

Jacobs, C. (2006). Wer glaubt, dem ist geholfen! Von der Heilkraft des Glaubens und dem hilfreichen Potential einer heilsamen Pastoral. Wer hilft, wird ein anderer. Zur Provokation christlichen Helfens. B. Haslbeck and J. Günther. Berlin, Lit-Verlag.

## **Wer glaubt, dem ist geholfen!**

### **Von der Heilkraft des Glaubens und dem hilfreichen Potential einer heilsamen Pastoral**

#### **1. Glaube: Heilsames Potential oder Risiko?**

Glaube ist hilfreich und heilsam, ja, eine wahre Gnade! – behauptet die Theologie, behauptet die Kirche. Für beide ist der Glaube eine positive, ja lebensnotwendige Größe für die Menschen und ihre Seele.

Aber nein, Religion ist ein Risiko! – so riefen die Gebildeten unter den Verächtern der Religion, so rief seit Jahrzehnten immer wieder die Religionskritik, Wissenschaftler philosophischer, psychologischer und medizinischer Provenienz. Und sie glaubten, keine Schwierigkeiten zu haben, dies an unzähligen Einzelbeispielen verunglückten Lebens zeigen zu können (Küng, 1994, S. 9). Diese Ansicht hat sich zum Teil auch in der Bevölkerung festgesetzt.

Doch das Klima in Wissenschaft und Gesellschaft beginnt sich zu ändern. Könnte es sein, daß Religion doch gar nicht so schlecht ist für die Gesundheit? Diese Frage wird salonfähig. Natürlich nicht aus wissenschaftlicher Uneigennützigkeit, sondern wohl eher getrieben vom Wandel in den postmodernen Lebensbefindlichkeiten (Grom, 1998). Gesundheit und Wohlbefinden werden zu einem absoluten Höchstwert. Alles, was da nützt, sollte man in Dienst nehmen: wenn nötig, auch die Religion.

Wer einen Blick wirft in die qualifizierten und bekannten medizinischen Zeitschriften wie das New England Journal of Medicine und die Lancet wird als deutscher Theologe mit Erstaunen folgendes feststellen:

Da wird in Überblicksartikeln dem Zusammenhang von Religion, Spiritualität und Medizin nachgegangen und (ernsthaft!) die Frage diskutiert, ob Ärzte nicht gut daran täten, ihren Patienten religiöse Aktivität zu verordnen und mit ihnen zu beten (Sloan et al., 2000; Sloan, Bagiella, & Powell, 1999; Tucker, Roper, Rabin, & Koenig, 1999).

Hat Glaube wirklich ein heilsames Potential? Ist dem, der glaubt, wirklich geholfen – durch den Glauben? Diese Frage ist offensichtlich nicht mehr ein Hobby interessegeleiteter Theologen, sondern eine Frage von vieldiskutiertem wissenschaftlichem, gesundheits- und gesellschaftspolitischem Rang.

Die Beantwortung der Frage braucht sowohl aus humanwissenschaftlicher wie aus theologischer Sicht eine kritische Reflexion der Denkmöglichkeiten und der empirischen Fakten im Kontext von Glaube, Religion und Gesundheit.

Dabei eröffnet sich ein weites Forschungsfeld, das bisher vor allem im unbefangenen pragmatischen Wissenschaftsklima des anglo-amerikanischen Sprachraums beforscht bzw. zur Kenntnis genommen wurde (Koenig et al., 2000; Koenig, 2004; Mueller, Plevak, & Rummans, 2001). Es wird Zeit, sich auch hier in Europa den heilsamen Potentialen des Glaubens neu zu öffnen.

Dem Theologen wird dabei auffallen, daß die empirischen Humanwissenschaften die sachlich notwendige Unterscheidung zwischen Glauben, Religion und Religiosität nur selten durchhalten – nicht zuletzt deswegen, weil sie sich der empirischen Feststellung entzieht. Wenn die empirischen Wissenschaften von Glaube sprechen, meinen sie meist Religion.

Für die Theologie möchte ich die Frage exakt so formulieren: Dürfen wir davon ausgehen, daß der christliche Glaube, wie er sich in der religiösen Praxis realisiert, potentiell heilsam und gesund ist und gesund macht? Oder prägnant und operationalisierbar: Macht Glaube gesund?

Meine These lautet: Glaube darf tatsächlich als salutogener Faktor und als humanisierende Lebenskraft gelten (Baumgartner & Ladenhauf, 2000) – und zwar nicht mit schlechtem Gewissen, sondern mit Selbstbewußtsein.

## **2. Glaube und Gesundheit: Ein spannungsreiches Paar**

Glaube und Gesundheit werden nicht erst heute zueinander in Beziehung gesetzt. Aber das Verhältnis ist nicht einfach zu bestimmen. Sowohl begrifflich wie auch alltagspraktisch zeigen sich unverzichtbare Gemeinsamkeiten, offene Fragen, Spannungen und Sackgassen, die – natürlich exemplarisch – kurz anzudeuten sind.

### **2.1. Transzendenzbezug und Ganzheitlichkeit des Gesundheitsbegriffs**

Die Frage nach der Gesundheit ist eine “transzendente” Frage (Virchow, 1854). Sie darf nicht nur den Naturwissenschaften überlassen werden. Für die Antike war dies eine größere Selbstverständlichkeit als für die heutige Postmoderne. Sehr kreativ und alltagsverwoben zeigt sich dieses Wissen in der griechischen Mythologie. Gesundheit hat etwas mit den Göttern zu tun. Die beiden Göttergestalten Asklepios und Hygieia offenbaren in ihrer Polarität den irdischen Doppelcharakter der Gesundheit, der bis heute in allen rationalen Gesundheitsdefinitionen wiederkehrt. Asklepios ist der Heiler. Er macht den Krankgewordenen wieder gesund. Gesundheit im Sinne des Asklepios verbindet sich sehr eng mit Erlösung von Krankheit und Gebrechen. Hygieia dagegen symbolisiert nicht die Heilung

von Krankheit. Sie ist die zur Gottheit erhobene Gesundheit im Sinne der Lebenskunst und der vernünftigen Lebensführung. Gesundheit im Sinne von Hygieia ist eine aktive und eigenständige Tat (Spijk, 1991).

Auch das diskursive Nachdenken der Philosophie insistiert auf dem Transzendenzbezug des Gesundheitsbegriffs. Für Platon ist die körperliche Gesundheit eine Sache des Arztes. Doch wichtiger ist die Gesundheit der Seele, die in ihrer Harmonie den Göttern nahe ist. Je näher sie an diese heranzurücken vermag, umso gesünder ist sie (Spijk, 1991, S. 19 - vgl. Platon in "Phaidros" und in "Der Staat"). Um die Gesundheit der Seele kümmert sich der Philosoph.

Von Platon stammt auch eine sehr frühe gelungene Kritik einer egozentriert übertriebenen Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit, die dem Gemeinwesen die Kraft entzieht. So kritisiert er einen Weisheits- und Gesundheitslehrer seiner Zeit mit beißendem Spott: "Er ging nämlich seiner Krankheit nach, .... Da gönnte er sich denn für alles andere keine Zeit mehr und dokterte sein ganzes Leben an sich herum, elend geplagt, wenn er auch nur ein wenig von der gewohnten Lebensweise abwich. Und so siechte er vor lauter Weisheit dahin und erreichte ein hohes Alter" (zitiert nach: Spijk, 1991, S. 15).

An dieser Stelle läßt sich festhalten: Gesundheit kann ohne Transzendenzbezug nicht angemessen verstanden werden. Die Sorge um die Gesundheit braucht ein ganzheitliches Konzept und ist ethisch zu verantworten.

## 2.2. Freud und die ekklesiogenen Neurosen: Verabschiedung von pastoralpsychologischen Altlasten...

Die positive Einstellung der Antike zur Religion konnte Freud nicht teilen. Freud steht symbolisch für das negative Image der Religion mit Blick auf die Gesundheit. Er glaubt entdeckt zu haben, daß es Ähnlichkeiten und Analogien zwischen dem Benehmen von Zwangskranken und den religiösen Praktiken gibt (Freud, 1940ff, S. 138f).

Empirisch auf den Prüfstand gestellt erweist sich diese Position mehr als problematisch. Natürlich gibt es Einzelfälle, in denen Religiosität sich zwanghaft manifestiert. Eine grundsätzliche Strukturähnlichkeit ist auf Faktenbasis jedoch nicht nachweisbar. Auf dem heutigen Stand psychologischer Erkenntnis hat die psychoanalytische Theorie mit dem Impetus der allgemeinen Pathogenität von Religion einen allenfalls ideologischen Wahrheitswert (Baumgartner & Ladenhauf, 2000).

Eine ähnlich problematische Altlast, die unverständlicherweise sogar als gängiges Erklärungsmodell in der Pastoralpsychologie Fuß gefaßt hat, ist der Begriff der ekklesiogenen Neurose. Obwohl er wie selbstverständlich im Repertoire von Theologen und Therapeuten vorkommt, ist der von dem Berliner Gynäkologen Schätzing (1955) aus persönlicher

Betroffenheit heraus ins Spiel gebrachte Terminus über lange Zeit nicht wissenschaftlich hinterfragt worden (Pfeifer, 1993).

Mit Verweis auf Baumgartner (2000), Stenger (1975) und Pfeifer (1993) ist festzuhalten: Bei diesem Konzept handelt es sich um einen Mythos, der sich weder epidemiologisch noch ätiologisch beweisen läßt.

Folgende Position ist aus der Sicht der aktuellen Psychotherapieforschung realitätsgerecht: Religion ist nicht primär ursächlich für psychische Störungen "..., sondern liefert der Störung Haftpunkte, rituelle Symbolisierungen klischeehaft zu benutzen und für das neurotische Szenario zu deformieren. Religiosität färbt folglich die Störungssymptomatik ein, verstärkt sie unter Umständen, bedingt sie aber nicht (Baumgartner & Ladenhauf, 2000, S. 33)".

Allerdings lenkt dieses Faktum die Aufmerksamkeit aber auch auf die Tatsache, daß sich Religion und Glaube für Störungen und im Kontext von Krankheiten instrumentalisieren lassen. Glaube macht nicht krank, er läßt sich aber in Krankheit und für Krankheit mißbrauchen.

### 2.3. Gesundheit in den Humanwissenschaften

Unverzichtbar bei der Erforschung des Zusammenhangs von Religiosität und Gesundheit ist ein kurzer Blick auf das Verständnis von Gesundheit in den Humanwissenschaften. Das Spektrum der theoretisch-empirischen Gesundheitsbegriffe entspricht ungefähr dem Spektrum des alltagspraktischen Gesundheitsverständnisses bei den sogenannten Laien. Die Spannweite reicht von dem einen Pol der negativen Definition als Abwesenheit von Krankheit im Sinne des "Schweigens der Organe" bis hin zum anderen Pol der utopischen Definition der WHO als vollkommenem menschlichen Wohlbefinden.

Inhaltlich zeigen sich (zumindest) folgende Perspektiven: Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung, Gleichgewicht, Flexibilität, Anpassung, Wohlbefinden (Franke, 1993). Wer humanwissenschaftlich Gesundheit erforscht, wird aus pragmatischen Gründen stets aus diesen Perspektiven auswählen müssen. Dies mag für die Theologie zwar auf dem Hintergrund der Forderung nach Transzendenzbezug und Ganzheitlichkeit zwar enttäuschend einfach sein. Aber es ergibt sich ein unschätzbare Vorteil: so wird die Fragestellung operationalisierbar und überprüfbar.

Zum Beispiel läßt sich nun fragen:

- Führt Glaube zu größerer Freiheit von Krankheit und Belastung?
- Macht Glaube lebensstüchtiger?
- Führt Glaube zu größerer Beheimatung im sozialen Leben?
- Ermöglicht Glaube ein größeres physisches und psychisches Gleichgewicht?

- Macht Glaube zufriedener und glücklicher?
- Führt Glaube zu einem größeren körperlichen und seelischen Wohlbefinden?

### 3. **Glaube macht gesund! – Humanwissenschaftliche Perspektiven**

#### 3.1. Religion und Gesundheit: Wie mißt man den Zusammenhang?

Die Messung des Zusammenhangs zwischen Religion und Gesundheit ist eine große Herausforderung und führte in der Vergangenheit zur Neuauflage der normativen Kontroverse auf dem empirischen Forschungsfeld (Huber, 1996; Schmitz, 1992; Zwingmann & Moosbrugger, 2004).

Allerdings ist der methodische Fortschritt in den letzten 15 Jahren beachtlich (Levin & Chatters, 1998; McCullogh & Larson, 1998). Der Erfolg zeigt sich in immer konsistenter werdenden Resultaten.

Als Fazit der Diskussion der Meßproblematik sind vier Aspekte nach dem heutigen Wissensstand für valide Ergebnisse von besonderer Bedeutung: 1. die Dimensionierung der Aspekte von Religion und Gesundheit, 2. die untersuchten diagnostischen Gruppen bzw. die Gesundheitsmaße, 3. die untersuchten Altersgruppen, 4. das Geschlecht und ethnische Aspekte. Besonders beachtenswert ist die Tatsache, daß nicht nur die Höhe der gemessenen Korrelation, sondern vor allem auch die Richtung der Beeinflussung abhängig ist von den verwendeten Konzepten und deren Meßgrößen.

#### 3.2. Überblick über die Forschungslage

Die Zahl der epidemiologischen und klinischen Studien in denen der Zusammenhang von Glaube und Gesundheit in den Blick genommen wurde, hat in den letzten Jahren sprunghaft zugenommen. Die Anzahl der Publikationen pro Jahr entspricht zur Zeit in etwa der Anzahl der Veröffentlichungen zum Forschungsfeld der Sozialen Unterstützung.. Beinahe jede körperliche Krankheit einschließlich der Krebsarten und eine Vielzahl von psychischen Krankheiten wurde in den Blick genommen. Am besten untersucht sind bei der körperlichen Gesundheit die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Herzinfarkt sowie allgemeine und ursachenspezifische Mortalität. Bei der seelischen Gesundheit sind es allgemeines Wohlbefinden, Belastungsbewältigung, Krankheitsbewältigung, Depression, Angststörungen, Suizid und Suchtverhalten.

Das Spezifikum eines großen Teils der Studien war es, daß ihr Design von gesundheitspolitisch interessierten Epidemiologen entworfen wurde, also überhaupt nicht zum Studium des Einflusses von Religion auf Gesundheit entworfen wurde. Der Vorteil ist ihre Unverdächtigkeit. Ihr Nachteil: Sie können einen salutogenen Effekt nicht direkt "beweisen".

Halten wir trotzdem zunächst fest: Die Hälfte der vorliegenden Studien führt zur Hypothese, daß eine positive Beziehung zwischen Religion und Gesundheit naheliegt und spezifisch untersucht werden sollte. Weniger als ein Viertel der Studien macht negative und der Rest gar keine Effekte aus (Gartner, Larson, & Allen, 1991; vgl. Levin & Chatters, 1998, S. 36). Generell muß bei der Interpretation bedacht werden, ob die Studien mögliche konfundierende Variablen und Kovariablen mit ausweisen und in der Interpretation auswerten (Sloan et al., 1999). M.a.W.: Der Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit ist kein direkter, sondern ein mittelbarer, dessen Aufklärung die Entwicklung komplexer Modelle erfordert (Murken, 1998, S. 69).

### 3.3. Highlights der Forschung

Eindrucksvoller und überzeugender als jeder allgemeine Überblick sind exemplarische Forschungsergebnisse. Mit aller gebotenen Zurückhaltung seien daher hier Schlaglichter aus einigen großen bzw. besonders bedeutsamen Studien für die positive Beziehung von Religion und Gesundheit geführt (Grom, 1998, 2000; Koenig et al., 2000; Koenig, 1998; Levin & Chatters, 1998):

- Der subjektive und der objektive allgemeine Gesundheitszustand lassen sich in mehreren großen epidemiologischen Studien in einen positiven Zusammenhang bringen mit der Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs, der subjektiven Bedeutsamkeit des Glaubens und dessen Aktivierung bei der Verarbeitung von Problemen.
- Die Lebenserwartung der Geistlichen liegt entscheidend über derjenigen der Normalbevölkerung, sogar noch über der der Gesundheitsprofis, nämlich der Ärzte. Bei ihnen ist der Tod durch Herz-Kreislauf-Versagen, durch Lungenkrebs und durch Nierenerkrankungen weit seltener als im Bevölkerungsdurchschnitt.
- Die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs läßt bei Frauen eine längere Lebensdauer voraussagen, während sie das bei Männern nicht tut - selbst dann, wenn man für beide die soziologischen Gesundheitsrisiken mit berücksichtigt.
- Religiöse Belastungsbewältigung zeigt sich in einer Studie an männlichen Krankenhauspatienten als der einzig relevante Prädiktor für eine geringere Depressivität zum Zeitpunkt von 6 Monaten nach ihrer Entlassung.
- Sozialpsychologische Querschnittstudien an älteren religiösen Menschen zeigen unter anderem: eine erhöhte Lebenserwartung, eine geringere Depressivität, eine erhöhte subjektive Gesundheit, weniger Krebs und andere körperliche Symptomaten, weniger Nikotin- und Alkoholmißbrauch, eine höhere Lebenszufriedenheit, mehr Selbstwertgefühl, eine bessere emotionale Anpassung, weniger Einsamkeit und mehr subjektives Glücklichein.

- Ein Sich-Einbringen in religiöse Gemeinschaften steht in einem stärkeren Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit als der körperliche Gesundheitszustand – ein Faktum, das auch nach Kontrolle sämtlicher Kovariaten bestehen bleibt.
- Eine Längsschnittanalyse durch eine Großstudie zeigt die hilfreichen Effekte von Gottesdienstbesuch angesichts von kritischen Lebensereignissen und Gesundheitsproblemen.
- Je höher der Grad der religiösen Belastungsbewältigung ausgeprägt ist, desto geringer ist der Anteil depressiver Verstimmung bei Krankenhauspatienten, desto schneller ist die Erholung bei Depression.
- Der Anteil der Angststörungen ist bei Nicht-Kirchgängern annähernd doppelt so hoch; dies gilt sogar für die Gruppe der 18-40-Jährigen.
- Der wichtigste Prädiktor für Alkoholmißbrauch ist das Fehlen einer religiösen Bindung. Ähnliches gilt für die Beziehung von Gottesdienstbesuch und Zigarettenkonsum.
- Insgesamt zeigen 91 von 114 Studien zur seelischen Gesundheit bis zum Jahr 2000 eine statistisch signifikante Korrelation mit positiven religiösen Maßen.

#### 3.4. Ertragssicherung der Forschungslage

Die bilanzierende Analyse der Daten ergibt zwei Trends: Eine positive Beziehung zwischen Religion und Gesundheit findet sich vor allem in Studien, die sogenannte "harte" Outcome-Daten wie Lebenserwartung, körperlichen Gesundheitszustand und objektivierbare Verhaltensdaten wie Alkoholmißbrauch und Suizid verwenden. Positive und negative Korrelationen finden sich eher bei durch Befragungen erhobenen Selbstauskünften zur Religiosität und ausgewählten Parametern psychischer Befindlichkeit (Murken, 1998). Vermutlich beruht dies auf einer Konfundierung von seelischer Pathologie und pathologischer Religiosität. M.a.W.: Bei Seelisch-Gesunden korrespondiert Religiosität mit Gesundheit und/oder fördert sie. Bei Seelisch-Kranken wird Religiosität partiell von der Krankheit negativ eingefärbt.

Zusammenfassend läßt sich festhalten: "Zwischen körperlicher Gesundheit und persönlicher Religiosität besteht also ein vielfach nachgewiesener positiver statistischer Zusammenhang, der vermutlich auch ein kausaler ist. Der Stärke nach ist er zwar so bescheiden, daß er noch keine Frömmigkeitsbonus bei den Krankenversicherungsbeiträgen rechtfertigt, doch stellt er trotzdem ein beachtliches Potential dar. Dieser Zusammenhang erklärt sich wahrscheinlich aus gesellschaftlichen, sozialpsychologischen und intrapsychischen Faktoren, die mehr oder weniger alle zum beobachteten Resultat beitragen, deren Anteil und Wirkweise im einzelnen jedoch noch nicht befriedigend erforscht sind" (Grom, 1998, S. 417). Der Zusammenhang zwischen Religiosität und seelischer Gesundheit hat noch besonderen Forschungsbedarf. Klar

ist jedoch die eindeutig positive Korrelation zwischen intrinsischer Religiosität und seelischer Gesundheit.

### 3.5. Hypothesen und Modelle zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit

Wie funktioniert nun der Zusammenhang zwischen Glaube und Gesundheit?

Bewegt man sich auf dem Boden des guten und bewährten scholastischen Modellkonzepts, daß die Gnade sich die Natur voraussetzt, so wird man wohl die Hypothese einer “transmundanen Energie” (James) ad acta legen, ebenso die Annahme einer von den anderen psychischen Prozessen verschiedenen “Glaubensfunktion” des psychischen Apparates (Szondi), schließlich auch die Hypothesen jeder Art von religiösem Pharmakon bzw. gar Psychopharmakon (Grom, 2000). Plastisch formuliert gilt noch immer: “Wissenschaftler haben keine spezielle gesundheitsfördernde Substanz ausgemacht, die in den Blutstrom ausgeschüttet würde, wenn jemand um seine Genesung betet” (Matthews, 2000, S. 57).

Folgende grundsätzlichen Hypothesen über den Zusammenhang von Glaube und Gesundheit sind denkbar (Grom, 2000; Murken, 1998):

1. Die Verhaltenshypothese: Das Leben in einer Glaubensgemeinschaft hat eine verhaltensregulierende Funktion, in dem es gesundheitsförderliches Verhalten belohnt.
2. Die Hypothese der Sozialen Unterstützung oder des Sozialen Netzes (Kohäsionshypothese): Die Interaktion mit der Glaubensgemeinschaft nutzt die direkten positiven sozialen Effekte und die Puffer-Effekte sozialer Beziehungen.
3. Die Kohärenz-Hypothese: Der Glaube bietet kognitive Prozesse an, die eine kognitiv-emotionale Stimmigkeit der Lebenswelt ermöglichen.
4. Die Belastungs-Bewältigungs-Hypothese: Im Alltag und insbesondere bei kritischen Lebensereignissen haben religiöse Menschen einen Bewältigungsvorteil, indem ihnen bewährte und handlungsoptimierte Coping-Strategien zur Verfügung gestellt werden.
5. Die Selbstwert-Hypothese: Glaube und Glaubenspraxis versetzen den Menschen in eine intensive Beziehung zum psychischen Korrelat der Gegenwart Gottes. Dies verstärkt alle psychischen Prozesse, welche den Selbstwert aufbauen und regulieren.

Das Fazit lautet: Mit Sicherheit besteht unter all diesen und sicher noch weiteren Prozessen eine komplexe Interaktion. Letztlich stellt der Glaube das Individuum in ein religiös gefärbtes Wechselspiel aus sozialer Interaktion mit der Glaubensgemeinschaft und mit intrapsychischer Emotions- und Verhaltensregulation auf der Basis religiöser Kognitionen.

Vereinfacht und dennoch nicht unbedingt falsch könnte man in einer medizinisch anmutenden Analogie sagen: Glaube und religiöse Aktivität sind eine Art einzigartiger “kombinierter



Wirkstoff" (Matthews, 2000, S. 57), der wirksam eine große Anzahl von bekannten und noch unbekanntem ineinandergreifenden bio-psycho-sozialen Prozessen religiöser Provenienz aktiviert, die Gesundheit und Wohlbefinden fördern.

Als hilfreiche Rahmenvorstellungen für die genannten Modellaspekte werden in der Literatur immer häufiger verschiedene Ressourcenmodelle (Grawe, 1998, 2004) bzw. salutogenetische Modelle vorgeschlagen (vgl. Antonovsky, 1987; Baumgartner & Ladenhauf, 2000; Jacobs, 2005; Levin & Chatters, 1998). Aus dieser Perspektive ist der Glaube eine zentrale Ressource, welche die personalen Ressourcen, die sozialen Ressourcen und die organisationalen Ressourcen zu integrieren vermag (vgl. auch: Murken, 1998, S. 81).

#### 4. **Potentiale einer heilsamen Pastoral**

Wer glaubt, dem ist geholfen!

Die heilsame Kraft des Glaubens theologisch zu durchdringen und in der Seelsorge handlungsleitend werden zu lassen, ist die Aufgabe der praktischen Theologie (Baumgartner, 1997). Dazu gehört es, im Kontakt mit den Humanwissenschaften die Zeichen der Zeit zu bedenken und theologisch zu deuten, also im Sinne von Zulehner eine Kairologie und Kriteriologie zu entwickeln (Zulehner, 1989). Dabei zeigt die Beschäftigung mit der Frage "Ist Glaube heilsam und hilfreich?" eine erstaunliche Fruchtbarkeit.

##### 4.1. Glaube macht heil!

Wer glaubt, dem ist geholfen!

Diese Formulierung ist absichtlich sperrig, aber hilfreich. Sie soll deutlich machen, dass Glaube zunächst und zuallererst Sinn und Zweck in sich selbst hat. Die Heilkraft des Glaubens ist eine Zusage im Sinne Jesu Christi: Dein Glaube hat dir geholfen! Dem christlichen Glauben (wie übrigens auch den anderen großen Religionen) geht es nicht primär um Gesundheitsförderung und Wellness, sondern um das ganzheitliche Heil des Menschen. Die theologische Wirklichkeit des Heils darf daher von ihrem Selbstverständnis her nicht auf die Funktion verengt werden.

Die bisherigen Überlegungen und Ergebnisse zur gesundheitsfördernden Kraft des Glaubens konzentrieren sich von ihrem wissenschaftlichen Selbstverständnis her auf die meßbaren Funktionen der Religion (Baumgartner & Ladenhauf, 2000, S. 37). Dadurch wird der Glaube bzw. – begrifflich exakter – wird Religion selbst zu einem Instrument, das sich zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Therapie medizinisch und psychologisch nutzen läßt. Eine solche funktionale Sicht von Glaube ist aus theologischer Perspektive sicher nicht falsch, sondern besitzt durchaus eine theologische Dignität. Aber sie ist theologisch ergänzungsbedürftig, weil sie der Machbarkeits- und Therapiefalle entgehen muß.

Die Theologie muß mit aller Deutlichkeit darauf aufmerksam machen, daß der theologische Kontext und der Grund für die gesundheitsfördernde Kraft des Glaubens die Verkündigung des Heiles ist - so z.B. die Theologen (Arnold, 1983; Beinert, 1984; Biser, 1975; Häring, 1989). Heilung ist nicht ein machbares "Produkt", sondern unverfügbares Geschenk der Gnade des Glaubens und dient der Offenbarung des heilmächtigen Wirkens Gottes. So macht es auch das Neue Testament deutlich: z.B. in der Zeichen-Erzählung von der Heilung des Blinden bei Johannes (9,1-41). Theologisch kurz und knapp formuliert: Glaube macht mehr als gesund – Glaube macht heil!

Prägnant formulieren in diesem Sinne Baumgartner und Ladenhauf: "Glauben allein um der Gesundheit willen wäre christlich gesehen ein höchst 'ungesunder' Glaube. Man hätte nicht begriffen, daß Glaube eine Begabung darstellt, auf den Gott Jesu hin exzentrisch zu werden. In diesem Plausibilitätsrahmen erwächst der Impuls zu glauben nicht aus Gesundheitsmotiven, sondern aus der Sehnsucht, der ungeschuldeten Zuwendung Gottes zu antworten. Gesundwerdung ist in diesem Dialog Gott-Mensch Beigabe, nicht Zweck" (Baumgartner & Ladenhauf, 2000, S. 37).

Wer glaubt, dem ist geholfen! Diese Zusage der Heilsmacht Gottes offenbart sich darüber hinaus nicht nur im Gelingen des Lebens, sondern auch und gerade im Scheitern und im Unheil (Fuchs & Werbick, 1991; Schillebeeckx, 1977). Das Heil Gottes ist nicht gleichzusetzen mit einem ungebrochenen Lebensoptimismus, sondern schenkt sich gerade angesichts menschlicher Fragmenthaftigkeit durch den Tod hindurch. Die Heilsverheißung gilt auch und vor allem den Opfern der Geschichte und den menschlich unvollendet Gebliebenen.

#### 4.2. Heilsame Pastoral

Wer glaubt, dem ist geholfen!

Dass dies kein "frommer Wunsch" bleibt, sondern Realität wird, ist ein Auftrag an die Pastoral der Kirche, ein Auftrag an diejenigen, die anderen helfen möchten, ein gelingendes Leben zu führen. Denn der Wunsch der Menschen nach einer lebensfreundlichen Kirche ist ein entscheidender Prüfstein für die Glaubwürdigkeit der Botschaft. Daher stelle ich hier die Frage: Welche Akzentsetzungen ergeben sich vor diesem Horizont durch das erwiesene heilsame Potential des Glaubens für die Pastoral?

Hier einige knappe Antworten:

1. Gott ist ein Freund des Lebens (Weish 11,26). Mit Selbstbewußtsein darf sich die Kirche immer wieder bewußt machen, daß ihre Verkündigung eines liebenden und sorgenden Gottes

den Menschen eine Verankerung im Raum des Heils geben kann, die nur schwer oder gar nicht von innerweltlichen Institutionen zu ersetzen ist. Was die Psychologie heute betont, bietet die Kirche schon lange: a) Verankerung im Leben durch die Schaffung einer stimmigen Welt (Verstehbarkeit), b) Bereitstellung von Kräften zur Meisterung des Lebens (Gestaltbarkeit) und c) die motivationale Ausrichtung auf sinnvolle Ziele (Bedeutsamkeit) (Antonovsky, 1997; Jacobs, 2000; Keupp, 1997). All dies gehört nämlich zu den grundlegenden salutogenetischen Kräften im Leben des Menschen, die unverzichtbar in das Glaubens- und Lebensprogramm der Kirche hinein verwoben sind.

2. Gesunde Strukturbedingungen und Lebensräume sind entscheidend für die Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden. Die gesundheitsfördernde Kraft des Glaubens wird wesentlich vermittelt über soziale und strukturelle Größen: Es sind vor allem die Vernetzung von Individuen in sozialen Räumen und Schaffung von stabilisierenden Lebensbedingungen (Argyle, 2000). Daher gilt es darauf zu achten, daß die pastoralen Räume der Zukunft den Menschen eine Beheimatung ermöglichen.

3. Die positive Beziehung von Glaube und Gesundheit führt konsequent zu einem dringenden Plädoyer für eine diakonische Seelsorge (Baumgartner, 1992, 1997). Diakonische Seelsorge sorgt für heilsame Lebensräume und tritt der ökonomischen und sozialen Marginalisierung entgegen. Sie steht Menschen aus der Kraft des Glaubens in den Lebenssituationen bei, in denen Unglück und Leid die Überlebenskräfte schädigen. Damit setzen Diakonie und Caritas an genau den Punkten an, welche die Humanwissenschaften als Schlüssel der Stabilisierung und Förderung von Gesundheit bezeichnen.

4. Die Gesundheitswissenschaften rehabilitieren auf überraschende Weise die verhaltensregulierende Funktion der Kirche. Daß Gebote gesundheitsförderlich sein können, wußte übrigens schon das Volk Israel. Mit anderen Worten: Wenn es der Kirche gelingt, die lebensförderliche Kraft ihrer Gebote und Normen den Menschen von heute plausibel zu machen und im Handeln zu verankern, wird sie attraktiv werden für Einzelpersonen und Gruppen, die in einer individualisierten Welt nach stimmigen, gesundheitsförderlichen und kollektiv geteilten Lebensregeln suchen. Die Kirche besitzt einen Schatz an Lebenskultur, der gerade heute wieder attraktiv ist.

5. Die Forschungen zu Glaube und Gesundheit machen die Pastoral der Kirche darauf aufmerksam, wo Gefahrenquellen falsch verstandenen Glaubens verborgen sind und wie sich diese in der Pastoral vermeiden lassen. Dazu gehört die Warnung vor belastenden Formen der Verkündigung, in denen Menschen mit Gott bedroht und durch die Kirche in ihrer Lebensautonomie geschädigt werden. Die Verkündiger sollten wissen, daß es gefährlich ist,

Moral ohne Gnade zu verkündigen und es vermeiden, in ihrer Seelsorgspraxis allzuvielen Haftpunkte für religiöse Deformation zu bieten.

6. Die Forschungen zum hilfreichen Potential des Glaubens stützen das Selbstverständnis, die Lebenspraxis und nicht zuletzt das Selbstbewußtsein derer, die in Pastoral und Diakonie tätig sind. Glaube ist heilsam, macht heil und gesund. Dies ist sehr wertvoll für den Lebenshorizont von Helferinnen und Helfern. Das heilsame Potential dieses einzigartigen "kombinierten Wirkstoffes" braucht im Alltag keinerlei Konkurrenz zu fürchten. Im Gegenteil! Wer glaubt, hat ein unschlagbares ganzheitliches Gesundheitspotential auf seiner Seite. Wer seinen Glauben im Dienst am Nächsten zur Tat werden läßt, zeitigt Früchte im Sinne des Evangeliums für seine Mitmenschen und zeitigt Früchte für das heilsame Gelingen des eigenen Lebens.

#### 4.3. Die Heilkraft des Glaubens im Alltag nutzen

In Medizin und Psychologie ist es üblich, dem Gesundheit-Suchenden möglichst klare Hinweise für sein Alltagsleben zu geben, damit er seine Gesundheit fördern kann. Darf dies die Pastoraltheologie in ihrer angemessenen Weise auch tun? Meine Antwort: Ja, es ist ihre Chance und ihr Auftrag.

Allerdings ist Vorsicht geboten: Kann man Glaube wie ein Medikament "verschreiben", damit er zu Gesundheit verhilft? Natürlich nicht. Aber man darf ernst nehmen, dass demjenigen ganzheitlich heilsame Kraft zuteil wird, der sich mit seinem Leben in das heilende Kraftfeld des Glaubens hinein begibt. Und was erprobt und bewährt ist, darf man auch getrost weitersagen. Daher hier ein empirisch gestützter vorsichtiger Versuch mit 10 Tips zur Gesundheitsförderung aus der Kraft des Glaubens:

1. Rechnen Sie mit Gefühl und Verstand fest damit, dass Ihr Glaube Ihr Leben positiv und heilsam verändert. Sie geben damit dem Leben spendenden und heilenden Gott eine Chance: Wer glaubt, dem ist bereits geholfen!
2. Glauben Sie an Gott nicht um Ihrer Gesundheit willen, sondern "um Gottes willen". Glaube macht eher gesund, wenn man ihn nicht "benutzt".
3. Gehen Sie regelmäßig zum Gottesdienst. Die Teilnahme am Gottesdienst einer religiösen Gemeinschaft ist erwiesenermaßen das beste Prognosekriterium für das heilende Potential der Religion.
4. Schätzen Sie die alltagsprägende "Kraft der Gebote". Sie verderben das Leben nicht! Im Gegenteil: Wer sie hält, erhöht seine Chance, von der gesundheitsfördernden Kraft des Lebenswissens von Glaube und Kirche ganz konkret zu profitieren.

5. Opfern Sie als Glaubende niemals den eigenen Verstand und die eigene Rationalität auf dem Altar von religiösen Ideologien und Formen zwanghafter religiöser Praxis.
  6. Vertrauen Sie auf die Kraft Ihres Glaubens besonders in Zeiten der Not. Vergewissern Sie sich, in der Hand Gottes gehalten zu sein.
  7. Wenn Sie Probleme haben: Spielen Sie immer wieder durch, welche gedanklichen Verarbeitungshilfen und Lebensstrategien Ihnen Ihr Glaube anbietet. Halten Sie sich daran fest!
  8. Bringen Sie sich aktiv in eine religiöse Gemeinschaft ein und stellen Sie Ihre Charismen – im Dienste Ihrer eigenen Lebenszufriedenheit – diakonisch anderen zur Verfügung: HelferInnen sind überhaupt nicht hilflos! Wer anderen hilft, dem ist geholfen!
  9. Wenn es Ihre Berufung ist: Haben Sie keine Scheu, sich "mit Haut und Haar" als "Geistlicher" und "Geistliche" in jeder Art von kirchlicher Lebensform von Ihren Mitmenschen in Dienst nehmen zu lassen. Sie erhöhen die Chance für ein erfülltes und langes Leben.
  10. Nutzen Sie die Ganzheitlichkeit eines Lebensentwurfes aus der Kraft des Glaubens. Sie haben damit einen "kombinierten Wirkstoff", der alle heilsamen Prozesse aktiviert, die im Glauben angelegt sind.
- Noch einmal: Glaube ist Selbstzweck! Im Übrigen gilt: Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre Priester und SeelsorgerInnen.

## 5. **Schlussplädoyer**

Das Helfen ist Proprium des christlichen Handelns. Denn das Proprium des Handelns Christi war die Hingabe. Wenn es also das "Markenzeichen" des Christseins ist, helfend Mensch für andere zu sein, dann tut es gut zu wissen, dass der Glaube als Motiv des Helfens bereits Lebensquelle und Lebenskraft für das Gelingen des eigenen Lebens ist.

Gelebter Glaube führt in eine ganzheitlich heilsame und hilfreiche Kultur des Lebens: zu einer Lebenskultur, die heil und gesund macht! Andere und sich selbst! Dies ist attraktiv. Wie der Glaubende am Nächsten handelt, so handelt Gott durch den Glauben am Menschen. Und so gilt verlässlich: Wer hilft, wird ein anderer. Daher gilt als Zusage und Verheißung: Wer hilft, dem ist bereits geholfen!

Literatur:

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Argyle, M. (2000). *Psychology and religion: an introduction*. London: Routledge.
- Arnold, F. (1983). *Glaube, der dich heilt. Zur therapeutischen Dimension christlichen Glaubens*. Regensburg: Pustet.
- Baumgartner, I. (1992). *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*. Düsseldorf: Patmos.
- Baumgartner, I. (1997). *Pastoralpsychologie: Einführung in die Praxis heilender Seelsorge*. Düsseldorf: Patmos.
- Baumgartner, I., & Ladenhauf, K. H. (2000). Von der psychologischen Notwendigkeit der Religion. Zur gesundheitsfördernden Kraft der Religion. In I. Baumgartner & C. Friesl & A. Máté-Tóth (Eds.), *Den Himmel offen halten. Ein Plädoyer für Kirchenentwicklung in Europa* (pp. 31-38). Innsbruck: Tyrolia.
- Beinert, W. (Ed.). (1984). *Heil und Heilen als pastorale Sorge*. Regensburg: Pustet.
- Biser, E. (1975). Das Heil als Heilung. Aspekte einer therapeutischen Theologie. In J. Sudbrack (Ed.), *Heilkraft des Heiligen* (pp. 102-139). Freiburg: Herder.
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs "Gesundheit" und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Eds.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (pp. 15-34). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Freud, S. (1940ff). *Gesammelte Werke. Band VII*. London: Imago.
- Fuchs, G., & Werbick, J. (1991). *Scheitern und Glauben. Vom christlichen Umgang mit Niederlagen*. Freiburg: Herder.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grom, B. (1998). Besundheit und "Glaubensfaktor". Religion als Komplementärmedizin? *Stimmen der Zeit*, 216(6), 413-424.
- Grom, B. (2000). Religiosität und subjektives Wohlbefinden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 187-192.
- Häring, B. (1989). *Frei in Christus. Moraltheologie für die Praxis des christlichen Lebens. Band III: Die Verantwortung des Menschen für das Leben*. Freiburg: Herder.
- Huber, S. (1996). *Dimensionen der Religiosität. Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie*. Bern: Huber.
- Jacobs, C. (2000). *Salutogenese. Eine pastoralpsychologische Studie zu seelischer Gesundheit, Ressourcen und Umgang mit Belastung bei Seelsorgern*. Würzburg: Echter.
- Jacobs, C. (2005). Salutogenese: Ein Programm für ein heilsames Leben  
Pastoralpsychologische Perspektiven unserer Sehnsucht nach Gesundheit, Heil und Gelingen. In A. Grün & W. Müller (Eds.), *Was macht Menschen krank, was macht sie gesund?* (pp. 71-108). Münsterschwarzach: Vier-Türme Verlag.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Koenig et al., H. G. (2000). Medicine and Religion. *The New England Journal of Medicine*, 343(18), 1339-1342.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
- Koenig, H. G. (Ed.). (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.

- Küng, H. (1994). Religion als Chance oder Risiko. Vorwort. In G. Klosinski (Ed.), *Religion als Chance oder Risiko. Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte religiöser Erziehung* (pp. 9-14). Göttingen: Huber.
- Levin, J. S., & Chatters, L. M. (1998). Research on Religion an Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 33-50). San Diego: Academic Press.
- Matthews, D. A. (2000). *Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin*. Freiburg: Herder.
- McCullogh, M. E., & Larson, D. B. (1998). Future Directions in Research. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 95-107). San Diego: Academic Press.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225-1235.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxmann.
- Pfeifer, S. (1993). *Glaubensvergiftung - Ein Mythos? Analyse und Therapie religiöser Lebenskonflikte*. Moers: Brendow.
- Schätzing, E. (1955). Die ekklesiogenen Neurosen. *Wege zum Menschen*, 7, 97-108.
- Schillebeckx, E. (1977). *Christus und die Christen. Die Geschichte einer neuen Lebenspraxis*. Freiburg: Herder.
- Schmitz, E. (1992). Religion und Gesundheit. In E. Schmitz (Ed.), *Religionspsychologie: Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes* (pp. 131-158). Göttingen: Hogrefe.
- Sloan et al., R. P. (2000). Should Physicians Prescribe Religious Activities? *The New England Journal of Medicine*, 342(25), 1913-1916.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353(9153), 661-667.
- Spijk, P. v. (1991). *Definitionen und Beschreibungen der Gesundheit. Ein medizinhistorischer Überblick*. Muri/CH: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Stenger, H. M. (1975). Ekklesiogene Neurosen, *Praktisches Wörterbuch der Pastoral-Anthropologie*. Wien: Herder.
- Tucker, J. B., Roper, T. A., Rabin, B. S., & Koenig, H. G. (1999). Religion and medicine. *Lancet*, 353(9166).
- Virchow, R. (1854). *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Erlangen: Enke.
- Zulehner, P. M. (1989). *Pastoraltheologie. Bd. 1. Fundamentalpastoral*. Düsseldorf: Patmos.
- Zwingmann, C., & Moosbrugger, H. (Eds.). (2004). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*.