

»DIESES GEFÜHL, DA DARF ICH KOMMEN, EGAL WIE ICH DRAUF BIN.«

Gesundheitliche Ressourcen von Kirchengemeinden am Beispiel depressiver Erkrankungen

*Birgit Weyel in Zusammenarbeit mit Annette Haußmann /
Beate Jakob / Stefanie Koch¹*

Mit den Begriffen Religion und Gesundheit ist ein weites Forschungsfeld eröffnet, das in den vergangenen Jahren auch in Deutschland eine erhebliche Dynamik entfaltet hat. Während in den USA die Funktionen religiöser Überzeugungen und Praxen für die Bewältigung von Krankheiten intensiver und schon deutlich länger erforscht worden sind, steht das interdisziplinäre Gespräch zwischen Medizin, Psychologie, Theologie und der Religionswissenschaft in Deutschland noch am Anfang. Wenn auch die US-amerikanischen Fragebögen, Forschungsergebnisse und Diskurse für den deutschen Kontext anregend sein können, so erübrigt sich doch nicht die Durchführung eigener Studien, die auch methodisch die religionskulturellen und institutionellen Unterschiede zwischen den Gesellschaften berücksichtigen. Im Folgenden möchte ich eine solche Studie vorstellen, in der im Kirchenbezirk Tübingen nach den gesundheitlichen Ressourcen² der evangelischen Kirchengemeinden am Beispiel depressiver Erkrankungen gefragt wird und damit sowohl die religiösen als auch die sozialen Komponenten in den Blick genommen werden sollen.

¹ Der Beitrag wurde von Birgit Weyel geschrieben, basiert aber auf den Ergebnissen der Teamarbeit. Dr. Beate Jakob (Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V., Tübingen) hat das Forschungsprojekt initiiert und mitkonzipiert, Stefanie Koch hat die Interviews geführt und Annette Haußmann hat die Online-Umfrage ausgewertet. Ein herzlicher Dank gilt der Steuerungsgruppe Dr. Gisela Schneider (Difäm), Prof. Dr. Gerhard Eschweiler (Geriatrisches Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen), Pfarrer Friedemann Bresch (Klinikseelsorger an der Tübinger Psychiatrie) und Cornelia Weber (Fachberatung für Gesundheit/Alter/Pflege beim Diakonischen Werk Tübingen). Stud. theol. Julia Steller hat die Interviews transkribiert.

² Zur Fokussierung auf die Ressourcen von Gemeinden vgl. die African Religious Health Assets Programme, University of Cape Town unter www.arhap.uct.ac.za und P. Bartmann / B. Jakob / U. Läßle / D. Werner, Gesundheit, Heilung und Spiritualität. Zur Zukunft des heilenden Dienstes in Kirche und Diakonie. Ein Grundsatzpapier aus ökumenischer, diakonischer und missionstheologischer Perspektive, hg. vom Difäm, 2. Aufl., Tübingen 2008, bes. 136-140.

Skizzenartig möchte ich im Folgenden erste Ergebnisse vorstellen, deren Thematisierung mir gerade deshalb im Kontext der Diakoniewissenschaft interessant zu sein scheint, weil der Themenfokus nicht nur die Seelsorgelehre betrifft, sondern mit der Fragestellung der Erhebung auch das Verhältnis von Pöimenik und Diakonik, Kirchengemeinden und diakonisch-medizinischen Einrichtungen angesprochen ist. Die Fragerichtung der depressiven Erkrankungen ist gewählt worden, weil nicht nur sehr viele Menschen betroffen sind,³ sondern auch die Thematisierung der Erkrankung mit Tabus belegt ist und die Krankheit vielfach unbehandelt bleibt. Das Medieninteresse an so genannten »Burnout«-Erkrankungen ist ambivalent. Auf der einen Seite wird hier mittelbar auch das Thema Depression mitverhandelt, auf der anderen Seite ist eine Verunklarung des Krankheitsbildes der Depression zu befürchten.⁴ In Kirchengemeinden sind angesichts des hohen Betroffenengrades in der Gesamtbevölkerung auch Menschen mit affektiven Störungen anzutreffen. Möglicherweise, so die These zu Beginn der Studie, kann man in Kirchengemeinden sogar einer besonders großen Zahl von Betroffenen begegnen, weil hier viele Ältere präsent sind, 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.

Kirchengemeinden sind damit immer schon auf ihre gesundheitlichen Ressourcen angesprochen. Die soziale Dimension von Kirchengemeinden als ein Netzwerk, in dem ich Kontakte knüpfen und Freundschaften pflegen kann, ist

³ In Deutschland leiden schätzungsweise 5% der Bevölkerung aktuell an Depressionen. Pro Jahr erkranken 1–2 von 100 Personen neu. Über den Kreis der Erkrankten hinaus ist auch an die Belastungen und Folgeerkrankungen im sozialen Umfeld zu denken (Familie und Freunde).

⁴ Das Bündnis gegen Depression e. V. problematisiert das »Modewort Burnout«: »Auch wenn zu begrüßen ist, dass hierdurch die große Bedeutung psychischer Erkrankungen deutlicher und die diesbezügliche Sensibilität erhöht wird, so wird der inflationäre Gebrauch des schwammigen Begriffs Burnout von vielen Betroffenen und Experten aus mehreren Gründen als verwirrungstiftend, irreführend und längerfristig stigmaverstärkend eingeschätzt.« <http://www.buendnis-depression.de/> (eingesehen am 9. 12. 2011). Burnout ist auch deshalb ein schwieriger Begriff, weil dieser auf lange Frist die Depressiven als die eigentlichen Verlierer darstellt, die nicht aufgrund von äußeren Stresssituationen wie z. B. Überarbeitung, sondern aus scheinbar eigenem Verschulden bzw. unerklärlich in die Krise geraten. Sehr interessant ist der gesellschaftsphilosophische Beitrag von Alain Ehrenberg zum Thema: *A. Ehrenberg, Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*, Frankfurt am Main 2004.

auch für andere Gruppen und Vereine zu behaupten. Kirchengemeinden bieten vielfältige Kontaktmöglichkeiten zwischen Pfarrern und Pfarrerinnen, Ehrenamtlichen und Mitarbeitende und 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. Die implizite These dieser Studie ist, dass Kirchengemeinden wesentlich zu psychischer Gesundheit beitragen können – als soziales Netz und als Ort der Deutung⁵ von Krankheit bzw. Gesundheit, Heil und Heilung und der Thematisierung der Gottesbeziehung.

Vor dem Hintergrund der funktionalen Differenzierung von »Religion« (Kirche) und »Gesundheit« (Medizin) in der modernen Gesellschaft ist ein solches Projekt von Interesse für die Diakoniewissenschaft, weil Möglichkeiten der Überwindung einer rein funktionalen Differenzierung von Religion und Medizin aufgezeigt werden können. Die positiven Effekte von Kooperationen zwischen Kirchengemeinden und diakonischen bzw. säkularen medizinischen Institutionen stehen daher im Mittelpunkt unserer Erhebung.

Beides soll bei diesem Forschungsprojekt im Blick sein: die vorhandenen, aber auch die wünschenswerten Funktionen von Kirchengemeinden. Denn, so die Vermutung, durch die funktionale Differenzierung könnte gerade der Konnex 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.

Die Erhebung wurde auf den Themenbereich psychische Gesundheit fokussiert, weil sich hier ein besonders zentrales Feld der Gesundheitsvorsorge und der seelsorgerlichen Begleitung bietet. Angststörungen und depressive Erkrankungen zählen zu den weit verbreiteten Volkskrankheiten. Sie sind die häufigsten psychischen Krankheiten, treten oft komorbid auf und bleiben mit gravierenden Folgen vielfach unerkannt. Ursachen dafür liegen zum einen darin, dass die Grenze zwischen normalen Reaktionen auf psychische Belastungen und auffälligen Symptomen klinischer Depression nicht einfach zu ziehen ist und dass auf Symptome häufig mit Unsicherheit reagiert wird. Unwissenheit der Betroffenen, ihrer Angehörigen, aber auch Fehldiagnosen spielen dabei ebenso eine Rolle, wie eine generelle Tabuisierung psychischer Erkrankungen, da psychische Erkrankungen häufig als Makel verstanden werden. Pfarrer und

⁵ »[C]oreligionists may help define the problem situation, suggest a specific plan of action, and offer feedback and guidance as the plan is being executed.« *N. Krause / K. M. Wulff*, Friendship Ties in the Church and Depressive Symptoms: Exploring Variations by Age, in: *Review of Religious Research* 2005 (46), 325–340, 326.

Pfarrerinnen, aber auch Ehrenamtliche und Mitarbeitende in Kirchengemeinden können sich auf dem Feld der psychischen Erkrankung 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. Voraussetzung dafür ist die Sensibilisierung und die Aufklärung über die Symptome und Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten. Sowohl in der Seelsorge von Pfarrerinnen und Pfarrern, als auch in der Alltagsseelsorge über den Gartenzaun, beim Gemeindekaffee und bei anderen Gelegenheiten kommen psychische Störungen zur Sprache, die vielfach nicht richtig eingeordnet werden können, daher bisweilen übergangen oder auch mit problematischen religiösen Deutungskonzepten verbunden werden. Hier könnte Aufklärungsarbeit dazu beitragen, dass insbesondere emotionale, motivationale und imaginativ-kognitive Krankheits-symptome erkannt und mögliche Hilfsangebote bereitgestellt werden können. Da neben dauerhafter Arbeitsüberlastung (Stress und Burnout) Angststörungen und depressive Verstimmungen häufig bei älteren Menschen und Menschen, die um einen Angehörigen trauern, auftreten, sind Gemeinden eine wichtige Kontaktstelle für die wachsende Zahl von Betroffenen.

Was mit »Depression« näherhin gemeint ist, haben wir nicht spezifiziert, um zunächst einmal einen breiten Phänomenbereich in den Blick nehmen zu können. Die Unterscheidung zwischen »Depression« im Sinne einer Erkrankung und einer alltagssprachlich konnotierten Verstimmung, die im Bereich des normalen Erlebens liegt, ist durch die Themenstellung allerdings präsent gehalten. Freilich geht es im Rahmen der Erhebung nicht um medizinische Diagnostik, sondern um die Erhebung individueller Erkrankung bzw. affektiver Störungen innerhalb eines weiten Spektrums.

Ich möchte im Folgenden das Thema bearbeiten, indem ich zunächst einige Überlegungen zum Forschungsstand Religion und Depression skizziere (1), dann Ergebnisse aus einer Online-Umfrage zum Thema Seelsorge und Depression unter Pfarrern und Pfarrerinnen vorstelle (2) und schließlich unter Verwendung von qualitativen Interviews die Funktionen von Kirchengemeinden im Blick auf die Depressionsthematik formuliere (3).

I RELIGION UND DEPRESSION

Auf der Basis von Meta-Analysen, die die Ergebnisse diverser Einzelstudien auswerten, vergleichen und zusammenfassen, lassen sich, wenn auch vorsichtig, einige »Hauptlinien der empirischen Befunde zum Verhältnis von Religiosität und Depression«⁶ nachzeichnen.

1.1 RELIGIOSITÄT ALS »BESONDERE SUBJEKTIVE FORM VON LEBENSBEWÄLTIGUNG«

Mit einer hohen Evidenz kann gesagt werden, dass Religiosität als »besondere subjektive Form von Lebensbewältigung«⁷ ganz grundsätzlich eine positive Ressource darstellt, um mit Krisen umzugehen. Das heißt allerdings nicht, dass Religion bzw. jede Form individueller Religiosität positive Effekte entfalten würde. Im Rahmen der Coping-Forschung, die nach den Strategien fragt, mit denen Menschen major-life-events wie Krankheit, Verlust u. a. bewältigen, sind die Bedingungen herausgearbeitet worden, unter denen die Religion auch einen Beitrag zur psychischen Gesundheit leisten kann.⁸ Charakteristisch für positives Bewältigungsverhalten ist die Wahrnehmung von Eigenverantwortlichkeit bei gleichzeitiger religiöser Überzeugung, dass Gott handelt. Von einer active man – active God-Perspektive gehen insgesamt die positivsten Effekte aus. Menschen, die diesen collaborative-style angewendet haben, hatten in empirischen Studien eine höhere psychosoziale Kompetenz und neigten weniger zu Depressivität und Angst. Die Effektivität religiöser Bewältigungsarbeit zeigt sich allerdings erst dann, wenn das Individuum einem hohen Maß an Stress ausgesetzt ist. Offensichtlich werden religiöse Konzepte immer dann wichtig, wenn Probleme bearbeitet werden müssen, die keine Lösungen im eigentlichen Sinne zulassen und wenn das Individuum nicht auf Erfahrungen zurückgreifen kann, in denen es bereits Konzepte aufbauen konnte, die sich hätten bewähren können. Die mangelnde persönliche Erfahrung kann freilich dadurch, dass beispielsweise Christen auf religiöse Traditionen in Form religiöser Narrationen, biblischer Geschichten, Symbolbestände u. a. m. zurückgreifen, ausgeglichen werden. Die Bewältigung des Außergewöhnlichen

⁶ A. W. Braam, Religion und Depression, in: C. Klein / H. Berth / F. Balck (Hg.), Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, Weinheim/München 2011, 273–290, 285.

⁷ F. Oser / P. Gmünder, Der Mensch – Stufen seiner religiösen Entwicklung. Ein strukturalgenetischer Ansatz, 3. Aufl., Gütersloh 1992, 9.

⁸ Angesprochen ist der von Kenneth Pargament als collaborative-style bezeichnete Stil. Charakteristisch ist, dass der Mensch Eigenverantwortlichkeit übernimmt und zugleich die Überzeugung vertritt, dass Gott handelt. K. I. Pargament, The Bitter and the Sweet. An Evaluation of the Cost and Benefits of Religiousness, in: Psychological Inquiry 13 (2002), No 3, 168–181. Vgl. dazu auch die Studie von Anette Dörr, die die Copingstile für den deutschsprachigen Kontext adaptiert hat: A. Dörr, Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life Events, in: Chr. Zwingmann / H. Moosbrugger (Hg.), Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie, Münster 2004, 261–275, bes. 270, Vgl. auch von Dörr die Studie: Religiosität und Depression. Eine empirisch-psychologische Untersuchung, Weinheim 1987.

wird leichter, wenn das eigene Leiden auf dem Hintergrund der Erfahrungen anderer verstanden werden kann. Der Glaube dient als Stress-Moderator, der wesentlich dazu beitragen kann, eine schwierige Lebenssituation durchzustehen, und zwar gerade in der Fokussierung auf sein emotionales und kognitives religiöses Potential. Der Glaube entwickelt in Krisensituationen also auch positive Effekte, die sich unabhängig von den psychosozialen Aspekten, die die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft mit sich bringt, entfalten können.

Eine besondere Schwierigkeit ist jedoch, dass während depressiver Episoden besonders häufig negative Empfindungen wie Enttäuschung und Unzufriedenheit mit Gott oder das Gefühl, von Gott verstoßen zu sein, auftreten können.⁹ Die Krankheit begünstigt daher einen negativen Coping-Stil. Darin liegt eine Besonderheit dieser Erkrankung, die das Potential der Religion bedroht und möglicherweise gegenteilige Effekte bewirken kann.

1.2 RELIGION ALS EIN MEHRDIMENSIONALES KONSTRUKT

In der empirischen Religionsforschung werden in der Regel mindestens vier Dimensionen¹⁰ unterschieden, die eine erhebliche Differenzierungsleistung für die Gesundheitsforschung erbringen. Die Ebene der institutionalisierten Religionspraxis (Gottesdienstbesuche, Häufigkeit des Gebets und Teilnahme am religiösen Leben einer Religionsgemeinschaft u. a. m.) ist zu unterscheiden von den religiösen Kognitionen, d. h. den religiösen Überzeugungen, Einstellungen und Inhalten, die sich mit einer Religion verbinden. Für die Gesundheitsforschung ist die Unterscheidung zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation wichtig, denn es hat sich gezeigt, dass eine starke intrinsische Motivation im Blick auf das Gesundheitsverhalten¹¹ positive Effekte hat. Anders gesagt: Während die Teilnahmehäufigkeit am kirchlichen Leben weder positiv noch negativ einen Zusammenhang mit depressiver Symptomatik erbracht hat, zeigen Studien, dass eine starke intrinsische Religiosität mit einem niedrigeren Grad depressiver Symptomatik verbunden war.¹² Daran schließt die vierte Dimension der Religion eng an: die religiösen Emotionen, die das religiöse Empfinden näher qualifizieren. Wie wird die Gottesbeziehung erlebt? Wird Gott als ein unterstützendes, freundliches Gegenüber erlebt? Vieles spricht dafür, dass gerade die emotional besetzten Gottesbilder von großer Bedeutung

⁹ A. a. O. (Anm. 6), 285.

¹⁰ A. a. O. (Anm. 6), 278 tabellarisch.

¹¹ Krankheit ist zwar ein passives Widerfahrnis, hinsichtlich des Umgangs mit der Krankheit sind dann aber die Zusammenarbeit mit dem Arzt (das Commitment), die aktive Teilnahme an Therapie und Intervention sowie der Wille zur Besserung wichtig.

¹² A. a. O. (Anm. 6), 279.

sind.¹³ Negative Gottesbilder gehen dagegen mit einem erhöhten Grad depressiver Symptome einher. Wie der Zusammenhang zustande kommt, ist freilich nicht geklärt. »One should not overlook, however, that both discontent towards God and depressive symptoms may originate in a commonly shared underlying construct.«¹⁴ Schließlich ist noch ein unspektakulärer Aspekt zu nennen, der allerdings übersehen werden kann: religiöse Überzeugungen und Praktiken sind auch unter psychiatrischen Patienten verbreitet. Manche Studien deuten darauf hin, dass die Häufigkeit des Betens bei Depressiven höher ist als in der Gesamtbevölkerung.¹⁵

Während in der Seelsorgelehre das Thema Depression bisher eine eher geringe Rolle spielt, spricht vieles dafür, die besonderen religiösen Bedürfnisse von Menschen mit affektiven Störungen in den Blick zu nehmen. Die Seelsorgeausbildung ist primär daran orientiert, Seelsorgerinnen und Seelsorger in die Lage zu versetzen, die Krankheit als solche zu erkennen und somit wachsam zu sein für die Notwendigkeit einer medizinischen Intervention. Das ist nach wie vor ein unaufgebbare Standard der Ausbildung. Allerdings bleibt zu vergegenwärtigen, dass religiöse Bedürfnisse auch bei psychisch Kranken vorhanden sind, mehr noch, dass es Zusammenhänge gibt zwischen Religion und Gesundheit und die seelsorgerliche Begleitung von religiöser Enttäuschung, Irritationen eines positiven Gottesbildes und anderen *spiritual struggles* einen wichtigen Beitrag zu psychischer Gesundheit leisten kann. Der Umgang mit psychischen Erkrankungen, allen voran der Depression bedarf in Zukunft besonderer Aufmerksamkeit sowohl in der Seelsorgelehre als auch in der Seelsorgeausbildung.

¹³ So auch A. W. Braam u. a., God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands, in: *Mental Health, Religion and Culture* 11 (2008), 221–237, 232. Vgl. auch den Fragebogen zum Gottesbild von Sebastian Murken: S. Murken / K. Möschl / C. Müller / C. Appel, Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping, in: A. Büssing / N. Kohls (Hg.), *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*, Berlin/Heidelberg 2011, 75–91.

¹⁴ A. a. O. (Anm. 13, Braam), 233. Mit einem Hinweis auf die Studie von A. P. Greenway u. a., Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God, in: *Mental Health, Religion and Culture* 6 (2003), 45–58.

¹⁵ A. a. O. (Anm. 6), 285.

2 »EIN OFFENERER UMGANG DAMIT«¹⁶ –

WAHRNEHMUNGEN VON PFARRERINNEN UND PFARRERN

In einer Online-Umfrage¹⁷ im Kirchenbezirk Tübingen wurden im Rahmen unserer Erhebung in einem ersten Schritt die Pfarrerinnen und Pfarrer als Gruppe näher in den Blick genommen. Unter anderem sollten dabei folgende Fragen beantwortet werden: Bei welchen Gelegenheiten kommen Sie in Kontakt mit Menschen mit depressiven Störungen? Wie häufig begleiten Sie Menschen mit depressiven Störungen? Wie gut fühlen Sie sich vorbereitet auf die Seelsorge mit Depressiven?

Der Rücklauf liegt ca. bei einem Drittel aller Pfarrerinnen und Pfarrer des Kirchenbezirks. Zur Grundgesamtheit (n = 71) zählen sowohl Funktionspfarrämter als auch Stelleninhaber mit einem Teilauftrag (halber Stellenumfang). Bemerkenswert ist die Häufigkeit, mit der Pfarrerinnen und Pfarrer mit depressiv verstimten Menschen in Kontakt kommen. Für den Zeitraum von drei Monaten werden im Durchschnitt sieben Gesprächskontakte angegeben, wobei die Streuung sehr breit ist. Sie liegt zwischen zwei und dreißig Gesprächen und damit zwischen vier Prozent und 80 Prozent aller seelsorgerlichen Gespräche. Die großen Unterschiede liegen sicher im Zuschnitt des Pfarramts (Umfang und Funktion) mitbegründet, möglicherweise spielen aber auch Fragen der Wahrnehmung mit hinein.

Da in den vergangenen Jahren die Zahl der Erkrankungen bzw. der Diagnosen angestiegen ist, haben wir die Pfarrer und Pfarrerinnen gefragt, ob sie eine Veränderung der Zahl wahrgenommen haben. Die Vermutung ging dahin, dass Pfarrerinnen und Pfarrer nicht nur eine erste Anlaufstelle für psychisch Kranke sein können, sondern auch den Mangel an Therapieplätzen durch seelsorgerliche Begleitung kompensieren.¹⁸ Es zeigte sich, dass fast die Hälfte der Befragten (48%) angaben, keine Veränderung der Häufigkeit festgestellt zu haben, etwas mehr als ein Viertel (28%) stellte eine Zunahme fest, während die

¹⁶ Freie Antwort eines Pfarrers / einer Pfarrerin im Online-Fragebogen.

¹⁷ Zur Befragung der Zielgruppe wurde ein Online-Fragebogen auf der Serverseite soci-survey eingerichtet. Die Pfarrer und Pfarrerinnen wurden über das Dekanat über die Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Durch einen Link gelangten sie auf die passwortgeschützte Seite und konnten die Fragen per Mausclick ausfüllen. Bei der Erstellung des Fragebogens hat Prof. Dr. Gerhard Eschweiler mitgewirkt. Annette Haußmann hat sowohl bei der Konzeption des Fragebogens mitgearbeitet, als auch die Auswertung durchgeführt.

¹⁸ Die Seelsorge kann eine Bedeutung für die Versorgung von Depressionsvorstufen haben, wenn die für eine Depressionsdiagnose und die Feststellung der Therapiebedürftigkeit notwendige Zahl der Symptome nicht ausreicht und ein Betroffener zwar nicht depressiv, wohl aber depressiv verstimmt ist.

verbleibenden 24% angaben, eine Veränderung der Frequenz nicht einschätzen zu können.

Wir haben weiter nach den Anlässen gefragt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Mehrzahl der Gespräche in akuten Krisen stattfinden, in denen ein Kontakt mit dem konkreten Ziel des seelsorgerlichen Beistandes hergestellt wird, sei es durch die Betroffenen selbst, sei es durch deren Angehörige. 45,83% der Pfarrerrinnen und Pfarrer gaben an, dass dies häufig und sehr häufig der Fall sei. Gespräche anlässlich von Kasualien, aber auch Gespräche »zwischen Tür und Angel«, beispielweise nach dem Gottesdienst oder auf der Straße, kommen jeweils bei einem Viertel der Befragten häufig und sehr häufig vor (25% und 29,17%). Durch ehrenamtliche und andere Mitarbeitende, die, wie wir dachten, möglicherweise als Ansprechpartner fungieren, werden dagegen selten Gespräche an Pfarrerrinnen und Pfarrer vermittelt. 43,48% gaben an, dass dies selten der Fall sei. Da wir nicht sicher waren, mit den genannten Vorgaben tatsächlich die wichtigsten Seelsorgeanlässe abgebildet zu haben, sah der Fragebogen freie Antwortmöglichkeiten vor. Hier wurde am häufigsten der Geburtstagsbesuch bei Älteren ergänzt, aber auch die Eigeninitiative von Betroffenen (z. B. per Mail oder an der Tür des Pfarrhauses) wurde genannt. In der Regel kommt der Kontakt zu den Pfarrerrinnen und Pfarrern in der eigenen Gemeinde zustande. 51,8% der Pfarrerrinnen und Pfarrer gaben an, dass sie häufig oder sehr häufig die Betroffenen persönlich gut kannten.

Eine Frage zielte auf das Verhältnis von Seelsorge und medizinischer Begleitung. Zwei Drittel (71,43%) der Pfarrerrinnen und Pfarrer gaben an, dass sie auf die Wichtigkeit ärztlicher Hilfe im Gespräch hinweisen, aber die Seelsorgesuchenden dennoch weiter seelsorgerlich begleiten. 23,8% stimmten der Aussage zu, dass sie langjährige Seelsorgebeziehungen mit depressiv Erkrankten bzw. Gefährdeten pflegen, ganz unabhängig davon, ob diese in ärztlicher Behandlung sind oder nicht. Nur eine Person folgt dem Muster einer »Überweisung« an den Arzt. Sie gab an, selbst nur sehr kurze seelsorgerliche Kontakte zu pflegen, »weil ich Menschen, die nach meiner Einschätzung krank sind, möglichst umgehend an professionelle Hilfe (Ärzte, Psychiatrie) vermittele«. Da hier keine Mehrfachnennungen möglich waren, ist es doch als Problemanzeige festzuhalten, dass 23,8% nicht explizit auf ärztliche Begleitung hinweisen. Freilich ist die Fallzahl gering und das Item schließt den Hinweis auf professionelle medizinische Hilfe nicht ausdrücklich aus. An dieser Stelle wären daher weitere Klärungen nötig.

Frägt man nach dem Alter der Seelsorgesuchenden mit depressiven Verstimmungen bzw. einer Erkrankung, so stellt man fest, dass Pfarrerrinnen und Pfarrer es in der Mehrzahl mit älteren Menschen zu tun haben, die ihre Hilfe nachfragen. Insbesondere junge Menschen (16–30 Jahre), aber auch Menschen im mittleren Lebensalter suchen im Verhältnis zur betroffenen Gesamtbevölkerung selten das Gespräch mit Pfarrerrinnen und Pfarrern. Welche Faktoren ur-

sächlich dafür sind, ist eine weiterführende Fragestellung. Liegt es an der Alterskohorte der heute über 61-Jährigen, die sich eher an einen Pfarrer / eine Pfarrerin wenden? Liegt es daran, dass Pfarrerinnen und Pfarrer Erkrankungen bei jüngeren Menschen weniger wahrnehmen¹⁹ oder eben in der Hauptsache mit Älteren zu tun haben? Hier wäre weiter zu fragen.

Wie in der betroffenen Gesamtbevölkerung sind auch in der Seelsorgepraxis mit Depressiven von Pfarrerinnen und Pfarrern überwiegend Frauen auszumachen: Das Verhältnis beträgt in etwa 2:1.

Eine wichtige Frage ist die nach der Thematisierung von Religion. Wir haben daher die Pfarrerinnen und Pfarrer gefragt, wie oft religiöse Themen explizit in der Seelsorge mit Depressiven zur Sprache kommen. Nur 9,5% der Befragten gaben an, dass dies selten der Fall sei. Bei 47,6% werden religiöse Themen manchmal angesprochen. 42,9% gaben an, dass es häufig und sehr häufig um religiöse Themen im Gespräch mit Erkrankten gehe. Einen Schwerpunkt bildet der Zweifel, die Theodizee, das Erleben von Gottesferne und Sinnlosigkeit, während die Themen Schuld und die Angst vor einem strafenden Gott deutlich seltener eine Rolle spielen. In akuten Phasen der Depression fehlt offensichtlich der Zugang zur Religion, die Möglichkeit der Religionspraxis ist sehr stark eingeschränkt.²⁰

Unsere Nachfrage nach dem Seelsorgeverständnis der Pfarrerinnen und Pfarrer – Mehrfachnennungen waren möglich – ergab eine starke Orientierung an systemischer und biographischer Seelsorge, während die Alltagsseelsorge, vermutlich nicht zuletzt angesichts der Schwere depressiver Seelsorgefälle, seltener angegeben wurde. Einige Zustimmung (33,3% stimmten eher zu, 47,62% stimmten mittel zu) erhielt die Antwortvorgabe: »Ich verstehe meine Seelsorge vor allem als einen offenen Raum, in den der Seelsorgesuchende alles selbst hinein geben kann. Dafür ist es nötig, dass ich mich sehr zurücknehme und nach Möglichkeit keine eigenen Impulse gebe.« Die Frage nach dem durch den Seelsorger / die Seelsorgerin forcierten Gebet (»Mir ist es wichtig, in der Seelsorge zusammen zu beten und schlage das auch gerne vor.«) in der Seelsorge stieß auf geteilte Zustimmung bzw. Ablehnung: für 42,86% trifft das wenig zu, 14,29% stimmten hier voll und ganz zu.

Ein weiterer Themenbereich unseres Fragebogens zielte darauf, nachzufragen, ob sich die Pfarrerinnen und Pfarrer in ihrer Seelsorgepraxis mit Depressiven kompetent fühlen. Fühlen Sie sich vorbereitet auf die besonderen Heraus-

¹⁹ Gelegenheiten ergeben sich neben der Konfirmandenarbeit auch in der Schule, da die Mehrzahl der Pfarrerinnen und Pfarrer in Württemberg Religionsunterricht erteilt.

²⁰ Eine Betroffene (Interview 8) schildert die Schwierigkeiten, am Gottesdienst teilzunehmen, weil die Krankheit sie an das Haus bindet oder das Problem, sich auf ein Vaterunser zu konzentrieren, wenn die Gedanken abschweifen.

forderungen? Haben Sie den Eindruck, gut über das Krankheitsbild informiert zu sein? Wie ist Ihr Kontakt mit Ärzten und medizinischen Gesundheitsdiensten?

70% der Befragten gaben an, sich mehr Informationen und Fortbildungen zum Thema zu wünschen. 30% verneinten dies, ohne dass wir etwas über die Gründe sagen könnten. Niemand gab an, sich sehr gut auf die Seelsorge mit Depressiven vorbereitet zu fühlen, immerhin ein Drittel gab an, sich gut vorbereitet zu fühlen; 42,86% meinten »es geht so« und 18,5% fühlten sich »kaum« vorbereitet. Bei mehr als der Hälfte der Pfarrerinnen und Pfarrer ist somit eine deutliche Unsicherheit festzustellen. Freilich würden diese Werte erst dann an Aussagekraft gewinnen, wenn man sie in ein Verhältnis zu der Seelsorge an anderen Gruppen setzen würde. Viele der Befragten konnten die Symptome einer Depression aus einer Auswahl von richtigen und falschen Symptombeschreibungen richtig identifizieren. Ein Drittel der Befragten war allerdings unsicher.

Die überwiegende Zahl der Pfarrerinnen und Pfarrer im Kirchenbezirk Tübingen hat Kontakt zu Ärzten, Psychotherapeuten und Beratungsstellen, die im Notfall kontaktiert werden können (75%). Für die Erhebungsregion ist eine große Dichte an Beratungsstellen vorauszusetzen, dennoch ist die Vernetzung nicht selbstverständlich, wohl aber ein wichtiger Punkt, der anzustreben ist.

Als ein wesentliches Ergebnis lässt sich festhalten: Viele der Pfarrerinnen und Pfarrer wünschen sich mehr niedrigschwellige Angebote in ihrer Kirchengemeinde und die Schulung von Ehrenamtlichen, mehr Zeit für ihre Seelsorge und mehr Vernetzung von Kompetenzen. Für ihre Gemeinden wünschen sie sich eine stärkere Enttabuisierung der Krankheit und einen »offeneren Umgang« mit der Krankheit.

3 DIE KIRCHENGEMEINDE ALS EIN MEHRDIMENSIONALES NETZWERK – EINDRÜCKE EINER CHORLEITERIN UND EINES GEMEINDEPFARRERS

Ziel der qualitativen Leitfadenterviews war es, aus unterschiedlichen Perspektiven Wahrnehmungen, Deutungen und Strategien zum Umgang mit Depression in der Kirchengemeinde zu erheben und sie in Beziehung zueinander zu setzen. Insgesamt 25 Interviews wurden geführt mit Betroffenen und ihren Angehörigen, mit Experten in den Gesundheitsdiensten (Psychologen in Beratungsstellen u. a.), mit Gemeindepfarrerinnen und -pfarrern, die teils einen ausgesprochenen Schwerpunkt zum Thema in ihrer Arbeit haben (Teestube, Selbsthilfegruppe, thematische Gottesdienste u. a.) und solchen Gemeindepfarrerinnen und -pfarrern, die keinen entsprechenden Schwerpunkt in ihrer Gemeinde haben. Darüber hinaus haben wir Ehrenamtliche in den Gemeinden befragt und hierbei unterschieden zwischen denen, die Verantwortung für eine Gruppe übernommen haben, ohne ausdrücklich etwas mit dem Problem der psychischen Erkrankung

gen zu tun zu haben, und Ehrenamtlichen, die in einer Selbsthilfegruppe oder einem anderen Angebot für die Zielgruppe psychisch Erkrankte engagiert sind. Im Folgenden möchte ich aus der Vielfalt der Gespräche, deren Auswertung noch nicht abgeschlossen ist, nur zwei Interviews vorstellen: Frau A., die einen Kirchenchor leitet, und Herrn B., Gemeindepfarrer.

3.1 »DIESE ÖFFNUNG NACH OBEN, DIE IS MIR EINFACH GANZ ARG WICHTIG«. DER KIRCHENCHOR ALS EIN ANGEBOT ZUR TEILHABE

Frau A. (48 Jahre) leitet seit zehn Jahren mit einem Beschäftigungsumfang von 20% einen Kirchenchor in einer ländlichen Gemeinde. Sie ist für das Thema Depression durch nahe Angehörige sensibilisiert. Gleich zu Beginn des Interviews hebt sie hervor, dass die Mitglieder des Chores achtsam miteinander umgehen. »Da wird jeder so genommen, wie er is.«²¹ Dieses Verhalten äußert sich auch darin, dass Chormitglieder, von deren akuter Traurigkeit die anderen wissen, zu Hause besucht werden. »Vor allem die Frauen, bestimmte Frauen auch immer wieder, die geben einfach Acht auf sie, also die geh'n dann immer wieder vorbei, die rufen auch mal an, die die fragen, was is los?« (74–76) Die Chorleiterin sieht sich in einer Moderatorenrolle, indem sie das musikalische Repertoire an den vorhandenen Sensibilitäten orientiert, bei den einen um Verständnis wirbt und die anderen dazu ermutigt, auch dann zum Chor zu kommen, wenn es ihnen schlecht geht. »Äh, ich hab's erzählt vorhin, von einer Frau, die gestern in Tränen ausgebrochen ist [...], die's grad ganz arg schwer hat, ähm die die fängt dann an zu weinen, wenn wir zu arg ›Lobe den Herrn‹ singen, zum Beispiel [...] und ich hab aber gestern Morgen sie noch getroffen und hab gesagt, komm, du darfsch auch weinen, des ä- wir wir und dann ham wer noch, die Probe war so um halb zehn rum aus und bis um elf bin ich noch vorm Gemeindehaus mit ihr gestanden und hab mit ihr geredet.« (84–95)

Der Chor ist nicht am Leistungsprinzip orientiert, sondern an Teilhabe und Inklusion. »Is auch mein Anspruch, es muss jeder mitsingen dürfen. Es muss auch derjenige mitsingen dürfen, der schief singt, derjenige mitsingen dürfen, der keine Noten lesen kann und ich fang immer wieder an der Basis an.« (165–167) Deshalb ist ihr wichtig, »dieses Gefühl, da darf ich kommen, egal wie ich drauf bin.« (169 f.)

Sie versteht die Orientierung ihrer Chorarbeit als Ausdruck ihres Glaubens. Zum einen ist ihr die Öffnung für alle, auch für »Leute, die sonst nie in die Kirche geh'n« (433 f.), wichtig. Zum anderen aber auch »diese Öffnung nach oben« (453 f.), die sich sowohl in der Offenheit für alle als auch der wechselseitigen Verantwortung widerspiegelt. »Ich hab einfach 's Gefühl von Verantwor-

²¹ Interview 7, 70. Die nachfolgenden Zeilennummern beziehen sich auf dieses Interview.

tung meinen einzelnen Chormitgliedern gegenüber. Und versuch des auszu-
strahlen .. dahingehend, dass alle 'n Stück auch 'n bisschen von dieser Verant-
wortung mitnehmen« (490-492).

In diesem Interview zeigt sich deutlich, dass die Chorarbeit ein niedrig-
schwelliges Angebot ist und die Möglichkeit zur Gemeinschaftserfahrung bietet.
Gewiss kann man den hier vorgestellten Fall nicht verallgemeinern. Weder kann
man auf Chöre in anderen Kirchengemeinden schließen, noch kann man umge-
kehrt die hier ausdrücklich genannten integrativen Effekte Gruppen außerhalb
von Kirchengemeinden absprechen. Aber es ist deutlich, dass die soziale Di-
mension dieses Chores durch die ehrenamtliche Leiterin theologisch reflektiert
und gedeutet wird. Die Annahme des Menschen durch Gott soll sich im Umgang
der Chormitglieder miteinander widerspiegeln. »Dieses Gefühl, da darf ich kom-
men, egal wie ich drauf bin.« (169f.) So versteht die Chorleiterin ihre Arbeit
und orientiert diese sehr bewusst an dem Grundsatz: »Glauben *erfahrbar* ma-
chen, des is natürlich was, was ganz oben drüber steht, natürlich klar.« (520f.)

Im Blick auf das Thema Depression ist darüber hinaus die mit der Musik
verbundene Emotionalität ein wichtiger Faktor. Dass sich am Rande des gemein-
samen Singens persönliche Gespräche über Probleme ergeben, begründet die
Chorleiterin damit, »dass die Musik da auch einfach 'n bisschen weich macht«
(142). Das gemeinsame Singen stifte Gemeinschaft (488), sie tue auch dann »si-
cher sehr gut« (493), wenn das Singen, wie im oben erwähnten Falle, Tränen
auslöse. Im Vordergrund stehe immer die Gemeinschaft, die mit einer »fröhli-
che[n] Stimmung, einfach« (488) verbunden sei.

Die Chorarbeit ist wesentlich geprägt durch die Persönlichkeit der Leiterin.
Frau A. spricht im Laufe des Interviews von sich aus an, wie wichtig die Unter-
stützung durch den Pfarrer der Gemeinde für ihre Arbeit ist. Diese Unterstützung
besteht zum einen darin, dass ihre Ideen Zustimmung finden. »Die *bestmögliche*
Unterstützung, die ich nur haben kann. Also, ähm ich, wenn ich irgend- wieder
mein Gehirn, wieder irgend 'ne Idee ausbrüte ›lacht; dann kann ich damit *jeder-*
zeit zu Pfarrer [Name] gehen und er sagt, ja, ja, ja, find klingt gut!« (535-539)
Zum anderen aber hat sie grundsätzlich das Gefühl, dass die theologische und
kirchenmusikalische Ausrichtung ihrer Arbeit auf Zustimmung stößt. Mehrfach
erwähnt sie positiv, dass der Pfarrer sie unterstützt und dass sie sich dadurch
»total *getragen*« (542) fühlt. Von Seiten des Kirchengemeinderates gebe es zwar
bisweilen »Gegenwind«. »Ich hab 'n bisschen Sorge bei einigen Kirchengemein-
deräten, die unterstützen mich nicht. Des is ganz klar äh und da würd ich mir
au' wünschen, dass da nich so Gegenwind kommt, aber der is jetzt neu. Da da
sind neue Leut jetzt im Kirchengemeinderat drin und da is einer vor allem, der
mir 'n bisschen Gegenwind ins Gesicht bläst, aber gut.« (548-552)

Die positive Unterstützung durch den Pfarrer aber ist für sie trotz des »Ge-
genwindes« aus dem KGR dominierend. Im Interview wird nicht deutlich, worin
der Konflikt besteht, in jedem Fall aber wird ihm keine große Bedeutung beige-

messen. Möglicherweise deutet sich hier an, wie wichtig die Unterstützung der Mitarbeiterin durch den Pfarrer ist. In diesem Fall ist sie Weichen stellend für das Gefühl, »total getragen« (542) zu sein.

3.2 »DES GRENZENLOSE NACH UNTEN«²² – SEELSORGE MIT DEPRESSIVEN AUS DER SICHT DES GEMEINDEPFARRERS

Herr B. ist Pfarrer, (46), in einer kleinstädtisch geprägten Gemeinde und wurde von uns als Interviewpartner ausgewählt, weil er in seiner Gemeinde Veranstaltungen und Gottesdienste zum Thema Gesundheit anbietet. Wir haben ihn nach seinen Erfahrungen mit dieser Thematik befragt und wollten von ihm eine Einschätzung hören, wie er als Pfarrer die Möglichkeiten von Kirchengemeinden sieht, einen Beitrag zur Thematisierung von Depressionen und zur Unterstützung von Betroffenen zu leisten.

Auf die Frage nach seinen persönlichen seelsorgerlichen Erfahrungen mit Depressiven kommt Pfarrer B. sehr bald schon darauf zu sprechen, dass er sich auf die Seelsorge mit Depressiven nicht gut vorbereitet fühlte. Er schildert eindrücklich seine ersten Begegnungen mit depressiv verstimmt Gemeindegliedern und die dabei empfundene Unsicherheit. »Und ähm, ah ich ich denk heut, ich hab da auch so die klassischen ähm Anfängerfehler der Seelsorge gemacht. Dass man versucht sozusagen so einen Menschen der Sonne zuzuwenden. Aber des war purer purer Selbstschutz, heut denk ich noch.« (30–33)

Die besondere Herausforderung besteht gerade darin, dass Konzepte von Seelsorge, die man sich erworben hat, sich im Falle von Depressionen nicht als tragfähig erweisen. Mehrfach stellt Pfarrer B. Vergleiche zwischen »normaler« Seelsorge in Krisensituationen und der Seelsorge mit Depressiven an. »Ähm des is 'ne Nachtfahrt, 'ne Nachtfahrt andersgleichen. Die auch nicht mehr ans Licht führt. Das 's ja der Punkt. Du kannst ja bei vielen seelsorgerlichen Gesprächen feststellen, dass du wirklich mit denen in die Tiefe gehst und sie aber mit dir auch wieder ans Licht *wollen*.« (432–435) Bei der Seelsorge mit Depressiven aber sei eine solche Weggemeinschaft nicht möglich. »Diese Erfahrung hab ich [sc. bei der Seelsorge mit Depressiven] nicht gemacht. Und deswegen würd ich mich scheuen da sozusagen, mich in 'n Labyrinth zu begeben, ohne zu wissen, wie ich wieder rauskomm.« (437–439) Pfarrer B. wünscht sich einen Austausch mit Seelsorgern und Seelsorgerinnen, die in der Psychiatrie arbeiten. »Das wäre aber dann auch die Frage, des würd mich echt interessieren von Kollegen äh, die eben wirklich als Klinikseelsorger damit zu tun haben, wie die Unterschiedlichkeit hier ist.« (441–443) Er selbst zieht daher in seiner Seelsorge eine Grenze. »Seelsorger sagen so gern, ach wir sind halt da ganz beim Menschen, wir geh'n halt mit dem mit. Und ich hab gemerkt, da will ich überhaupt nicht hin, denn

²² Interview 2, 313.

das führt in eine unglaubliche Dunkelheit.« Er versucht sich selbst nach Möglichkeit vor der »Nachtfahrt« zu schützen, indem er die Kontakte zu den Kranken hält, aber sich nicht völlig bedingungslos auf eine Begleitung einlässt. »Also ich hab gemerkt [...], dass ich froh bin, wenn ich des schon ahne oder weiß, dass ich mich da 'n stückweit selbst sichern kann, dass ich den Zustand wahrnehme, wie er ist und ihn versuche so gut wie möglich auszuhalten. Des bedeutet, wenn die Frau mir [...] zum Geburtstag wieder angerufen, gefragt, wie geht's Ihnen, [sagt] es geht mir schlecht. Mmh. Die Medikamente greifen nicht? Nein, sie greifen nicht. Mmh. Dann wünsch ich Ihnen alles Gute und ich bete für Sie. Danke ... Tschüss. Tschüss. So.« (443–453) Dennoch bleibt bei ihm, des reflektierten Umgangs mit Depressionen und der umsichtigen Wahrnehmung der Situation zum Trotz, das Gefühl zurück, »da kannste nicht mit glänzen, da kannste nicht mit glänzen. Aber da wüsst ich auch wirklich nicht, da hätt ich überhaupt nicht die Idee, was noch.« (455–458) Während er in der »normalen« Seelsorge sich selbst vor allem in der Rolle eines konstruktiven Gesprächspartners sieht (»Jemand, der versucht wirklich was hinzubewegen«; 460f.), erlebt er in der Seelsorge mit Depressiven vor allem die Unsicherheit, ob nicht noch mehr an seelsorgerlicher Begleitung möglich wäre oder nicht. »Da müsste mir ein Fachmann sagen, was ich überhaupt erreichen kann.« (463)

Die Religion spielt in allen Kontakten mit Depressionen eine zentrale Rolle. Die Bedürfnisse, die Pfarrer B. wahrnimmt, werden zum Teil unterschiedlich benannt. »Also, die eine sagt: Gott. Die andre sagt: Gemeinschaft, Kirche« (478) aber im Hintergrund steht das Bedürfnis »nach 'ner Macht, die das fertig bringt, was eben kein Mensch ihr geben kann. Nämlich wirklich sozusagen 'n Licht, das dieses Dunkel durchdringt und 'ne Wärme und Geborgenheit, in der so 'n Mensch, der des Gefühl hat, ständig zu fallen und isoliert zu sein, sich aufgehoben und bezogen fühlt. Da spielt Religion 'ne Rolle.« (481–488)

Angesprochen auf die Gemeindeveranstaltungen zum Thema Burnout/Depression/Gesundheit spricht Pfarrer B. von einer großen Nachfrage. Besonders ein Gottesdienst zum Thema Depression war außerordentlich gut besucht, während Vorträge zum selben Thema eher weniger gut besucht sind. Dieses Phänomen sei damit zu erklären, dass gerade Gottesdienste eine große Chance seien, »zu vernetzen, zu informier'n, zu reflektier'n« (543f.). Auch Ärzte und Klinikseelsorger werden in die thematischen Gottesdienste einbezogen. Pfarrer B. meint zu beobachten, dass spezielle Gruppen für psychisch Kranke in der Gemeinde und Vorträge weniger besucht werden, weil viele Menschen aus Scham Veranstaltungen meiden, während die »klassischen« (601) Gemeindeveranstaltungen wie Gottesdienste, aber auch Bibelabende niederschwelliger sind und auf ein großes Interesse stoßen, obwohl oder auch gerade weil sie mit dem Themenschwerpunkt im Programm ausgewiesen sind.

Die Möglichkeiten von Kirchengemeinden zur Information und zur Sensibilisierung für psychische Krankheiten schätzt Pfarrer B. insgesamt als sehr hoch

ein. Hier sieht er große Chancen und auch die Erfolge seiner Arbeit. Abschließend resümiert er noch einmal, wie wichtig es wäre, das Thema in der Ausbildung und darüber hinaus in der Pfarrernerfortbildung zu stärken. »Ne, ich unterstreich nochmal wirklich die Notwendigkeit, dass viel mehr fachliche Kompetenz noch zu uns kommt. Weil es, ähm, also dieser Transfer, erstens in der Ausbildung, zweitens natürlich auch schon in der Universität [...] zu sagen, dass es da wirklich die Chance gibt, sich mit bestimmten Dingen, die wirklich *Bandbreite* haben, des is Krebs, des is Depression, des is Burnout und das sind Phobien, sich [...] damit auseinander zu setzen ... ham wer noch nich, brauchen wir aber. Und dann natürlich auch müssen wir den Ärzten oder diesen Fachmenschen zumuten, dass sie uns *ihr* Wissen so transportieren, dass wir's versteh'n, dass wir's verinnerlichen können. Ham wer noch nicht, wär für die 'ne Aufgabe. Und bei uns, dann natürlich auch in der Ausbildung der Vikarinnen und Vikare, weil da ja der Kontakt mit dem Menschen sehr stark da ist. Die *Chance*, [...] diese Anteile, in uns selber bewusster noch zu reflektieren und in Rechnung zu stell'n. Weil wir ja dann anfällig sind, oder unbewusst suchen oder unbewusst ablehnen, was wir sind. Und dann nochmal wirklich sagen, es ist *viel* einfacher als man glaubt zu vernetzen. Und wir sind eine Plattform, die man sich in der Hinsicht besser nicht vorstellen könnte.« (665–684)

Pfarrer B. sollte noch einmal ausführlich selbst zu Wort kommen. Zum einen wird in seinem Votum sehr deutlich, welche großen Chancen Kirchengemeinden haben, ein Forum für den Austausch über Gesundheit und Krankheit zu bilden.²³ Gerade weil die Kirchengemeinde keine spezialisierte medizinische Hilfe bereitstellt, kann sie der Tabuisierung der Krankheit entgegenwirken und Möglichkeiten schaffen, über psychische Krankheiten ins Gespräch zu kommen. Darüber hinaus können Kirchengemeinden Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Ärzten und Beratungsstellen herstellen. Kirche und Medizin, Religion und Gesundheit können auf dieser Ebene in einen engen Zusammenhang gestellt werden, ohne dass die Gefahr entsteht, dass wechselseitige Grenzen überschritten oder Professionalisierungen unterlaufen würden.

Allerdings wird auch deutlich, dass zugleich in der Seelsorgelehre und der Seelsorgeausbildung stärker als bisher eine spezielle Seelsorge für Menschen mit Depressionen in den Blick genommen werden müsste. Es ist sicher in vielen Bereichen so, dass Pfarrer und Pfarrerinnen im Rückblick auf ihr eigenes Studium und die weitere Ausbildung Leerstellen beklagen. Nicht alle Arbeitsbereiche von Pfarrerinnen und Pfarrern werden umfassend berücksichtigt werden können. Und doch ist deutlich, dass auch Gemeindepfarrer und Gemeindepfar-

²³ Vgl. dazu auch *D. Klute*, Seelsorge und Depression, in: Deutsches Pfarrerbblatt Heft 1 (2008), 12–15, der auf spezielle Kontexte aufmerksam macht.

rerinnen auf seelsorgerliche Kontakte mit psychisch Kranken vorbereitet werden müssten. Man kann diesen Themenbereich nicht nur den Funktionspfarrämtern in der Psychiatrie überlassen, kann aber von deren Erfahrungen auch für das Gemeindepfarramt sehr viel gewinnen. Nicht zuletzt ist damit die Frage des Selbstverständnisses von Kirchengemeinden als diakonische angesprochen.

Konzepte der Seelsorge, die im Studium und in der weiteren Ausbildung erarbeitet werden, sind gewiss auch für die Seelsorge mit psychisch Kranken leistungsfähig. Die Seelsorge im Fall der psychischen Erkrankungen stellt allerdings besondere Anforderungen, die eigens zu thematisieren sind. Informationen über Symptome und ein Verständnis ärztlicher Therapiekonzepte sind dazu ein wichtiger Baustein. Darüber hinaus sind aber auch die spezifischen religiösen und spirituellen Bedürfnisse von psychisch Kranken näher in den Blick zu nehmen. Die individuelle Disposition wahrzunehmen und ein seelsorgerliches Selbstverständnis auszubilden, das die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Seelsorge auch angesichts psychischer Erkrankungen sehen kann, ist eine längerfristige Aufgabe.