

1 KIRCHENGEMEINDEN ALS SOZIALES NETZ UND ALS ORTE DER DEUTUNG VON GESUNDHEIT / KRANKHEIT

Birgit Weyel und Beate Jakob

Die Funktionalisierung in der modernen Gesellschaft hat dazu geführt, dass die gesundheitlichen Ressourcen von Kirchengemeinden vielfach aus unserem Bewusstsein verschwunden sind. Die funktionale Differenzierung von ›Religion‹ (Kirche) und ›Gesundheit‹ (Medizin) in der modernen Gesellschaft ist mit einer Spezialisierung verbunden, die, so könnte man sagen, trennt, was eigentlich zusammengehört. Diese Spezialisierung ist grundsätzlich nicht zu kritisieren, aber die Entwicklung zeigt, dass damit möglicherweise in den Kirchengemeinden ein wichtiges Thema an den Rand gedrängt wird, obwohl es eigentlich wesentlich dazugehört.

In diesem Buch wollen wir daher auch grundsätzlich Möglichkeiten der Überwindung einer rein funktionalen Differenzierung von Religion und Medizin aufzeigen.¹ Die positiven Effekte von Kooperationen zwischen Kirchengemeinden und diakonischen bzw. säkularen medizinischen Institutionen stehen daher im Mittelpunkt. Beides sollte im Blick sein: sowohl die vorhandenen, als auch die wünschenswerten Funktionen von Kirchengemeinden. Durch die funktionale Differenzierung könnte gerade der Zusammenhang von Religion und Gesundheit, dem komplexen sozialen Gebilde Kirchengemeinde und den vielfältigen Verflechtungen von medizinischen, seelsorgerlichen und diakonischen Aspekten, die sie bietet, aus dem Blick geraten bzw. verloren gehen.

Dieses Buch ist dem Thema Depression gewidmet, weil nicht

nur sehr viele Menschen betroffen sind², sondern auch die Thematisierung der Erkrankung mit Tabus belegt ist und die Krankheit vielfach unbehandelt bleibt. In Kirchengemeinden sind angesichts des hohen Betroffenengrades in der Gesamtbevölkerung auch Menschen mit affektiven Störungen anzutreffen. Möglicherweise kann man in Kirchengemeinden sogar einer besonders großen Zahl von Betroffenen begegnen, weil sich mit dem Gefühl der Erschöpfung und der Sinnlosigkeit auch eine spirituelle Sehnsucht nach Heil(ung) verbinden könnte, weil durch Gemeindekreise (Trauergruppen etc.) immer schon niedrigschwellige Angebote geschaffen sind, die Angehörigen oder Erkrankten eine erste Anlaufstelle bieten und Gesundheitsdienste, wenn sie gut mit den Kirchengemeinden vernetzt sind, tatsächlich gemeindenah ihre Beratungsangebote platzieren können.³

Eine Depression ist – wie alle Krankheiten – immer durch das Zusammenwirken mehrerer pathogener Faktoren bedingt. Darüber hinaus zeigt das Krankheitsbild der Depression in besonderer Weise die Ergänzungsbedürftigkeit eines rein medizinischen Ansatzes in der Behandlung: Eine Depression betrifft immer den ganzen Menschen und alle seine Beziehungen – zu sich selbst, zu seinen Mitmenschen und auch zu Gott.

Die implizite These dieser Studie ist, dass Kirchengemeinden wesentlich zu psychischer Gesundheit beitragen können – als soziales Netz und als Ort der Deutung von Krankheit bzw. Gesundheit, Heil und Heilung und der Thematisierung der Gottesbeziehung.

In der Soziologie und Sozialpsychologie wird die Zunahme depressiver Erkrankungen im 21. Jahrhundert immer mehr zur Kenntnis genommen und in Zusammenhang gebracht mit gesellschaftlichen Faktoren, die Depressionen (mit) auslösen und ihren Verlauf beeinflussen können. Der Soziologe Alain Ehrenberg geht so weit zu sagen, dass »die Depression heute unsere Gesellschaft durchdringt«⁴. Dieses Phänomen bringt

er in Zusammenhang mit der verbreiteten gesellschaftlichen Erwartung an die Menschen, das Leben selbstbestimmt und unabhängig zu gestalten. Ein geglücktes und von Erfolg gezeichnetes Leben wird zum Projekt einzelner und von Familien, und das Scheitern ist nicht vorgesehen. Werden hoch gesteckte Ziele nicht erreicht und die Erwartungen an Beziehungen und an den beruflichen Erfolg enttäuscht, kann es zu psychischen Beeinträchtigungen und Depressionen kommen.

Auch die Beschleunigung aller Lebensvollzüge, der zunehmende Leistungsdruck am Arbeitsplatz, eine immer dichter werdende Arbeitstaktung und die Angst vor Arbeitslosigkeit sind gesellschaftliche Faktoren, die Depressionen begünstigen. Vom Einzelnen wird ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilität gefordert. Die Kehrseite dieses »modernen« Lebens ist das Gefühl der Entwurzelung und Heimatlosigkeit. Verstärkt wird dies, wenn familiäre oder andere Bindungen nicht mehr tragen.

Viele Menschen, die unter einer Depression leiden, sehen sich in der Gesellschaft nicht verstanden und isoliert. Denn oft wird eine Depression nicht als Krankheit erkannt und den Betroffenen wird direkt oder indirekt suggeriert, es handle sich um eine Befindlichkeitsstörung, die schnell besser werde, wenn er oder sie sich nur anstrengen würde.

Alle hier aufgezeigten Faktoren bieten Ansatzpunkte für Kirchengemeinden, um Menschen zu stärken und zu ihrer psychischen Gesundheit beizutragen – als Ort, wo soziale Bezüge tragen können und wichtige Aufklärungsarbeit sowie eine Sensibilisierung für das Thema Depression möglich ist.

Pfarrer und Pfarrerrinnen, aber auch Ehrenamtliche und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kirchengemeinden können sich auf dem Feld der psychischen Erkrankungen als Multiplikatoren betätigen und darauf hinwirken, dass die Gemeinde als ein soziales Netz wirkt, das zur Thematisierung der Krankheit, der Sensibilisierung für die Inanspruchnahme ärztlicher

Hilfe, der Unterstützung von Angehörigen und der Begleitung von Kranken und Genesenden Wesentliches beitragen kann. Kirchengemeinden können so mehr noch das werden, was sie ihrer Funktion nach sind, inklusive Gemeinschaften, die offen sind für die Vielfalt der Menschen.

Kirchengemeinden sind – wie auch andere Gruppen und Vereine – ein soziales Netzwerk, in dem Kontakte geknüpft und Freundschaften gepflegt werden können. Sie bieten vielfältige Kontaktmöglichkeiten zwischen Pfarrern und Pfarrerrinnen, Ehrenamtlichen und Mitarbeitenden sowie Kranken und ihren Angehörigen; es werden Informationsabende mit dem Ziel der Enttabuisierung und Selbsthilfegruppen angeboten, aber auch Kontakte zu kirchlichen und medizinischen Gesundheitsdiensten hergestellt. Gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen können Kirchengemeinden wichtige Bezugspunkte sein.

Kirchengemeinden sind Orte der gelebten Religion. Menschen kommen zusammen, um Kirche in der Welt zu sein, indem sie ihrem Glauben Ausdruck verleihen und offen sind für andere. Der individuelle Glaube gewinnt in der Gemeinde eine soziale Dimension, die sich dem Selbstverständnis des christlichen Glaubens nach der Christusgemeinschaft verdankt. Aussagen des Neuen Testaments zur Einheit⁵ der Christen spiegeln weniger die faktische Gegebenheit von großer Einigkeit wider, sondern sie vergegenwärtigen die Zusage einer Gemeinschaft höherer Ordnung, die Gott hergestellt hat.

Mit der Integration in diese Gemeinschaft ist daher auch immer die Freiheit gegenüber sonstigen gesellschaftlichen Bindungen verbunden. Die christliche Kirche (griech.-latein. *ekklesia* = die Herausgerufene) ist ihrem Namen nach eine Gemeinschaft von Menschen, die aus ihren sonstigen sozialen Kontexten, Merkmalen und sozialen Rollen herausgerufen sind. Besonders sinnfällig wird diese Zeit und Raum überschreitende Einheit in den Sakramenten gefeiert, wenn die Integration in

den Leib Christi in der Taufe initiiert und die Gemeinschaft mit Engeln und Heiligen symbolisiert und gefeiert wird.

Das soziale Leben in Kirchengemeinden hat darin eine Orientierung, die in der konkreten Gestaltung des Gemeindelebens auch ansatzweise erfahrbar werden sollte. Wenn wir danach fragen, ob und wie auch depressive Menschen und ihre Angehörigen am Leben der Kirchengemeinden Anteil gewinnen können, geschieht dies aus dem Glauben heraus, dass wir immer schon eine Gemeinschaft bilden.

Dieser theologische Aspekt ist wichtig, weil man sonst auf den Gedanken kommen könnte, dass die Inklusion kranker Menschen eine zusätzliche Aufgabe wäre, die Kirchengemeinden mit ihren vielfältigen Funktionen nun ›auch noch‹ zuwächst. Im Rahmen unserer Projektarbeit sind wir auf großes Interesse gestoßen, nachdem sich die Verantwortlichen in den Kirchengemeinden bewusst gemacht haben, dass es sich nicht um eine weitere Aufgabenstellung handelt, sondern dass sie bei der Frage nach ihren gesundheitlichen Ressourcen bei ihrer eigentlichen Sache, dem Evangelium, sind.

In letzter Zeit ist vielfach Kritik am sogenannten diakonischen Blick geübt worden und für eine »Entdiakonisierung der Wahrnehmung behinderter Menschen«⁶ plädiert worden. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass Menschen mit psychischen Krankheiten Fürsorge in besonderen Einrichtungen erfahren, hier wäre etwa die Psychiatrieseelsorge zu nennen, in Kirchengemeinden aber vielfach nicht begegnen bzw. hier aus dem Blick geraten sind, hat sich ein Zwei-Welten-Denkmodell etabliert. »Die kirchengemeindliche Teilhabe ist vor diesem Hintergrund maßgeblich unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge gedacht worden.«⁷ Was eigentlich gut gemeint ist, nämlich für andere da zu sein, ihnen Fürsorge zuteil werden zu lassen, wirft eine Asymmetrie auf, die dem, was Kirchengemeinde als ›Leib Christi‹ bedeuten kann, nicht entspricht. Bereits Henning Luther hat vor 20 Jahren für einen Perspektivwechsel plädiert. »Die anderen werden zum Gegenstand (Objekt) diakonisch-

seelsorgerlichen Handelns, insofern sie bestimmte Defizite (Leiden/Sünde/Irrtum) aufweisen. Ziel ist die Behebung der Mängel und die Integration bzw. Reintegration der anderen in das Ganze (der Gemeinde/der ›Normalen‹).«⁸ Die doppelte Verdrängung des diakonischen Blicks liegt, daran erinnert Ulf Liedke, auch darin, die eigenen Schwächen auszublenden und den Anderen zugleich nur von seinen Defiziten her wahrzunehmen.⁹

Wenn man sich als Kirchengemeinde der Frage widmet, wie auch depressive Menschen integriert werden können und wie man auch als Person in der Begegnung mit Depressiven offen sein kann, dann ist es wichtig, sich diese Kritik zu vergegenwärtigen. Zum einen kann man sie positiv wenden. Der Kranke und seine Angehörigen sind nicht nur auf die Merkmalseigenschaft Krankheit/Depression festzulegen. Die Wahrnehmung lässt sich öffnen für die Vielfalt der Persönlichkeiten, die nicht ausschließlich von Krankheit betroffen sind. Tatsächlich haben wir im Gespräch mit Gemeindemitgliedern erfahren, dass eine große Unsicherheit besteht, wie man psychisch Kranke ansprechen könnte, und man daher eher mit Vermeidung reagiert. Eine Erweiterung des Blickwinkels auf den ganzen Menschen kann dazu ermutigen auf andere zuzugehen. Zum anderen aber bewahrt der Perspektivwechsel vor einer Stereotypisierung von Krankheit und Gesundheit, Depression und ›Normalität‹. Die interkulturelle Seelsorge hat darauf aufmerksam gemacht, dass Stereotype eine Begegnung mit anderen verhindern. Stereotype sind Überverallgemeinerungen, die einen stabilen Charakter ausbilden und emotional prägend sein können. Gerade wenn man von Depression nicht selbst betroffen ist und auch niemanden kennt, der aus eigener Erfahrung erzählen kann, wird man sich Wissen aneignen und in der Begegnung mit Betroffenen zum besseren Verständnis anwenden. Dazu will auch dieses Buch beitragen. Problematisch ist es jedoch, wenn man darüber hinaus nicht auch offen ist für das Individuelle, das

unverständliche Fremde. Die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend und jeder Mensch, auch der depressive Mensch, hat seine eigene Geschichte, die sich nicht einfach auf ein Krankheitsbild reduzieren lässt.