

## **“Ein Indianer kennt keinen Schmerz ...?” Geschlechtsspezifische Krankenseelsorge**

**Elisabeth Naurath**

### **Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:**

Naurath, Elisabeth. 2003. “Ein Indianer kennt keinen Schmerz ...?”  
Geschlechtsspezifische Krankenseelsorge.” Wege zum Menschen 55: 374–90.

### **Nutzungsbedingungen / Terms of use:**

**licgercopyright**

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under the following conditions:

**Deutsches Urheberrecht**

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publizieren>



ISSN 0043-2040

H 7080

# Wege zum Menschen

---

Monatsschrift für Seelsorge und Beratung,  
heilendes und soziales Handeln

---

55. Jahrgang · Heft 6 · Aug. / Sept. 2003

---

## Leiblichkeit und Religiosität

Zur Dimension des Körperlichen  
in Gottesdienst und Alltag, Schule  
und Gesellschaft

Mit Beiträgen von Michael Meyer-Blanck,  
Inken Mädler, Simone Fopp, Silke Leonhard,  
Christoph Müller und Elisabeth Naurath

Vandenhoeck & Ruprecht

Göttingen

# „Ein Indianer kennt keinen Schmerz ...?“

Geschlechtsspezifische Krankenseelsorge

Elisabeth Naurath, Augsburg

*Zusammenfassung:* Weil Frauen und Männer – wie gesundheitspsychologische Studien deutlich machen – unterschiedliche Vorstellungen von ihrem Körper und infolgedessen auch differierende Bewältigungsstrategien von Krankheitserfahrungen zeigen, ist für die Krankenseelsorge dringend die Erweiterung des Blickwinkels um den Parameter ‚Geschlecht‘ gefordert.

*Abstract:* Men and women show distinct images of body and, in times of sickness, of body care; studies in psychological health give evidence. Thus it is necessary to widen the horizon for pastoral counselling making use of the category of ‚gender‘.

Der geschlechtsspezifische Blickwinkel ist mittlerweile so ‚in‘, dass er schon wieder ‚out‘ ist! Gerade hat die Wirtschaft versucht, sich mit boys- und girls-Windeln, Frauen- und Männertee das neue differenzierende Bewusstsein zu Nutze zu machen, da verebbt es auch schon wieder. Wer hat schon die Muße im ‚Wash-and-go-Zeitalter‘ auf den Kauf des geschlechtsspezifischen Duschgels (for men/for women!) zu achten? Wer möchte sich schon im Alltag mit dem ‚alten‘ feministischen Hut der ständigen Geschlechterdifferenzierung schmücken?

Schwerwiegender – und deshalb nicht plakativ als Modeerscheinung vom Tisch zu wischen – sind allerdings gesundheitsrelevante Fragestellungen: Arbeiten ‚AllgemeinmedizinerInnen‘ in Diagnose und Therapie geschlechtsspezifisch? Ist ihnen klar, dass Frauen und Männer sich im Körperbewusstsein und in den Bewältigungsstrategien von Krankheiten deutlich unterscheiden? Wie kann es sein, dass bei der Dosis von Medikamenten zwar zwischen Kindern und Erwachsenen differenziert wird, aber die unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen (Gewicht, Größe etc.) von Männern und Frauen kaum eine Rolle spielen? Brauchen wir nicht Frauen- und Männerärzte, die neben ihrer Spezialisierung auf die Geschlechtsorgane, die unterschiedlichen weiblichen und männlichen Lebenswelten und -situationen thematisieren und reflektierend in Diagnose und Therapie einbringen können?

Mit dem ersten Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, der 2001 erschienen ist<sup>1</sup>, beginnt für die deutsche Frauengesundheitsforschung eine im internationalen Vergleich dringend anste-

<sup>1</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland, Stuttgart 2001.

hende, öffentliche Wertschätzung und Systematisierung ihrer Arbeit. Während Themen wie „Frauen sind anders krank“<sup>2</sup> oder „Was Frauen krank macht“<sup>3</sup> nun schon seit ein paar Jahren diskutiert werden, taucht jetzt mit der üblichen Verzögerung als Pendant die nicht weniger interessante Frage in den Medien auf: „Sind Männer anders krank?“<sup>4</sup> Die Erweiterung der Gesundheitspsychologie<sup>5</sup> – ein seit den 80er Jahren in Deutschland wachsender Zweig der psychologischen Fachwissenschaften – um den geschlechtsspezifischen Blickwinkel scheint über die Medien ein neues Gesundheitsbewusstsein in der Gesellschaft zu erzeugen. Problematisch ist hierbei allerdings, dass populärwissenschaftlich verkürzte Thesen oftmals dazu neigen, Klischees und Rollenstereotypen eher zu verstärken und Vorurteile aufzubauen. Unabdingbar scheint mir daher im Diskurs um geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins, dass Pauschalurteile vermieden und der Faktor der subjektiven Prägung und Einstellung bei allen vermeintlich eindeutigen Tendenzen betont wird. Dringend ist zudem, dass die herumgeisternden Theorien und Thesen zur unterschiedlichen Gesundheit von Männern und Frauen in Zukunft durch grundlegende Studien wissenschaftlich hinterfragt werden<sup>6</sup>. Die geschlechtsspezifische Forschung steckt hier auch international noch in den Kinderschuhen: „Tatsächlich wissen wir viel zu wenig darüber, wie Frauen und Männer sich hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation unterscheiden, welche Ursachen und Risiken dabei eine wichtige Rolle spielen, und warum Männer und Frauen Versorgungsleistungen der Medizin unterschiedlich in Anspruch nehmen bzw. verordnet bekommen.“<sup>7</sup> Zu sehr vernachlässigt scheint dabei auch der praxisbezogene und interdisziplinäre Dialog: welche geschlechtsspezifisch differierenden Erfahrungen machen medizinische, pflegerische oder auch gesundheitspädagogische Berufe? Auch für die Seelsorge – im besonderen für die Kranken(haus)seelsorge –, die ja die Subjekt- bzw. die Patientenorientierung programmatisch zum Ziel erhebt, kann die Geschlechterfrage nicht länger ausgeklammert bleiben.

<sup>2</sup> Ulrike Maschewsky-Schneider, Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland, Weinheim 1997.

<sup>3</sup> Ingrid Olbricht, Was Frauen krank macht. Der Einfluß der Seele auf die Gesundheit der Frau, München 1993.

<sup>4</sup> Vgl. Apotheken-Umschau. Das aktuelle Gesundheitsmagazin vom 15.8.2001, 10–16.

<sup>5</sup> Vgl. Peter Schwenkmezger/ Lothar Schmidt (Hg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Stuttgart 1994. Auffallend ist, dass in diesem grundlegenden Werk die Geschlechterdifferenz kaum eine Rolle spielt.

<sup>6</sup> So beispielsweise das Lehrbuch: Alexa Franke u. a. (Hg.), Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch, Göttingen 2001.

<sup>7</sup> U. Maschewsky-Schneider, Frauen sind anders krank, 9. Auch Studien zum Ärzte- und Ärztinnenverhalten belegen die Notwendigkeit differentieller Diagnostik und Behandlung von Männern und Frauen bei gleicher Symptomatik; vgl. hierzu Elmar Brähler/ Hildegard Felder, Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit, in: Dies. (Hg.), Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen, Opladen 1992 (9–32), 10–17.

„Viel lieber gehe ich zu einer Frau zum Seelsorgebesuch. Da kommt das Gespräch leichter in Gang! Frauen reden meistens aufgeschlossener darüber, wie es ihnen geht.“, sagt ein männlicher Seelsorger auf einer Tagung für KlinikpfarrerInnen. Die anderen Pfarrer und Pfarrerinnen, die ihren Seelsorgedienst seit Jahren in der Klinik ausüben, stimmen nacheinander zu: egal ob Seelsorgerin oder Seelsorger. Das passt auffallend zu einem Stimmungsbild in einem Kurs für ehrenamtliche Klinikseelsorge, in dem die Teilnehmerinnen – zu 90% wird die ehrenamtliche Seelsorge in diesem Krankenhaus von Frauen getragen – sich einig waren, dass sie größere Blockaden und Hemmungen hätten, männliche Patienten zu besuchen. Einzelne Mitarbeiterinnen erklärten sogar, dass sie Krankenbesuche bei Männern aufgrund schlechter Erfahrungen von sexistischen Bemerkungen bis hin zu sexueller Belästigung grundsätzlich ablehnten.

Sowohl der Erfahrungsbericht der hauptamtlichen als auch der der ehrenamtlichen SeelsorgerInnen zeigt, dass der Faktor ‚Geschlecht‘ für die Praxis der Seelsorge relevanter ist als dies in der Seelsorgeliteratur zum Ausdruck kommt.

Seelsorge geschieht unvermittelt in der Begegnung von Mensch zu Mensch. Dies schließt die Leiblichkeit und insbesondere die Geschlechtlichkeit als Parameter seelsorgerlichen Handelns unabdingbar mit ein. Dass bisher die Geschlechterfrage für die Seelsorgetheorie weitgehend unbeachtet blieb, lässt sich nur daraus erklären, dass zum einen die Leiblichkeit als Bedingungsgröße kaum thematisiert wurde<sup>8</sup> und zum anderen „die ausgeprägte Individuumzentrierung moderner Seelsorge“<sup>9</sup> den Einfluss sozialer Bezugssysteme ausgeklammert hat. Dass die Sorge um den einzelnen Menschen neben dem privaten Kontext immer auch eine strukturelle Seite hat, wird zunehmend in den Blickpunkt gehoben; dass diese strukturelle Seite eine stärkere Beachtung der Gender-Thematik beinhaltet, liegt auf der Hand<sup>10</sup>.

Seit gut zwanzig Jahren hat sich die wissenschaftstheoretische Situation dahingehend verändert, dass Untersuchungen zur Geschlechtsidentität und zur Geschlechterdifferenz – vor allem in den sozialwissenschaftlichen Fachbereichen – Hochkonjunktur erleben. Nicht zuletzt deshalb, weil die Geschlechtszugehörigkeit geradezu als Grundmuster der sozialen Strukturierung von Lebenswelt fungiert: oft schon vor der

<sup>8</sup> Vgl. *Elisabeth Naurath*, Seelsorge als Leibsorge. Perspektiven einer leiborientierten Krankenhausseelsorge, *Praktische Theologie heute* 47, Stuttgart 2000.

<sup>9</sup> *Isolde Karle*, Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierten Seelsorgelehre, Neukirchen 1996, 1.

<sup>10</sup> „Die strukturelle Seite individueller Lebensbedingungen zu erfassen und über die gesellschaftliche Bedingtheit moderner Identitätsprobleme aufzuklären – darin sehe ich eine der großen Herausforderungen, denen Seelsorge in der Moderne zu begegnen hat.“ *Isolde Karle*, Seelsorge in der modernen Gesellschaft. Spezifische Chancen, Ressourcen und Sinnformen der seelsorgerlichen Kommunikation, in: *EvTh* 59/ 1999 (203–219), 208f.

Geburt eines Menschen ist die Frage nach dem Geschlecht die entscheidende Frage, die wie kein anderes Attribut ein essentielles Vorzeichen vor die Lebensgeschichte setzt. Hierbei ist die biologische Disposition von Weiblichkeit und Männlichkeit (sex) von der sozialen Rollenzuschreibung (gender), die geschichtlich, kulturell und politisch bedingt ist, zu unterscheiden. Doch wir werden nicht nur im Sozialisationsprozess zu Männern und Frauen gemacht, sondern wie der Konstruktivismus betont, wir selbst stellen in einem lebenslangen Prozess unser Geschlecht her und dar. Unter dem Stichwort des ‚gender doing‘ versteht man daher, dass schon bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität im 5.-7. Lebensjahr das Kind beginnt, sich gezielt in das gesellschaftlich etablierte System der Zweigeschlechtlichkeit einzupassen, d. h. sich als Mädchen oder als Junge zu konstruieren: „Das Geschlecht ist demnach nicht etwas, was wir ‚haben‘ oder ‚sind‘, sondern etwas, was wir tun.“<sup>11</sup>

Die Gesellschaft gibt die eindeutige Polarisierung von männlichem und weiblichem Geschlecht vor und bewusst bzw. unbewusst lernen wir, wenn wir nicht aus diesem sozialen Bezugssystem herausfallen wollen, Männlichkeits- bzw. Weiblichkeitsattribute zu verkörpern. Das beginnt bei Kleidung, Frisur, Schmuck, geht weiter über Körperausdruck und Körperverhalten bis hin zur Körpermanipulation. So ist auch für die Frauengesundheitsforschung zentral, dass sie über die biologische Disposition hinaus die sozialen Lebensbedingungen einbezieht: „Eine geschlechtssensible Sichtweise in der Medizin geht dabei im Sinne der Ottawa Charta (WHO 1986) über ein rein medizinisch geprägtes Krankheitskonzept hinaus.“<sup>12</sup>

Gerade in der Krankenseelsorge wird die Frage nach dem geschlechtsspezifischen Körperverständnis relevant. In der krankheits- oder unfallbedingten Krise thematisiert sich der Körper quasi selbst und es macht – wie gesundheitspsychologische Studien zeigen – einen großen Unterschied, ob wir es mit einer Frau oder einem Mann zu tun haben. Übrigens auch, ob wir es mit einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin zu tun haben<sup>13</sup>. Geschlechtsbedingte Unterschiede bestehen hier in der Vorstellung vom eigenen Körper, der Offenheit, sich mit körperbedingten Fragen oder Phänomenen auseinanderzusetzen, dem Krankheitsverständnis und den Bewältigungsstrategien von Krankheit. Wo, wenn nicht in der Seelsorge besteht die grundsätzliche Möglichkeit, solche aktuell relevanten Fragen zu thematisieren? Wo, wenn nicht in der Seelsorge ist der Raum gegeben, vielleicht sogar einengende Rollenzuschreibungen, wie ein männlicher oder ein weiblicher Körper zu sein und zu funktionieren habe, aufzuweichen?

<sup>11</sup> *Carol Hagemann-White*, Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen?, in: *FemStud* 2/1993 (68–78), 68.

<sup>12</sup> *Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung* (Hg.), pro-familia-magazin 3/2001, 5.

<sup>13</sup> So hat Lämmermann auf die tiefenpsychologische Bedeutung der Geschlechterkonstellation im Seelsorge- als Beziehungsgeschehen hingewiesen; vgl. *Godwin Lämmermann*, Sex und Seelsorge. Übertragung und Gegenübertragung in problematischen Seelsorgebegegnungen, in: *PTh* 91/ 2002 (375–392).

Ich möchte daher im Folgenden gesundheitspsychologische Thesen zum Körper- bzw. Krankheitsverständnis von Frauen und Männern in ihren wichtigsten Unterschieden skizzieren, um anschließend die geschlechtsspezifischen Bedingungen für die Praxis der Klinikseelsorge aufzuzeigen.

## II. ‚Spiegeln, Spiegeln an der Wand, wer ist die Schönste im ganzen Land!‘ -Thesen zum Körper- und Krankheitsverständnis von Mädchen und Frauen<sup>14</sup>

Die Shell-Jugendstudie von 2000 zeigt die hohe Bedeutung von Attraktivität für weibliche Jugendliche<sup>15</sup>. Die intendierte Ver-Körperung der geschlechtlichen Identität wird besonders für Mädchen in der Adoleszenz zum Problem, denn zahlreiche Umfragen ergaben ein, besonders durch (sexualisierte) Idealbilder in den Medien erzeugtes, negatives Körperbewusstsein. Der Wunsch nach Körpermanipulation bestätigt bei ihnen eine doppelt so hohe Unzufriedenheit mit dem Körper im Vergleich zu den Jungen. So zeigte sich beispielsweise, dass „das Körperidealbild der Mädchen über alle Altersstufen hinweg das einer untergewichtigen Figur zu sein scheint, während Jungen normalgewichtige Figuren bevorzugen“<sup>16</sup>. Schon im Verlauf der Kindheit (bis zum 12. Lebensjahr) bilden die Heranwachsenden grundlegende Konturen geschlechtstypischer Körperkonzepte aus, die sich bei Mädchen in vergleichsweise größerer Aufmerksamkeit und Sorge für ihr ‚body image‘ und für ihre Gesundheit ausdrücken, während sich die Jungen durch die Präferenz sportlicher Körperlichkeit profilieren.

Die Körperzufriedenheit in der weiblichen Pubertät, die nun mit der ‚Attraktivitätszufriedenheit‘ gleichgesetzt wird, geht mit einem frappierenden Wandel des gesundheitlichen Wohlbefindens einher: während Mädchen im Kinderalter weniger krankheitsanfällig sind und seltener medizinisch behandelt werden als gleichaltrige Jungen, kippt die Statistik ab dem 12./13. Lebensjahr in ihr Gegenteil um. In den subjektiven Einschätzungen des Gesundheitszustandes und den Selbstangaben zu Beschwerden zeigen sich plötzlich deutliche Unterschiede: die 14–19jährigen Mädchen bzw. Frauen gaben eine signifikant höhere Anzahl von Be-

<sup>14</sup> Vgl. zu diesem und zum nächsten Kapitel: E. Brähler /H. Felder (Hg.), Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit; Petra Kolip (Hg.), Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Weinheim-München 1994; Dies., Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen, Opladen 1997; Christa Schulze/ Ludger Welters, Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis, in: U. Flick, Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, (70–86); U. Maschwesky-Schneider, Frauen sind anders krank.

<sup>15</sup> Deutsche Shell (Hg.), Jugend 2000, Bd. I, 101 f.

<sup>16</sup> Jürgen Baur/ Wolf-Dietrich Miethling, Die Körperkarriere im Lebenslauf – Zur Entwicklung des Körperverhältnisses im Jugendalter, in: ZSE 11/ 1991 (165–188), 179.

schwerden an, die vor allem als psychosomatische Beschwerden (wie Kopfschmerzen, Unruhe und Nervosität, Schlafstörungen, Angstgefühle) einzuordnen sind.

Deutlich geschlechtsspezifisch bestimmt scheint auch der Umgang mit Krankheit zu sein: Parallel zum Anstieg der Arztbesuche nimmt auch der Arzneimittelkonsum deutlich zu<sup>17</sup>. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Mädchen und Frauen im Allgemeinen auf körperliche Beschwerden sehr sensibel reagieren, öfter mit unspezifischen Schmerzen zum Arzt gehen, wobei aufgrund von Untersuchungen anzunehmen ist, dass rollenstereotype Vorstellungen der MedizinerInnen dazu führen, Frauen weniger somatisch orientiert zu behandeln.

Nahezu alle empirischen Studien betonen, dass Frauen im Vergleich zu Männern eher ‚mit‘ ihrem Körper leben, zu dem sie ein sensibles Verhältnis haben, der für sie vorrangig ein Medium sozialer Attraktivität darstellt und dem sie deshalb mehr Aufmerksamkeit in gesundheitlicher, hygienischer und ästhetischer Hinsicht widmen. Daher definieren Frauen Gesundheit in einem eher umfassenden psychosozialen Sinn als Empfinden von ‚Harmonie und subjektivem Wohlbefinden‘<sup>18</sup>, ihre Bewältigungsstrategien gesundheitlicher Probleme sind eher nach innen gerichtet, d.h. sie erwarten sich von medizinisch-technischen Interventionsmöglichkeiten geringere Heilungschancen.

Gain anders scheint dies bei männlichen Patienten zu sein: so beschreibt ein Klinikseelsorger seinen Eindruck: „Bei vielen Männern hat man das Gefühl, sie seien mal kurz im Krankenhaus, um ihren Defekt reparieren zu lassen. Sie erwarten sich von den medizinischen Möglichkeiten alles.“

## III. ‚Ein Indianer kennt keinen Schmerz ...‘ Thesen zum Körper- und Krankheitsverständnis von Jungen und Männern

Auch für Jungen ist der Körper Mittel der geschlechtsbestimmten Selbstdarstellung. In welcher Weise er geformt und eingesetzt wird, kann in verschiedenen Milieus unterschiedlich verlaufen. Dominante kulturelle Konstruktionen von Männlichkeit – im Sport, im Militär, in den Heldenfiguren der Massenmedien – sind zentral um körperliche Aktivität und Leistung, Zähigkeit, Durchtrainiertheit und ein sportliches Outfit organisiert. Die Duldung von Schmerzen, die Fühllosigkeit gegenüber dem eigenen Körper und die Belastbarkeit sind positiv besetzt<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Nach einer Untersuchung von Vogt kommen bei den 15–20 Jährigen auf jeden Jungen, der eine Verordnung für Psychopharmaka erhält, zwei Mädchen“ (vgl. Marlene Stein-Hilbers, Handeln und behandelt werden. Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit im Jugendalter, in: P. Kolip [Hg.], Lebenslust und Wohlbefinden, [83–100], 89).

<sup>18</sup> Ebd., 84.

<sup>19</sup> Ebd., 94 ff.

Deutlich unterschieden vom weiblichen Körperbild sind männliche Aussagen zur Thematik Körperzufriedenheit: „Wenn du die Möglichkeit hättest, an deinem Körper etwas zu ändern, was würdest du dann machen?“ In der Studie von Bongers, der 36 Männer zwischen 20 und 40 Jahren interviewte, zeigte sich, dass die meisten Männer die Frage sehr schnell „abblockten“, insgesamt zufrieden mit ihrem Äußeren schienen, auf weitergehende Fragen oder Vorschläge mit Widerstand und Verweigerung reagierten. Bei offensichtlichen gesundheitlichen Problemen (z. B. Allergien) fielen sarkastische bzw. ironische Antworten auf<sup>20</sup>. „Dies bringt mich zu der Assoziation,“ – so Bongers – „dass die meisten Männer nach dem Motto ‚Solange noch alle Gliedmaßen dran sind, sind wir auch gesund‘ handeln.“<sup>21</sup> Darin liegt eine Bestätigung der Thesen der gesundheitswissenschaftlichen Studien, wonach Männer leichtere Signale von Unwohlsein systematisch ignorieren. Dieses Ignorieren wird gelernt: Zunächst lernt ein Junge, dass ihm Lob und Anerkennung zuteil werden, wenn er bei Schmerzen ‚cool‘ bleibt. Haarsträubende und sich hartnäckig haltende Redewendungen wie ‚Ein Indianer kennt keinen Schmerz‘ setzen ihn hierbei unter Druck, den geschlechtsspezifischen Erwartungen zu entsprechen. Im Erwachsenenalter weiß dann jeder Mann, dass es unmännlich ist, zu sehr in seinen Körper hineinzuhorchen, so dass die Fähigkeit, die eigenen Körpersignale wahrzunehmen, mit der Zeit verkümmert. Dies widerspricht nicht unbedingt der Beobachtung, dass Männer auch oft sehr wehleidig sind, wenn sie tatsächlich krank sind: durch das jahrelange Ignorieren haben sie nur wenig Bewältigungsstrategien entwickeln können, mit gefühltem Schmerz adäquat und konstruktiv umzugehen.

Dementsprechend sind auch Unterschiede im Gesundheitsverständnis zu verzeichnen: Männer definieren Gesundheit eher als ‚Freiheit von Krankheit und Schmerz und als Voraussetzung von Handlungs-, Leistungs- und Funktionstüchtigkeit‘<sup>22</sup>. Empirische Studien belegen, dass sie seltener oder später ihre Krankheitssymptome thematisieren, dann aber eher auf rein somatische Erklärungen abzielen. Der Zusammenhang scheint klar: die männliche Körpersozialisation versucht körperliche Grenzen und Schwächen zu verdrängen. Der heranwachsende Mann konstruiert seine Männlichkeit durch Demonstration seiner körperlichen Stärke bzw. wenn Krankheit nicht mehr zu verdecken ist, durch die Suggestion, sie habe eigentlich nichts mit ihm selbst, sondern höchstens etwas mit dem Defekt eines körperlichen Organs zu tun. Zusammenfassend konstatiert Walter Hollstein zum männlichen Umgang mit Krankheit: „Männer müssen unverletzbar sein, jederzeit dominieren und kon-

<sup>20</sup> Vgl. Dieter Bongers, Das Körperselbstbild von Männern, in: Elmar Brähler, Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin, Berlin u. a. 1986, 137–146.

<sup>21</sup> Ebd., 141.

<sup>22</sup> M. Stein-Hilbers, Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Gesundheit, in: P. Kolip (Hg.), Lebenslust und Wohlbefinden, 89.

trollieren. Das aber heißt ständiger Druck und Versagensangst.<sup>23</sup> Letztlich wird diese instrumentalisierende Sicht des Körpers gestützt vom somatischen Krankheitsverständnis der modernen Medizin, die den Körper weitgehend in der Funktionsweise einer komplexen Maschine versteht. Auf der Basis des cartesianischen Leib-Seele-Dualismus sind alle Veränderungen im Körper auf materiell fassbare Ursachen zurückführbar – eine Sichtweise, die im 19. Jahrhundert zum bestimmenden Paradigma der Medizin wurde. In der Konsequenz lassen sich Verbindungslinien ziehen von einem etablierten schulmedizinischen Verständnis, das die Priorität ihres Handelns in den iatrotechnischen Möglichkeiten der Therapie einzelner kranker Organe sieht<sup>24</sup>, zu dem eher bei Männern vorfindlichen Körper- und Krankheitsverständnis.

Thema der Seelsorge ist jedoch nicht nur ein Teilaspekt des Menschen, sondern der ganze Mensch in der Komplexität seines Seins. Neben der Vermittlungsrolle zwischen PatientInnen und MedizinerInnen bzw. Pflegepersonal und den Bemühungen um eine Integration in das Krankenhausteam ist hierbei für die Klinikseelsorge ganz besonders herauszustellen, dass sie nicht den reduktionistischen Tendenzen einer sich ausschließlich als Körpermedizin verstehenden Umgangsweise mit den PatientInnen entgegenkommt, indem sie ihrerseits ausschließlich die seelisch-geistliche Betreuung anbietet. Aufgrund des biblischen Menschenbildes geht es in der Klinikseelsorge also weder um geistliche ‚Zusatzversorgung‘ noch um einen ergänzenden Part zur medizinischen Behandlung. Vielmehr sollte es kompensierend darum gehen, den Menschen in seiner psychophysischen Komplexität zu sehen und zu thematisieren. Die Wahrnehmung der Einheit von Leib und Seele schließt allerdings die Frage nach seiner geschlechtlichen Identität in der Verbindung von sex und gender mit ein.

#### IV. Geschlechtsspezifische Krankenseelsorge

Neben der biologischen Disposition, im Körper einer Frau oder eines Mannes zu leben, gibt es gesellschaftlich gewachsene und damit überindividuell festgelegte Strukturen, wie Männer und Frauen mit ihrem Körper umgehen, die das Selbstverständnis der Seelsorgesuchenden bestimmen und von daher in der Seelsorgetheorie und -praxis stärker reflektiert werden sollten<sup>25</sup>. Was heißt das aber konkret für den Seelsorgebesuch ei-

<sup>23</sup> Walter Hollstein, Männlichkeit und Gesundheit, in: E. Brähler/H. Felder (Hg.), Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit, 67.

<sup>24</sup> So resümiert Winau die medizinhistorische Entwicklung: „[...] krank wird nicht mehr der ganze Körper, sondern krank wird nur noch ein Organ. Mit der Lokalisierung der Krankheit geht in gleichem Maße die Einheit des Körpers verloren.“ Rolf Winau, Krankheitskonzept und Körperkonzept, in: Dietmar Kamper/Christoph Wulf (Hg.), Die Wiederkehr des Körpers, Frankfurt a. M. 1982 (285–298), 294.

<sup>25</sup> Auf diesem Hintergrund ist die Forderung von Isolde Karle nicht nur legitim, sondern notwendig, ein modernes, gegenüber soziologischen Erkenntnissen auf-

nes Seelsorgers oder einer Seelsorgerin, die als VertreterInnen der Kirche im Rahmen christlicher Lebensdeutung einer kranken Frau oder einem kranken Mann begegnen?

### 1. Seelsorge als Leibsorge

„Das tatsächliche Medium der Seelsorge ist daher nicht das Gespräch, sondern die Körperlichkeit der Seelsorgepartner. Methodisch verantwortete Seelsorge (...) verlangt bewusst verantwortete Körperlichkeit“.<sup>26</sup>

Aus zwei Gründen ist es nicht nur legitim, sondern notwendig, dass Seelsorge sich auch als Leibsorge versteht: zum einen geht das Menschenbild des Alten wie des Neuen Testaments davon aus, dass die Seele des Menschen zu keiner Zeit – das gilt auch für die postmortale Seele – als eine von seiner Leiblichkeit losgelöste immaterielle Instanz zu sehen ist. Die Sorge um die Seele des Menschen muss in stärkerem Maße als dies bisher geschehen ist die Sorge um seine Leiblichkeit umfassen. Zum anderen ist eine Seelsorge, die sich patientenorientiert versteht, dazu aufgefordert, den situativen Kontext ihrer als Subjekte der Seelsorgebeziehung verstandenen Gegenüber wahr- und ernstzunehmen: dies heißt aber in der Krise der Krankheit die Frage nach der Integration des Leibseins (und Krankseins) ins Identitätsbewusstsein aufzugreifen. Im Krankenhaus kumulieren – gesellschaftlich verdichtend – nicht nur die Probleme mit dem kranken und sterbenden Körper, sondern hier zeigt sich in extremer Weise die Schattenseite eines im Licht der Leistungsgesellschaft auf einen funktionsfähigen Körper reduzierten Menschenbildes. Die Krankheitskrise hat so für viele PatientInnen eine Verunsicherung im Körper- und damit auch im Selbstbewusstsein zur Folge, die von Seelsorge begleitend als alltags- und gesellschaftskritischer Perspektivwechsel aufzugreifen ist.

Seelsorge als Leibsorge bedeutet aber auch, dass die Begegnung am Krankenbett mehr ist als ‚Gesprächsseelsorge‘. In stärkerem Maße als bisher ist den kommunikationstheoretischen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, dass die körpersprachliche Ebene in entscheidender Weise das inhaltliche Gespräch bestimmt. Dies hat wiederum zur Folge, dass die

---

geschlossenes Seelsorgeverständnis müsse in seine theoretische- und praxisbezogenen Analysen „gender studies“ als konstitutives Element aufnehmen: „Daß Geschlecht ein solches elementares Ordnungsmuster darstellt, ist in der seelsorgerlichen Kommunikation unbedingt zu reflektieren, – sowohl in Bezug auf das Geschlecht des Seelsorgers oder der Seelsorgerin –, als auch in Bezug auf das Geschlecht der seelsorgesuchenden Person.“ (I. Karle, Seelsorge in der Moderne, 233). Stollberg meint hierzu, dass die Seelsorgebewegung die Relevanz der Geschlechterdifferenz schon früh gesehen habe, dass aber im deutschen Sprachraum die konstruktive Auseinandersetzung hierzu weitgehend gefehlt habe (Dietrich Stollberg, Pastoralpsychologie und Kirchenkritik, in: Nachrichten aus der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie 2/1997, 14).

<sup>26</sup> Robert Eidam, Verleiblichung. Leben und Werk Wilhelm Reichs als Herausforderung für Theorie und Praxis der Seelsorge, Europäische Hochschulschriften 23, Bd. 264, Frankfurt / Bern / New York 1985, 292.

Geschlechterkonstellation in ihrem Einfluss auf die Seelsorgebeziehung stärker reflektiert werden muss, auch wenn die Seelsorge-literatur immer noch weitgehend die Irrelevanz dieser Frage suggeriert, indem sie vermeintlich neutral von *dem* Seelsorger und *dem* Patienten spricht. Es ist nicht gleichgültig, ob es sich bei der Seelsorgebeziehung um eine Frau-Frau-, Mann-Mann- oder Frau-Mann-Beziehung handelt. Dass „die Bilder und Phantasien über das jeweils eigene und das andere Geschlecht ebenso wie die dazugehörigen gesellschaftlichen Macht- und Geschlechterverhältnisse einbezogen werden müssen“<sup>27</sup>, gilt für den Supervisionsbereich in gleichem Maße wie für die Seelsorge. Selbstverständlich ist diese Frage nach der Geschlechterkonstellation in der Seelsorgebeziehung wie in jeder anderen Beziehung auch an eine grundlegende Reflexion der erotischen bzw. sexuellen Dimension geknüpft. Auch in diesem Punkt besteht für die Seelsorgetheorie, aber auch für die praxisorientierte Ausbildung der SeelsorgerInnen weiterhin Klärungsbedarf.

### 2. Selbstreflexion des/der Seelsorger/in

Ein Seelsorger berichtet auf einer Tagung: „Dass Männer und Frauen ganz anders mit ihrem Kranksein umgehen, ist mir persönlich sehr klar geworden, als ich plötzlich unter Herzrasen zu leiden begann. Lange Zeit versuchte ich die Beschwerden zu ignorieren. Meine Frau wollte mich immer zum Arzt schicken, aber ich dachte: Das bilde ich mir alles nur ein. Es wird schon wieder vergehen. Erst als ich dann Wochen später die eindeutigen Werte des EKG vor Augen hatte, konnte ich nicht mehr leugnen, dass ich sehr krank geworden war.“

Dieser Seelsorger hatte – wie im Gruppengespräch deutlich wurde – eine Sensibilität dafür entwickelt, dass Männer anders mit ihrem Körper und körperlichen Beschwerden umgehen. Er berichtete, dass ihm durch die eigene Erfahrung nun immer häufiger auffiele, dass Männer weniger ihr Körpergefühl als vielmehr technisch messbare Daten zum Anlass nehmen, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen. Dies sei auch für das Seelsorgegespräch ein wichtiger Hinweis: so komme er mit männlichen Patienten viel eher ins Gespräch über ihre Krankheit, wenn er nicht frage: „Wie geht es Ihnen?“ Oder „Wie fühlen Sie sich?“, sondern „Was hat man bei Ihnen festgestellt? Welchen Krankheitsbefund haben Sie? Haben sich Ihre Werte verbessert?“ Sehr interessant war, dass einige SeelsorgerInnen bemerkten, wie schwierig es sei, mit Männern überhaupt über ihren Körper oder ihre Krankheit zu sprechen. Da gäbe es zu viele Blockaden, Hemmungen und Verdrängungsmechanismen. Der Weg zu einem männlichen Patienten laufe in den meisten Fällen über den Gesprächseinstieg ‚Beruf‘. Hier sei zunächst der sichere Boden, der dazu ge-

---

<sup>27</sup> Elisabeth Rohr, Frauen und Männer in der Supervision, in: WzM 51/ 1999 (17–38), 38. Inwieweit die Geschlechterdifferenz auch das berufliche Selbstverständnis formt und die Geschlechterkonstellation das Beziehungsgeschehen bestimmt, zeigt Rohr theoretisch so wie an eindrücklichen Fallbeispielen aus der Praxis.

eignet ist, Vertrauen in die Seelsorgebegegnung zu bringen. Wenn dieses Vertrauen entsteht, dann ergäbe sich mit der Zeit die Möglichkeit, über die Krankheit zu reden. Aber – und dieser Unterschied ist zu Frauen wiederum auffallend – in den meisten Fällen nur als Vier-Augen-Gespräch. Betritt eine andere Person das Zimmer, so wechselten die männlichen Patienten sofort das Thema zu weniger intimen, d. h. weniger körperbezogenen Themen.

Diese praxisbezogenen Eindrücke bestätigen die gesundheitspsychologischen Untersuchungen, wonach Männer coram publico gewöhnlich nicht über ihre vermeintlich schwachen Seiten reden (dürfen) und wie das Praxisbeispiel zeigte, sich ihre Krankheit erst eingestehen, wenn die medizinische Technik eindeutig belegt, dass ihr Körper ‚Defekte‘ hat. Dieses distanzierte und objektivierende Körpergefühl im Seelsorgegespräch zum Thema zu machen, erscheint in vielen Fällen als Kunststück, das jedenfalls zur Voraussetzung hat, dass der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin sich die geschlechtsspezifischen Bedingungen dieser Seelsorgebeziehung bewusst macht. Offensichtlich ist die Selbstreflexion, auch in einem geschlechtsspezifischen Sinn, hierzu relevant: wenn ich als Seelsorgerin weiß, dass meine körper- bzw. krankheitsbezogenen Fragen bei Männern eher Blockaden auslösen, ist das hilfreich. Für männliche Seelsorger wiederum liegt eine besondere Chance darin, über ihre eigenen Erfahrungen eine Brücke zum Patienten zu schlagen. Das heißt aber nicht, dass die Mann-Mann-Beziehung bzw. die Frau-Frau-Beziehung in der Krankenseelsorge grundsätzlich geeigneter wäre, denn schließlich kann es auch sein, dass ein Mann seine ‚schwachen‘ Seiten eher einer Frau als einem als Konkurrenten empfundenen Mann zeigen kann. Auch ein Gespräch unter Frauen unterliegt – neben der anzunehmenden Nähe – lebensgeschichtlichen Bedingungen, die als deutliche Differenzen bzw. Konkurrenzen eher vertrauenshemmenden Charakter haben können – beispielsweise die Erfahrung, Kinder zu haben bzw. verloren zu haben. Der Parameter Geschlecht ist immer eingebettet in soziale, lebensgeschichtliche und situative Bedingungen. Das Bewusstsein des geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Körper- und Krankheitsverständnisses hat daher die Funktion, mögliche Strukturen im Umgang mit dem eigenen Körper anzunehmen, um von dieser reflexiven Ebene verständnisvoller, einfühlsamer und zielgerichteter handeln zu können. Vor Vorurteilen und klischeehaftem Denken ist jedoch aufgrund der Komplexität von Körper- und Identitätsgefühl zu warnen.

### 3. Blickwechsel: Selbstkritik und Gesellschaftskritik

Eine Krebspatientin beispielsweise beschreibt das Erleben ihrer Krankheit und einen damit einhergehenden Perspektivwechsel ihres Lebens folgendermaßen: „Intensiver zu leben, (...) wirklich zu sehen, daß diese Sekunde, die wir jetzt nebeneinander sitzen, niemals wiederkommt, darüber habe ich früher nicht nachgedacht. Da geht ein Tag hinter dem anderen her, und da ist die Familie, und du denkst doch nie darüber nach,

daß es nie wiederkommt. Das bewusstere und intensivere Leben wollen und auch Genießenwollen, das ist mir klar geworden.“<sup>28</sup>

Es kann nicht die Aufgabe von Seelsorge sein – und hierin liegt der gesellschafts- und kirchenkritische Aspekt, den vor allem Henning Luther für die Seelsorge betont hat – möglichst schnell und effizient über Grenzerfahrungen hinwegzutrusten und den betreffenden Menschen in die Normalität zurückzuführen, so als habe die Grenzerfahrung nichts mit dem ‚eigentlichen‘ Leben zu tun<sup>29</sup>. Grenze wird hier positiv gesehen als der Raum, der im Kontrast zum Alltag Spannung erzeugt und dadurch Kreativität ermöglicht. Der Blick von außen kann das bis dahin Gültige, Gewohnte und Selbstverständliche neu wahrnehmen und neu bewerten. Die religiöse Dimension von Grenzerfahrungen liegt gerade darin, „die eingespielten Plausibilitäten des Alltags“<sup>30</sup> zu relativieren und insofern transzendierende Kräfte freizusetzen.

An eine Grenze zu kommen, bedeutet auch immer, einen Blick in ein fremdes, unbekanntes Land werfen zu können. Nicht nur die Grenze zum Tod erfordert eine Auseinandersetzung mit dem bisherigen Leben, sondern auch die Konfrontation mit Krankheit oder Behinderung. Hier wird für viele Menschen im Erleben des kranken Körpers eine alltagsübliche Distanzierung deutlich: Solange der Körper funktioniert, wird er nicht thematisiert, sondern als selbstverständlich und zum Leben zugehörig empfunden. So erscheint es plausibel, wenn sich Menschen gerade im Erleben ihrer Krankheit von ihrer Körperlichkeit abgrenzen und sich damit selbst verobjektivieren: „Es schmerzt so sehr“, oder „Es kam ganz plötzlich!“ Nach den sprachphänomenologischen Untersuchungen von Dietlinde Goltz<sup>31</sup> ist das häufig genannte Pronomen „es“ in Analogie zu unerklärlichen, von außen einstürzenden Naturerscheinungen (z. B. es blitzt) zu sehen. Sprachlich werden Krankheiten als agierende Subjekte ausgedrückt, die den Menschen in eine passive, leidende Rolle bringen.

Doch gerade in der Konfrontation mit diesem „Es“, das mir Schmerzen bereitet, das nun behandelt wird, das mich ins Bett oder gar ins Kran-

<sup>28</sup> Herbert Csej/ Annette Kube, Sinnfindung als Modus der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken, in: *Dies.*, Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit, Würzburg 1998, 341.

<sup>29</sup> Kristian Fechtner schreibt in seiner Darstellung zu Henning Luther: „Religion zielt auf passagere Existenz. Und die kirchliche Kasualpraxis und die sie begleitenden Amtshandlungen sind nur dann kein bloßer sozialer Integrationsmodus, wenn sie Raum für solche Transzendierungen freimachen und nicht lediglich das ‚unruhige Herz‘ seelsorgerlich zu beruhigen trachten.“ *Kristian Fechtner*, Mikrokologischer Blick und Empathische Praxis. Hinweise zu Henning Luthers Praktischer Theologie des Subjekts, in: *ThPr* 27/ 1992 (184–193), 191.

<sup>30</sup> *Henning Luther*, Grenze als Thema und Problem der Praktischen Theologie. Überlegungen zum Religionsverständnis, in: *ThPr* 19/ 1984 (221–239), 235.

<sup>31</sup> Vgl. hierzu *Eduard Seidler*, Primärerfahrungen von Not und Hilfe, in: *Heinrich Schipperges/ Eduard Seidler/ Paul Unschuld (Hg.)*, Krankheit, Heilkunst, Heilung, in: Veröffentlichungen des Instituts für Historische Anthropologie, Bd. 1, Freiburg/ München 1978, 415 ff.

kenhaus bringt, wird klar, womit sich das kranke „Ich“ nun mehr oder weniger bewusst beschäftigen muss. Es ist das Erstaunen darüber, dass der Mensch in Wollen und Tun von seiner körperlichen Befindlichkeit abhängig ist, dass das ‚Körper-Haben‘ seine Grenzen hat. Diese Grenze meint das Bewusstwerden der Leiblichkeit, des ‚Leib-Seins‘. Krankheitserfahrung ist damit eine bewusstseinsregulierende Erfahrung: das Selbstverständliche ist nicht mehr selbstverständlich, das Verfügbare nicht mehr verfügbar, das Objekt des Körpers wird zum Subjekt des Leibes. Meines Erachtens hat die Klinikseelsorge daher die Aufgabe, das Erleben der Krankheit so zu begleiten, dass Fragen nach dem eigenen Leibverständnis konstruktiv aufgenommen werden. Eingebettet ist dieser individuelle Perspektivwechsel in eine soziale Dimension, d. h. dass das als persönlich empfundene Körperbild und das subjektive Krankheitsverstehen immer bedingt ist durch den überindividuellen Kontext: Welchen Umgang hat unsere Gesellschaft mit dem Körper, insbesondere mit dem kranken, behinderten Körper? Und auch: Wie wird der Körper von Frauen und Männern bewertet, behandelt und eventuell auch manipuliert?

Für die Geschlechterthematik kann – so paradox das auch klingen mag – die körperliche Grenzerfahrung durch Krankheit, Unfall, Erleben von Schwangerschaft oder Geburt etc. befreiende Impulse haben. In der Begegnung mit Patientinnen und Patienten thematisiert sich die Leiblichkeit nicht neutral und abstrakt, sondern konkret männlich oder weiblich, d. h. die geschlechtliche Identität immer und gerade auch in der situativen Körperkrise verkörpernd und konstruierend<sup>32</sup>. Die sexuelle Sozialisation intendiert von frühester Kindheit an die Einpassung in ein System der Zweigeschlechtlichkeit, das weiterhin zwischen Männern und Frauen ein Oben-Unten-Gefälle tradiert<sup>33</sup>. In der Seelsorge kann der Ort sein, wo das Körperverständnis des/der Patienten/in zum expliziten Thema wird: hier kann ein Bewusstsein dafür entstehen, dass dieses Körperbild geschlechtsbedingt entstanden ist bzw. entwickelt wurde, dass dieser geschlechtsbedingte Umgang mit dem eigenen Körper der Persönlichkeit eventuell zu enge Grenzen gesetzt hat, die sich jetzt im Erleben von Krankheit (oder Sterben) relativieren. Der soziale Konformismus, der immer auch unser Körperverständnis mitbestimmt, kann hier kritisch korrigiert werden. So kann geradezu als Aufgabe evangelischer Seelsorge konstatiert werden, Alternativen zum stereotypen Rollenverhalten zu entwickeln, um für die/den Einzelne/n Freiräume noch nicht gelebter Möglichkeiten zu finden<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> „Männlichkeit und Weiblichkeit sind mithin Symbole, die konstitutiv für jede Identitätsbildung und Selbstverortung sind.“ *Helga Bilden*, Geschlechtsspezifische Sozialisation, in: *Klaus Hurrelmann/ Dieter Ulich (Hg.)*, Neues Handbuch der Sozialisationsforschung, 293.

<sup>33</sup> Vgl. *Petra Milhoffer*, Geschlechtsrollenübernahme und sexuelle Sozialisation im Übergang zur Pubertät. Theoretische Verständigung und empirische Ergebnisse, in: *Gunter Schmidt/ Bernhard Strauß (Hg.)*, Sexualität und Spätmoderne. Über den kulturellen Wandel der Sexualität. Beiträge zur Sexualforschung 76, Stuttgart 1998, 89–102.

<sup>34</sup> So muss nach Karle eine evangelische Seelsorgetheorie die Relativierung der

#### 4. Seelsorge: Freiräume im Lebensraum der Geschlechtlichkeit entwickeln

„Die Wahrnehmung von dissonanten Phänomenen, die den Zuschreibungen weiblicher und männlicher Identität widersprechen, könnte so neu gewürdigt werden, und eine sensiblere Anerkennung einer Vielzahl von Differenzen, die das Denken der Zweigeschlechtlichkeit übersteigen, könnte (...) die Seelsorgearbeit befruchten.“<sup>35</sup>

Das „stillschweigende Projekt, Kulturgeschichte gleichsam am eigenen Leib zu erneuern“<sup>36</sup> impliziert für die Seelsorge zwei Aufgaben, die hier nur angedeutet, in Zukunft jedoch grundlegend theoretisch und praxisorientiert zu untersuchen sind: einerseits die identitätsbildende und -stabilisierende Funktion der Geschlechtlichkeit zu thematisieren und zu fördern, aber andererseits die identitätsbeschränkende Dimension von geschlechtsspezifisch bestimmten Rollenstereotypen zu benennen und befreiende Impulse zu setzen.

Beide Aspekte hängen eng miteinander zusammen, denn nur wenn ich mir meiner Identität als Mann oder Frau bewusst werde, kann ich soziale Einflüsse selbstkritisch reflektieren und in Frage stellen. Wichtig ist daher zunächst die Thematisierung und Bestätigung der Geschlechtsidentität, denn jedes Individuum ist innerhalb des Systems der Zweigeschlechtlichkeit darauf angewiesen, seine Position in diesem sozialen Gefüge zu validieren. So liegt eine Chance darin, individuelles Verhalten in einen größeren, nämlich geschlechtstypischen Horizont einzubetten: wenn beispielsweise ein Seelsorger eine Patientin darauf hinweist, dass ihm ihr Gespür für die eigene körperliche Befindlichkeit auffalle, wird ein meist unreflektierter Vorgang ins Bewusstsein gebracht. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Rahmen wird hergestellt mit dem Hinweis darauf, dass oftmals bei Frauen als den „providers of health“<sup>37</sup> (Hauptverantwortliche für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit im familiären System) dieses sensible Körperbewusstsein deutlich werde und dies eine große Hilfe für den Umgang mit der Krankheit sein könne.

geschlechtlichen Polarität fordern und fördern, indem sie zwar die Kategorisierung der Geschlechterdifferenz thematisiert, doch nicht selbst der internalisierten Tendenz zur Stereotypisierung verfällt (*I. Karle*, Seelsorge in der Moderne, 231 ff).

<sup>35</sup> *Andrea Bieler*, Das Denken der Zweigeschlechtlichkeit in der Praktischen Theologie, in: PTH 88/ 1999 (272–286), 285 f.

<sup>36</sup> *Judith Butler*, Variationen zum Thema Sex und Geschlecht. Beauvoir, Wittig und Foucault, in: *Gertrud Nunner-Winkler (Hg.)*, Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik. Theorie und Gesellschaft 19, Frankfurt a.M. / New York 1991 (56–76), 61.

<sup>37</sup> Vgl. *Toni Faltermeier*, Subjektive Theorie von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis, in: *U. Flick (Hg.)*, Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit (45–58), 47. So belegen vielfältige Studien den intensiven Zugang von Frauen zu gesundheitsrelevanten Fragen, weshalb sie im verdeckten Gesundheitssystem des Alltags als *providers of health*, *negotiators of health* (als die sozialisierende Instanz im Umgang mit Gesundheit und Krankheit) und als *mediators of health* (als die Vermittlerinnen zwischen Familie und professionellem Gesundheitssystem) benannt werden.

Durch die Erweiterung der subjektiven Situation durch diese soziologische Perspektive kann die Patientin möglicherweise in ihrer Körpersensibilität bestärkt werden. Zugleich kann jedoch der Hinweis darauf, dass der gesellschaftliche Trend zunehmend dahin tendiert, den Frauenkörper zu sexualisieren und zu medikalieren, das Bewusstsein dafür schärfen, die Verantwortlichkeit für den eigenen Körper nicht vorschnell abzugeben. Die Bestärkung des eigenen Körpergefühls und der eigenen Intuition kann hier speziell für Frauen Wege aufzeigen, sich nicht blind den Schönheitsidealen aktueller Modetrends oder einer manipulativen Körperpolitik, die den weiblichen Körper zunehmend der Notwendigkeit medizinischer Intervention und Perfektion unterstellt, zu unterwerfen. Eine subjektorientierte Seelsorge sollte darauf abzielen, dass die PatientInnen die Verantwortung für ihre Gesundheit selbst übernehmen: neben der Sensibilität für den eigenen Körper bedeutet dies einen zwar offenen, aber selbstbewussten Umgang mit denen, die professionell mit dem menschlichen Körper zu tun haben.

Da das Selbstbewusstsein von Frauen sozialisationsbedingt eng an das Körperbewusstsein gekoppelt ist, kann eine positive Bestätigung des subjektiven Körpergefühls, die gerade unabhängig und kritisch mit vergleichenden Idealvorstellungen von Schönheit und Gesundheit umgeht, für die Patientin befreiend sein. Der für viele Frauen typische antrainierte Blick in den Spiegel, der oft nur selbstkritisch mit den Augen der anderen – vornehmlich des mutmaßlichen männlichen Blicks – die Fremdwahrnehmung über die Selbstwahrnehmung stellt, erfährt so einen Perspektivwechsel. Dieser neue Blick auf sich selbst ist das genuine Anliegen der Seelsorge, denn er basiert auf der grundlegenden christlichen Botschaft, dass Gott den Menschen liebt und annimmt, so wie sie oder er ist. Aus diesem Glauben heraus ist es legitim zu sagen: „Wer aus den Kräften des bedingungslos liebenden Gottes lebt, ist angenommen mit seiner ganzen Existenz, mit Haut und Haar, Innen und Außen, Negativem und Positivem. Wer in diesem Lebensbereich Gottes lebt, muß heute sagen können: Ich bin gut. Ich bin ganz. Ich bin schön.“<sup>38</sup> Seelsorge geht damit inhaltlich über die zwischenmenschliche Kommunikation hinaus, indem sie als religiöse Kommunikation auf ein Höheres verweist, das letztlich unsere Werteskalen und Normenbereiche transzendiert. Diese christlich-religiöse Dimension ist jedoch weder jenseitsorientiert noch leibdistanziert. Vielmehr kann die Rede von Gott – und die biblischen Geschichten sind in ihrer leiblichen Anschaulichkeit ein Beweis dafür – im Hier und Jetzt das Verständnis meiner Selbst, auch und gerade meines kranken, leidenden, beschädigten Selbst verändern. Dass diese Botschaft in der Seelsorge am Krankenbett nicht nur inhaltlich eine körperliche Konkretion erfährt, sondern auch auf der nonverbalen Ebene<sup>39</sup> – sei

<sup>38</sup> Elisabeth Moltmann-Wendel, *Das Land, wo Milch und Honig fließt. Perspektiven einer feministischen Theologie*, Gütersloh 1985, 155; vgl. auch *Dies.*, *Gibt es eine feministische Rechtfertigungslehre?* in: *EvTh* 60/200 (348–359).

<sup>39</sup> Vgl. *Elisabeth Naurath*, *Nonverbale Kommunikation in der Klinikseelsorge*, in: *Uta Pohl-Patalong/ Frank Muchlinsky (Hg.)*, *Seelsorge im Plural. Perspektiven für ein neues Jahrhundert*, Hamburg 1999, 140–152.

es in Gebet, Segen oder Salbung – spürbar wird, ist nicht nur situationsbedingt notwendig, sondern zeigt gerade die besondere Chance von seelsorgerlicher Kommunikation. Dieses religiös bedingte Freiheitsmoment kommt beispielsweise körpersprachlich im Gebet zum Ausdruck, wenn hier durch das Falten der Hände und das Senken des Blicks die horizontale Beziehungsebene durch die vertikale erweitert wird. Die ritualisierte Körpersprache weitet damit den Blickwinkel über den oftmals sehr belastenden situativen Kontext hinaus und eröffnet im wahrsten Sinne des Wortes neue Sichtweisen, die auf das Selbst-Bewusstsein leiblich und seelisch zurückwirken.

Dies gilt natürlich in gleichem Maß für die Seelsorge mit Männern; inhaltlich stellt sich die Situation insofern anders dar, als hier zunächst ein Raum eröffnet werden sollte, mögliche Zweifel und Schwächen eines internalisierten Körperbildes, das Männlichkeit vorrangig als körperliche Stärke und Unangefochtensein definiert, thematisieren zu dürfen. Gerade das Vier-Augen-Gespräch mit dem Seelsorger/der Seelsorgerin bietet ein Setting, den Alltag zu transzendieren. Hier kann ein konstruktiver Gegenentwurf entstehen zu dem gewohnten Männerbild unserer Gesellschaft, das aus der Perspektive eines Mannes wie folgt beschrieben wird: „Der zum Mann gemachte Mensch unserer Kultur ist einer, der die Hälfte seiner selbst verloren hat. (...) Als ‚Angsthase‘ gilt, wer zögert, wartet, sich schon und gar fürchtet. In der Regel lernen wir Männer es nicht, unseren Körper von innen heraus zu erleben, seine Signale zu erkennen“<sup>40</sup>. Gerade in der Krankheitskrise kann es befreiend wirken, Ängste aussprechen zu dürfen; unter Druck setzende Idealbilder in der Seelsorgebegegnung als einem Raum, der die weltlichen Normen und Ansprüche relativiert, kritisch in Frage stellen zu dürfen. Wo eine vertrauensvolle Seelsorgebeziehung gewachsen ist, dürfte es in der Seelsorge mit Männern hilfreich sein, auf körpersprachliche Signale zu achten bzw. auffallende Bewegungen und Gesten zu thematisieren. So kann gezielt die Wort- und Rationalitätslastigkeit einer Begegnung zugunsten einer wachsenden Sensibilität für den Körper und seine Signale ausgeglichen werden. Gerade der Hinweis auf widersprüchliche Diskordanzen – also Gesten, die das Gegenteil von dem Gesagten ausdrücken wie zum Beispiel mit traurigem Gesicht zu sagen, es gehe einem gut – kann hier einen Aha-Effekt haben und den Körper im wahrsten Sinne des Wortes zur Sprache bringen. Auch eine vom Seelsorger oder von der Seelsorgerin angeleitete Übung zur Körperwahrnehmung – zum Beispiel Wahrnehmung der Atmung, Übung zur inneren Achtsamkeit (Focusing) –, die nicht wertenden oder korrigierenden, sondern nur beschreibenden Charakter hat, kann sehr hilfreich sein, den Bezug zum leiblichen Selbst (wieder)herzustellen.

<sup>40</sup> Jürgen Lott, *Männer und Religion. Anmerkungen aus der Perspektive einer am Zusammenhang von Biographie und Religion interessierten Religionspädagogik*, in: *Donata Pahnke (Hg.)*, *Blickwechsel: Frauen in Religion und Wissenschaft*, Marburg 1993 (85–104), 97.

Krankheitserfahrungen betreffen immer die ganze Person: in ihrer Körperlichkeit, ihrer Identität, ihrer Sozialität, ihrer Geschlechtlichkeit. Eine Seelsorge, die sich bewusst und aktiv mit der Geschlechtlichkeit und den Geschlechterrollen auseinandersetzt, hat insofern persönlichkeitsbildenden Charakter für die Seelsorgesuchenden, da diese als Subjekte mit Leib und Seele ernstgenommen werden. Der geschlechtsspezifische Umgang mit Krankheit braucht einen Ort und eine Zeit der Bewusstwerdung, der selbstkritischen Reflexion, der Bestätigung, aber auch der Befreiung von einengenden Klischees. Diesen Ort und diese Zeit können die Seelsorgebegegnungen am Krankenbett bieten. Weil die Geschlechterthematik den individuumszentrierten Horizont übergreift, hat diese Seelsorge letztlich gesellschaftsrelevanten Charakter: wenn der geschlechtsspezifische Umgang mit dem eigenen Körper bewusst wird, ist ein erster Schritt in die Richtung getan, das Mann- und Frausein besser zu verstehen und damit das Zusammenleben zwischen den Geschlechtern sensibler und konstruktiver zu gestalten.

Dr. *Elisabeth Naurath* (Wiss. Assistentin am Lehrstuhl für Evangelische Theologie mit Schwerpunkt Religionspädagogik der Universität Augsburg, Friedensstr. 10 a, 86399 Bobingen)  
E-mail: [elisabeth.naurath@phil.uni-augsburg.de](mailto:elisabeth.naurath@phil.uni-augsburg.de)