

nik.<sup>17</sup> Die Seelsorge darf sich nicht daran beteiligen, vorhandenes Unbehagen unkritisch zu verstärken. Sie wird helfen müssen, zum Umgang mit Ambivalenzen zu befähigen. Jedenfalls darf sie nicht versuchen, Ein-Deutigkeiten herzustellen, wo plurale Lösungsmöglichkeiten statthaft sind. Der *status confessionis* ist viel seltener gegeben, als man meinen sollte, wenn man die Fülle medizinkritischer (Empörungs-)Literatur liest, die leider auch kirchlicherseits produziert wird. Dietz Lange beschreibt in seinem Ethikbuch,<sup>18</sup> im Anschluß an die berühmte Formulierung Sören Kierkegaards, die vier Grundtypen der Sünde

1. Man selbst sein wollen und das Endliche absolut setzen
2. Man selbst sein wollen und das Endliche überspringen
3. Nicht man selbst sein wollen und das Endliche absolut setzen
4. Nicht man selbst sein wollen und das Endliche überspringen.

Die Krankhausseelsorge sollte auf keinem Auge blind sein, sondern unterscheiden können, aus welcher der vier Richtungen der Wind bläst. Sie ist zu einer Integrationsleistung aufgefordert, die nur „mit Herz und Verstand“ zu leisten ist. Jede und jeder in der Krankhausseelsorge Tätige wird das auf der Ebene individueller Verantwortung vor Ort nach bestem Wissen und Gewissen versuchen müssen. Aber die Seelsorge als ganze wird sich damit nicht zufriedengeben dürfen. Sie sollte lernen, sich Gehör zu verschaffen. Dazu gehört, daß man seine Stimme erhebt.

Michael Kleesmann (Hg.):  
Handbuch der Krankhausseelsorge.  
Jötting 2001.

17 Zur Orientierung für den Einstieg in die Beschäftigung mit Ethik in der Medizin sei genannt: Eberhard Amelung (Hg.), Denken, 1992; Winfried Kahlke/Stella Reiter-Theil (Hg.), Ethik, 1995; Lexikon *Medizin-Ethik-Recht*, hg. von A. Eser/M. von Lutterotti/P. Sporcken, 1992; Erich H. Loewy, Fragen, 1995; Martin Honecker, Grundriß, 1995.

18 Dietz Lange, Ethik, 1992, 394.

DIETRICH STOLLBERG

## Seelsorge und Gottesdienst

Seelsorge und Gottesdienst sind hier im Kontext der Institution Krankenhaus zu betrachten und ins Verhältnis zu setzen. Das ist etwas anderes, als über Gemeindegottesdienste und ihre eventuelle seelsorgerische Funktion oder über liturgische Aspekte eines Seelsorgebesuchs in der Ortsgemeinde zu diskutieren, auch wenn es Überschneidungen gibt.

### 1. Seelsorge und Psychotherapie

Pastor B. ruft eines Abends aufgeregt an: Er wisse überhaupt nicht mehr, wozu er in dieser Klinik sei, denn neuerdings habe man zwei Psychologen eingestellt, die – durch Zusatzausbildungen qualifiziert – genau das machten, was bisher er getan habe, nämlich eine affektive Beziehung zu den Patienten aufzubauen und zu nutzen, problemorientierte Gespräche nach allen Regeln der Kunst zu führen, die emotionale Seite des Krankheitserlebens zu bearbeiten, systemische Zusammenhänge mit der Familiensituation aufzugreifen usw. Er sehe nur noch die Chance, in die althergebrachte Rolle des Bibel lesenden, Gesangbuchverse zitierenden, Gebete formulierenden, Segensformeln sprechenden und fromme Blättchen austeilenden Religionsdieners und damit s.É. in die Irrelevanz zurückzufallen. Unser Telefongespräch endet schließlich mit der Entdeckung des gottesdienstlichen Kontexts der Seelsorge und ihrer rituellen Möglichkeiten, die keineswegs einen Rückfall in die naiv-formalistische Karikatur echter Seelsorge bedeuten müsse.

Im Kern der fernmündlichen Auseinandersetzung stand das Selbstverständnis des Pastors, das sein seelsorgerisches Verhalten entscheidend bestimmt und seine Position im therapeutischen Team einer Klinik definiert.

### 2. Das Selbstverständnis von Seelsorgerin und Seelsorger

Dieser Pfarrer hatte Seelsorge zwar im Rahmen ihres allgemeinmenschlichen (generellen<sup>1</sup>) Propriums als Nächstenhilfe verstanden, aber ihr

1 Zu dieser Terminologie vgl. u. a. v. Vf.: Mein Auftrag ..., 1972, 52–62.

spezifisches Proprium übersehen oder vielleicht nur als theologischen Überbau interpretiert. Er hatte sich selbst zwar als Helfer, aber nicht als gläubigen oder christlichen Helfer verstanden. Das passiert, wenn der Glaube rein inhaltlich als zu verkündigende, übermittelnde und gegenständliche „Botschaft“ (fides quae creditur) aufgefaßt und nicht als Grundhaltung (fides qua creditur), als fiducia, als „Mut zum Sein“, gelebt und immer wieder gesucht wird. Diese Einstellung des Glaubens addiert zum Menschsein nicht etwas hinzu, sondern qualifiziert und interpretiert es anders. *Deshalb* gilt: „Der Pfarrer ist anders.“<sup>2</sup> Mehr als in der Gemeinde, wo der kirchliche Kontext die Identität von Seelsorgerin und Seelsorger definiert und stützt, ist deshalb im öffentlichen Krankenhaus (wie übrigens auch in der Schule, im Industriebetrieb, ja überhaupt in der „säkularen“ Gesellschaft) eine stabile und deutlich erkennbare Identität einerseits der pastoralen Rolle, andererseits der pastoralen Persönlichkeit notwendig. Dazu bedarf es der „Seelsorge am Seelsorger“ und der „dritten Gruppe“<sup>3</sup>, in der Seelsorgerinnen und Seelsorger sich in kritischer Solidarität begegnen und vergewissern.

### 3. Gottesdienst in einer multikulturellen Gesellschaft

Nun kann man zwar sagen, in dieser gegenseitigen Vergewisserung der beruflichen und persönlichen Identitäten gehe es letztlich um den Glauben an den Dreieinigen Gott, der eine ganz individuelle und subjektive Größe sei, aber dabei wird der einzelne nicht nur individualistisch überfordert<sup>4</sup>, sondern auch in die Isolierung verbannt. Das Kollektiv, die Bezugsgruppe, die jeder Mensch für den Aufbau und Bestand eines einigermaßen stabilen Selbstwertgefühls, Selbstverständnisses und Selbstbewußtseins braucht, wird dabei übersehen. Für die Seelsorgerinnen und Seelsorger sind diese Bezugsgruppen außer der Fachgruppe der Krankenhauseelsorger und durchaus über sie hinausreichend Kirche und Gemeinde. Der konkrete Ort, wo sich Kirche darstellt und ihrem Glauben Ausdruck verleiht, sind das Kirchengebäude und der darin vollzogene Gottesdienst. Hier gewinnt das heilsgeschichtliche Drama Gestalt, hier wird die Poesie des Glaubens faßbar und mitvollziehbar. Daß sie psychohygienische, gleichsam therapeutische Wirkung hat, ist dabei sekundär<sup>5</sup>.

2 M. Josuttis, 1982, passim.

3 D. Stollberg, Gruppe, 1973.

4 Vgl. dazu K. Winkler, Zumutung ..., passim.

5 M. Hausteil, Gottesdienst und Seelsorge, verfällt demselben Fehler, dem einst die Verkündigungstheologie verfallen war. Würden damals alle kirchlichen Lebensäußerungen dem Diktat der „Verkündigung“ unterstellt, so postuliert Hausteil jetzt den Primat der

In diesem Zusammenhang müssen auch die Kasualien, von denen vor allem Taufe und Beerdigung für die Krankenhauseelsorge von besonderer Bedeutung sind, erwähnt werden. Für sie gilt selbstverständlich eine wesentlich größere Nähe zur Biographie einzelner Menschen als für den „Haupt-“ oder Allgemeingottesdienst. Er hat darin exemplarisch eine wichtige Bedeutung für den Sitz der kirchlichen Tradition im Leben der einzelnen.

Gottesdienst ist primär Kult und nicht Seelsorge, aber er kann funktional auch unter poimenischen Gesichtspunkten verstanden werden, denn es ist keine Frage, daß er psychohygienische Wirkungen entfaltet, wie Religion überhaupt trotz und in, ja wegen ihrer ästhetischen Qualitäten<sup>6</sup> von erheblicher psycho- und soziohygienischer Bedeutung ist. Der Gottesdienst als ritualisierte Darstellung des Glaubens ist Ausdruck des Selbstverständnisses einer Glaubensgemeinschaft und ergibt sich aus einem bestimmten Selbst- und Gottesbild, welches er zugleich pflegt und tradiert, so daß ein Zirkel zwischen Kult und Theologie, Theologie und Kult entsteht. Eine Religion und ihre Ausdrucksformen sind daher kulturgeschichtlich geprägt und prägen ihrerseits die Kultur, zu der sie gehören, oder auch eine fremde Kultur, in die sie hineingetragen werden. Schon daraus sehen wir, wie schwierig es im Krankenhaus als dem Spiegel einer multikulturellen Gesellschaft sein dürfte, den traditionellen Ausdruck einer spezifischen Kultur als Medium der Hilfe, z. B. auch als Hilfe zur Indigenisation und Integration fremder Menschen in unsere Gesellschaft, einzusetzen, ohne missionarisch vereinnahmend und destruktiv zu wirken. Vielleicht läßt sich daraus sogar folgern, die Begegnung christlicher Seelsorgerinnen und Seelsorger mit Angehörigen anderer Religionen, beispielsweise Muslimen, im Krankenhaus müsse notwendigerweise etwas von deren Identität in Frage stellen, ja zerstören, falls ihnen bei der Überwindung ihrer Fremdheitsgefühle und bei ihrer Einheimischwerdung, mit der viele ihrer Probleme zusammenhängen, geholfen werden soll (wie ja schon Auswanderung und Alltag im fremden Land Althergebrachtes in

Seelsorge. Wenn etwas seelsorglich-hilfreich wirkt, dann scheint es gut. Also auch ein Gottesdienst, wenn er therapeutische Funktionen übernimmt. Daß es funktionale Überschneidungen gibt, bleibt unbestritten. Aber Gottesdienst ist Gottesdienst, Unterricht ist Unterricht, und Seelsorge ist Seelsorge. Jede Vermischung oder Verwechslung führt zu Einseitigkeiten und zu reduktionistischer Monotonie. Nicht alles auf der Welt ist kultisch, pädagogisch oder therapeutisch zu verstehen, auch wenn es aus einer bestimmten Perspektive so gesehen und bewertet werden kann. Die Kirche ist nicht nur gut, wenn sie hilft. Religion hat gerade in der Zweckfreiheit, also weil sie nicht nützlich ist, einen wichtigen Akzent ihres Propriums. Das meine ich, wenn ich dem doxologischen Charakter des christlichen Glaubens Priorität einräume.

6 Vgl. dazu R. Bohrens Entwurf einer Praktischen Theologie als Ästhetik: Daß Gott schön werde, 1975; außerdem A. Grözinger, Praktische Theologie, 1991.

Frage stellen und zerstören). Daß diese multikulturelle Begegnung auch die gewachsene Kultur und damit die ihr zugehörige traditionelle Religion mit ihren Ausdrucksformen eines bestimmten Gebietes, z. B. Mitteleuropas, in Frage stellt und teilweise zerstört, ist selbstverständlich. Gerade in diesem Zusammenhang wird dann auch deutlich, was generell gilt: daß Seelsorge jedenfalls einen aggressiven Eingriff in das Leben anderer Menschen darstellt?

Wenn sich die Christlichkeit der Seelsorge aus dem christlichen Gottesdienst ergibt, heißt das entweder, daß sie in einer multikulturellen Gesellschaft zunehmend ins Abseits gerät, oder daß sie im interkonfessionellen und interreligiösen Dialog ihr spezifisches Proprium modifizieren wird und, will sie nicht in heilloser Konkurrenz mit säkularer Psychotherapie geraten, auf neue Weise ihren religiösen und kirchlichen Kontext artikulieren und gleichzeitig erweitern muß. Für den Gottesdienst gerade im Krankenhaus wird das Konsequenzen haben, z. B. entweder Betonung der traditionellen Identität und Identifizierbarkeit liturgischer Formen oder Experimente, z. B. mit integrativen Gestaltungsweisen der Anbetung des einen Gottes, der das Selbstverständnis von Juden, Christen und Muslimen bestimmt. Dabei ist das Entweder-Oder nicht alternativ im Sinne gegenseitiger Ausschließlichkeit gemeint.

#### 4. Seelsorge vom Gottesdienst her und auf diesen hin

Das bisher Gesagte gilt grundsätzlich und nicht nur für die Krankhausseelsorge, auch wenn es sich hier, gleichsam an der Front, besonders deutlich auswirkt. Krankhausseelsorge, die den Bezug zu Kirche, Gemeinde und deren Gottesdienst verliert, hängt in der Luft. Freilich sind unsere Ortsgemeinden oft für die Patienten, denen wir begegnen, keine konkrete Größe und ist die Zugehörigkeit zur Ortsgemeinde für sie auch nicht erstrebenswert. Die Seelsorge in der Klinik kann allerdings, und vielleicht auch deshalb, eine Art Paragemeinde erzeugen, deren Mitglieder allen Patienten- und Berufsgruppen, die im Krankenhaus vertreten sind, angehören. Für sie wäre der gemeinsame Gottesdienst oder vielleicht sogar das tägliche (Stunden-)Gebet (bzw. die Andacht) Ausdruck einer über das pragmatisch Notwendige hinausgehenden spirituellen Dimension, in der sie sich verbunden wissen und von der her sie ihr Selbst- und Arbeitsverständnis beziehen. Es wird sogar berichtet, daß aus der Klinik entlassene Patienten gelegentlich auch nach ihrer Entlassung am Gottesdienst der Kli-

7 Vgl. A. Grözinger, Differenz-Erfahrung, wo Seelsorge u. a. als aggressiver „Eingriff“ beschrieben wird, aaO. 49ff. Dazu auch umfassend H. J. Thilo, therapeutische Funktion.

nik teilnehmen, weil sie hier Religion in einem konkreten sozialen Kontext erfahren haben und weiterhin erleben.

Gottesdienste, die im Krankenhaus stattfinden und die von nur wenigen Patienten und kaum je einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin besucht werden, gewinnen ihren Sinn freilich nicht immer aus dem konkreten Kollektiv, das die Klinik gestaltet, sondern dadurch, daß sie einerseits das christliche Selbstverständnis jener Menschen im Krankenhaus bestätigen, die, etwa durch Übertragungsanlagen, diesen Gottesdienst miterleben, andererseits eine persönliche Beziehung voraussetzen können: mit der Person, die die gottesdienstlichen Funktionen wahrnimmt und im alltäglichen Kontakt mit den Menschen im Krankenhaus steht. Die seelsorgerische Begegnung mit diesen Menschen (Patienten wie Mitarbeitern) gewinnt durch den regelmäßig gefeierten Gottesdienst auf repräsentative Weise eine kultische Dimension. Die kultisch dargestellte Repräsentanz von Kirche, ja von Gott selbst, geht ein in die persönlichen Besuche am Krankenbett und bestimmt die Zuschreibungen, welche die Patienten gegenüber der Rolle von Pastor und Pastorin vornehmen<sup>8</sup>. Wie weit dann etwa die Rede von Gott und seiner Gnade, vom Glauben und seiner Notwendigkeit für unsere Gesundheit und unser Sterbenkönnen auch in das Gespräch eingeht, bleibe offen, weil ich nicht die Meinung vertrete, Seelsorge müsse ihr spezifisches Proprium durch eine fromme und traditionsgebundene Sprache gewinnen oder zum Ausdruck bringen.

Auf der Basis dieses Gottesdienstverständnisses kann funktionale Seelsorge durch den Gottesdienst bestimmt werden als Ausdruck der Glaubensgemeinschaft, mit der der Patient auf liturgische Weise in Kontakt kommt und in Beziehung steht. Zugehörigkeit ist aber eine ‚conditio humana‘, ein wichtiger Faktor der Identitätsstiftung<sup>9</sup>. Sie wird erzeugt durch Partizipation an den kollektiven religiösen Symbolen, die mit der Gemeinschaft der Kirche weltweit und durch die Zeiten ebenso verbindet wie mit der Seelsorgerin oder dem Seelsorger, die sie konkret vor Ort repräsentieren. Die wie auch immer geartete Teilnahme am Gottesdienst (Besuch der Kapelle, Mithören über Funk usw.) ermöglicht aber auch Veränderung und Identitätszuwachs, weil der Patient im alltagsfernen Zusammenhang seines Klinik- oder Krankenhausaufenthaltes eventuell die Partizipation an einer Gemeinschaft ausprobiert, die ihm zu Hause und in seinem gewohnten sozialen Umfeld verwehrt oder jeden-

8 Selbstverständlich kann man das auch umgekehrt sehen. Auch der Liturg oder die Liturgin begegnet im Patienten Gott, so daß beide, Seelsorger und Patient, für den jeweils anderen zugleich Gott selbst repräsentieren. Die einschlägigen Bibelstellen (z. B. Mt 25, 40) sind bekannt.

9 Vgl. dazu M. Klessmann, Identität, 1980.

falls erschwert wäre. Längst überwunden geglaubte frühe Wurzeln der Identität können wiederbelebt, die verschüttete Frömmigkeit kann neu entdeckt werden. In diesem Falle handelt es sich um eine mit der Krankheit und ihren Möglichkeiten einhergehende benigne Regression<sup>10</sup>. Mit der Infantilisierung durch Erwachsenen angebotene Kindergottesdienstfrömmigkeit, also einer eher malignen Regression, die wir heute vielerorts antreffen (und die sich in einem oftmals kindlichen Stil der Gemeindeblättchen, Gemeindeveranstaltungen und neuen Lieder ausdrückt), hat das nichts zu tun<sup>11</sup>. Für Gottesdienste im Krankenhaus bedeutet das u. a., daß sie (ähnlich wie z. B. Gottesdienste im Altenheim) die Patienten nicht unterfordern, das traditionelle, teils vertraute, teils fremdartige Ritual mit Liebe und Kompetenz feiern und die Inhalte (z. B. einer kurzen Predigt) nicht auf vorschnellen Trost, unterstelltes und dramatisiertes Leiden oder die Unfähigkeit, mit Schmerzen, Verlust und Resignation erwachsen umzugehen, abstellen sollten. Daß für Kinderstationen andere Konsequenzen zu ziehen sind, ist ebenso selbstverständlich wie die Tatsache, daß verschiedene Arten von Fachkliniken und ihre spezielle Klientel verschiedene liturgische Akzente und vor allem verschiedenartige Predigten erforderlich machen.

##### 5. Zusammenfassung und weitere Konsequenzen für die Praxis

Gottesdienst und Seelsorge sind grundsätzlich zu unterscheiden. Nicht alles, was als Lebensäußerung der Kirche anzusehen ist, dient primär der Seelsorge oder der Unterweisung, der öffentlichen Verkündigung oder gar der Mission, sondern jeder Kommunikationsmodus hat seine besondere Funktion in besonderen Situationen. Verstehen wir die Kirche als Anbetungsgemeinschaft, ist ihr zentraler Ausdruck die Darstellung ihres Selbstverständnisses im heilsgeschichtlichen Drama des Gottesdienstes. Alle anderen Funktionen pastoraler Arbeit sind dieser Mitte zuzuordnen.

Das bedeutet freilich noch lange nicht, daß im Krankenhaus vor allem Gottesdienste abzuhalten wären; vielmehr ist die dort gefragte Seelsorge vom Gottesdienst her und auf diesen bezogen zu verstehen. Der Seelsorger oder die Seelsorgerin repräsentieren die gottesdienstliche Gemeinschaft und den Gott, den diese verehrt. Als solche werden Besucher „von der Kirche“ durch die Patienten auch wahrgenommen und zugeordnet. Wenn katholische Geistliche die gesegneten Abendmahls Elemente aus

10 Zu positiven und negativen Aspekten religiöser Regression ist wichtig: K. Winkler, Kinder, 1992.

11 Zur Wiederentdeckung eigener Frömmigkeit im therapeutischen Prozeß vgl. M. Boss, Beispiele, 1966.

dem Gemeindegottesdienst ans Krankbett bringen, hat das von daher seinen guten Sinn. Man kann auch nach einer evangelischen Eucharistiefeier, habe sie nun in der Krankenhauskapelle oder in der Ortskirche stattgefunden, die gesegneten Elemente zu den Patienten bringen, die das wünschen und denen man diese Gaben auch erläutern sollte. Berührungen, Handauflegung, ja die wiederentdeckte Krankensalbung<sup>12</sup> gehören in diesen Zusammenhang und sind nicht nur als persönliche Zuwendung eines Menschen zu einem anderen zu interpretieren. Das „Amt“ dient der Gemeinschaft, in deren Auftrag es handelt und in deren Kontext es jeden einzelnen Mitmenschen versteht. Deshalb ist die Spannung zwischen persönlicher Begegnung von Mensch zu Mensch und „amtlichem“ Besuch, zwischen Kirche und einzeltem Mitglied (oder auch Nichtmitglied) nicht vorschnell aufzulösen, sondern trotz aller Anstrengung, die uns das abverlangt, auszuhalten und aufrecht zu erhalten. Alles, was in der Seelsorge ritualisiert (damit oftmals bekannt, wiederholbar und in gewisser Weise stereotypisiert) ist, drückt den kollektiven und „amtlichen“, also überindividuellen Aspekt der Begegnung aus. Dazu gehören u. v. a. biblische Geschichten, Psalmen und Gebete, Liedstrophen, Vaterunser und Credo, Segensformeln. Lyrische Gedichte, Texte aus der Literatur usw. möchte ich davon klar unterscheiden.

Daß gerade im Zusammenhang mit Krankheiten ein großes Bedürfnis nach offener Aussprache und Bewältigung von persönlicher Schuld, aber auch von Kränkungen besteht, die einstmals im Beichtinstitut formalen Ausdruck finden konnten, aber heute sich nur noch individuell und mit seelsorgerischer Hilfe artikulieren können, ist ein besonderes Problem. Hier ist eine existentielle Notwendigkeit aus dem liturgischen Kontext ausgewandert, hat quasi Trost bei den „Beichtvätern des 20. Jahrhunderts“ (P. Halmos), den Psychotherapeuten, gesucht, manchmal auch, oft aber auch nicht gefunden und bedarf einfühlsamer seelsorgerischer Artikulationshilfe.

Jener Pastor, der sich nicht mehr von Gesprächstherapeuten zu unterscheiden wußte, entdeckte in seiner liturgischen Perspektive eine neue Anthropologie, die der scheinbar so nüchtern gewordenen naturwissenschaftlichen und technischen Welt den ästhetischen Glanz der Religion zu vermitteln vermag. Dabei handelt es sich weniger um „Opium des Volkes“ zur Dämpfung von Schmerzen aller Art, sondern um kreative Bereicherung der in eine Freiheit entlassenen Menschheit, welcher sie nicht gewachsen ist, obwohl es kein Zurück mehr in die normativ-ethische Moral vergangener Zeiten gibt. Der Pastor entdeckte seine Arbeit in der helfen-

12 Vgl. J. Mayer-Scheu, A. Reiner, Heilszeichen 1975; Agende 1990, 73ff; Chr. Grethlein, Handlungen 1995, 965–970.

den Beziehung mit Empathie, Konfrontation, Interpretation, Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand etc. als eingebettet in die kosmologische Perspektive einer über Geburt und Tod hinausgreifenden „Ewigkeit“. Und er begann sich mutig und nicht ohne peinliche Gefühle als „Gottesmann“ zu verstehen, der eine Dimension des Lebens und die dafür stehende Organisation vertritt, welche zwar von erheblicher therapeutischer (oder auch antitherapeutischer) Relevanz sind, aber deren Aufgabe nicht primär die Therapie, sondern die Anbetung und der in ihrem Licht gelebte Alltag sind.<sup>13</sup>

Die ersten Christen scheinen sich sehr stark von der Aufgabe der Heilung her verstanden zu haben. Den armen, leidenden und geknechteten Menschen sollte geholfen werden: „Die Gesunden bedürfen des Arztes nicht, sondern die Kranken“ (Lk 5,31). In diesem Sinne verehrt die Kultgemeinschaft der Christen einen therapeutischen, heilenden und ärztlichen Gott, der „keine Lust hat am Tode des Sünders, sondern daß der Sünder sich bekehre und lebe“ (Hes 18,23; 33,11). Seelsorge kann insofern auch als ganzheitlicher Heilungsdienst begriffen werden. Zwischen Gottesdienst und Seelsorge besteht ein Kreislauf: Menschen werden (von Jesus und seinen Jüngern) geheilt und als Folge davon fromm, Menschen werden fromm und als Folge davon geheilt. Das kreative Potential der Frömmigkeit und die menschliche Gesundheit sind eng miteinander verbunden. Unser Auftrag im Krankenhaus ist nicht hilfreiche Mitmenschlichkeit allein, sondern die Pflege der religiösen Qualifikation des Klinikalltags und der biographischen Ausnahmesituation unserer Patienten. Es geht darum, jede helfende Begegnung und jede mitmenschliche Begleitung gläubig zu transzendieren.

13 Vgl. Stollberg, Befund 2000.

ULRICH EIBACH

## Gesundheit und Krankheit. Anthropologische, theologische und ethische Aspekte

### 1. Einleitung

Gesundheit ist ein „Konditionalgut“, Voraussetzung zur Verwirklichung und zum Genuß der meisten anderen Güter. Ausdruck eines ständig höher geschraubten Begriffs von Lebensqualität ist die Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Gesundheit* ist der „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“<sup>1</sup> Gesundheit ist demnach die unbeeinträchtigte Fähigkeit, sich selbst gemäß seinen Bedürfnissen und Lebensvorstellungen zu verwirklichen und so glücklich zu sein. In den Dienst einer so verstandenen Gesundheit stellen sich weniger die Schulmedizin als vielmehr bestimmte Formen der Psychotherapie und der „Alternativmedizin“, die zum Teil ein ganzheitlich umfassendes Wohlbefinden und eine Steigerung der Lebenskräfte durch Teilhabe an kosmischen Daseinskräften versprechen.<sup>2</sup>

Andererseits wird das Bild unserer Kranken- und Pflegeinstitutionen immer mehr von Menschen geprägt, die schwer chronisch oder zum Tode krank sind. Zwar ist das Krankenhaus diejenige Institution, in der die Gesellschaft ihre Vorstellungen von der Machbarkeit der Gesundheit institutionalisiert hat und die entsprechend auf Macht über Krankheit und Tod hin organisiert ist, doch kann das nicht darüber hinwegtäuschen, daß in sehr vielen Fällen Heilung oder auch nur Lebensbewahrung nicht zu erreichen sind.

1 Vgl. U. Eibach, Heilung, 19ff.

2 Vgl. M. Nüchtern, Medizin, 33ff.