

bringen, ziehen sich wie ein *Cantus firmus* durch das Buch. Viele, entschieden zu viele Wiederholungen, die sich dabei ergeben, wirken nicht selten übertrieben und auch ermüdend.

Das Buch setzt ein mit einer „Explikation der Themen – und Problemstellung“ (16–72). Sodann folgen zwei sehr umfangreiche Teile. Der erste Teil ist überschrieben „Joseph Bernharts Lebenswerk: eine genuin christlich-theologische Deutung der Geschichte mit hoher Theodizee- und Dizee-Empfindlichkeit“ (73–302). Es folgt der zweite Teil „Denkversuch über ‚die eschatologische Frage‘ im Anschluss an Joseph Bernhart“ (303–373). Die „Zusammenfassenden Schlussgedanken“ (375–388) runden das Werk ab. Der Autor hat in sein Buch noch einen weiteren Text eingefügt: „Joseph Bernharts unwegige Biographie gibt zu denken“ (389–411). Während in der Habilitationsschrift „Warum ist die Schöpfung so, warum nicht anders?“ das Gefälle von der Biographie zur Theologie verläuft, ist in dem angehängten Text das Umgekehrte der Fall: Die Theologie verhilft dazu, die Biographie zu erhellen. Im Anhang hat C. ein ausführliches Literaturverzeichnis untergebracht.

Der Leser begegnet im vorliegenden Buch einer stark persönlich engagierten Gedankenwelt. Der erhoffte Erkenntnisgewinn stellt sich ein: Die Gründe für eine umfassende christliche Hoffnung werden deutlich; der existenzielle Einsatz und Beitrag J. Bernharts, der sie bezeugt hat, ist ebenfalls erkennbar. Der Verf. hat wohl beabsichtigt, eben so vorzugehen und also seine Erörterungen sowohl sachlich als auch persönlich vorzutragen. Der Rez. meint im Rückblick auf das umfangreiche Werk jedoch dem eigenen Empfinden auch noch dadurch Ausdruck geben zu dürfen, dass er an die Kardinaltugend der „temperantia“, zu Deutsch: „Zucht und Maß“ erinnert: Auch das Schreiben von Texten und gar Büchern sollte durch diese Tugend geleitet sein. W. LÖSER SJ

BALTES, DOMINIK, *Heillos gesund? Gesundheit und Krankheit im Diskurs von Humanwissenschaften, Philosophie und Theologie* (Studien zur theologischen Ethik; Band 137). Freiburg i. Ue.: Academic Press / Freiburg i. Br.: Herder 2013. 384 S., ISBN 978-3-451-34171-7.

Mit dieser geringfügig überarbeiteten Dissertationsschrift, die von der Katholisch-Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs Universität Freiburg im Wintersemester 2011/12 angenommen wurde, möchte Baltes (= B.) einen „Beitrag zum rezenten Gesundheitsdiskurs“ (Vorwort) leisten. Schon die Anzahl der Kapitel – neun an der Zahl – deutet auf das breite Spektrum der behandelten Aspekte und Personen, die B. in zum Teil recht ausführlichen Analysen behandelt. Im zweiten Kap. (15–62) gibt B. einen Überblick über den derzeitigen Stand der Diskussion der zentralen Begriffe von Krankheit und Gesundheit, die jeweils in Intension wie Extension je nach Perspektive und Autor bemerkenswert variieren. Ergänzt wird das Referat über den gegenwärtigen Diskurs um einen Blick in die Begriffsgeschichte, der bis in die Antike zurückreicht (39). Angesichts der recht unterschiedlichen Konzeptionen des Verständnisses von Gesundheit (und Krankheit) kommt B. zu dem Ergebnis, „dass es wohl *den einen Begriff* der Gesundheit nie gegeben hat“ (61). Defizite im Verständnis von Gesundheit haben ihre Wurzeln u. a. in der Reduktion auf naturwissenschaftliche Fakten bzw. im Mangel an der angemessenen Berücksichtigung dieser Daten. Da durch den Begriffsumfang von Krankheit und Gesundheit auch der Bereich des medizinischen Handelns abgesteckt wird, weil ärztliches Handeln vor allem durch eine entsprechende medizinische Indikation legitimiert wird, ist ein allzu unbestimmtes Verständnis dessen, was als gesund und was als krank zu gelten hat, aus ethischer Perspektive zumindest unbefriedigend. Dieser Befund veranlasst den Autor im dritten Kap. (63–132) zu einer eingehenderen Befragung von Beiträgen aus Soziologie bzw. Gesundheitssoziologie und Philosophie, wobei ein besonderes Augenmerk auf den salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky gerichtet ist, der eher der Psychologie zuzurechnen ist.

Die Auswahl der konsultierten Autoren orientiert sich an der Unterschiedlichkeit der jeweiligen Ansätze und deren Rezeptionshäufigkeit (vgl. 62). Im Verständnis von Talcott Parson ist Gesundheit der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit (65). Wer seine Rolle, deren Profil stets auch gesellschaftlich vermittelt ist, angemessen ausfüllt, der ist

gesund. Auch Klaus Hurrelmann (70–76) definiert Gesundheit im Paradigma der Fähigkeit zur Bewältigung äußerer und innerer Anforderungen. Auf den israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (77–88) geht der Ausdruck Salutogenese in Entsprechung und Unterschied zu dem der Pathogenese zurück. Gesundheit wie auch Krankheit sind nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Zwischen Gesundheit und Krankheit besteht ein Kontinuum, das sich jeweils zu einem der beiden Pole verlagert. Ein Standardthema im Bereich medizinischer Ethik ist das *coping*, d. h. der angemessene Umgang mit Krankheit und anderen Einschränkungen. Salutogenetisches Denken greift dieses Thema auf und arbeitet an seiner Weiterentwicklung in Richtung auf die Stärkung der Widerstandsressourcen im Menschen (79f.). Dem biostatistischen Modell von Christopher Boorse (78–92) schenkt B. besondere Aufmerksamkeit, weil dieses Verständnis von Gesundheit und Krankheit eine breite Wirkungsgeschichte entfalten konnte. Stichwortartig charakterisiert, geht es bei Gesundheit um das gute Funktionieren von einzelnen Organen wie das des Gesamtorganismus. Biologische Funktionalität wie statistische Normalität bestimmen das Gesundheitsverständnis, dem zufolge Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird. B. kritisiert diesen Ansatz als reduktionistisch, weil u. a. die subjektive Dimension von Gesundheit und Krankheit völlig außer Acht gelassen werde (vgl. 92). Dagegen legt Lennart Nordenfelt (92–109) den Akzent stärker auf das subjektive Erfahren von Gesundheit und Krankheit: Gesundheit versteht er als Fähigkeit zur Verwirklichung eigener Ziele und Krankheit als Behinderung dieser Fähigkeit. Damit wird Gesundheit – wenn auch nicht gänzlich – zur Bedingung für ein gelingendes Leben. Gesundheit besteht in der Fähigkeit zur Realisierung „vitaler Ziele“, die ihrerseits als notwendige und hinreichende Bedingungen für „minimal happiness“ anzusehen sind (95). B. diskutiert anhand des Bezugs auf andere Autoren (u. a. C. Lenk, O. Höffe, M. C. Nussbaum) die Grenzen dieses Ansatzes: Kann nicht auch Krankheit in den Dienst der Verwirklichung von Zielen gestellt werden? Die Defizite der bisher behandelten sozialwissenschaftlichen Ansätze erfordern Ergänzung und Korrektur aus philosophischer und medizin-anthropologischer Sicht (133–194).

Das Programm der anthropologischen Medizin von Viktor von Weizsäcker, das als entschiedene Wende zum Subjekt zu verstehen ist, steht am Anfang des vierten Kap.s (133–194). Subjektives Empfinden wie auch die Biographie des Patienten rücken in den Vordergrund. Ein Markenzeichen des Ansatzes von Weizäckers ist sein Gestaltkreis-Modell, dessen Kern die „Einheit von Wahrnehmen und Bewegen“ (139) ist. Das heißt in Bezug auf das Arzt-Patient-Verhältnis: Der Arzt diagnostiziert beim Patienten eine Krankheit – doch es handelt sich dabei nicht um eine „Gegenstandserkenntnis“, denn ohne das subjektive Empfinden des Patienten wahrzunehmen, ist Krankheit nicht zu erkennen. Zu ihrem angemessenem Verständnis bedarf es des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. Bei seinem Verständnis des besonderen Arzt-Patient-Verhältnisses greift von Weizsäcker auf die Dialogphilosophie Martin Bubers zurück. Bei der Deutung von Gesundheit als Wahrheit und von Krankheit als Unwahrheit gilt es zu berücksichtigen, dass Menschen sich in Krankheiten flüchten können, um bestimmten Beschwerden des Lebens zu entkommen. Allerdings bietet Krankheit auch die Chance einer Neuorientierung. Der Sinn von Leiden zeigt sich darin, „dem Menschen seine stets fragmentarisch bleibende Grundverfassung zu verdeutlichen, Leiden ist die Durchgangsstufe zur Schaffung höherer Werte“ (151). Eine der kritischen Anfragen von B. richtet sich darauf, ob von Weizsäcker die Dringlichkeit der Sinnfrage menschlichen Daseins nicht zu sehr für die Erfahrung des Krankseins reserviert. Verlufterfahrungen ist der Mensch auch jenseits von Gesundheit und Krankheit ausgesetzt (159–169). Insgesamt aber ist der Ansatz von Weizäckers positiv zu würdigen, weil er ein allzu eindimensionales Verständnis von Krankheit im Sinne einer Abweichung von „definierten Normbefunden“ (160) aufbricht. Den Ertrag des strukturontologischen Ansatzes von Heinrich Rombach (160–173) für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit vermag Rez. nicht so recht zu erkennen. Ähnlich wie bei von Weizsäcker kritisiert B. auch bei Rombach eine zu positive Sicht der Krankheit als privilegierter Ort einer Metanoia (vgl. 173). Bei Wilhelm Kamlah, der den Gütern der Vitalität einen besonderen Stellenwert zumisst und in der Gesundheit die unabdingbare Voraussetzung eines gelingenden Lebens sieht, merkt

B. kritisch an, dass Kamlah die Vorstellung des gelingenden Lebens zu sehr am Maßstab der Leistungsfähigkeit ausrichtet. Außerdem rechtfertigt Kamlah die Selbsttötung.

Das fünfte Kap. „Gesundheit und Heil“ (195–271) steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Titel der Arbeit „Heillos gesund?“, denn die kritische Anfrage, ob denn Gesundheit in unserer Zeit das, was theologisch unter Heil zu verstehen ist, (zumindest zum Teil) ersetzt habe, durchzieht die einzelnen Kapitel wie ein roter Faden. B. lässt zu Beginn des Abschnitts keinen Zweifel daran, dass Heil nicht vom Menschen bewirkt werden kann, sondern „sich der gnadenhaften Zuwendung Gottes verdankt“ (195). Freilich gibt es einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Heil, insofern gerade die biblische Sprache sich bei der Vorstellung des Heils auch der Bilder des Gesundheitsens bedient. Die Rückfragen zum Verständnis von „Heil“ im Alten und Neuen Testament belegen das, denn anders bliebe unverstänlich, warum Jesus Kranke geheilt und Dämonen ausgetrieben hat. Gleichwohl findet sich keine Verabsolutierung „von irdischem Heil im Sinne von Glück und Wohlergehen“ (211). Im Laufe der Theologiegeschichte verschieben sich die Akzente im Verständnis des Verhältnisses von Glück (Gesundheit) und Heil. Während Augustinus vor allem in seinem Spätwerk den Hiatus zwischen der *beatitudo* und dem endgültigen Heil betont, plädiert Thomas von Aquin für eine Integration von Glücksstreben und endgültigem Glück (Heil) als dem höchsten Gut des Menschen (vgl. 216–227).

Relativ ausführlich behandelt B. neuere philosophische und theologische Ansätze zum Heilsbegriff und -geschehen (227–255). Bernhard Welte und Theodor W. Adorno werden berücksichtigt, von theologischer Seite vor allem Thomas Pröpper. So sehr die jeweiligen Bezugnahmen in sich erhellend sind: Zuweilen scheint B. das Thema der Arbeit aus dem Blick zu verlieren, wenn Fragen der Soteriologie und Eschatologie und schließlich noch die moderne Säkularisierungsdebatte (255–266) mit den Antipoden Karl Löwith und Hans Blumenberg ins Spiel gebracht werden. Im Abschnitt „Gesundheit, Heil und Freiheit“ (266–271) bietet B. eine Zusammenfassung, in der die Thematik des Kapitels explizit zum Thema „Gesundheit“ in Bezug gesetzt wird. Dem Schema „Darstellung“ und „Würdigung“ folgt das sechste Kap. (273–324), das sich exemplarisch mit Beiträgen aus der moraltheologischen Handbuchliteratur und entsprechenden Lexikonartikeln auseinandersetzt. Namhafte Autoren wie Bernhard Häring (273–294), Richard Egenter (294–296), Franz Böckle (296–303), Josef Römelt (319–322) und Helmut Weber (322–324) werden u. a. konsultiert. Die Frage der Einheit von Leib und Seele im Kontext des Diskurses über Gesundheit und Krankheit durchzieht wie ein roter Faden viele Beiträge der genannten Autoren; ebenso das schwierige Verhältnis von Krankheit und Sünde, das ein wesentliches biblisches Erbe ist. In gleicher thematischer Gliederung behandelt B. im siebten Kap. (325–337) kirchenamtliche Dokumente wie das Apostolische Schreiben „*Salvifici Doloris*“ (1984) von Papst Johannes Paul II., das vom Rat der EKD und der DBK 1989 gemeinsam verantwortete Dokument „Gott ist ein Freund des Lebens“ und den „Katholischen Erwachsenenkatechismus. Leben aus dem Glauben“ (1995). Eine „Tendenz zur christlichen Mystifizierung“ des Leidens kritisiert B. am Apostolischen Schreiben Johannes Pauls II., während der Erwachsenenkatechismus in der Deutung des Sinns des Leidens auffallende Zurückhaltung übt. „Gott ist ein Freund des Lebens“ unterstreicht u. a. den Geschenkcharakter der Gesundheit, die nicht einfach ein von der Medizin herstellbares Gut ist.

Das achte Kap. „Schlussüberlegungen: Ausfall der großen Transzendenz und mögliche Folgerungen“ (339–354) bietet nicht nur eine rückblickende Ergebnissicherung, die angesichts der Fülle der behandelten Themen und Autoren bereits ein schwieriges Unterfangen ist, sondern stellt sich der Frage, welcher Stellenwert der Gesundheit in einer Gesellschaft zugemessen wird, in der von vielen Menschen der christliche Sinnhorizont nicht mehr geglaubt wird. Gesundheit gehört nach christlichem Verständnis zu den vorletzten Dingen, denn auch kranke Menschen sind nach dem christlichen Verständnis ebenso wie die gesunden zum Heil berufen. Die Kritik seitens der Theologie an der Gesundheitsdefinition der WHO, nach der Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)“ ist, sollte nicht dazu

verleiten, den Wert der Gesundheit gering zu achten. Außerdem ist Vorsicht bei dem Versuch geboten, Krankheiten vorschnell einen Sinn zuzuschreiben. Nicht Sinnfindung in der Krankheit ist angemessen, sondern Sinnfindung aus Anlass einer Krankheit. Auf der anderen Seite sollte vor einer Überschätzung der Bedeutung derjenigen Gesundheit gewarnt werden, die unter Umständen vorschnell mit Aktivität und Leistungsfähigkeit verbunden wird. Das kann nicht nur zu einer Minderbewertung von Leistungen führen, die Kranke und behinderte Menschen täglich vollbringen, sondern nährt auch die Gefahr, die Endlichkeit und Begrenztheit menschlichen Lebens auszublenden.

B. endet im neunten Kap. (355–359) mit einem Fazit und Ausblick, in dem er noch einmal die These von der Säkularisierung der christlichen Heilsvorstellung im Paradigma der Gesundheit kritisiert, insofern Vorstellungen und Begriffe aus dem „eudämonologischen Wortfeld“ (357) einfach adoptiert werden. Hingewiesen sei auf das Zitat von Martin Honecker (358, Anm. 6): „Wie zu Beginn betont, ist für das Reden von Heil eine Dichotomie von Heil und Unheil wesentlich. Krankheit ist dann zwar ein Unglück, aber kein Unheil.“

B. führt den Leser verlässlich durch die große und bedeutende Thematik von Gesundheit und Krankheit im Kontext des Heilsverständnisses. Wenn er auch zuweilen bei den Referaten einzelner Autoren diese Thematik etwas aus den Augen verliert, so bieten doch die Zusammenfassungen und Ausblicke am Ende der Kapitel dem Leser genügend Möglichkeiten zur Orientierung. Das Buch sei Studierenden wie Lehrenden zur aufmerksamen Lektüre empfohlen. Bei einer Neuauflage wären einige Druckfehler zu korrigieren (ohne Anspruch auf Vollständigkeit auf den Seiten 22, 33, 48, 55, 67, 126, 156, 162, 201, 241, 253, Anm. 226, 265, 294, 300, 313).

J. SCHUSTER SJ

MERTES, KLAUS, *Verlorenes Vertrauen – Katholisch sein in der Krise*. Freiburg i. Br. [u. a.]: Herder 2013. 224 S., ISBN 978-3-451-34172-4.

Am 20. Januar 2010 hatte Klaus Mertes (= M.) als damaliger Rektor des Canisius-Kollegs Berlin, veranlasst durch ein Gespräch mit drei ehemaligen Schülern, einen Brief an 600 Personen gerichtet, von denen er annehmen musste, dass manche unter ihnen in den 70er- und 80er-Jahren Opfer sexualisierter Gewalt an der Schule geworden waren; er bat sie, falls dies zuträfe, sich zu melden. Damals ahnte er nicht, welche Lawine er durch diesen Brief, mit dem er dazu beitragen wollte, dass das Schweigen gebrochen wird, in Deutschland und über Deutschland hinaus auslösen würde. Das vorliegende Buch ist die tiefgehende Reflexion über die im Zusammenhang mit diesem Schritt gemachten Erfahrungen. Was bedeutet Katholischsein in dieser Krise und für den Umgang mit ihr? Der erste Teil (11–51) behandelt die Vertrauenskrise, der zweite (53–139) die Symptome des Missbrauchs von Macht, und ein dritter Teil (141–204) verweist auf Vertrauensressourcen. Im Anhang findet sich der Wortlaut des genannten Briefs (207–209).

Bereits in dem Brief hieß es: „[...] es drängt sich zugleich auch die Frage auf, welche Strukturen an Schulen, in der verbandlichen Jugendarbeit und auch in der katholischen Kirche es begünstigen, dass Missbräuche geschehen und de facto auch gedeckt werden können. Hier stoßen wir auf Probleme wie fehlende Beschwerdestrukturen, mangelnden Vertrauensschutz, übergreifige Pädagogik, übergreifige Seelsorge, Unfähigkeit zur Selbstkritik, Tabuisierungen und Obsessionen in der kirchlichen Sexualpädagogik, unangemessenen Umgang mit Macht, Abhängigkeitsbeziehungen“ (209). Die in dem Brief angesprochenen Probleme werden in diesem Buch im Einzelnen entfaltet.

Im ersten Teil über die Vertrauenskrise beschreibt M. vor allen seinen eigenen Weg zu diesen Einsichten. Gegenüber den Missbrauchsopfern haben Vertreter der Institution weitgehend versagt und eher die Täter geschützt; ihr Umgang mit der Krise war dann oft jammernd oder zynisch oder sektiererisch (17). Für die vom Missbrauch Betroffenen gehörten das Wegschauen und Weghören derer, die sie eigentlich hätten schützen müssen, zu ihrem bleibenden Schmerz (20). „Einem Opfer zuzuhören – nicht aus der beobachtenden, begleitenden oder therapeutischen, sondern aus der beteiligten, sich selbst zum System rechnenden Perspektive – bedeutet, sich einem anderen Blick auf sich selbst zu öffnen“ (21). Zu den innerkirchlichen Problemen gehört auch, dass z. B. homosexuell veranlagte Mitglieder des Klerus bisher „nicht ohne Selbstgefährdung in der