amerikanischen Sprachraum zeigt sich dementsprechend die Tendenz, kranken Menschen »spiritual care« anzubieten, also eine Begleitung, die sich nicht mehr an Religions- und Konfessionsgrenzen gebunden sieht, sondern, je nach den Bedürfnissen des Patienten, eine patchwork-Religiosität und -Lebensphilosophie anbietet.

In den Qualitätsstandards konfessioneller Krankenhäuser in Deutschland wird seit einigen Jahren durch das Zertifizierungskonzept proCum Cert die Anerkennung einer spirituellen Ausrichtung für die Qualität des Krankenhauses, nicht nur für die Seelsorge, gefordert, damit auch der Zusammenhang von Religion und Gesundheit positiv gewürdigt wird.⁵⁰ Diese Entwicklung ist einerseits als Fortschritt zu werten, weil darin der Reduktion kranker Menschen auf ihre Symptome gewehrt wird; andererseits bleibt der verwendete Begriff von Spiritualität äußerst vage, so dass der spezifisch christliche Auftrag zur Seelsorge im Krankheitsfall zu verschwimmen droht. Gleichwohl spiegelt sich in dieser Entwicklung, dass Krankheit verstärkt als in den sozialen und individuellen Lebenskontext eines Menschen eingebettet zu begreifen ist, so dass auch Behandlung und Begleitung von Krankheit wieder einen umfassenden, ganzheitlichen Charakter gewinnen müssen. Solche grundsätzlich nicht originellen, aber offenbar immer wieder neu zu entdeckenden Einsichten könnten der Seelsorge im Krankheitsfall neue Bedeutung zukommen lassen.

50 Vgl. zu diesem Zertifizierungskonzept das Themenheft Nr. 7 der Zeitschrift »Wege zum Menschen« 54 (2002) mit dem Titel »Qualitätsmanagement als Dimension der Krankenhausseelsorge.«