

Globethics Repository



Gesundheit, Heilung und Spiritualität im deutschen Kontext (Health, Healing and Spirituality)

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Preprint
Authors	Bartmann, Peter;Jakob, Beate;Laepple, Ulrich;Werner, Dietrich
Publisher	Difäm, Deutsches Institut für Ärztliche Mission
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-13 15:48:58
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/185291

Gesundheit, Heilung und Spiritualität im deutschen Kontext.....	3
Impulse zur Zukunft des heilenden Dienstes von Kirche und Diakonie	3
Vorwort	4
1 Heilungssehnsucht und Gesundheitsboom – für einen neuen Diskurs über Gesundheit, Heilung und Spiritualität in Deutschland	5
1.1 Sehnsucht nach Heilung	5
1.2 Heilungsansätze und Heilungsschulen in der westlichen Gesellschaft.....	7
1.3 Vom „Siechenhaus“ zum „Gesundheitskonsum“: gesellschaftliche Trends im Umgang mit der Gesundheit.....	8
1.4 Neue gesundheitliche Leitbilder auf dem Gesundheitsmarkt: „Wellness“ „Fast health“, „Health Enhancement“	9
1.5 Kritische Anmerkungen zum „Gesundheitskult“ in den westlichen Ländern	11
1.6 Konsequenzen: Notwendigkeit einer Neuorientierung in den Kirchen, in Diakonie und Caritas	12
2 Was ist Heilung? Was ist Gesundheit? – Grundlagen für ein christliches Verständnis von Heilung und Gesundheit.....	13
2.1 Heilung als Wiederherstellung gestörter Beziehungen – Aspekte des biblischen Heilungsverständnisses	13
2.2 Anregungen zum Verständnis von Gesundheit und Heilung aus der afrikanischen Kultur	15
2.3 Die ökumenische Diskussion zu Gesundheit und Heilung	18
2.4 Die Gesundheitsdefinition des Ökumenischen Rats der Kirchen.....	19
2.5 Auf das christliche Menschenbild bezogene Gesundheitsdefinitionen	21
2.6 Die Weitung des Verständnisses von Heilung durch HIV/Aids	21
2.7 Schwach, krank, behindert – und doch „gesund“	22
2.8 Hauptsache gesund!?	23
2.9 Konsequenzen: Ein öffentliches Gespräch über das Verständnis von Gesundheit und Heilung	24
3 Gesundheit im weltweiten Kontext – Konzepte der Weltgesundheitsorganisation und Zugänge zur Gesundheitsversorgung.....	24
3.1 Leitbegriffe und Ziele der Weltgesundheitsorganisation	24
3.2 Gesundheit und Gerechtigkeit – Ungleiche Zugänge zu Gesundheitsversorgung	27
3.3 Konsequenzen: Die Erweiterung des Diskurses über das Gesundheitssystem in Deutschland	29
4. Gesundheit in Deutschland – Besondere Herausforderungen für Kirche und Diakonie.....	30
4.1 Gesundheitlichen Bedarf und gesundheitliche Ressourcen entdecken	30
4.2 Die Zunahme der psychischen Erkrankungen als gesellschaftliche Herausforderung	31
4.3 Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen.....	32
4.4 Niemand is(st) für sich allein – zum Zusammenhang von Gesundheit, Ernährung und weltweiter Gerechtigkeit.....	34
4.5 Mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen leben.....	35
4.6 Demographische Entwicklung und Gesundheit im Alter	36
4.7 Zur Zusammenarbeit von Fachleuten und engagierten Laien im Gesundheitswesen	37
4.8 Konsequenzen: Gesundheit umfassend wahrnehmen.....	39
5 Das Christentum als therapeutische Religion – seit seinen Anfängen und heute	39
5.1 Christliches heilendes Handeln heute	41
5.2 Kirchen im Dialog mit alternativen Heilungsansätzen und Esoterik	42
5.3 Spiritualität als Gesundheitsfaktor – epidemiologische Studien.....	44
5.4 Konsequenzen: Der Einbezug spiritueller Faktoren in therapeutische Konzepte	46
6. Kirche als heilende Gemeinschaft – Biblisch-theologische Grundlegung und Impulse aus anderen Ländern	47
6.1 Heilung – Thema der Bibel und Auftrag der Gemeinden	47
6.2 Heilung in der Geschichte der Kirche	50

6.3.	Die Wiederentdeckung der Kirche als heilender Gemeinschaft	51
6.4	Die christliche Gemeinde als bedeutende soziologische Größe	53
6.5	Eine heilende Gemeinde als missionarische Gemeinde	53
6.6	Gestalten und Impulse einer heilenden Spiritualität	54
6.7	Beispiele aus anderen Ländern	55
6.8	Konsequenzen: Wiederentdeckung der ökumenischen Potenziale des Heilungsdienstes.....	60
7.	Christliche Gemeinden, Netzwerke und diakonische Dienste – Orte der Heilung und Gestalten des heilenden Dienstes	62
7.1	Der Gottesdienst als Ort der Heilung.....	62
7.2	Seelsorge als heilender Dienst	64
7.3	Gemeindliche Besuchsdienste und ihre Funktion im heilenden Dienst der Gemeinde.....	65
7.4	Medizinische und diakonische Dienste im Horizont der Gemeinde	66
7.5	Einkehrhäuser als Orte der Heilung	67
7.6	Gesundheitliche Ressourcen der Gemeinde – die RHA-Matrix als Seehilfe	67
7.7	Konsequenzen: Heilende Dienste in ihrer Vielfalt erkennen und gestalten	70
8.	Kernanliegen und Überlegungen zur Weiterarbeit.....	71
9.	Literaturauswahl	77
	Die Autoren	80

Gesundheit, Heilung und Spiritualität im deutschen Kontext

Impulse zur Zukunft des heilenden Dienstes von Kirche und Diakonie

Ein Grundsatzpapier aus ökumenischer, diakonischer und missionstheologischer Perspektive

Peter Bartmann, Beate Jakob, Ulrich Laepple, Dietrich Werner

Difäm, Deutsches Institut für Ärztliche Mission, Tübingen (Hrsg.)

Vorwort

Haben Kirchen heute eine Aufgabe im Gesundheitsbereich und besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheit, Heilung und Spiritualität?

Gesundheit ist in unserer Leistungsgesellschaft für den Einzelnen ein hohes, oft das höchste Gut, für das viel eingesetzt wird. Der Gesundheitsmarkt boomt, besonders unter dem modernen Label „Wellness“. In diesem Zusammenhang gewinnt die Frage nach der spirituellen Dimension von Heilung eine neue Aufmerksamkeit – vor allem außerhalb der christlichen Kirchen. Wer zum Beispiel eine Internet-Recherche zu „Heilung und Spiritualität“ startet, ist überwältigt von der Zahl der fast unüberschaubaren Angebote aus dem Bereich der so genannten Esoterik, die sich in diesem Bereich positionieren.

In meiner jahrelangen Arbeit in christlichen Gesundheitseinrichtungen in Afrika habe ich gelernt, dass Krankheit und Heilung immer eine spirituelle Dimension haben. Deshalb gingen viele Menschen, vor allem chronisch Kranke oft erst zum traditionellen Heiler. Aber auch manche Patienten kamen zu uns und sagten: „Ihr habt nicht nur Medizin, ihr betet auch mit uns“.

In vielen Ländern des Südens wachsen christliche Gruppen und Kirchen, bei denen Heilungen zum Gemeindealltag dazugehören. Und epidemiologische Studien aus dem medizinischen Bereich – vor allem in den USA – wollen einen positiven Zusammenhang zwischen Spiritualität und körperlich-seelischer Gesundheit gar wissenschaftlich untermauern.

Deshalb ist es an der Zeit, dass wir die Themen Gesundheit, Spiritualität und Heilung in den deutschen Kirchen und Gemeinden sowie in den Bereichen der Diakonie kritisch und verantwortet reflektieren und nach Handlungsperspektiven suchen. Um diese Prozesse zu fördern, bildeten die Verfasser des vorliegenden Dokuments eine Arbeitsgruppe „Heilung und Spiritualität“. Diese Gruppe behandelt Themen aus dem Bereich Gesundheit, Spiritualität und Heilung aus der Perspektive der ärztlichen Mission, der Weltmission, der organisierten Diakonie und des missionarischen Gemeindeaufbaus.

Anliegen dieses Studiendokuments ist es, die weltweite und die deutsche Gesundheitsdiskussion aufzunehmen und nach den zukünftigen Aufgaben und Chancen von Kirche und Diakonie in Deutschland zu fragen. Das Dokument versteht sich auch als ein Beitrag für die „Woche für das Leben“ in 2008-2010, bei der unter dem Leitthema „Gesund oder krank – von Gott geliebt“ Fragen nach dem christlichen Verständnis von Gesundheit und Heilung und nach der heilenden Dimension des Glaubens im Mittelpunkt stehen.

Dr. Gisela Schneider, Direktorin, Difäm

1 Heilungssehnsucht und Gesundheitsboom – für einen neuen Diskurs über Gesundheit, Heilung und Spiritualität¹ in Deutschland

1.1 Sehnsucht nach Heilung

Im 21. Jahrhundert ist Gesundheit für viele Menschen zum höchsten Gut und Voraussetzung eines gelingenden und erfolgreichen Lebens geworden. Nachdem im 19. und 20. Jahrhundert die Bekämpfung von Krankheiten mit den Mitteln der modernen Medizin ein zentrales politisches Ziel war, ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich geworden, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Dies wurde in der Präambel der Weltgesundheitsorganisationen visionär zum Ausdruck gebracht. Worin dieses „Mehr“ besteht und was dazu beiträgt, darüber gibt es in der „Gesundheitsgesellschaft“² sehr unterschiedliche Auffassungen: Während die einen betonen, dass die bessere Gesundheit der Bevölkerung in den entwickelten Ländern nur zum kleineren Teil Ergebnis moderner Medizin, zum größeren Teil aber auf bessere Lebensbedingungen (Ernährung, Bildung, Arbeitsbedingungen usw.) zurückzuführen ist, sehen andere die noch unausgeschöpften Möglichkeiten der Medizin, nicht nur Krankheiten zu bekämpfen, sondern ein langes beschwerdefreies Leben in Aktivität zu ermöglichen. Wieder andere suchen in kritischer Distanz zur „Schulmedizin“ nach alternativen Wegen der Heilung von körperlichen, aber auch seelischen Leiden.

So unterschiedlich die verschiedenen Perspektiven sind, so sehr sind sie von der **Sehnsucht nach Heilung** bestimmt, die in der Gegenwart ein zentrales Motiv individueller und gesellschaftlicher Erwartungen geworden ist. Der Ausdruck „Sehnsucht“ will darauf aufmerksam machen, dass sich tiefe und weitgehende Bedürfnisse und Erwartungen auf das erstrebte Gut beziehen. Der Begriff der „Heilung“ zeigt an, dass sich die Bedürfnisse und Erwartungen nicht mehr nur auf das Überleben, das Gelingen des notwendigen therapeutischen Eingriffs, sondern umfassend auf die Möglichkeit eines aktiven und sinnvollen Lebens beziehen.

Der Leistungssteigerung des modernen Gesundheitswesens entsprechen steigende Erwartungen der Bevölkerung an die eigene Gesundheit und an die Leistungen des Gesundheitswesens. Gesundheit wird zu einem gesellschaftlich dominierenden Wert und Gut. Dabei berühren sich das moderne medizinisch-technische System und die Welt der Religion in verschiedener Hinsicht. Wenn Gesundheit zum höchsten Gut wird, nimmt das Streben nach Gesundheit quasi-religiöse Züge und tritt in Konkurrenz zu anderen Gütern und Werten. Dass der Gesundheit individuell wie gesamtgesellschaftlich dieser hohe Wert beigemessen wird, ist aus früheren geschichtlichen Epochen nicht bekannt und kann als Merkmal unserer „spät-modernen“ Gegenwart gelten. Man kann in diesem Zusammenhang (kritisch) von einer „Gesundheitsreligion“ sprechen, in der sich das Individuum nach Heilung – und das heißt häufig: nach umfassendem maximalen und stabilen Wohlbefinden sehnt.

Indem die Suche nach Heilung, Balance und Stimmigkeit des Lebens zum Leitmotiv des Lebens, auch des religiösen Lebens wird, gewinnt **Gesundheit als Thema für die Kirchen** und religiöse Glaubensgemeinschaften an Bedeutung. Sie werden von den Zeitgenossen,

¹ Unter Spiritualität wird hier verstanden, das Leben aus der Beziehung zu Gott, d.h. zu einer höheren Macht, zu gestalten. Während Religiosität bedeuten kann, einer Religionsgemeinschaft anzugehören, ohne deren Inhalte im persönlichen Leben umzusetzen (extrinsische Religiosität), bedeutet Spiritualität eine persönliche Aneignung religiöser Inhalte (im Sinne einer intrinsischen Religiosität)

² Vgl. Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Verlag Gesundheitsförderung, Gamburg 2006.

die die Sehnsucht nach Heilung artikulieren, dazu herausgefordert, in ihren Traditionen heilsame und lebensförderliche Momente wiederzuentdecken und aufzuwerten. Wenn damit Religion eine heilsame Wirkung zugeschrieben wird, stellt sich die Frage nach der **Bedeutung der Religion im Gesundheitswesen und in der Medizin.**

Für die großen Kirchen und für viele Christinnen und Christen in Europa sind die Sehnsucht nach Heilung wie auch die Frage nach Bedeutung der Religion für Gesundheit und Heilung neue Herausforderungen. Zwar gehört die Fürsorge für die Kranken zu den ältesten Traditionen des Christentums, die in der Arbeit der Diakonie bzw. Caritas eine moderne Ausprägung erhalten hat. Aber in der „Gesellschaftsgesellschaft“ haben sich die Kirchen bisher nicht lokalisiert und stehen der Verabsolutierung des Wertes der Gesundheit durchaus kritisch gegenüber. Auch der Sehnsucht nach Heilung in einem ganzheitlichen und religiösen Sinne begegnet man im Raum der europäischen Kirchen eher mit kritischer Reflexion als mit Affirmation oder gar konkreten Angeboten. Dabei ist den Kirchen in Europa bewusst, dass Christinnen und Christen auf den anderen Kontinenten Heilung im Raum der Kirche unbefangen erhoffen und erfahren.

Die Bedenken gegen eine naive Rezeption des Heilungsthema sind gravierend: Zweifellos ist eine Gesellschaft, in der die Gesundheit der höchste individuelle wie auch kollektive Wert ist, in christlicher Perspektive nicht erstrebenswert. Denn andere Werte wie Freiheit, Wahrheit oder Liebe – als Nächsten- und Feindesliebe – können nicht sinnvoll unter den Oberbegriff der Gesundheit gebracht werden. Ein rein immanentes Konzept der leiblichen und seelischen Gesundheit ist nicht vereinbar mit dem christlichen Verständnis vom Menschen, nach dem Seligkeit im Sinne von „Heil-Sein“ nicht vorrangig in körperlicher oder seelischer Gesundheit besteht. Und die vielfältige Praxis der Krankenheilungen in den Kirchen Afrikas, Lateinamerikas oder Asiens wirft aus europäischer Perspektive zahlreiche schwer zu beantwortende Fragen auf.

Allerdings sind die Kirchen keineswegs frei, die Sehnsucht nach Heilung, wie fragwürdig sie im Einzelnen auch sein mag, zurückzuweisen. Denn das Christentum ist in seinen Ursprüngen eine „therapeutische Religion“, für die die Suche nach und Erfahrung von Heilung grundlegend ist.³ Die Erzählungen von den Heilungen Jesu dürfen mit den Sehnsüchten in modernen, entwickelten Gesellschaften nicht ahistorisch gleich gemacht werden. Sie dürfen aber auch nicht durch historische Differenzierung vollständig neutralisiert werden. Die Kirche hat nach neutestamentlichem Zeugnis den Auftrag, Kranke zu heilen so wie sie den Auftrag hat, das Reich Gottes zu verkünden (Lukas 9,2).

Um zu klären, **wie die Kirchen ihren Heilungsauftrag in der Gegenwart wahrnehmen und erfüllen können**, ist ein gründlicher und mehrdimensionaler Reflexionsprozess erforderlich. In ihn müssen das biblische Zeugnis und seine Auslegung, die Erfahrungen der Kirchen in der nördlichen Hemisphäre mit hoch entwickelten Gesundheitssystemen, die Wahrnehmung der globalen gesundheitlichen Ungleichheit, die Erfahrungen und Traditionen aus den Partnerkirchen in Lateinamerika, Afrika und Asien und die von vielen Menschen ganz unterschiedlich gelebte Sehnsucht nach Heilung eingehen. Die Kirchengemeinden, aber auch die diakonischen Dienste und Einrichtungen gehen in diesen Reflexionsprozess mit ihren eigenen Traditionen und Festlegungen, aber auch mit der Notwendigkeit, im ökumenischen Gespräch Neues zu lernen.

³ Dazu s. u. Abschnitt 5

1.2 Heilungsansätze und Heilungsschulen in der westlichen Gesellschaft

Bei „Heilung“ werden heute drei Ebenen voneinander unterschieden:

- Auf der **physiologischen Ebene** bedeutet Heilung die Wiederherstellung körperlicher oder seelischer Funktionen;
- Auf der **psychosozialen Ebene** geht es um die Wiederherstellung sozial-harmonischer Interaktion und um Selbstwahrnehmung und -bestimmung;
- Auf der **metaphysischen und/oder religiösen Ebene** stehen Prozesse der Sinngebung und Sinnstiftung im Mittelpunkt – auch bei bleibender Funktionseinschränkung des Körpers, z.B. Anpassungsleistungen im Sinne der Bewältigung von Krankheits- oder Gefährdungskrisen („coping with disease“).

Der wachsende Hunger der Menschen nach Heilung in einem umfassenden, Körper, Geist und Seele, Sozialität wie Spiritualität einschließendem Verständnis wird in westlichen Gesellschaften in verschiedenen Heilungsansätzen sichtbar und beantwortet. Einige von diesen Ansätzen, mit denen sich zum Teil völlig unterschiedliche weltanschauliche Voraussetzungen und Menschenbilder verbinden, sind in regelrechte Heilungs-„Schulen“ mit eigenen Standards, Fortbildungs- und Behandlungsprogrammen ausdifferenziert.

Es lassen sich – vereinfacht – unterscheiden:

- Die **klassische Schulmedizin**, die auf klaren, naturwissenschaftlich bewiesenen Zusammenhängen und einer rationalen Wirksamkeitsüberprüfung beruht. Zu diesem Bereich gehören heute ebenso die psychosomatische Gesundheits- und Heilungsforschung, die die Zusammenhänge zwischen körperlichen und seelischen Veränderungsprozessen in den Mittelpunkt stellt, wie die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsansätze, die auf die Heilung psychischer Krankheitsphänomene zielen;
- **Klassische Naturheilverfahren** (z.B. Wärme/Kälte-Therapien, Phytotherapie, Chiropraktik, Heilfasten etc.), die auf der Nutzung von Erkenntnissen der natürlichen Erfahrungsmedizin beruhen;
- **Weltanschauungsgebundene besondere Heilverfahren**, die sich überwiegend einer rationalen Wirksamkeitsüberprüfung entziehen, aber ihre Wurzeln in der westlichen Geistes- und Medizingeschichte haben (z.B. anthroposophische Medizin; Homöopathie von Hahnemann);
- **Fremdkulturell bestimmte besondere Heilverfahren**, die auf einem Import oder einer Adaptation asiatischer kultureller und religiöser Traditionen beruhen (z.B. Chigong/Tai-Chi; Akupunktur; Yoga, Shiatsu), und die sich teilweise oder überwiegend einem rationalen Wirksamkeitsnachweis entziehen;
- **Unkonventionelle alternative Heilverfahren**, die auf teilweise religiös bestimmten Sonderlehren basieren und sich einem wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis prinzipiell entziehen (z.B. Aroma- und Farbtherapie, Edelsteintherapie, Reiki, Schüssler-Biochemie).

Die Abgrenzungen zwischen klassischer Schulmedizin und der so genannten Alternativen Medizin sind dabei häufig schwierig und nicht immer eindeutig, da zahlreiche der oft auf jahrhundertealten Traditionen beruhenden Ansätzen der alternativen oder komplementären Medizin vor Jahrhunderten noch der Schulmedizin angehörten. Diese hat sich aber mittlerweile durch den Einfluss der Neuzeit radikal gewandelt (vgl. Vier-Säfte-Lehre von Hippokrates). Außerdem befinden sich die Grenzen auch innerhalb des Bereichs der so genannten Alternativen Heilverfahren zu denen der Schulmedizin im ständigen Fluss.

Es kann hilfreich sein, hinter der breiten und ungelösten gesellschaftlichen Kontroverse um Anerkennung, Legitimität und Reichweite der unterschiedlichen Heilungsansätze und -schulen in Deutschland auch den **Grundkonflikt um unterschiedliche Sichtweisen des Verständnisses von Heilung an sich** zu sehen. Im Konflikt zwischen einem Reduktionismus im Heilungsverständnis (so ein gängiger Vorwurf gegen die klinische Medizin) einerseits und hypertropher Exaltierung und Übersteigerung des Heilungsverständnisses (so einer der Vorwürfe gegenüber bestimmten alternativen Heilungsansätzen) andererseits wird es für Kirche und christliche Tradition darauf ankommen, sowohl verheißungsorientiert auf den umfassenden Charakter des biblischen Heilungsverständnisses hinzuweisen, als auch ideologiekritisch einer möglichen religiösen Überhöhung des Heilungsverständnisses zu widerstreiten.

1.3 Vom „Siechenhaus“ zum „Gesundheitskonsum“: gesellschaftliche Trends im Umgang mit der Gesundheit

Moderne Medizin und Arzneimittel haben in den Ländern, in denen sie verfügbar sind, die Einstellung zur Krankheit grundlegend gewandelt: Wurden Kranke zuvor vor allem als hilfs- und pflegebedürftige Menschen angesehen, die für die Gesellschaft eine Belastung, ein Risiko darstellten und auf barmherzige Hilfe angewiesen waren, so konnten nun viele schwere und schmerzhaftes Erkrankungen geheilt werden. Mit dem Ausbau der Krankenversicherungssysteme seit dem Ende des 19. Jahrhundert können diese medizinischen und pharmazeutischen Leistungen von einem immer größeren Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Durch diese, nur durch die gesetzliche Krankenversicherung mögliche, breite Nachfrage entwickelte sich das Gesundheitswesen zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor.

Im kirchlichen Raum haben vor allem **Diakonie bzw. Caritas** an dieser Entwicklung Anteil. Die christliche Verpflichtung, Kranke zu pflegen, auf die bereits im Mittelalter mit Hospitälern und Siechenhäusern geantwortet worden war, führte seit dem 19. Jahrhundert zur Gründung zahlreicher Krankenhäuser und Kliniken, deren Pflege für ein Jahrhundert (ca. 1860-1960) vor allem von den Diakonissen bzw. Ordensschwwestern übernommen wurde. Im Zuge eines „Arbeitsbündnisses“ mit der modernen Medizin, wurde die Pflege zur Gehilfin der Medizin, die Pflegekraft zur Mitarbeiterin des Arztes – mit einer bleibenden Spannung zwischen den beiden Berufsgruppen, in der die Pflegenden den Pol der Nähe und Zuwendung zum Patienten besetzen, die Ärzteschaft hingegen den Pol der wissenschaftlichen Verantwortung und Anordnung der Leistungen.

Auch wenn Krankenhäuser immer nur einen Teil der Krankenversorgung leisten, prägt das Krankenhaus, in dem die Ärzte und Pflegekräfte ausgebildet werden, den Umgang mit Krankheiten im 19. und 20. Jahrhundert. Schwere Krankheiten sind demnach Lebensphasen, in denen man sich in ärztliche Behandlung – idealtypisch: in ein Haus für Kranke – begibt, um dort maximale Unterstützung im Kampf mit der Krankheit zu erfahren. Für Kommunen und Kreise ist die Ansiedlung eines Krankenhauses von hohem sozialem

und ökonomischem Wert. In den Medien spielen Innovationen in der Medizin, die für sie erforderliche Infrastruktur und der Zugang zu den Experten eine große Rolle.

Dabei ist die große Errungenschaft der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, dass praktisch die gesamte Bevölkerung am medizinischen Fortschritt partizipiert: Neue Therapien bleiben nicht einem kleinen zahlungskräftigen Teil der Bevölkerung vorbehalten, sondern werden – als Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen – der breiten Bevölkerung angeboten.

Mit dem **Ausbau des Gesundheitswesens** steigt die gesellschaftliche Akzeptanz der Leistungen, die nun nicht mehr als Hilfe und Therapie für kranke Menschen bezeichnet werden, sondern als gesundheitliche Leistungen. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist also nicht mehr mit dem Attribut „krank“ verbunden, sondern hat die positive Konnotation des Gesundheitsbegriffs – und die nachfragende Person wird zunehmend nicht mehr als Patientin (= Leidende), sondern als Kundin angesprochen. Der Paradigmenwechsel findet vor allem dort statt, wo die private Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen an die Seite des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung tritt. Dabei geht es nicht mehr nur um Leistungen der Krankenkassen, sondern auch um die private Nachfrage von gesundheitlichen Leistungen. Hier sind auf der einen Seite medizinisch zum Teil fragwürdige Ergänzungen zum Leistungsspektrum der Krankenkassen zu erwähnen, auf der anderen Seite Leistungen, die im Zuge der „Kostendämpfungspolitik“ seit den 1980er Jahren aus dem Leistungsspektrum der Krankenkassen ausgegrenzt werden (z.B. rezeptfreie Arzneimittel, Brillengläser).

Für die nächsten Jahre wird mit einem wachsenden Anteil privater Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt gerechnet, während der zurzeit dominierende Anteil der Krankenkassen nur langsam wachsen dürfte.

1.4 Neue gesundheitliche Leitbilder auf dem Gesundheitsmarkt: „Wellness“ „Fast health“, „Health Enhancement“

Der durch private Nachfrage geprägte so genannte zweite Gesundheitsmarkt orientiert sich an den Bedürfnissen und Leitbildern des wohlhabenden Teils der Weltbevölkerung. Sie werden von Trends beeinflusst, die das Gesundheitswesen stark verändern können. So entstehen z.B. Privatkliniken, die ihren Kunden nicht nur eine optimale medizinisch-pflegerische Behandlung versprechen, sondern auch einen besonders angenehmen Aufenthalt. Insgesamt wird **„Wohlbefinden“ („Wellness“)** zu einem komplementären Leitbild, das die im engeren Sinn medizinische Perspektive ergänzt. Aus streng medizinischer Sicht werden „Wellness“-Angebote im Gesundheitswesen eher kritisch beurteilt: Ihre gesundheitliche Wirkung wird bezweifelt, und es wird in Frage gestellt, ob „Wellness“ überhaupt ein vorrangiges medizinisches Ziel sein kann und soll.

In dem Maß, in dem private Nachfrage befriedigt wird, richten aber auch Universitätsklinik Stationen mit Hotelcharakter ein, in denen die Bedürfnisse der Patienten im Vordergrund stehen. Noch stärker wirkt das „Wellness“-Leitbild in Kurkliniken sowie bei Anbietern alternativer Heilmethoden, spezieller Nahrungsmittel u.a.

„Fast health“ ist ein anderer gesellschaftlicher Trend. Er spricht den Wunsch vieler Menschen an, möglichst schnell wieder gesund zu werden. Therapien müssen möglichst unaufwändig sein und kranke Menschen möglichst schnell wieder in das aktive Leben zurückführen – auch wenn dies, medizinisch gesehen, nicht optimal ist.

Ein dritter Trend wird – wiederum mit einem englischen Begriff – als **„health enhancement“** bezeichnet. Hier steht nicht die Behandlung einer Erkrankung, sondern die

Steigerung der individuellen Leistungsfähigkeit, z. B. über das alterstypische Niveau hinaus, im Vordergrund.

Alle drei Trends verdienen kritische Aufmerksamkeit. Vermittelt über die Massenmedien prägen sie die Vorstellungen der gesamten Gesellschaft. Sie tragen dazu bei, **Gesundheit primär als ein konsumierbares Produkt** technologischer Interventionen anzusehen, das allerdings nur dem zahlungskräftigen Teil der Bevölkerung zur Verfügung steht. Dadurch entsteht in der subjektiven Einschätzung der Mehrheit der Gesellschaft ein „Zwei-Klassen-System“, in dem sich die Wohlhabenden vermeintlich immer besser versorgen, während die große Mehrheit der Bevölkerung mit dem Eindruck lebt, nicht ausreichend versorgt zu werden.

Diese Entwicklungen sind wenigstens unter drei Gesichtspunkten kritisch zu betrachten:

- Erstens ist es irreführend, Gesundheit als konsumierbares Produkt anzusehen: Die Wiederherstellung der Gesundheit ist als „Koproduktion“ anzusehen, deren wichtigster Koproduzent der Patient selbst ist. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass sich über private Nachfrage subjektive Bedürfnisse artikulieren, die zu einer stärker patientenorientierten Medizin und Pflege führen können.
- Zweitens ist die Nachfragemacht des wohlhabenden Teils der Bevölkerung im Blick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems kritisch zu beleuchten. Die private Nachfrage wird angesichts der Stagnation der Mittel der Gesetzlichen Krankenkassen zu einem wichtigen Faktor für die Entwicklung und Erprobung neuer Behandlungsmethoden und Medikamente. Da die einkommensstarken Bevölkerungsgruppen im Durchschnitt gesünder sind als ihre ärmeren Mitbürger, stellt sich die Frage, ob die privat bereitgestellten Mittel dort zum Einsatz kommen, wo das größte Leiden ist oder der größte gesundheitliche Wirkung erzielt werden kann. Es ist zu befürchten, dass viel Zeit und Geld in die Behandlung weniger schwerer Krankheiten investiert wird. Besonders ungünstig ist die Situation für die Menschen, die an einer seltenen und schweren Krankheit leiden: Da sie eine Minderheit sind und als Gruppe nur eine geringe Kaufkraft repräsentieren, haben sie keine „Nachfragemacht“ und müssen mit ansehen, dass es nur ein geringes Therapieangebot (und wenig Forschungsaktivitäten) für sie gibt.
- Drittens verdient der Leitbegriff des Wohlbefindens (Wellness) eine differenzierende Kritik. Zu Recht verlangen kranke Menschen, dass auch in den Phasen intensiver Therapie stärker auf ihr Wohlbefinden geachtet wird. Dies gilt besonders dann, wenn der Erfolg der Therapie ungewiss ist oder bereits eine nur mehr palliative Behandlung eingeleitet wurde. Es ist also zu begrüßen, dass im Gesundheitswesen, das primär medizinisch-technisch strukturiert ist, subjektiven Bedürfnissen stärker Rechnung getragen wird. Über die Wirksamkeit und Wirkungsweise der vielfältigen außermedizinischen „Wellness“-Angebote kann naturgemäß gestritten werden. Beachtung verdient zweifellos, dass Menschen in Wellness-Angeboten ihren Körper deutlicher wahrnehmen.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers jenseits von Medizin und Sport ist in der vom Christentum mitgeprägten westlichen Zivilisation vermutlich zu stark vernachlässigt worden. Das leiblich-körperliche Wohlbefinden sollte auch im Bereich der Kirche stärker Beachtung finden. Eine starke Konzentration auf das eigene Wohlbefinden birgt aber das Risiko, soziale Beziehungen, Umwelthanforderungen und geistige Herausforderungen zu vernachlässigen. Umgekehrt ist die Auseinandersetzung mit diesen Dimensionen des Lebens ein wichtiger Faktor für ein umfassend verstandenes Wohlbefinden. Aber selbst ein punktuell erreichbares umfassendes Wohlbefinden ist

nach christlicher Auffassung nicht der Sinn des menschlichen Lebens. Es besteht vielmehr in einem immer unvollendeten, durchaus konfliktreichen Leben in der Beziehung mit Gott und in Auseinandersetzung mit den vielfältigen Aufgaben in dieser Welt.

1.5 Kritische Anmerkungen zum „Gesundheitskult“ in den westlichen Ländern

Im Hinblick auf die Beteiligung an der Debatte um Religion und öffentliche Gesundheit (public health), hat der christliche Glaube eine wesentlich konstruktive Aufgabe – es geht um die Herausarbeitung der Potenziale und der praktischen Relevanz christlicher Gemeinschaften für Gesundheitserhaltung, Gesundheitserziehung und Prävention. Auf der anderen Seite bekommt er in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation, in der die Thematik von Gesundheit und Heilung mittlerweile religiös aufgeladen bzw. zum Teil religiös besetzt wird, auch eine wesentliche ideologiekritische Funktion.

Der Theologe und Mediziner Manfred Lütz hat in seinem, zum Teil frech-satirisch angelegten Buch „Lebenslust...“⁴ diese **Entwicklung hin zu einem quasireligiösen Gesundheitskult** eingehend beschrieben und aufs Korn genommen. „Keine Frage, wir haben eine neue Religion: die Gesundheitsreligion... Wenn heute überhaupt etwas auf dem Altar steht, angebetet und mit allerhand schweißtreibenden Sühneopfern bedacht wird, so ist es die Gesundheit. Unsere Vorfahren bauten Kathedralen, wir bauen Kliniken. Unsere Vorfahren machten Kniebeugen, wir machen Rumpfbeugen. Unsere Vorfahren retteten ihre Seele, wir unsere Figur.“⁵

Nach Lütz gilt die Gesundheit weithin als höchstes Gut. Sie genießt maximale religiöse Verehrung. „Es gibt Menschen, die leben nur noch vorbeugend.“⁶ Nach Lütz ist die Gesundheitsreligion die teuerste Religion aller Zeiten – das enorm differenzierte Gesundheitssystem verschlingt bei uns mehr Geld als der gesamte Bundeshaushalt, ein Kostendämpfungsgesetz folgt dem nächsten – ein Ende der Spirale ist trotz Gesundheitsreform nicht wirklich abzusehen.

Dabei gibt es offensichtlich Zusammenhänge zwischen dem Schwinden des Gottesglaubens einschließlich der Vorstellung vom ewigen Leben in der Gesellschaft und der religiösen Aufladung der Thematik der Gesundheit. Was an Erwartungen und Sehnsüchten nicht mehr in expliziter Religiosität gelebt und gestaltet werden kann, wird nun direkt und unvermittelt auf den Bereich der Gesundheit projiziert. „Nicht bloß Heilung von irgendwelchen Beschwerden, sondern das Heil schlechthin suchen die Menschen im Gesundheitswesen, das Heil hier und jetzt auf ewig. Und so ist auch die Eschatologie, die Lehre von den letzten Dingen, restlos säkularisiert: Apokalypse now. Die letzten Dinge spielen sich, wenn überhaupt, mitten im Leben ab: Für das ewige Leben quantitativ ist die Medizin zuständig, für die ewige Glückseligkeit qualitativ die Psychotherapie. Das Paradies auf Krankenschein. Bei Nichterfüllung: Klage – versteht sich.“⁷

⁴ Manfred Lütz, Lebenslust. Wider die Diätsadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, München 2002

⁵ a.a.O. 12

⁶ A.a.O. 55

⁷ Lütz, a.a.O. 16

Wo Kirche und Theologie einem so überhöhten und diesseitsorientierten Heilsoptimismus begegnen – auch in den eigenen Reihen –, ist eine Korrektur und Selbstkritik angesagt. Denn die mit der religiösen Überhöhung von Gesundheitserwartungen einhergehende Verharmlosung oder Verdrängung der Gebrechlichkeit, der Schwachheit und der Begrenzung des menschlichen Lebens geht auf Kosten der vollen Wahrnehmung des menschlichen Lebens und der Haltung der Humanität von Menschen, die sich definitiv mit Sterben, unheilbarer Krankheit und Gebrechlichkeit auseinandersetzen müssen.⁸

1.6 Konsequenzen: Notwendigkeit einer Neuorientierung in den Kirchen, in Diakonie und Caritas

„Als Wissenschaft war die Psychologie immer besonders stolz auf ihre säkulare, nichtreligiöse und der Aufklärung verpflichtete Tradition. Gläubigkeit galt als Realitätsflucht und Engstirnigkeit. Diese Postulate lassen sich nur noch bedingt aufrechterhalten. Es gibt unübersehbar positive Zusammenhänge zwischen bestimmten Formen von Religiosität und leibseelischer Gesundheit“, so schreibt Heiko Ernst, Chefredakteur der Zeitschrift „Psychologie heute“ im Jahr 2004.⁹

Was der Psychologe hier für seine Disziplin formuliert, gilt heute auch in immer größerem Ausmaß auch für die Medizin und die Soziologie: Die in unserer Gesellschaft als „heilend“ anerkannten Disziplinen werden mindestens in Teilbereichen offen für den Einbezug spiritueller Faktoren in diagnostische und therapeutische Konzepte.

Was folgt aus diesem zunehmenden Wissen von der heilenden Dimension des Glaubens? Was folgt aus der boomenden spirituellen Szene einerseits und der religiösen Aufladung des Gesundheitsthemas andererseits? Die Situation ist komplex. Denn auch wenn sich bestimmte „Inseln des interdisziplinären Dialogs“ zwischen Medizin und Theologie, Schulmedizin und alternativen Heilungsansätzen, institutionalisierten Zentren des Heilens und lockeren Verbänden einzelner Heiler entwickelt haben, sind gleichzeitig Berührungspunkte zu beobachten.

Die Kirchen können das Thema Heilung und Spiritualität nicht den esoterischen Gruppen oder den ostasiatischen Heilungslehren überlassen. Damit würden sie in einem Bereich, der ihnen durch ihre eigene Ursprungsprägung als Kernaufgabe mitgegeben ist, sprachlos werden.

Was vielmehr sowohl angesichts der Krise im Gesundheitssystem als auch angesichts des gestiegenen öffentlichen Interesses an Fragen von Gesundheit und Heilung dringend erforderlich ist, ist eine dreifache neue Diskursinitiative der Kirche in der Gesamtgesellschaft:

1. Wir brauchen ein neues gesamtgesellschaftliches Gespräch darüber, was Gesundheit eigentlich ist und welchen neuen Stellenwert Spiritualität und religiöse Orientierung in den breitenorientierten Prozessen der Gesundheitsbildung, der religiösen Bildung und der Präventionsbildung haben sollten;

⁸ Vgl. zum Ganzen auch: Burghard Krause, Heilungssehnsucht und Heilserfahrung – Ansätze und Perspektiven einer missionarischen Hermeneutik, epd-Dokumentation 16/2005, S. 16ff, bes.19f

⁹ Heiko Ernst, Macht der Glaube gesund? In: Psychologie heute compact Heft 8 (2004) 68-69, Zitat S. 69

2. Wir brauchen zweitens einen breiten interdisziplinären Diskurs zwischen den verschiedenen Schulen, Heilungsansätzen und Heilungsdisziplinen über die gegenseitige Wahrnehmung, Ergänzung und gemeinsamen Schnittpunkte im Verständnis von Gesundheit, Heilung und Spiritualität;
3. Und wir brauchen drittens eine stärkere öffentliche Stimme der christlichen Kirchen im neuen gesellschaftlichen Diskurs über Gesundheit, Heilung und Spiritualität in Deutschland. Dabei können die Kirchen auf das ökumenische Gespräch mit anderen Kirchen und Traditionen aufbauen. Sie werden Fragen nach dem gerechten Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen stellen müssen und Impulse für eine ganzheitliche Perspektive auf das Gesundheitswesen geben, die nicht nur das Medizinsystem im Auge hat, sondern die anderen Bedingungen für Gesundheit und Heilung anspricht.

Das vorliegende Grundsatzpapier ist aus dem Bewusstsein entstanden, dass in Deutschland die heilende Dimension des Glaubens bisher oft vernachlässigt wurde – sowohl im Gesundheitswesen wie auch im Bereich der Diakonie, in den christlichen Gemeinden und in der Mission –, dass sich aber enorme Potenziale und wichtige neue Bündnischancen entwickeln können. Um dies zu erreichen, müssen nicht nur die Christen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens besser miteinander kooperieren und voneinander lernen, sondern der Themenbereich Gesundheit, Heilung und Glaube muss in einen breiteren gesellschaftlichen Diskussionsprozess offensiv mit eingebracht werden. Dazu ist es notwendig, dass engagierte Christen über den Tellerrand sehen und die Sehnsucht nach Heilung wahrnehmen, die sich überall auch außerhalb der Kirche äußert.

2 Was ist Heilung? Was ist Gesundheit? – Grundlagen für ein christliches Verständnis von Heilung und Gesundheit

2.1 Heilung als Wiederherstellung gestörter Beziehungen – Aspekte des biblischen Heilungsverständnisses

Heilungen waren zentral im Handeln Jesu – dies kommt schon dadurch zum Ausdruck, dass etwa ein Drittel der Evangelientexte Heilungsgeschichten sind. Die enorme Bedeutung der Heilungen Jesu ist uns heute zum einen oft nicht mehr bewusst, zum anderen ist es gerade dieser Aspekt des Wirkens Jesu, der nicht einfach in unsere heutige Zeit „übersetzbar“ ist.

Jesu Heilungen werfen Fragen auf: War Jesus zu seiner Zeit ein „Heiler“, zu dem die Menschen in Massen strömten, um von körperlichen und seelischen Krankheiten geheilt zu werden? Ging es bei Jesu Heilungen in erster Linie darum, dass Einzelne frei wurden von ihren Beschwerden? Diese Fragen münden in die grundsätzliche Frage nach dem biblischen Verständnis des Menschen und dem sich daraus ergebenden Verständnis von Heilung ein.

Das biblische Menschenbild als Grundlage

In der Schöpfungsgeschichte (1. Mose 1-2) erscheint der Mensch als Geschöpf und als Ebenbild Gottes. Mann und Frau als Wesen mit Leib, Seele und Geist sind von Gott geschaffen und gesegnet. Jeder und jedem Einzelnen kommt deshalb eine unveräußerliche Menschenwürde zu, die nicht angetastet werden darf.

Darüber hinaus ist für die biblische Sicht vom Menschen entscheidend, dass es zum Menschsein gehört, in Beziehungen zu leben. Der Mensch lebt wesentlich in und durch die Beziehung zu Gott, zu seinen Mitmenschen und zur kreatürlichen Welt.

Die Beziehung zu Gott ist grundgelegt in der Erschaffung des Menschen zum Ebenbild Gottes und ist durch Gottes Zusage bekräftigt, einen ewigen Bund mit den Menschen zu schließen (1. Mose 9). Wesentlich für das Menschsein ist nach biblischem Verständnis aber auch, in das soziale Netz der Gemeinschaft eingebunden zu sein. Das Handeln Gottes im Alten Testament bezieht sich auf das Volk Israel, auf „sein“ Volk als Ganzes, und der Einzelne wird immer als Teil dieser Gemeinschaft gesehen. Im biblischen und vollen Sinn „gesund“ ist, wer in intakten Beziehungen lebt – zu Gott, zu seinen Mitmenschen und darüber hinaus auch zur Umwelt. Denn zu Gottes guter Schöpfung gehören Tiere und Pflanzen wesentlich dazu, und die Menschen sind von Gott zur Bewahrung der Schöpfung berufen.

Heilung als die Wiederherstellung gestörter Beziehungen

Die Geschichte des Volkes Gottes, die im Alten Testament beschrieben ist, ist die Geschichte des Ringens um die Beziehung zwischen Gott und den Menschen und der Menschen untereinander und zu ihrer Umwelt. In ihrer Freiheit verletzen die Menschen immer wieder diese Beziehungen.

Der in der Bibel so wichtige Begriff „Schalom“ bezeichnet einen Idealzustand, in dem alle von Gott gewollten und geschaffenen Beziehungen ungestört sind. Gottes heilendes oder versöhnendes Handeln in der Geschichte bezeichnet den Prozess der Wiederherstellung der Beziehung des Volks zu Gott¹⁰, von Beziehungen im Volk Gottes wie auch die Heilung körperlicher Krankheiten.¹¹ Dies ist Gottes Heilshandeln in der Geschichte, es zielt auf eine Annäherung an den mit „Schalom“ bezeichneten Zustand, mit dessen Erreichen „in jenen Tagen“ die Endzeit, das Reich Gottes da sein wird.¹²

In Jesus bekräftigt Gott endgültig und unwiderruflich seine Beziehung zu den Menschen und zur Welt. Gott versöhnt die Menschen und die Welt mit sich, indem er sich selbst der Welt schenkt, ohne menschliche Vorleistung.

Jesu heilendes Handeln

Jesus kommt in die Welt, um „Leben in Fülle“ zu bringen (vgl. Joh 10, 10). Dieses „Leben in Fülle“ entspricht dem Bedeutungsgehalt von „Schalom“ und bezieht sich nicht etwa nur auf das körperliche Wohl und nicht nur auf Einzelne, sondern immer auf die Welt als Ganze und meint ein Leben in ungestörten Beziehungen.

Jesus tritt in Beziehung zu den Menschen und wendet sich gerade denjenigen zu, deren Würde in seiner Zeit nicht geachtet wurde. Er nimmt jede und jeden auch in ihrer/seiner Leiblichkeit wahr und ernst – das ist wichtig für die damalige Zeit und auch für heute. Denn über die Jahrhunderte haben sich die Christen oft schwer damit getan, den Leib des Menschen als von Gott geschaffen und hoch geschätzt zu sehen.

¹⁰ Vgl. zum Beispiel Hos 14, 5; Jes 19, 22

¹¹ Vgl. zum Beispiel Jes 33, 25; Jes 35, 5f

¹² Vgl. zum Beispiel Jes 57, 18; Jer 33, 6

Aber auf der anderen Seite ist wichtig zu sehen: Jesu heilendes Handeln zielt auf viel mehr als auf das körperliche oder seelische Wohlergehen Einzelner. Dazu einige Beobachtungen:

- Die Heilung der Beziehung der Menschen zu Gott ist wesentlich für Jesu heilendes Handeln. Wenn wir „Sünde“ als eine Störung der Beziehung zu Gott verstehen, dann schenkt Jesus den Menschen eine Heilung dieser Beziehung.
- Die Krankheiten, die Jesus heilt, sind wesentlich Krankheiten, die die Beziehung der Menschen untereinander stören. So waren zum Beispiel Menschen mit Aussatz, Blinde, Taube, Lahme, Frauen mit Blutfluss aus der menschlichen und aus der religiösen Gemeinschaft ausgeschlossen. Heilung bedeutet hier die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft mit den Mitmenschen und mit Gott.
- Sieben Mal sagt Jesus zu Frauen und Männern, denen er sich heilend zuwendet: „Dein Glaube hat dich gerettet/geheilt/gesund gemacht.“ Im griechischen Text steht hier das Verb „sozein“, das auf den oben erwähnten Zusammenhang von „Schalom“ verweist. Wenn Jesus Menschen heilend begegnet, geht es immer um „das Ganze“ – es geht immer um das Leben in allen seinen Dimensionen und um alle Beziehungen, in die wir als Menschen eingebunden sind.
- Die Sehnsucht nach Heilung hat in der Bibel zwar einen hohen Stellenwert (vgl. die Psalmen), aber eben nicht im Sinn eines Idealzustands körperlicher Unversehrtheit und Makellosigkeit. Der Stellenwert von Gesundheit kann sogar in extremer und polemischer Zuspitzung der Nachfolgeethik relativiert werden, wenn es um die Beziehung des Menschen zu Gott geht. So sagt Jesus: „Wenn dich dein Fuß zum Bösen verführt, dann hau ihn ab; es ist besser für dich, verstümmelt in das Leben zu gelangen, als mit zwei Füßen in die Hölle geworfen zu werden. Und wenn dich dein Auge zum Bösen verführt, dann reiße es aus; es ist besser für dich, einäugig in das Reich Gottes zu kommen, als mit zwei Augen in die Hölle geworfen zu werden...“ (Mk 9, 45.47).

Unsere Schwierigkeiten mit Jesu Heilungen und ihrer „Übersetzung“ in unsere Zeit rühren zu einem großen Teil daher, dass wir Jesu Heilungen durch die Brille unseres naturwissenschaftlich geprägten Begriffs von Heilung und auch von Gesundheit lesen und Heilung – verkürzt – als die Beseitigung körperlicher und/oder seelischer Defizite definieren. Dabei vergessen wir: Nach biblischem Verständnis ist ein Mensch nicht gesund, wenn er zwar über einen intakten Körper verfügt, aber in gestörten Beziehungen zu Gott, zu seinen Mitmenschen oder zur Umwelt lebt. Um all das geht es, wenn Gott sich den Menschen heilend zuwendet, auch heute.

2.2 Anregungen zum Verständnis von Gesundheit und Heilung aus der afrikanischen Kultur

Generell und auch vereinfachend kann man sagen, dass das Menschenbild, das uns die Kulturen des Südens heute vermitteln, dem biblischen Menschenbild sehr nahe kommt. Im Bewusstsein afrikanischer Menschen zum Beispiel gehört die Beziehung zu Gott ebenso wesentlich zum Menschen wie seine Einbindung in eine soziale Gemeinschaft. Dieses Menschenbild prägt auch das Verständnis von Gesundheit. Ein Mensch, dessen Beziehung zu Gott und/oder zu seinen Mitmenschen gestört ist, ist nach dieser Vorstellung nicht im eigentlichen Sinn als „gesund“ zu bezeichnen.

Dies soll exemplarisch am Beispiel der traditionellen westafrikanischen Sicht von Gesundheit und Heilung und der dieser korrespondierenden spirituellen Heilungspraxis charismatischer Gruppen in Afrika verdeutlicht werden. Die westafrikanische Sicht von Gesundheit und Heilung hat im Wesentlichen drei Merkmale:

1. In der ghanaischen Sprache Akan gibt es Redewendungen des Alltags, die viel über das dortige Verständnis von Heilung aussagen: Bei der morgendlichen Begrüßung eines Bekannten auf der Strasse heißt es oft: Wo ho tse den? – Wie geht es Dir? (wörtlich: Wie geht es Deinem Selbst?) Antwort: Onyame adom – Durch Gottes Gnade (ich bin am Leben und habe gute Gesundheit). Dies zeigt: Anteilnahme am anderen bedeutet immer elementar auch Anteilnahme an seiner Gesundheit.
2. Afrikanisches Wirklichkeitsverständnis bezieht dabei die Erfahrung von Gesundheit immer auf Gott, sie gilt als Erfahrung von Gottes Gnade und seiner Vorsehung, nicht nur als Ausdruck eines körperlich-physiologischen Zustands. Das belegt z.B. ein Sprichwort über die gegenteilige Erfahrung: Oyare to wo mu a eye anyamesem, na enye w'abusuafo na erekum ow – Wenn dir Krankheit zustößt, dann ist das Ausdruck göttlicher Fügung, aber nicht Folge der Hexenkraft deiner Verwandten.
3. Sowohl das Vorhandensein von Gesundheit als auch ihre Beeinträchtigung oder ihr völliges Fehlen ist vom homo africanus aus gesehen immer spirituell oder metaphysisch mitbedingt. Einer der Kernbegriffe dafür ist in der Akansprache „saman Yarba“, d.h. die Wirkung der Ahnen. Krankheit und Gesundheit werden als Folge der Kraftwirkungen von Ahnengeistern verstanden, die Ausdruck gestörter bzw. harmonischer Beziehungen innerhalb der Sippongemeinschaft sind. Die gesamte Lebenswirklichkeit ist von numinosen Mächten bestimmt, von Gott, den Ahnen, Dämonen und Geistern umwoben. Bei jeder Gelegenheit im Alltag kann und soll gebetet werden. Zwischen dem afrikanischen Weltbild und dem neutestamentlichen bzw. antiken Weltbild bestehen deshalb viele Berührungspunkte.

Diese afrikanische Weltsicht hat Folgen für Diagnose und Therapie, die – anders als im westlichen Kontext – nie von der religiösen Dimension abstrahieren können: **Jede Behandlung von Krankheit enthält eine spirituelle Dimension** – sie muss die gestörten Beziehungen innerhalb der Sippongemeinschaft und Verwandtschaft wiederherstellen. Deshalb sind die Dimensionen des sozialen Friedens, der Wiederherstellung gestörter Beziehungen und der Liebe innerhalb der Familiengemeinschaft Schlüssel zum Verständnis und zur Überwindung von Krankheit im afrikanischen Bereich.

Eine erste grundsätzliche Debatte zwischen westlichem und nicht-westlichem Weltbild z.B. im Blick auf die Deutung und Bewertung der Rolle so genannter „Spiritueller Mächte“ bei Krankheit und Heilung, die zwischen Pfingstbewegung und der Mehrzahl der westlichen historischen Kirchen unterschiedlich gesehen werden, hat es im Vorbereitungsprozess der Weltmissionskonferenz von Athen 2005 gegeben.

Das **Grundsatzdokument „The Healing Mission of the Church“ – Der Heilungsauftrag der Kirche**“ (Vorbereitungsdokument Nr. 11 der Weltmissionskonferenz 2005) formuliert dazu wesentliche Impulse im Abschnitt „Heilung und Kultur – unterschiedliche Weltsichten und kulturelle Kontexte und deren Auswirkung auf das Verständnis von Gesundheit und

Heilung“ sowie im Abschnitt „Neuer Dialog über verschiedene Weltansichten im Blick auf die Wirklichkeit spiritueller Mächte“.¹³

Die westliche Debatte wird zu einer kritischen **Revision ihrer eigenen weltanschaulichen Begrenzungen** aufgefordert: „Einer der Hauptgründe, warum die westlichen Kirchen – insbesondere die historischen protestantischen Kirchen – während mehrerer Jahrhunderte der ganzen Frage der spirituellen Mächte ausgewichen sind, hat etwas mit dem besonderen Charakter ihrer Weltsicht zu tun, die auf den Einfluss der Aufklärung zurückgeht. Die christliche Theologie und die Ausbildung der Geistlichen ignorierten dieses Thema nicht nur, sondern trugen häufig auch dazu bei, selbst die biblische Redeweise über Dämonen und geistige Mächte zu „entmythologisieren“. Auch frühere Texte des ÖRK über Heilung und Gesundheit haben sich mit dieser Frage nicht hinreichend befasst. Zurzeit findet in der westlichen Kultur jedoch ein Paradigmenwechsel statt – häufig als Postmoderne bezeichnet -, der eine enge rationalistische Weltsicht und Theologie in Frage stellt“ (Abschnitt 35).

Für die „westlichen“ Kirchen bzw. die Kirchen des Nordens ist diese Renaissance vormoderner Ganzheitlichkeit eine faszinierende Herausforderung, der man gleichwohl nicht einfach nachgeben können: Die Ablehnung der modernen wissenschaftlichen Medizin in Afrika und anderswo lässt sich als kulturelle Reaktion verstehen, in der ein kulturell fremdes Weltbild hinterfragt und an die eigene soziokulturelle und religiöse Wirklichkeit angepasst wird. Sie dürfte aber auch ein sozialer Protest dagegen sein, dass die moderne Medizin die traditionellen Ressourcen der Heilung diskreditiert, aber nur einer absoluten Minderheit zur Verfügung steht.

Die Kirchen (und die Länder) des Nordens stehen demnach einerseits vor schmerzhaften Fragen nach einem gerechten Zugang zum modernen Gesundheitswesen. Andererseits sind sie herausgefordert, ihre eigenen vormodernen soziokulturellen und religiösen Ressourcen wiederzuentdecken und in ein produktives Spannungsverhältnis zur Moderne zu setzen, die diese Ressourcen marginalisiert hat. Die im Athener Dokument geforderte Auseinandersetzung mit der biblischen Rede von Dämonen/geistigen Mächten ist eine besonders anspruchsvolle Aufgabe, weil hier der biblische Sinn gegen eine repressive Tradition des Exorzismus wieder gewonnen werden muss, unter der vor allem psychisch kranke Menschen schwer gelitten haben.

Im Dialog mit Kirchen aus dem Spektrum der charismatischen Bewegung, der unabhängigen kirchlichen Aufbrüche und der Pfingst-Tradition haben Kirchen und Theologie im deutschen Kontext danach zu fragen, was es in ihrem eigenen Kontext für das Verständnis von Gesundheit und die Praxis von Heilung bedeutet, dass sie – mit ihren Vorvätern und -müttern im Glauben – im Glaubensbekenntnis von Konstantinopel (381) immer das Bekenntnis mitgesprochen haben, dass sie an den Heiligen Geist glauben, der „Herr ist und lebendig macht“ (spiritus vivificans) – denn dies meint nichts anderes als die Macht des Heiligen Geistes über die bösen Mächte und Geister und die heilende Kraft des Heiligen Geistes.

¹³ Das Dokument findet sich auf der website der Weltmissionskonferenz von Athen www.mission2005.org
Preparatory Paper N° 11: The Healing Mission of the Church

2.3 Die ökumenische Diskussion zu Gesundheit und Heilung

Gesundheit, Heilung und Spiritualität – der Zusammenhang aller drei Dimensionen war in der Missionsbewegung immer bewusst, sowohl in der „Inneren Mission“, die sich vor allem in der Gemeindekrankepflege und den entstehenden modernen Krankenhäusern engagierte, als auch in der „Äußerer Mission“, die sich immer dem dreifachen Grundziel von Verkündigung, Bildung und Gesundheitsdienst verpflichtet wusste. Bereits im Jahr 1910 gab es weltweit rund 2100 christliche Hospitäler und doppelt so viele christliche Krankenhäuser in Übersee, die von protestantischen Missionswerken unterhalten wurden.

In vielen Ländern Afrikas oder Asiens waren die christlichen Kirchen die Pioniere des Gesundheitssystems überhaupt, ehe in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts Gesundheitsaufgaben zum Teil auch vom Staat übernommen wurden.

Seit dem 19. Jahrhundert entwickelte sich eine intensive **ökumenische Kooperation in den Anliegen der so genannten Ärztlichen Mission**. Eine Schlüsselfunktion nahm dabei das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen ein, das 1964 zusammen mit dem Ökumenischen Rat der Kirchen (ÖRK) und dem Lutherischen Weltbund (LWB) zur als Tübingen I bekannt gewordenen internationalen Konsultation zu Fragen der Ärztlichen Mission einlud. Aus dieser Initiative entstand dann 1968 die Christlich-Medizinische Kommission (CMC) des ÖRK, die über Jahrzehnte die internationale christliche Debatte zu Gesundheit und Heilung bündelte und immer mehr auch die „Stimme des Südens“ in das ökumenische Gespräch einbrachte.

Der Heilungsauftrag der Kirchen und Gemeinden

Eine zentrale These der Tübinger Konsultation lautete: „**Die christliche Kirche hat eine besondere Aufgabe auf dem Gebiet des Heilens**. Das bedeutet, dass die Kirche mehr zu tun hat als lediglich all das, was zur Wohlfahrt des Menschen beiträgt. Das bedeutet, dass Einsichten in das Wesen von Heilung gegeben sind, die nur in Verbindung mit dem Glauben an Christus zu gewinnen sind. Die Kirche kann sich ihrer Verantwortung auf dem Gebiet des Heilens nicht entledigen, indem sie diese anderen Organisationen überträgt.“¹⁴

Die Erklärung der Tübinger Konsultation bildete einen Meilenstein auf dem Weg zu einem erweiterten Verständnis des Heilens und stellte den Totalitätsanspruch des rein medizinisch-kurativen heilenden Handelns in Frage. Erstmals wurde die Überzeugung entfaltet, dass medizinisch-physisches Heilen nur einen Teilaspekt eines mehrdimensionalen Heilungsprozesses darstellt, zu dem konstitutiv die soziale, die spirituelle, die ernährungsbezogene und die präventiv-gesundheitserhaltende Dimension hinzuzurechnen sind.

Neben die Überzeugung von der spezifischen und unveräußerlichen Aufgabe des christlichen Glaubens und der Kirche auf dem Gebiet des Heilens trat die These, dass nicht allein Krankenhäuser und medizinische Institutionen, sondern **dass die Gemeinde als lebendige Gemeinschaft vor Ort eine unverzichtbare Rolle im Prozess der Heilung spielen müsse** – mit potenziell weit reichenden Konsequenzen für das Verhältnis von Diakonie und Gemeinde, medizinisch-professioneller Hilfe und seelsorgerlich-sozialer Begleitung in der Gemeinschaft vor Ort.

¹⁴ Ökumenischer Rat der Kirchen, Auftrag zu heilen (Studien des Ökumenischen Rats Nr. 3), Genf 1966, 37

Die ökumenische These von der unersetzbaren christlichen Verantwortung für eine spirituelle Dimension von Heilung, das Plädoyer für ein **vieldimensionales Verständnis des christlichen Heilungsauftrags** und die Verantwortung der ganzen Gemeinde für den Prozess der Heilung blieb bis in die Gegenwart ein wichtiges Markenzeichen des internationalen ökumenischen Diskurses über Gesundheit und Heilung. Mit dieser Grundüberzeugung wurde zugleich vor einer möglichen Überschätzung des westlich-modernen, klinisch-medizinisch ausgerichteten Gesundheitssystems gewarnt.

2.4 Die Gesundheitsdefinition des Ökumenischen Rats der Kirchen

Mit großer Intensität entwickelte die Christlich-Medizinische Kommission des ÖRK – in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – zunächst die Grundlagen der Gemeinde getragenen Gesundheitsarbeit, des Community Based Health Care Systems. Dann initiierte und leitete sie einen umfassenden globalen Studienprozess zu interkulturellen Perspektiven zur Frage „Gesundheit, Heilung und Ganzheit“ (1979-1988). Als Ergebnis und Bündelung dieses Prozesses stellte die CMC – in Auseinandersetzung mit der Präambel der WHO¹⁵ – im Jahr 1988 folgende Gesundheitsdefinition vor:

„Gesundheit ist ein dynamischer Zustand des Wohlbefindens des einzelnen Menschen und der Gesellschaft, des körperlichen, seelischen, geistigen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Wohlbefindens –, des Lebens in Harmonie miteinander, mit der materiellen Umwelt und mit Gott.“¹⁶

Diese Definition wurde 1989 vom ÖRK approbiert und ist seither die Basis des ökumenischen Verständnisses von Gesundheit. Dass die WHO wenig später ihre Definition von Gesundheit änderte bzw. erweiterte und Gesundheit nun als „Zustand vollständigen physischen, sozialen, geistigen, geistlichen Wohlbefindens und nicht lediglich nur die Abwesenheit von Krankheit“ versteht, verdankt sich dem ökumenischen Einfluss.¹⁷

Als positive Leistung und wichtige Intentionen dieser Ausweitung des Gesundheitsbegriffs zu Beginn der 80er Jahre können folgende Faktoren gesehen werden:

- Gesundheit wird nicht mehr als Zustand des Individuums allein gefasst, auch gesellschaftliche Faktoren der Beeinflussung individueller Gesundheit kommen in den Blick.
- Das Wohlbefinden des einzelnen Menschen wird in direktem Zusammenhang mit der Verfassung der Gesellschaft gesehen – und dies konkretisieren die ökumenischen Gesprächspartner, indem sie verschiedene Dimensionen ansprechen (Körper, Seele, Geist, Wirtschaft, Politik, Soziales).
- Die CMC-Definition geht ferner davon aus, dass Gesundheit kein statischer Begriff ist, bei dem klar zwischen denjenigen, die gesund sind und denjenigen, die es nicht sind, unterschieden wird. Jeder Mensch bewegt sich ständig zwischen unterschiedlichen Graden von Gesundbleiben und Kämpfen gegen Infektionen und Krankheiten. Deshalb ist von einem „dynamischen Zustand“ die Rede. Ein solches prozessorientiertes Verständnis

¹⁵ Vgl. dazu unten Abschnitt 3.1

¹⁶ Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Hrsg.), Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit. Studie der Christlich-Medizinischen Kommission Genf, Tübingen 1990, 9

¹⁷ WHO, Review of the Constitution and Regional Arrangements of the World Health Organisation. Executive Board 101st Session. EB 101/7, Genf 1997

von Gesundheit kommt jenen Auffassungen nahe, die sich in der neueren Debatte und Forschung über gesundheitsfördernde Faktoren (Salutogenese) abzeichnet.

- Schließlich wird in der Definition deutlich unterstrichen, dass neben sozialen, medizinischen und wirtschaftlichen Faktoren für das Verständnis von Gesundheit auch die „Beziehung zu Gott“ eine kategorial wichtige Rolle spielt. Damit wird dem „spirituellen Faktor“ im Verständnis von Gesundheit ein gleichrangiger Wert zugesprochen. Dies enthält sowohl eine kritische Distanzierung von der Vernachlässigung der religiösen Dimensionen in bestimmten Kontexten der klinischen Medizin als auch eine Abwertung von naturwissenschaftlich-medizinischen oder sozialen Dimensionen der Gesundheit in bestimmten Milieus des religiös charismatischen Heilens.

Dieses Verständnis von Gesundheit hat Konsequenzen für das Verständnis der Mission der Kirche: Zum christlichen Dienst des Heilens gehören sowohl die Praxis der Medizin sowie Pflege, Psychotherapie und Beratung, aber auch eine spirituelle Praxis. Buße, Gebet und/oder Handauflegung, Rituale mit Berührung und Zärtlichkeit, Vergebung und das Teilhaben an der Eucharistie können im physischen wie auch im sozialen Bereich der Menschen wichtige und zuweilen außergewöhnliche Auswirkungen haben. Alle diese verschiedenartigen Mittel gehören zu Gottes Wirken in der Schöpfung und seiner Gegenwart in der Kirche. Die heutige wissenschaftliche Medizin wie auch andere medizinische Vorgehensweisen machen sich das zunutze, was in der von Gott geschaffenen Welt vorhanden ist.

Die Ausweitung des Gesundheitsbegriffs in der Definition des ÖRK ist andererseits auch kritisch gesehen worden. Zu den Schwächen dieser Begriffsdefinition gehört:

- Der in der WHO-Präambel zentrale Gesichtspunkt des individuellen Menschenrechts auf Gesundheit könnte mit dieser Definition abgeschwächt werden: Gesellschaften könnten mit Bezug auf das Konzept des ÖRK die „Volksgesundheit“ höher stellen als die Gesundheit der einzelnen Bürger.
- Zudem stellt sich ein Problem definitorischer Klarheit und Abgrenzungsschärfe: So ist es sicher richtig, Wirtschaft und Politik als wesentliche Faktoren für die Gesundheit zu beschreiben. Aber der weitergehende Schritt, von wirtschaftlichem politischen und sozialen Wohlbefinden zu sprechen und dieses Wohlbefinden als Gesundheit anzusprechen, ist fragwürdig. Denn erstens dürfte strittig sein, was z.B. „wirtschaftliches Wohlbefinden“ ist und zweitens wird der Bereich des wirtschaftlichen Zusammenlebens in der Regel nicht unter den Leitbegriff „Gesundheit“ gestellt.

Die ÖRK-Definition von Gesundheit bleibt aber sinnvoll, soweit das theologische Verständnis von Gesundheit und Heilung in den weiteren Verständnisrahmen der übergeordneten Leitbegriffe „Schalom“ oder „Reich Gottes“ hineingezeichnet wird. Im Sinn einer gehaltvollen und fruchtbaren Gesundheitsdiskussion im christlichen Kontext kommt es dann darauf an, die häufig vernachlässigte gesundheitliche Dimension so zu artikulieren, dass die u.a. im ÖRK diskutierten Wechselbeziehungen zwischen der Gesundheit und anderen Dimensionen des Lebens deutlich werden. Dabei müssen die Kirchen, wie es der ÖRK beabsichtigt, einer isolierten Fokussierung auf die je individuelle Gesundheit und gesundheitliche Versorgung entgegentreten und deutlich machen, dass wichtige gesundheitliche Erfolge nur durch ein Zusammenwirken von Gesellschaft, Wirtschaft und Politik erzielt werden können.

2.5 Auf das christliche Menschenbild bezogene Gesundheitsdefinitionen

Grundlegend für das christliche Verständnis von Gesundheit ist das biblische Menschenbild, nach dem zum Menschsein mehr gehört als das körperliche Funktionieren oder das seelische Wohlbefinden. Wahres und erfülltes Menschsein kann nach christlichem Verständnis deshalb trotz oder gerade in körperlichen Gebrechen gelingen.

Begreifen wir Gesundheit vom biblischen Menschenbild her, dann hat sie mit der Verwirklichung von Lebenssinn unter den jeweiligen Bedingungen des Lebens zu tun, und es ergeben sich andere, so genannte **anthropologische Definitionen** von Gesundheit, wie zum Beispiel:

- Gesundheit ist die Kraft zum Menschsein (Karl Barth)¹⁸
- Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben (Jürgen Moltmann).¹⁹
- Gesundheit ist die Kraft zur Verwirklichung der dem Menschen aufgegebenen Lebensbestimmung (Ulrich Eibach).²⁰

Gegen diese Definitionen von Gesundheit mag sich Widerspruch regen, da sie wenig mit unserer gängigen Vorstellung von Gesundheit zu tun haben. Es könnte sogar der Eindruck entstehen, sie achteten die körperliche Gesundheit gering. Aber wir müssen bedenken: Diese Definitionen sind vor dem Hintergrund einer Übersteigerung von körperlicher beziehungsweise seelischer Gesundheit entstanden. Sie sollen den hohen Wert eines gesunden Körpers und einer gesunden Seele nicht schmälern, aber eben deutlich zum Ausdruck bringen, dass Gesundheit des Körpers und der Seele nicht alles sind.

Die drei vorgestellten Definitionen von Gesundheit verwenden den Ausdruck „Kraft“. Gesundheit erscheint als die Fähigkeit, die Kraft zum Leben unter den individuellen Lebensbedingungen gibt. Heilung erfahren bedeutet dann, wieder Lebenskraft zu erlangen, durch Gottes Wirken oder durch die vielgestaltige Zuwendung von Menschen.

2.6 Die Weitung des Verständnisses von Heilung durch HIV/Aids

Gesundheit ist mehr als körperliches Wohlbefinden, und Heilung ist vieldimensional zu verstehen – diese Grundeinsicht bestätigt sich für die afrikanische Theologie heute besonders in der Auseinandersetzung mit HIV/Aids. Im Kampf gegen diese medizinisch (noch) unheilbare Krankheit zeigt sich die heilende Wirkung sozialer und spiritueller Faktoren.

Eine sehr schmerzliche Erfahrung für HIV-positive und aidskranke Frauen und Männer ist die Diskriminierung und Stigmatisierung in den Familien, am Arbeitsplatz, im gesellschaftlichen Leben und leider oft auch in den kirchlichen Gemeinschaften. HIV/Aids berührt die Tabuthemen wie Sexualität und Tod. Dies steht einer offenen und vorurteilsfreien Auseinandersetzung mit der Infektion im Wege und ist ein wesentliches

¹⁸ Zitiert nach Ulrich Eibach, Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche (Theologie in Seelsorge, Beratung und Diakonie, Bd.1), Neukirchen-Vluyn 1991, 28

¹⁹ Jürgen Moltmann, Diakonie im Horizont des Reiches Gottes. Schritte zum Diakonentum aller Gläubigen, Neukirchen-Vluyn 1984, 90

²⁰ Eibach, a.a.O. 28

Hindernis für die Bekämpfung der Erkrankung. Auch heute noch wird von Frauen und Männer in den Kirchen eine HIV-Infektion mit unmoralischem Verhalten gleich gesetzt und Betroffene werden als Sünder betrachtet. Diese Erfahrung belastet HIV-positive Frauen und Männer ebenso oder sogar noch mehr wie die körperlichen Symptome der Erkrankung. Wenn immer es gelingt, diese **Ausgrenzung zu durchbrechen**, wenn Betroffene **vom Vorwurf der Schuld freigesprochen und in die Gemeinschaft integriert** werden, erfahren sie dies als Heilung im wesentlichen Sinne. Dabei ist zu beobachten, dass die Erfahrung der Annahme und Wertschätzung oft auch positive Auswirkungen auf das körperliche Befinden hat.

„Durch HIV/Aids hat sich unser Begriff von Heilung verändert“, so sagen heute nicht wenige afrikanische Theologen und reden sogar von einer **„Heilung angesichts des Todes“**. Sie meinen damit: Von Heilung in einem sehr wesentlichen Sinn können wir auch dann reden, wenn aidskranke Menschen in Frieden mit Gott und ihren Mitmenschen sterben können. Denn gerade aufgrund der Diskriminierung und Stigmatisierung sterben immer noch viele Frauen und Männer, ohne in den Familien jemals über ihre Erkrankung gesprochen zu haben und mit dem Gefühl, von Gott und den Menschen verlassen und verstoßen zu sein. Gerade hier sind Christen und christliche Gemeinden herausgefordert, heilend zu wirken.

2.7 Schwach, krank, behindert – und doch „gesund“

Bei der Weltmissionskonferenz in Athen 2005 zum Thema „Komm, Heiliger Geist, heile und versöhne. In Christus berufen, versöhnende und heilende Gemeinschaften zu sein“ hielt Samuel Kabue, ein blinder Pastor aus Kenia, einen beeindruckenden Vortrag zur Frage, was für Menschen mit Behinderungen Heilung und Gesundheit bedeuten.²¹

Samuel Kabue ist von Geburt an blind. Als Heranwachsender haderte er mit seinem Schicksal. Als Christ fragte er sich, warum an ihm kein heilendes Wunder geschehe, nachdem wir in der Bibel doch lesen, dass durch Jesus blinde Menschen wieder sehen konnten.

Eindrücklich schildert Samuel Kabue in seinem Vortrag seine Erfahrungen mit „Angeboten“ von Heilung: In seiner Heimatstadt Nairobi wurde immer wieder zu großen christlichen Heilungsveranstaltungen eingeladen. Auf riesigen Plakaten las er Heilungsversprechen für alle, die ihr Leben Gott übergeben würden. Auch er ließ sich darauf ein – in der Hoffnung, vielleicht doch durch Gott von seiner Blindheit geheilt zu werden. Im Nachhinein sieht er solche großen Heilungsveranstaltungen sehr kritisch. Natürlich geschehe es immer wieder, dass Menschen zum Beispiel aus ihren Rollstühlen aufstehen könnten, so sagte er – aber: Die Mehrzahl der Menschen mit Krankheiten und Behinderungen erfahren keine körperliche Heilung. Und für sie ist es dann sehr schwer, diese Erfahrung zu verarbeiten. Denn viele fragen sich dann: „Habe ich etwa zu wenig gebetet, glaube ich zu wenig, bin ich ein Sünder/eine Sünderin, sodass ich es nicht ‚verdienne‘, von Gott geheilt zu werden?“

Nachdem er sich lang und intensiv mit der Bedeutung der biblischen Heilungswunder auseinander gesetzt hat, weist Samuel Kabue nachdrücklich darauf hin, dass es bei Jesus nicht nur und gar nicht in erster Linie darum ging, Menschen von ihren körperlichen Leiden zu befreien. Heilung im biblischen Sinn ist für Samuel Kabue die **Heilung von**

²¹ Der Vortrag von Samuel Kabue ist nachzulesen unter:
http://www.oikoumene.org/uploads/media/PLEN_11_doc_1_Samuel_Kabue.doc

Beziehungen. Jesus heilte Frauen und Männer, indem er sie wieder in die religiöse und soziale Gemeinschaft integrierte. Für ihn selbst sei ein heilender Prozess in Gang gekommen, als er nach und nach erfuhr, auch oder gerade als blinder Mensch von seinen Mitmenschen geachtet und wertgeschätzt zu werden und mit seinen Gaben und Kräften seinen Platz in der Gemeinschaft zu haben. Heilung und Versöhnung geschehen für Menschen mit Behinderungen, so Samuel Kabue, durch „**Akzeptanz, Integration und Wiedereingliederung in die Mitte der Gesellschaft.**“ Körperliche Heilung ist für ihn nur ein Teil einer umfassenden Heilung, um die es bei Jesus ging. Und diese schloss die Versöhnung zwischen Menschen und zwischen Gott und Mensch wesentlich mit ein.

Samuel Kabue ist ein Anwalt für die Integration von Menschen mit Behinderungen in unsere Gemeinden und Gemeinschaften und führt uns durch sein eigenes Beispiel deutlich vor Augen, dass Gesundheit und körperliche Unversehrtheit nicht deckungsgleich sind. Auch ein Mann oder eine Frau mit erheblichen körperlichen Einschränkungen kann durchaus als „gesund“ bezeichnet werden. Ja, Menschen mit körperlichen Schwächen, Krankheiten und Behinderungen sind oft in mancher Hinsicht „gesünder“ als solche, die über uneingeschränkte körperliche Kräfte verfügen.

Samuel Kabue leitet das „**Ökumenische Aktionsbündnis von und für Menschen mit Behinderungen (EDAN)**“ – ein Programm des Ökumenischen Rats der Kirchen. Dieses Programm hat ein wichtiges Dokument zur Frage von Gesundheit und Heilung vor dem Hintergrund von Behinderungen verfasst: A Church of All and for All – An interim statement.²²

2.8 Hauptsache gesund!?

Wer selbst krank ist oder um die Gesundheit und das Leben von nahe stehenden Menschen bangt, weiß den Wert von körperlicher und/oder seelischer Gesundheit zu schätzen. In solchen Situationen mag es geradezu zynisch erscheinen, den Wert von Gesundheit im Hinblick auf die Beziehung zu Gott und zu den Mitmenschen zu relativieren.

Und doch: Nach christlichem Verständnis darf Gesundheit nicht zu der Hauptsache werden, ohne die das Leben „nichts“ und wertlos ist. Die Bibel lässt sich nicht vereinnahmen, um körperliche/seelische Gesundheit zu verabsolutieren. Bei aller Betonung, dass durch Jesu Menschwerdung die Menschen gerade in ihrer Leiblichkeit von Gott angenommen, geheiligt und oft geheilt wurden, müssen wir sehen: Bei Jesu Zuwendung zu den Menschen Jesus ging es nicht (nur) um körperliche oder seelische Gesundheit. Jesus ging es nicht (nur) um das, was heute mit dem Schlagwort **Wellness** zusammen gefasst wird, sondern Jesus ging es um **Wholeness**, um ein Leben in guten Beziehungen zu Gott, zu den Mitmenschen, zur Schöpfung und zu sich selbst. Alle Heilung nimmt ihren Ausgang davon, dass Gott in Jesus die Welt mit sich versöhnt hat (1 Korinther 5, 19-21). Aus dieser neuen Beziehung zwischen Gott und der Welt und den Menschen ergeben sich neue Beziehungen zwischen den Menschen und zwischen Mensch und Schöpfung, werden körperliche Krankheiten gebessert oder geheilt. Aber wir dürfen den Aspekt der Heilung von Krankheiten nicht isolieren und herausnehmen aus dem Kontext der Versöhnung der Welt mit Gott und der damit verbundenen Errichtung des Reiches Gottes.

²² Central committee document - A Church of All and for All - An interim statement: <http://www2.wcc-coe.org/ccdocuments2003.nsf/index/plen-1.1-en.html>

2.9 Konsequenzen: Ein öffentliches Gespräch über das Verständnis von Gesundheit und Heilung

Eine zentrale These nach dieser Annäherung an verschiedene Aspekte des Verständnisses von Heilung und Gesundheit muss lauten: Im Blick auf die Doppel-Frage „Was ist Heilung?“/„Was ist Gesundheit?“ hat die christliche Tradition einen unverzichtbaren und unverwechselbar eigenen Beitrag zu geben. Das spezifisch christliche Profil im gesamtgesellschaftlichen Diskurs über die Zukunft von Gesundheit und Heilung zu Gehör zu bringen, ist deshalb eine wichtige Aufgabe.

Gerade im westlichen Lebenskontext eines technologisch weit entwickelten medizinischen Systems besteht eine große Chance und Notwendigkeit, dass Kirche – als einzigartiges Netzwerk mit interkultureller und ökumenischer Reichweite – zum Anwalt einer Öffnung des gesellschaftlichen Diskurses wird und mit Entschiedenheit dem Reduktionismus auf rein somatische und physiologische Dimensionen der Gesundheit widerspricht. Eben darin besteht die wichtigste Grundpflicht von Gemeinden und christlichen Diensten im Bereich des Gesundheitswesens, dass die viel zu selbstverständlichen Engführungen im Verständnis von Gesundheit und der Reduktionismus im Verständnis von Heilung deutlicher in Frage gestellt und herausgefordert werden.

Wenn in jeder Ortsgemeinde oder in jedem Kirchenkreis ein öffentliches Gesprächsforum über die Elementarfragen „Was ist eigentlich Gesundheit?“/„Was ist eigentlich Heilung?“ stattfinden würde, könnte dadurch Wesentliches zu einer Erweiterung des Verständnisses auch in der breiten Bevölkerung bewirkt werden.

3 *Gesundheit im weltweiten Kontext – Konzepte der Weltgesundheitsorganisation und Zugänge zur Gesundheitsversorgung*

3.1 Leitbegriffe und Ziele der Weltgesundheitsorganisation

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Die berühmteste positive Definition von Gesundheit findet sich in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946: Dort wird Gesundheit als „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ definiert²³.

Die „politische“ Absicht dieser Definition ist es, Staaten und Gesellschaften anzuregen, sich nicht nur auf die Krankenversorgung zu beschränken, sondern **Gesundheit umfassend zu verstehen und zu fördern**. An diesem Ziel sollen sich neben dem Gesundheitswesen auch andere gesellschaftliche Bereiche, z. B. das Bildungswesen oder der Arbeitsschutz orientieren. Dabei gilt für die WHO und ihre Mitgliedsstaaten der Grundsatz, dass jeder Mensch unabhängig von seiner Rasse, Religion, politischen Überzeugung und seinen wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen „ein

²³ Vgl. Präambel der Verfassung der WHO: <http://who.int>

Grundrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ hat.²⁴ Mit diesem zweiten Satz wird klargestellt, dass es ein individuelles Recht auf Gesundheit gibt.

Die Gesundheitspolitik ist also nicht nur der Gesundheit der Mehrheit der Bevölkerung – oder gar nur einer Minderheit – verpflichtet, sondern sie muss das **Grundrecht jedes einzelnen Menschen auf das für sie oder ihn „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“** verwirklichen. Für hoch betagte Menschen liegt das erreichbare Höchstmaß niedriger als für junge Menschen; in Ländern mit einem einfachen Gesundheitswesen liegt es niedriger als in Ländern mit einem ausgebauten Gesundheitswesen. Während die WHO also vorläufig akzeptiert, dass die Gesundheitsversorgung in verschiedenen Ländern unterschiedlich ist, akzeptiert sie keine Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die unterschiedlichen Rassen, Religionsgemeinschaften, Einkommensgruppen usw. angehören. Innerhalb einer Gesellschaft hat also jeder Mensch einen gleichen Rechtsanspruch auf das für sie oder ihn erreichbare Höchstmaß an Gesundheit.

Zweifellos setzt sich die WHO mit ihrer Gesundheitsdefinition ein utopisches Ziel, das nur näherungsweise erreicht wird. Aber dieses Ziel besteht nicht in erster Linie darin, maximale medizinische Versorgungsstrukturen überall auf der Welt auszubauen. Vielmehr geht es darum, die Krankenversorgung in ein Gesamtkonzept von Maßnahmen einzubetten, die unterschiedlicher Art sind, aber eine hohe gesundheitsfördernde Wirkung haben. Hierzu zählen Impfschutz, Hygiene, Ernährung, Armutsbekämpfung, gesundheitliche Aufklärung, Empowerment und gesellschaftliche Eingliederung von behinderten Menschen usw.

Besonders in den Entwicklungsländern sind diese anderen Maßnahmen, die unter dem Begriff „Primary Health Care“ zusammengefasst werden, ebenso wichtig wie die Errichtung von Krankenhäusern.

Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung

1986 sind diese Überlegungen in der „**Ottawa Charter for Health Promotion**“ zusammengefasst worden. Gesundheitsförderung (Health Promotion) wird auf folgende Weise definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an **Selbstbestimmung über ihre Gesundheit** zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die

²⁴ Vgl. a.a.O.

Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.²⁵

Die in der kanadischen Hauptstadt verabschiedete Charta für Gesundheitsförderung stellt die **Fähigkeit des Individuums, die eigene Gesundheit zu fördern**, in den Mittelpunkt. Obwohl die maximalistische Gesundheitsdefinition aus der Präambel von 1946 aufgegriffen wird, liegt dem Konzept der Gesundheitsförderung ein anderes Gesundheitsverständnis zugrunde: Gesundheit ist hier die Fähigkeit, sich selbst Ziele zu setzen, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und auf die Anforderungen der Umgebung gut zu reagieren. Dieses Konzept trägt dem Umstand Rechnung, dass Beeinträchtigungen zum normalen Leben gehören. Der Körper befindet sich permanent in Auseinandersetzung mit Krankheitserregern. Auch auf der sozialen Ebene kann das Leben als eine ständige Auseinandersetzung mit der und Anpassung an die Umwelt gedeutet werden. Der graduelle Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit liegt darin, dass einem gesunden Lebewesen die Auseinandersetzung und Anpassung (mehr oder weniger gut) gelingt, während ein krankes Lebewesen (mehr oder weniger) in seiner Existenz bedroht ist.

Bei der Gesundheitsförderung geht es nicht in erster Linie um die Behandlung von Krankheiten, sondern um die **Veränderung von (sozialen) Lebenslagen und (individuellen) Lebensstilen**. Auf den ersten Blick ist es zuerst der individuelle Lebensstil, der die Gesundheit beeinflusst: gute Ernährung, viel Bewegung, Verzicht auf Alkohol, Tabak und andere Drogen usw. Auf den zweiten Blick, der in der Epidemiologie und Sozialmedizin geübt wird, zeigt sich jedoch, dass Gesundheit und individueller Lebensstil stark von der sozialen Lebenslage beeinflusst werden. Die Gesundheit wird also wesentlich von Faktoren wie dem Einkommen, der Erwerbstätigkeit (die z.B. mit schwerer körperlicher Arbeit oder hohem Stress verbunden ist), dem Bildungsstand, dem Wohnort, der familiären Situation beeinflusst. Infolgedessen ist Gesundheitsförderung eine komplexe Aufgabe, bei der es einerseits direkt um die Befähigung der Individuen geht, sich in ihrem Leben gesund zu halten, andererseits um die Einflussnahme auf eine Vielzahl sozialpolitischer Handlungsfelder, z. B. Arbeitsmarktpolitik, Schulpolitik, Stadtplanung. Bezogen auf das Individuum, kann man diese sozialen Faktoren als Schutz- oder Risikofaktoren beschreiben: Erwerbsarbeit, Bildung, soziale Beziehungen, ein belastbares familiäres Umfeld sind Schutzfaktoren, die das Risiko einer Erkrankung verringern bzw. die Chancen auf eine Genesung erhöhen. Risikofaktoren wie Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, das Arbeiten unter schweren Bedingungen, ein Wohnort mit hohen Umweltbelastungen erhöhen das Erkrankungsrisiko und verringern die Genesungschancen.

Das Konzept der funktionalen Gesundheit

In jüngster Zeit hat die WHO einen weiteren bedeutenden Beitrag zum Verständnis von Gesundheit geleistet, indem sie ein neues Klassifikationssystem zur Beschreibung von Gesundheitsproblemen und Behinderungen entwickelt hat. Die „**International Classification of Functioning, Disability and Health**“ (**ICF**) ist eine begriffliche Grundlage, um verschiedene „Komponenten“ von Gesundheit zusammenhängend zu betrachten.

Ausgangspunkt der ICF ist die Überlegung, dass Menschen unterschiedliche Möglichkeiten haben, mit einem anhaltenden Gesundheitsproblem umzugehen. So bedeutet der Verlust eines Beins für den einen auch den Verlust des Arbeitsplatzes, während der andere mit

²⁵ Ottawa Charter for Health Promotion (1986), http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf ; deutsche Übersetzung: <http://www.dak.de/content/filesopen/Ottawa-Charta.pdf>

Hilfsmitteln und anderer Unterstützung weiterhin ein einigermaßen normales Leben führen kann. Krankheiten, Unfälle usw. behindern das „Funktionieren“ (functioning) des individuellen Lebens in unterschiedlichem Maß, je nachdem über welche (körperlichen und geistigen, sozialen, materiellen und ideellen) Ressourcen der oder die Betroffene verfügt. Zweck des Klassifikationssystems ist es, möglichst neutral und genau aufzunehmen, unter welchen Störungen und Einschränkungen ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem leidet und über welche Fähigkeiten und Ressourcen er verfügt.

Das Leitbild hinter dem Klassifikationssystem ist das Konzept der „funktionalen Gesundheit“. Es baut auf derselben Grundidee auf wie die Gesundheitsförderung, versteht also **Gesundheit als die Fähigkeit, die eigenen Ziele und Bedürfnisse in Auseinandersetzung mit der Umwelt möglichst gut zu verwirklichen bzw. zu befriedigen**. Da es mit der ICF darum geht, die Situation von Menschen mit anhaltenden gravierenden Gesundheitsproblemen, d. h. Behinderungen, zu beschreiben, wird sehr differenziert erfasst, welche Störungen der Körperstruktur und -funktion und welche Einschränkungen bei den Aktivitäten (z. B. des alltäglichen Lebens, des Berufs etc.) und bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vorliegen.

Diese strukturierte Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen hat folgenden Sinn: Erstens soll nicht ausschließlich die medizinische Diagnose festlegen, ob und wie ein Mensch „behindert“ ist und deswegen z. B. aus dem Beruf ausscheidet. Vielmehr sollen parallel zur medizinischen Diagnose seine Aktivitäten und seine Potenziale sowie seine Teilhabe am gesellschaftlichen, beruflichen, politischen und religiösen Leben beschrieben werden. Auf dieser umfassenden Grundlage können dann zweitens ganz andere unterstützende Maßnahmen geplant werden, um ihm ein annähernd normales Leben zu ermöglichen.

Das Konzept der funktionalen Gesundheit ist wie die Ottawa-Charta dem in der Präambel der WHO beschriebenen politischen Ziel verpflichtet: Es geht darum, Menschen mit anhaltenden Gesundheitsproblemen ein Höchstmaß an Gesundheit, d. h. an körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden zu ermöglichen. Bei grundsätzlich gleicher Zielsetzung beziehen sich die Ottawa-Charta (1986) und die ICF(2003) auf verschiedene Praxis- und Politikbereiche. Während die Ottawa-Charta das Ziel hat, die Gesundheitsförderung, d.h. den besseren Umgang mit gesundheitlichen Ressourcen und Risiken in verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Bereichen, zu verankern, ist die ICF ein Instrument, das bei individuellen Gesundheitsproblemen und sozialen und beruflichen Teilhabe einschränkungen (Behinderungen) ansetzt. Beiden Konzepten ist gemeinsam, dass sie **Gesundheit nicht vorrangig als Produkt medizinischen Handelns** ansehen, sondern Gesundheitsprobleme (und gesundheitliche Chancen) von vornherein im Zusammenhang mit der Umwelt und den aus ihr erwachsenden Risiken und Belastungen, Schutzfaktoren und Ressourcen sowie Anforderungen sehen.

3.2 Gesundheit und Gerechtigkeit – Ungleiche Zugänge zu Gesundheitsversorgung

Man wird die internationale Debatte über Gesundheit und Heilung in der Weltgesundheitsorganisation im deutschen Kontext nicht ausreichend verstehen und rezipieren können, wenn man nicht als fundamentale Herausforderung im weltweiten Maßstab die sich ständig ausweitende Kluft zwischen den Ländern des Nordens und des Südens sowie zwischen den reicheren und ärmeren Bevölkerungsschichten innerhalb vieler

Länder sowohl des Nordens wie des Südens wahrnimmt. Außerdem muss man die großen Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitssituation, die Krankheitsrisiken, den Zugang zu Gesundheitsressourcen und die Heilungschancen im Blick haben.

Dies sei durch ein paar Daten zur tatsächlichen Situation verdeutlicht:

- Vergleicht man auf globaler Ebene Bevölkerungsgröße von Regionen und Anteil am Markt bzw. Zugänglichkeit von Medikamenten und Heilmitteln, wird die Disparität überdeutlich: Afrika, Asien und der Mittlere Osten vertreten zusammen 72% der Weltbevölkerung, aber haben nur Zugang zu 13% der Medikamente und Heilmittel der Welt. Nordamerika hat 5% der Weltbevölkerung, aber 42% aller Medikamente und Heilmittel.
- Das Risiko, an kommunizierbaren Infektionskrankheiten zu erkranken, ist in ärmeren und einkommensschwachen Ländern im Durchschnitt neunmal so hoch wie das entsprechende Risiko in wohlhabenden Ländern.
- Die WHO hat einen Minimalstandard von 100 Krankenschwestern pro 100.000 Einwohner festgelegt. Die reale Verteilungsdichte beträgt mehrere hundert bis über 1000 Krankenschwestern in reichen Industrienationen und 8,8 bis 113 Krankenschwestern in 8 ausgewählten afrikanischen Ländern. Bei Ärzten pro 100.000 Einwohnern (20 ist die Richtgröße der WHO) beträgt die Differenz 200-400 in Ländern des industrialisierten Westens und 13,4 bis 13,2 in acht ausgewählten afrikanischen Ländern.
- Dramatische Prognosen bestehen für die zukünftige Verteilungsdichte von Ärzten und Krankenschwestern auf dem afrikanischen Kontinent: Während es im Jahr 2000 noch 280.000 Krankenschwestern und Hebammen waren, werden es im Jahr 2015 voraussichtlich nur noch 190.000 sein. Während es im Jahr 2000 noch 90.000 Ärzte waren, wird es im Jahr 2015 voraussichtlich nur noch 60.000 Ärzte in Afrika geben.
- Etwa 30.000 Kinder sterben täglich an einfachen und leicht behandelbaren Krankheiten.
- Die Gesundheitssysteme vieler afrikanischer Länder sind bereits völlig kollabiert oder stehen kurz davor. Das Gleiche gilt für die Gesundheitssysteme in Kriegsländern wie dem Irak.
- Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in vielen Ländern in den vergangenen 20 Jahren dramatisch gesunken und sinkt weiter. Das Gleiche gilt für viele Länder der ehemaligen Sowjetunion.
- Der Anteil des jeweiligen nationalen Bruttosozialprodukts, das für gesundheitsbezogene Ausgaben ausgegeben wird, variiert zwischen den Ländern des Nordens und des Südens gewaltig und die Diskrepanzen nehmen zu (Nordamerika 14% des Gross National Product, GNP; Schweiz 11%, Frankreich 9,6%, China 5,5%, Indien 5,1; Indonesien 2,4%).

Schon ein kurzer Blick auf diese erschreckenden Daten, die vom „Global Forum on Health Research“ und von der WHO regelmäßig erhoben werden, macht deutlich, wie eng **Gesundheitsproblematik und Entwicklungsproblematik weltweit verbunden** sind.

Folgende kritische Fragen bzw. Anregungen seien im Rahmen dieses Grundsatzpapiers für die anstehende breitere Debatte festgehalten:

- Wie kann ein totaler Zusammenbruch des Gesundheitssystems in vielen der Entwicklungsländer (vor allem der so genannten Least Developed Countries, LDCs) verhindert werden?
- Wie ist eine verantwortliche Steuerung der finanziellen Ressourcen für gesundheitliche Leistungen innerhalb wie zwischen den verschiedenen Ländern erreichbar (Investitionen in High-Tech-Medizin bei uns, Vernachlässigung der breiten Gesundheitsversorgung ärmerer Bevölkerungsschichten in anderen Ländern)?
- Wie kann die Abwanderung vieler Ärzte und Krankenschwestern aus den Ländern des Südens in die Länder und Metropolen des Nordens verhindert werden?
- Wie steht es um die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten, Flüchtlingen und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in unserer Gesellschaft?
- Wie kann die Verteilungsgerechtigkeit im Blick auf erschwingliche Medikamente (z.B. Generika zur HIV/Aids-Behandlung) in den Regionen des Südens erhöht werden?

3.3 Konsequenzen: Die Erweiterung des Diskurses über Gesundheit in Deutschland

Die Definitionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung der WHO führen uns zu einem erweiterten Verständnis von Gesundheit und von Heilung:

- Gesundheit bezieht sich nicht mehr nur auf das körperliche Wohlbefinden, sondern schließt das seelische Befinden und die sozialen Beziehungen, in denen ein Mensch lebt, mit ein.
- Die Lebensumstände, das soziale und berufliche Umwelt müssen einbezogen werden, wenn es darum geht Gesundheitsprobleme zu beschreiben und zu lösen.
- Die Möglichkeiten des Individuums in Bezug auf die eigene Gesundheit und die eigene Verantwortlichkeit müssen klarer gesehen werden.
- Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die das Gesundheitssystem allein nicht bewältigen kann.
- Bei der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems muss die globale Gesundheitssituation im Blick bleiben. Deutschland muss seinen Beitrag zur Bekämpfung der großen Epidemien (HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria) leisten. Aber auch bei der Ausbildung und Gewinnung von Fachpersonal muss nach global verträglichen und förderlichen Lösungen gesucht werden.

4. Gesundheit in Deutschland – Besondere Herausforderungen für Kirche und Diakonie

4.1 Gesundheitlichen Bedarf und gesundheitliche Ressourcen entdecken

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hängt nur zu einem Teil von der Qualität und Verfügbarkeit medizinischer und pflegerischer Leistungen ab. Andere wichtige Faktoren sind z. B. Bildung, Einkommen, die Erwerbstätigkeit und die Ausgestaltung des Arbeitsplatzes, das Leben in sozialen Bezügen, die Qualität der Wohnung und ihrer Umgebung. Diese Faktoren können einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben (Schutzfaktoren) oder aber – wie z.B. ein unfallträchtiger Arbeitsplatz – das Risiko einer Erkrankung erhöhen (Risikofaktoren).

Die **Schutzfaktoren** kann man auch als gesundheitliche Ressourcen betrachten: Sie mindern das Risiko einer schweren Erkrankung oder tragen dazu bei, eine Erkrankung besser zu bewältigen. So ist z.B. ein Leben in der Familie und in einem Freundeskreis ein Schutzfaktor, der das Risiko einer psychischen Erkrankung verringert – und zugleich ein Faktor, der die Bewältigung einer schweren Erkrankung unterschiedlicher Art erleichtert. Analog können gesundheitliche **Risikofaktoren**, z.B. das Leben in einem Stadtteil mit hohem Verkehrsaufkommen, als gesundheitliche Belastungen bezeichnet werden.

Mit der Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen und Belastungen beginnt die **Prävention**, die nach verbreiteter Auffassung in Deutschland gestärkt werden muss. Als Präventionsmaßnahmen kann man im Prinzip alle Aktivitäten bezeichnen, die die gesundheitlichen Ressourcen von Menschen oder Menschengruppen vermehren und die gesundheitlichen Belastungen, unter denen sie leiden, verringern. Wenn man gewohnt ist, Krankheiten und Krankheitsrisiken als Gegenstand medizinischer Behandlung anzusehen, bedeutet ein solches Verständnis der (Primär-)Prävention einen Perspektivwechsel: Denn bei der Prävention geht es nicht nur um medizinisch empfohlene Verhaltensweisen, z.B. eine ausgewogene Ernährung, Bewegung oder einen reduzierten Alkoholkonsum, sondern um die *Lebensverhältnisse*, in denen Menschen leben. Üblicherweise werden die Lebensverhältnisse, z.B. der Wohnort, Arbeitsplatz, Bildungsweg etc., nicht primär unter gesundheitlichem Gesichtspunkt betrachtet. Die gesundheitliche Perspektive wird in der Regel erst dann eingenommen, wenn Gesundheitsprobleme – z.B. ein erhöhter Krankenstand in einem Betrieb oder Drogenkonsum im Jugendzentrum – manifest werden.

Es gibt aber gute Gründe für die Kirche und die Diakonie wie auch für andere gesellschaftliche Akteure, gesundheitliche Ressourcen und Belastungen auch dann in den Blick zu nehmen, wenn kein einzelnes Gesundheitsproblem im Raum steht. Denn viele in ihren Auswirkungen schwere Erkrankungen entwickeln sich ohne deutliche Anzeichen. Wenn die Beschwerden eintreten, sind viele Chancen zur guten Bewältigung der Krankheit bzw. des Krankheitsrisikos bereits verstrichen.

Kirchen und Diakonie verfügen in ihren unterschiedlichen Gestalten – Gemeinden, Bildungseinrichtungen, Beratungsstellen, Freizeitangebote, Angebote freiwilligen Engagements u.a. – über ein beachtliches **Potenzial zur Förderung von gesundheitlichen Ressourcen**, aber auch zum Abbau von Belastungen. Es entspricht

dem Auftrag der Kirche zu heilen²⁶, wenn sie von diesen Möglichkeiten einen verantwortlichen Gebrauch macht.

Um mit den schwer wiegenden Krankheitsrisiken und Erkrankungen gut umzugehen, bedarf es einer geschulten Wahrnehmung. Denn in einer gesundheitsfixierten Gesellschaft²⁷ besteht die Gefahr, dass relativ gesunde Menschen viel Aufmerksamkeit für sich in Anspruch nehmen, während andere, hoch belastete Menschen ihre Beschwerden kaum artikulieren bzw. aus verschiedenen Gründen kaum artikulieren können. Die folgenden Abschnitte sollen der Schärfung der Wahrnehmung für eine Reihe von Problemlagen dienen, zu deren Bewältigung Kirche und Diakonie beitragen können.

4.2 Die Zunahme der psychischen Erkrankungen als gesellschaftliche Herausforderung

Die seelische Gesundheit der Menschen liegt Kirche und Diakonie besonders am Herzen, weil Seelsorge eine Grundfunktion kirchlichen Lebens ist. Im Zeitalter professioneller Arbeitsteilung ist die Therapie psychischer Erkrankungen ein in sich ausdifferenziertes Arbeitsfeld, das sich mit der im Raum der Kirche geübten Seelsorgepraxis nur noch punktuell berührt. Die Berührungspunkte sind allerdings von großer Bedeutung, z.B. wenn psychisch kranke Menschen religiöse Lebensdeutung als hilfreich erfahren oder bei belastenden religiösen Erfahrungen ein Gegenüber suchen, das Deutungsangebote für diese Erfahrungen bieten kann. Die Seelsorge kann aber auch dazu beitragen, dass Menschen in psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung in die Kirchengemeinde als ein tragfähiges soziales Umfeld eintreten können.

In jüngster Zeit ist verschiedentlich von einer Zunahme psychischer Erkrankungen berichtet worden. So beobachten die Krankenkassen insgesamt einen Rückgang des so genannten Krankenstands (der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit), jedoch eine **Zunahme einer Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen**.²⁸ Der Gesundheitsbericht für Deutschland 2006 des Robert-Koch-Instituts weist darauf hin, dass psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen sowie Demenz lange Zeit auch aus Mangel an verlässlichen Daten unterschätzt wurden und bezeichnet die Verbesserung der Versorgung bei diesen Krankheitsbildern als wichtige Herausforderung.²⁹

Ein kirchliches Engagement für psychisch kranke Menschen steht im Spannungsfeld verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen, die kritische Aufmerksamkeit verdienen: Dass psychische Erkrankungen häufiger als früher als Diagnose im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit genannt werden, muss nicht bedeuten, dass Menschen häufiger als früher an schweren psychischen Erkrankungen leiden. Es kann daraus zunächst nur abgelesen werden, dass sich die betroffenen Menschen und ihre Ärzte sowie indirekt die Arbeitgeber sowie die Kranken- und Rentenkassen häufiger als früher darauf einigen, dass bestimmte Beschwerden als psychische Erkrankungen einzuschätzen und sozial- bzw. arbeitsrechtlich entsprechend einzustufen sind. Hinter diesen Einstufungen

²⁶ Vgl. dazu unten, Kapitel 5 und 6

²⁷ Vgl. dazu oben, Kapitel 1, bes. 1.5

²⁸ Vgl. BKK-Gesundheitsreport 2005: Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit hg. v. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Der BKK Bundesverband als Spitzenorganisation der Betriebskrankenkassen - Infos über Kranken- und Pflegeversicherung: BKK Gesundheitsreport 2005

²⁹ Vgl. Robert-Koch-Institut (Hg.) Gesundheit in Deutschland 2006. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006, 29 ff. RKI Startseite (<http://www.rki.de>)

stehen die Beschwerden der betroffenen Menschen und ihre Suche nach Erleichterung, die Bereitschaft der Ärzte, psychische Erkrankungen als solche zu benennen, und die Reaktion der Arbeitgeber auf Leistungsminderungen. Die „Krankschreibung“ ist also ein Lösungsansatz für ein komplexes Problem, dessen Ursachen keineswegs nur in der individuellen Verfassung des betroffenen Menschen zu suchen sind. Die Arbeitsdichte und Störanfälligkeit des Betriebs, die (fehlende) Anerkennung, der (mangelnde) berufliche und private Gestaltungsspielraum, die sozialen Bindungen des Betroffenen gehören zu den Faktoren, die eine „Krankschreibung“ oder „Frühverrentung“ unter Angabe einer psychischen Erkrankung mit beeinflussen.

Kirchliches Engagement für psychisch kranke Menschen sollte also nicht mit einer defizitorientierten Perspektive auf das Individuum beginnen, sondern umgekehrt bei seinen Ressourcen ansetzen und die Lebensverhältnisse und die gesellschaftlichen Entwicklungen einbeziehen. Dazu gehört auf der einen Seite eine Wahrnehmung der – zum Teil verborgenen – Ressourcen des Individuums, seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und seine sozialen Kompetenzen, auf der anderen Seite eine klare Einschätzung der Faktoren, auf die der Betroffene nur einen geringen Einfluss hat (z.B. den lokalen Arbeitsmarkt usw.). Kirche und Diakonie können – in der Verkündigung, in der Bildungsveranstaltung und in der Praxis des gemeindlichen Lebens – zur Entstigmatisierung der betroffenen Menschen beitragen und sie bewusster in das gemeinschaftliche Leben der Gemeinde integrieren.

Damit **Entstigmatisierung und Integration** gelingen, müssen Gemeinden, Einrichtungen und Dienste ihre Integrationsfähigkeit kritisch überprüfen. Der Blick auf das Arbeitsleben zeigt, dass eine geringe Störungstoleranz in den Arbeitsprozessen und Kommunikationsformen zur Ausgrenzung psychisch kranker Menschen beiträgt. Ähnliches gilt auch für Gottesdienste, Chorproben, Bildungsveranstaltungen, Hauskreise etc. Eine auch für psychisch kranke Menschen offene Kirche muss ihr soziales Leben und ihre organisatorische Kultur so weiterentwickeln, dass nicht ritual- und regelkonformes Verhalten aufgefangen wird und weniger oft zum Ausschluss führt.

Ein weiteres ernst zu nehmendes Hindernis sind die so genannten „**Komm“-Strukturen der Kirche**, die für viele Menschen – besonders aber psychisch kranke und behinderte Menschen – hinderlich sind. Psychisch kranke Menschen brauchen noch mehr als andere die Einladung, den aufsuchenden Kontakt und das Festhalten an der Beziehung auch über die Phasen schwerer Krankheit hinweg, in denen sie selbst den Kontakt nicht halten können. Dies ist in der Fülle der alltäglichen Aufgaben auch für Kirchengemeinden, Dienste und Einrichtungen eine schwere Aufgabe: Die Menschen, die sich nicht selbst in Erinnerung bringen, geraten leicht in Vergessenheit. Ein konkretes Fürbittengebet könnte verhindern, dass Gemeinden, Dienste und Einrichtungen diejenigen kranken Menschen vergessen, zu denen sie aus unterschiedlichen Gründen gerade keinen Kontakt haben. Dann liegt auch die erneute Kontaktaufnahme viel näher.

4.3 Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen

Gesundheit ist innerhalb der Gesellschaft ein ungleich verteiltes Gut: Die einkommens- und bildungsarmen Gruppen der Bevölkerung sind stärker von Krankheiten betroffen und haben eine geringere Lebenserwartung als die Mitbürger, die über eine gute Bildung und ein

hohes Einkommen verfügen.³⁰ Die **Ungleichheit der gesundheitlichen Chancen** setzt schon im Kindesalter ein: Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben z.B. ein höheres Risiko, übergewichtig zu werden³¹

Die **Unterschiede bei den Krankheitsrisiken und -lasten** sind nur zu einem kleinen Teil auf unterschiedliche Zugänge zur ärztlich-pflegerischen Behandlung zurückzuführen. Zum großen Teil sind sie auf unterschiedliche gesundheitliche Ressourcen und Belastungen (s.o.) zurückzuführen: Menschen mit niedrigerem Einkommen und niedriger Bildung leben häufiger in Stadtvierteln mit höherer Umweltbelastung und weniger Grünflächen, haben im Vergleich stärker belastende oder monotone Arbeitsplätze, konsumieren mehr Tabak und weniger Obst und Gemüse.³² Um ihre Situation zu verbessern, müssen unterschiedliche Maßnahmen ergriffen werden: Auf der einen Seite geht es um eine Veränderung der Lebensverhältnisse (z.B. eine Verringerung der Umweltbelastung, einen Ausbau der Sport- und Freizeitangebote etc.), auf der anderen Seite um Änderungen des Verhaltens. Das kann in der Regel nicht durch moralische Appelle und aggressive Aufklärungskampagnen in Gang gebracht werden.

Viel versprechend erscheinen derzeit Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach dem so genannten **Setting-Ansatz**, d. h. in einem stabilen, regelorientierten Umfeld, z.B. dem Betrieb, der Schule, dem Kindergarten etc. Hier können Menschen gemeinsam neue Verhaltensweisen, z.B. Ernährungsgewohnheiten, Umgang mit Suchtmitteln oder Bewegungsgewohnheiten einüben. Auch eine Kirchengemeinde kann als Teil des lokalen Settings an Maßnahmen der Gesundheitsförderung mitwirken.

Dabei geht es nicht nur um gesundheitspezifische Verhaltensänderungen sondern um die **Veränderung der Einstellungen in der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt**. Denn das Gefühl, eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben, die Umwelt beeinflussen zu können (Selbstwirksamkeit), soziale Anerkennung zu empfangen und zu geben, die Fähigkeit, sich für jeden Tag erreichbare Aufgaben und Ziele zu setzen und auch längerfristig ein Leben nach eigenen Vorstellungen zu leben, sind wichtige gesundheitsförderliche Faktoren. In vielen diakonischen Arbeitsfeldern, wie z.B. Kindertageseinrichtungen, Familienbildungsstätten, Arbeitsloseninitiativen, Stadtteilcafés, Tagesstätten für ältere oder psychisch kranke Menschen, Berufsbildungswerke, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder der Suchtkrankenhilfe wird – zumindest implizit – Gesundheitsförderung praktiziert. Aber auch in Beratungsstellen und in der Seelsorge geht es oft *auch* um die Gesundheit der betroffenen Menschen, wenn eine andere Aufgabe oder Dimension des Lebens im Vordergrund steht.

Gesundheitsförderung berührt sich aber nicht nur mit der sozialen Arbeit von Kirche und Diakonie, sondern auch mit der durch das Evangelium aufgezeigten religiösen Perspektive: Viele der Menschen, von deren Heilung wir im Neuen Testament lesen, waren sozial

³⁰ Vgl. Robert-Koch-Institut (Hg.), Gesundheit in Deutschland 2006. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006, 87ff.;

http://www.rki.de/cln_006/nn_226928/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht

³¹ Vgl. die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, in: Bundesgesundheitsblatt Band 50 2007, 736 ff.

³² Vgl. Robert-Koch-Institut (Hg.), Gesundheit in Deutschland 2006. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006, 83 ff.;

http://www.rki.de/cln_006/nn_226928/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht

benachteiligte Menschen. Die Botschaft des Evangeliums wurde und wird von Christen als befreiender Horizont für wechselseitige Anerkennung und Wertschätzung, für sinnvolles soziales Handeln, für eine elementare Gestaltung des Tages und größerer Lebensabschnitte erfahren. Die **befreiende und gesundheitsförderliche Wirkung des Evangeliums** wird heute durch verschiedene, zum Teil seit Jahrzehnten bekannte, Faktoren eingeschränkt. Dazu zählen soziale und kulturelle Zugangshindernisse zum kirchlichen Leben (Milieus, Vereinsstrukturen, kulturelle Schwellen).

4.4 Niemand is(s)t für sich allein – zum Zusammenhang von Gesundheit, Ernährung und weltweiter Gerechtigkeit

In der modernen Konsumgesellschaft gelten die Bereiche Ernährung und Religion als voneinander getrennte „Privatsachen“. Anders als in praktisch allen traditionellen Gesellschaften gelten in der Moderne keine allgemeinverbindlichen religiösen Regeln für das Essen mehr. Dies hat unerwünschte Folgen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene:

An die Stelle gemeinsam zubereiteter und zu festen Zeiten gemeinsam eingenommener Mahlzeiten treten für viele jederzeit verfügbare **Fertigprodukte**, mit denen die Menschen schnell und oft allein ihren Hunger stillen. Die Ernährung mit Fertigprodukten ist aber ungesünder, führt häufig zu einer Fehlernährung und zum Verlust von elementaren Sinneserfahrungen, praktischen Kompetenzen und sozialen Kontakten.

Nahrungsmittel sind Produkte eines grenzüberschreitenden Marktes, der schwer erträgliche Arbeitsbedingungen und Löhne sowie die extreme Verschwendung natürlicher Ressourcen (u.a. Wasser, Energie) sowie Emissionen mit sich bringt. In den Ländern des Nordens sind Nahrungsmittel Gegenstand aggressiver Werbestrategien und eines massiven Preiswettbewerbs, der Agrarbetriebe und Produzenten weltweit unter Druck setzt.

Aus christlicher Perspektive ist die gegenwärtige Praxis kritisch zu hinterfragen:

- Essen und Trinken sind Grundvollzüge des Lebens und zugleich Grundmuster des Konsums. Insofern ist eine kritische Auseinandersetzung mit dem medialen Schein erforderlich, der in der Werbung für Lebensmittel, für Nahrungsergänzungsmittel und Diätprodukte erzeugt wird. Lebensmittel und Diätprodukte werden nicht nur mit unrealistischen Glücksversprechungen beworben, die Werbung verführt auch zu einem unersättlichen Konsum.
- Gemeinsame Mahlzeiten sind eine unverzichtbare Basis des sozialen und des religiösen Lebens. Insofern ist die Frage der Ernährung von Kindern (z.B. in Ganztagschulen) nicht nur eine Frage der physiologisch richtigen Ernährung, sondern der Grundlagen sozialen und religiösen Lebens. Essstörungen und Übergewicht sind nicht nur gravierende Probleme für die betroffenen Menschen, sondern liegen in der Verantwortung der Gemeinschaft.
- Die globale Produktion und Verteilung von Nahrungsmitteln muss als problematisch gelten: Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Arbeiter in der weltweiten Land- und Lebensmittelwirtschaft, der Mangel selbst erzeugter Lebensmittel in vielen Ländern Afrikas müssen unter Gesundheits-, Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsgesichtspunkten problematisiert werden. Dies geschieht z.B. in der Kampagne „Niemand isst für sich allein“ von „Brot für die Welt“.
- Die „Säkularisierung“ und „Privatisierung“ des Essens und Trinkens verdienen selbst kritische Aufmerksamkeit. Die jüdische Tradition mit ihren vielfältigen Speiseregeln, aber

auch die Fastenpraxis und Festgebräuche aus den verschiedenen Traditionen des Christentums sind ein Ausgangspunkt für eine Suche nach – notwendigerweise vorläufigen und lokalen – Verabredungen für einen verantwortlichen, besonnenen und dankbaren Umgang mit den Nahrungsmitteln.

Gesellschaftlich und politisch erscheinen folgende Schritte vordringlich:

- Globale Ernährungssicherheit erfordert einen Wandel im Handel: Ein faires Welthandelssystem muss soziale und ökologische Kriterien mit berücksichtigen und darf die Ernährungssituation armer Bevölkerungsgruppen nicht beeinträchtigen.
- Ernährungssicherheit bei uns erfordert eine Agrarwende: Subventionen für die bäuerliche Landwirtschaft sind notwendig, dürfen aber Großbetriebe nicht einseitig bevorzugen, sondern müssen dazu dienen, die Vielfalt und die Nachhaltigkeit der bäuerlichen Landwirtschaft und der Ernährungssicherheit zu schützen.
- Ernährungssicherheit erfordert außerdem eine Konsumwende: Jede Person kann zur Konsumwende etwas beitragen, indem die eigene Ernährung auf eine jahreszeitliche Küche mit mehr ökologisch angebauten Nahrungsmitteln aus der Region und mit weniger Fleisch umgestellt wird. Außerdem kann sich jede Person zur Beteiligung am fairen Handel verpflichten.
- Ernährungssicherheit erfordert schließlich eine Gesundheitswende im Blick auf die Ernährungskultur: Die Gesundheitsverträglichkeit, die Sozialverträglichkeit und die Umweltverträglichkeit von Lebensmitteln muss überall stärker eingeklagt und sichtbar auf allen Produkten vermerkt werden.

4.5 Mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen leben

Zur individuellen wie auch gesellschaftlichen Aufgabe in einem Land mit hoch entwickeltem Gesundheitssystem gehört es, mit vielen chronisch verlaufenden Erkrankungen zu leben. An sich ist das ein Glück, denn es bedeutet, dass viele Krankheiten, die früher unmittelbar zum Tod oder zu schwerem Siechtum geführt hätten, das Leben zwar immer noch verkürzen und behindern, aber doch in hohem Maß Teilhabe am sozialen beruflichen Leben ermöglichen. Die Kehrseite ist ein **Leben mit der Krankheit oder Behinderung**, das dem betroffenen Menschen Selbstdisziplin, Energie und Geschick in der Aushandlung seiner Therapie und gesellschaftlichen Teilhabe abverlangt. Auch die Angehörigen müssen (in unterschiedlichem Grad) auf lange Sicht Mitverantwortung übernehmen. Und die Gesellschaft muss auf diese veränderten Krankheitsverläufe reagieren: An die Stelle der Hoffnung auf vollständige Wiederherstellung durch die Medizin muss die Bereitschaft treten, Menschen auch mit Krankheit und Behinderung in das soziale und berufliche Leben einzubeziehen.

Für die Kirche stellt sich dieselbe Aufgabe vor einem etwas anderen Hintergrund. Auch in der Kirche hat man häufig in einer verengenden Interpretation der neutestamentlichen Heilungsgeschichten Heilung als vollständige Wiederherstellung der Gesundheit verstanden und das Leben mit der Krankheit und Gebrechlichkeit in den Zusammenhang der Sünde gestellt, auch wenn auf eine individuelle Zuschreibung von Krankheit = Sünde in der Regel verzichtet wurde. Kranken wird eine unerträgliche Last aufgebürdet, wenn ihre Krankheit nicht nur auf etwaiges konkretes Fehlverhalten zurückgeführt wird, sondern individuell als Sünde, d. h. Trennung von Gott, angesprochen wird. Ebenso abzulehnen ist die Auffassung, dass kranken Menschen der die Heilung bewirkende Glaube fehlt, wie es

gelegentlich in einer Fehldeutung des im Neuen Testament häufigen Worts „Dein Glaube hat dir geholfen (z.B. Markus 10,52) geschieht.

Zum Leben mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen gehört die Erfahrung, dass unter Bedingungen, die gesunde Menschen verzweifeln lassen, wahres Leben voller Energie und Freude, in Beziehungen und mit großer Ausstrahlung auf andere Menschen möglich ist. Das Festhalten am Leben, der Lebensmut unter größten Einschränkungen sind Zeugnisse von der Vitalität und Vielfalt des von Gott gewollten und geschaffenen Lebens. Ein **vom Leiden gezeichnetes Leben in Würde**, die außerordentliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – trotz großer physischer Einschränkungen – oder auch die wunderbare Überwindung einer Krankheit sind Beispiele unterschiedlicher Weisen des Umgangs mit der Krankheit.

In der Perspektive des Glaubens stehen nicht die Einschränkungen der Menschen im Vordergrund, sondern **der Lebenswille und der Glaube der betroffenen Menschen**. Kirche und Diakonie haben die Aufgabe, chronisch kranke und behinderte Menschen in ihrem Leben zu unterstützen, gemeinsam mit ihnen gegen gesellschaftliche Vorurteile, Barrieren und Benachteiligungen zu kämpfen und ihre Lebensperspektive zu Wort kommen zu lassen.

4.6 Demographische Entwicklung und Gesundheit im Alter

Über die demographische Entwicklung und ihre Folgen für das Gesundheitssystem wird seit einigen Jahren öffentlich debattiert. In der Debatte wird deutlich, dass sich viele Menschen heute noch gar nicht vorstellen können, wie eine Generation ihr gesamtes **Leben ungestört von Kriegen und gesamtwirtschaftlichen Katastrophen und mit der Unterstützung eines hoch entwickelten Medizinsystems** leben kann, so dass sehr viele Menschen ein hohes Alter erreichen. Denn diese Lebensbedingungen waren im 20. Jahrhundert nur selten gegeben. Insofern verwundert es nicht, dass von einigen Gesprächspartnern Alter im Grunde immer noch als Krankheit, nämlich als Zustand dauernder Behandlungsbedürftigkeit angesehen wird. Je nach Standpunkt wird dies als Überforderung unseres sozialen Sicherungssystems oder als wachsende Nachfrage nach neuen Produkten und Dienstleistungen und damit als Potenzial für wirtschaftliches Wachstum gewertet. Dagegen wird von anderen zu Recht eingewandt, dass eine **„Medikalisierung“ des Alters nicht im Interesse der betroffenen Menschen** ist, die im hohen Alter eher weniger Medikamente, dafür mehr Zuwendung, aktivierende Pflege und Teilhabemöglichkeiten am sozialen Leben erhalten sollten.

Es ist allerdings auch zu beobachten, dass die Nachfrage nach medizinisch-pflegerischen Leistungen in allen Altersgruppen steigt, so dass auch bei den Erkenntnissen der Altersmedizin entsprechenden schonenden Therapie der hoch betagten Menschen mit einer wachsenden Nachfrage (z.B. der „jungen Alten“) nach gesundheitlichen Produkten und Dienstleistungen zu rechnen wäre. Diese wachsende Nachfrage und die damit verbundenen Kosten sind allerdings zum großen Teil auf den medizinisch-technischen Fortschritt und die gewachsenen Ansprüche der Bevölkerung und nur zum kleineren Teil auf altersbedingt steigende Bedarfssituationen zurückzuführen.

Viel wichtiger als die Gesundheitskosten des Alters ist die Frage, wie die Gesellschaft auf den **Bevölkerungsrückgang** reagiert, der die eigentliche demographische Herausforderung darstellt. Im Gesundheitswesen wird er sich voraussichtlich durch einen

Mangel an Fach- und Hilfskräften äußern, der auch nicht durch die Zuwanderung aus den östlichen Nachbarländern gedeckt werden kann, denn diese werden bald eine ähnliche Altersstruktur wie Deutschland haben.

Kirchliche und diakonische Einrichtungen sind von dieser Entwicklung noch viel stärker betroffen, weil der evangelische Teil der Bevölkerung stärker schrumpft als die Bevölkerung insgesamt und unter den Zuwanderern nur eine Minorität protestantisch ist. Sofern kirchliche und diakonische Einrichtungen ihren spezifischen Charakter erhalten und weiterentwickeln wollen, müssen sie also eine spezifische Strategie zur Gewinnung potenzieller künftiger Mitarbeiter und Träger kirchlich-diakonischer Arbeit entwickeln. Hier hängt viel von der kirchlichen Jugendarbeit, der Arbeit in Schulen, Fachschulen und Fachhochschulen für soziale und pflegerische Berufe ab.

Als positive Ressource im demographischen Übergang kann die Kirche, die traditionell ein Ort ist, an dem sich die „jungen Alten“ stark einbringen, ihre im Vergleich zur übrigen Gesellschaft positivere Sicht des Alters zur Geltung bringen. Denn während eine jugendfixierte Medienkultur und Arbeitsgesellschaft das Alter als wichtige und gute Lebensphase erst wieder entdecken muss, ist **die Wertschätzung für Altersweisheit, Lebenserfahrung und das kulturelle Gedächtnis, das alte Menschen repräsentieren**, in der Kirche unstrittig. Sie kann damit einer Gesellschaft, die teilweise Angst vor dem Altern hat, einen heilsamen Dienst erweisen. Hochbetagte Menschen, die nicht mehr aktiv am Gemeindeleben teilnehmen können, haben allerdings auch in der Kirche ein hohes Risiko, übersehen und vergessen zu werden.

4.7 Zur Zusammenarbeit von Fachleuten und engagierten Laien im Gesundheitswesen

Die vergangenen Jahrzehnte waren in Deutschland durch eine stetige Zunahme der Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter etc. im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung geprägt. Diese Entwicklung wurde finanziell vom Ausbau des Sozialstaats und fachlich von der Professionalisierung der Arbeit in Therapie, Pflege und Sozialarbeit bestimmt, die mit einer Ausdifferenzierung der Hilfesysteme (z.B. Krankenversorgung, Suchthilfe, Sozialpsychiatrie) verbunden war.

Die Leitideen dieser Entwicklung sind die **flächendeckende Versorgung und der individuelle Anspruch des Patienten/Klienten auf die bedarfsgerechte Leistung mit gesicherter Qualität**. Diese beiden Leitideen können nicht durch freiwillige Initiativen und persönliches Engagement einzelner Menschen und Gruppen verwirklicht werden, sondern nur durch ein professionelles System. Allerdings ist das professionelle System umgekehrt auf komplementäre Ressourcen angewiesen. Zu nennen ist die Bereitschaft der Fachleute, persönlich und flexibel, zum Teil auch unentgeltlich, auf die Bedürfnisse der Patienten/Klienten einzugehen. Zu nennen sind auch die vielfältigen lokalen Initiativen, mit denen engagierte Menschen Versorgungslücken identifizieren – z.B. in der altersgemäßen gesundheitlichen Versorgung von Kindern wie auch von alten Menschen, aber auch von sozial benachteiligten Menschen – und sowohl konkrete Abhilfe schaffen wie auch Lobby-Arbeit für einen Umbau der Strukturen leisten. Diese Initiativen werden zum Teil von Selbsthilfegruppen und -organisationen, aber auch von engagierten Bürgern getragen, die die Notlagen anderer Menschen konkret wahrnehmen.

Die Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und engagierten Laien im Gesundheitswesen verdient jedoch heute verstärkte Aufmerksamkeit – auch in Kirche und Diakonie. Die Gründe dafür sind folgende: Medizinisch-pflegerische Dienstleistungen und Produkte können in der Regel nicht allein zur Heilung kranker Menschen führen. Wichtige Ko-Faktoren sind Glaube und Lebenswille der betroffenen Menschen, ihre Einstellungen zur Krankheit und zur Therapie, ihr soziales Umfeld und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Über diese Faktoren verfügen aber nicht die Fachleute, sondern gegebenenfalls die betroffenen Menschen bzw. die sozialen Strukturen, in denen sie leben.

Gute Heilungserfolge erfordern ein **Zusammenwirken des medizinisch-therapeutischen Systems mit den Betroffenen, ihren Angehörigen und Unterstützern**. Sofern kranke Menschen über ausreichende seelische und soziale Ressourcen verfügen, kann sich das medizinisch-therapeutische System im Dialog mit den Betroffenen auf seine Kernaufgaben konzentrieren. Verfügt ein kranker Mensch unmittelbar über sehr wenige seelische und soziale Ressourcen, so müssen diese wieder gewonnen werden. Dies ist einerseits eine Aufgabe von Fachleuten (Therapeuten, Sozialpädagogen, Seelsorger), gelingt jedoch ohne die Mitwirkung engagierter Laien nur unvollkommen, weil Fachleute die soziale Teilhabe der kranken Menschen nicht allein herbeiführen können. Kirche und Diakonie können an dieser Stelle eine Brückenfunktion zwischen Fachleuten und engagierten Laien übernehmen. Zu ihren Kernkompetenzen gehört die Aktivierung freiwilligen Engagements, sie sind aber auch in der Lage, den Dialog zwischen Laien und Fachleuten zu führen.

In den Jahren der sozialstaatlichen Expansion konnte man den irreführenden Eindruck gewinnen, als seien bezahlte Fachleute im Gesundheits- und Sozialwesen in der Lage, das konkrete soziale Engagement engagierter Menschen praktisch ganz zu ersetzen. Dieser Eindruck spiegelte sich in einer geringen Bereitschaft der Fachleute, mit Laien zusammen zu arbeiten. Im gegenwärtigen „Umbau des Sozialstaats“, der mit einem beträchtlichen Abbau öffentlich finanzierter Hilfen verbunden ist, wird häufig die Auffassung vertreten, freiwilliges Engagement sei flexibler und wirkungsvoller als staatliches Handeln. Dabei wird allerdings übersehen, dass bei freiwilligem Engagement häufig ein Großteil der Ressourcen nicht der intendierten Zielgruppe zu Gute kommt, sondern für die Gewinnung und Ausbildung der Helfer und die Organisation und Finanzierung der Hilfen aufgewendet werden muss.

Sinnvoller als ein schematischer Gegensatz von bezahlter fachlicher Arbeit und freiwilligen Engagement ist eine differenzierte Zusammenarbeit der Fachleute verschiedener Richtungen mit den Betroffenen und Angehörigen als Experten in eigener Sache, aber auch mit engagierten Helfern, die kranke und belastete Menschen beim Leben in der Gemeinschaft unterstützen. Kirche und Diakonie haben eine große Erfahrung in der Moderation zwischen den verschiedenen fachlichen Kulturen, der engagierten Wahrnehmung von Problemlagen vor Ort und den unterschiedlichen Ressourcen von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Der aufgrund der demographischen Entwicklung absehbare Mangel an (entlohten) Fach- und Hilfskräften (s. o.) stellt die bisherige Aufgabenverteilung zwischen Fachleuten und Laien in Frage. In diesem Zusammenhang stellen sich verschiedene Fragen: In welchem Umfang und in welchem Rahmen können Aufgaben, die bisher von Fachkräften wahrgenommen werden, an geschulte Laien delegiert werden? Wie verlässlich kann freiwillig geleistete Hilfe und Unterstützung außerhalb der eigenen Familie sein? Wie können Menschen mit Unterstützungsbedarf die notwendigen Hilfen organisieren, ohne in

unzumutbare Abhängigkeit von anderen zu geraten? Diese Fragen müssen in Kirche und Diakonie öffentlich diskutiert werden.

4.8 Konsequenzen: Gesundheit umfassend wahrnehmen

Kirche und Diakonie müssen:

- das gesundheitsförderliche Potenzial kirchlicher Arbeit genauer wahrnehmen und dabei sozial benachteiligte Personengruppen im Auge haben. Zur Wahrnehmung der Ressourcen wird im Kapitel über die Kirchengemeinde ein konkreter Vorschlag gemacht³³. Dieser Vorschlag kann, leicht modifiziert, auch auf andere Gliederungen der kirchlichen Arbeit (Jugendarbeit, Bildungsarbeit) übertragen werden;
- psychische Erkrankungen nicht nur als eine Belastung des Individuums betrachten, sondern die krankmachenden gesellschaftlichen Faktoren ansprechen. Unmittelbar hilfreich für die erkrankten Personen sind in vielen Fällen soziale Beziehungen und Kontakte. Hier können Kirchengemeinden, aber auch Gruppen in anderen Kontexten kirchlicher und diakonischer Arbeit eine positive Rolle übernehmen;
- chronische Erkrankungen einschließlich der mit ihnen verbundenen Einschränkungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als wesentliche gesundheitliche Herausforderung unserer Zeit wahrnehmen. „Heilung“ wird dabei in der Regel nicht zu einer völligen Wiederherstellung der physischen und psychischen Gesundheit führen, aber zu einem Leben in der Gemeinschaft, in dem funktionelle Einbußen gut kompensiert werden und die Betroffenen ihre Ressourcen einbringen;
- die gesundheitliche, soziale und spirituelle Bedeutung gemeinsamen Essens und Trinkens und das Menschenrecht auf ausreichende und selbst erwirtschaftete Nahrung in der Öffentlichkeit regelmäßig zur Sprache bringen;
- bei der demographischen Frage vor allem Maßnahmen gegen den absehbaren Mangel an Fach- und Hilfskräften ergreifen, die eine kirchlich geprägte diakonische Arbeit mittragen;
- auf eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und engagierten Laien im Gesundheitswesen hinarbeiten, in der die Aufgaben fair und verlässlich geteilt werden.

5 *Das Christentum als therapeutische Religion – seit seinen Anfängen und heute*

Vielfach ist es nicht mehr bewusst, dass das Christentum in seinen historischen Anfängen wesentlich eine Heilungsbewegung gewesen ist und Jesus Christus wesentlich als Arzt und Heiler verstanden wurde.

Die Predigt des irdischen Jesus von der Nähe des Gottesreichs war von Zeichen und Wundern begleitet, durch die Gottes heilvolle Nähe erfahrbar wurde. Die **Apostelgeschichte** reflektiert in ihrem konstanten Wechsel zwischen Verkündigung/missionarischer Predigt und Heilungswundern diese therapeutisch-heilende Dimension in der Ausstrahlung des christlichen Glaubens im Kontext der hellenistischen Antike.

³³ RHA-Matrix, s. unten Abschn. 7.6; vgl. auch Abschnitt 6.7 (insbes. die Ausführungen zu Religious Health Assets)

Dass Kranke Anteil an Gottes heilender Kraft bekommen und von ihr berührt werden, gehört zu den Selbstverständlichkeiten und den wichtigsten Gründen für die missionarische Vitalität des Christentums in seiner mediterranen Entstehungs- und Ausbreitungsgeschichte. Wesentlich war die Gegenthese gegen das antike-religiöse Verständnis, dass Kranke, Versehrte, Behinderte in die widergöttliche Sphäre des Todes gehören und aus kultischen und sozialen Gemeinschaftsbezügen ausgegrenzt wurden. Gott, in Christus Mensch geworden, leidet selbst und geht im Geschehen des Kreuzes in die Todessphäre hinein. Deshalb steht er an der Seite der Kranken und Schwachen. Ihre Würde und ihre Heilung gehören zentral zum **doppelten Missionsauftrag der Kirche**: heilende Verkündigung und heilender Dienst.

Im westlichen Kulturkreis wurde das naturwissenschaftlich dominierte Verständnis von Gesundheit und Krankheit in den letzten Jahrzehnten zunehmend erweitert: Vor allem psychische und soziale Faktoren wurden in die Vorstellung von Heilung und Gesundheit integriert. Darüber hinaus ist es vielen bewusst, dass es über die naturwissenschaftlich anerkannte Schulmedizin hinaus Heil-Wissen und Heil-Weisheit aus alter, bewährter oder kulturell anders geprägter Erfahrung gibt, die noch nicht ausreichend erforscht sind oder sich einer Erforschung mit bislang bekannten und anerkannten Verfahren entziehen.

Der naturwissenschaftlich geprägte Gesundheits- und Krankheitsbegriff hat im Bereich der wissenschaftlichen Medizin in den drei letzten Jahrzehnten einen deutlichen Wandel und eine Erweiterung erfahren, bei dem die spirituelle Dimension von Heilung und Gesundheit eine neue Aufmerksamkeit erfahren hat. Dies bedeutet nicht nur, dass Ärzte und Pflegende in Fällen ethischer Herausforderungen und Grenzsituationen stärker nach einer Orientierung durch religiös begründete Werte und Unterscheidungen suchen, sondern auch, dass in neueren Forschungsbereichen wie der Psycho-Neuro-Immunologie ernsthaft nach dem Wirkungszusammenhang von religiösen Praktiken und Prozessen der Gesundung bzw. Stärkung des Immunsystems gefragt wird.

Eine **Verknüpfung und konstruktive Zusammenarbeit von Spiritualität und Medizin**, wie sie in den letzten 10 Jahren verstärkt in der Fachdiskussion z.B. in den USA und in England gefördert wird, wurde bei uns – von wenigen Pioniermodellen abgesehen – aber lange Zeit eher der Komplementär- und Alternativmedizin überlassen, wobei die Unterscheidung zwischen seriösen und dubiosen Angeboten alternativer Heilung für viele äußerst schwierig ist. Inzwischen sind aber viele sowohl im Bereich der modernen Medizin als auch in der Kirche offen für ergänzende und erweiternde Sichtweisen von Heilungsprozessen und nicht mehr von einem verengten Weltbild geleitet, das Heilung nur nach Maßgabe und in den engen Grenzen dessen verstand, was das bisherige naturwissenschaftlich-medizinische Weltbild im 20. Jahrhundert zuließ.

Besonders in der Krankenhausseelsorge und in der Praktischen Theologie insgesamt gibt es in den vergangenen 30 Jahren neue positive Ansätze für ein intensiveres Gespräch zwischen Theologie und Medizin, Glaube und Heilung. Dazu zählt auch das Verständnis des Christentums als therapeutischer Religion, wie es von Eugen Biser entwickelt wurde.³⁴

³⁴ Vgl. zum Beispiel: Eugen Biser, Kann Glaube heilen? Zur Frage nach Sinn und Wesen einer therapeutischen Theologie, in: Brigitte Fuchs, Norbert Kobler-Fumasoli (Hg.), Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin, Münster 2002, 35-56

5.1 Christliches heilendes Handeln heute

Gottes Liebe und Zuwendung zu den Menschen motiviert Christinnen und Christen, sich den Menschen heilend zuzuwenden, sowohl in der professionellen Gesundheitsarbeit wie auch in den Gemeinden und im persönlichen Umfeld.

Welche Maßgaben für das christliche heilende Handeln in unserer Zeit ergeben sich aus dem Bezug auf das biblische/christliche Menschenbild und das heilende Handeln Jesu?

Die wichtigste Einsicht aus der ökumenischen Diskussion um Gesundheit und Heilung ist, dass Gesundheit nicht nur und nicht einmal „in erster Linie ein medizinisches Problem ist.“³⁵ Die naturwissenschaftliche Sicht von Gesundheit und die darauf basierenden heilenden Maßnahmen sind wichtig und segensreich, bleiben aber ergänzungsbedürftig. Christliche Gesundheitsarbeit versteht sich als „religiös“ in dem Sinn, dass sie an Christus und seinen Auftrag zu heilen „rückgebunden“ ist und daraus spezifische Aufgaben ableitet: die Achtung vor der Würde jedes Menschen, die erweiterte Sicht von Krankheit und Heilung sowie den Blick für „die Armen“.

Die **spirituelle Dimension** hat in der christlichen Gesundheitsarbeit einen wichtigen Platz: Es besteht eine grundsätzliche Offenheit und Bereitschaft, Gebete und heilende Riten in den Heilungsprozess einzubeziehen.

Das Gebot der Fürsorge für Ausgegrenzte, für Schwache, Kranke, für Fremde, Witwen und Waisen – für „die Armen“ in unterschiedlicher Hinsicht – zieht sich wie ein roter Faden durch das Alte und das Neue Testament. „Zu verkündigen das Evangelium den Armen“ (Lukas 4, 18) – so beschreibt Jesus zu Beginn seines öffentlichen Wirkens unter Bezug auf den Propheten Jesaja einen Schwerpunkt seiner Sendung, in die er uns hinein nimmt. Christlich getragene Gesundheitsarbeit muss sich diesem Kriterium stellen und darf deshalb nicht bestimmte Gruppen ausschließen, etwa aufgrund von wirtschaftlicher Armut, aufgrund der sozialen Stellung oder des Geschlechts.

Die christliche Gesundheitsarbeit bewegt sich – nach dem Vorbild Jesu – im **Spannungsfeld zwischen Barmherzigkeit und dem Einsatz für Gerechtigkeit**:

Jesus blieb von menschlicher Not nicht unberührt, sondern wurde durch das Leiden von Menschen bis ins Innerste erschüttert.³⁶ An keinem Kranken, dem er begegnete, ging Jesus vorbei, sondern er wandte sich jedem und jeder Einzelnen zu und achtete sein/ihr Leben und Wohl als wertvoll und schützenswert.

Neben dieser Zuwendung zu Einzelnen sah Jesus sich aber auch in der Linie der alttestamentlichen Propheten, die Unrechtsstrukturen anprangerten – entsprechend dem alttestamentlichen Wort: „Tu deinen Mund auf für die Stummen und für die Sache aller, die verlassen sind“ (Sprüche 31, 8). Jesus sah sich berufen, „zu predigen den Gefangenen, dass sie frei sein sollen, ..., den Zerschlagenen, dass sie frei und ledig sein sollen, zu verkünden das Gnadenjahr des Herrn“ (Lk 4, 18f).

³⁵ Deutsches Institut für Ärztliche Mission (Hrsg.), Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit. Studie der Christlich-Medizinischen Kommission in Genf, Tübingen 1990, 6

³⁶ vgl. zum Beispiel Mk 1, 41

Christliche Gesundheitsarbeit fühlt sich beidem verpflichtet: sowohl der sofortigen, unmittelbaren Zuwendung zu Kranken und Nettleidenden wie auch der langfristigen, strukturellen Arbeit an den Ursachen von Armut und Krankheit. Vor allem im Hinblick auf die wirtschaftlich armen Länder nimmt christliche Gesundheitsarbeit Stellung zu Fragen der sozialen Gerechtigkeit.

Das Bild des Barmherzigen Samariters, mit dem die christliche Gesundheitsarbeit oft dargestellt wird, ist richtig, beschreibt aber nicht alle ihre Dimensionen. In Aufnahme und Weiterführung dieses biblischen Gleichnisses kann man sagen: Es geht zunächst darum, den unter die Räuber Gefallenen aufzunehmen und das für seine Gesundheit Nötige zu tun. In einem zweiten, ebenso wichtigen Schritt ist es ebenso wichtig, „die Straße nach Jericho sicherer zu machen“, und damit zu verhindern, dass er oder andere wieder in dieselbe unheilvolle Situation kommen.

Wenn wir an einem spezifischen Auftrag der Christen im Gesundheitsbereich festhalten, dann meinen wir damit, dass Christinnen und Christen wesentliche Aspekte in die Gesundheitsarbeit einbringen können und sich dazu verpflichtet fühlen. Damit ist aber keineswegs gemeint, dass die aufgezeigten Wesensmerkmale und Ideale in der Praxis immer verwirklicht sind und dass nicht auch die nichtchristliche Gesundheitsarbeit viele der genannten Kriterien in hohem Maß erfüllen kann und in der Praxis erfüllt.

Christliches heilendes Handeln dient dem Leben und sieht jeden Menschen als Geschöpf Gottes, dem eine unveräußerliche **Menschenwürde** zukommt. Christen wenden sich deshalb in besonderem Maß den Menschen zu, deren Achtung und Menschenwürde heute in Gefahr sind. Das sind zum Beispiel wirtschaftlich arme Menschen, Migrantinnen und Migranten, alte Menschen, Frauen und Kinder.

Christliches heilendes Handeln sieht den Menschen als Ganzen und in seiner Beziehung zu seinen Mitmenschen, zur Schöpfung und zu Gott. Deshalb werden **soziale und spirituelle Faktoren** in das therapeutische Handeln einbezogen. Christen betrachten die medizinisch-naturwissenschaftlichen Möglichkeiten der Heilung als Geschenke Gottes und arbeiten dankbar mit ihnen, sehen Heilung auf medizinischem Weg aber nur als einen Aspekt des heilenden Handelns.

5.2 Kirchen im Dialog mit alternativen Heilungsansätzen und Esoterik

Die neue Öffnung in der modernen Medizin wie in der Pastoraltheologie für die Zusammenhänge von Spiritualität und Heilung bietet eine enorme Chance für eine Vertiefung einer umfassenden Sicht der Prozesse der Gesundung und auch eine neue Würdigung der Rolle von Religion und Kirche, die auch gesellschaftspolitisch und für die staatliche Förderpolitik relevant ist.

Die Sichtweise von Heilung kann dabei zwischen esoterischer Religiosität und der von ihr inspirierten alternativen Heilungsansätze einerseits und der kirchlichen Perspektive in Diakonie und Gottesdienst (Seelsorge, Segnung und Salbung) durchaus unterschiedlich sein. Während viele Therapie- und Heilungsangebote in esoterischen Magazinen oft eine enorm aufgeladene, erwartungsübersteigerte Sprache sprechen und zusagen Heilung im Sinn von vollständiger Entfaltung des eigenen Potenzials im Hier und Jetzt, von kosmischer Harmonie und Alleinheit – als Folge der Einhaltung bestimmter methodischer Schritte und Leitlinien versprechen –, verstehen, bleibt das christliche Verständnis von Heilung

demgegenüber eher zurückhaltend-nüchtern und an den **eschatologischen Vorbehalt** des Noch-Nicht gebunden.

Ebenso wie Krankheit, sind auch Gesundheit und Heilung nicht einfach als Resultat eigener Anstrengung deutbar und erklärbar, sie bleiben **Geschenk**. Nicht jede Krankheit ist heilbar, aber jedem Menschen, auch dem Todkranken und bleibend Behinderten, gilt das Angebot, „heil“ zu werden und von der heilenden Liebe Gottes berührt zu werden. Zwischen Heil und Heilung besteht ein Unterschied: Paulus behielt eine schwere physische Erkrankung, den „Stachel im Fleisch“, aber er erfuhr sich als geliebt und gerechtfertigt, d.h. grenzenlos angenommen durch Gott.

In die Grundlagen dieses biblischen Heilungsverständnisses einzuführen, das enorme Orientierungsbedürfnis angesichts der Vielzahl von alternativen und komplementären Heilungsansätzen innerhalb und außerhalb der esoterischen Strömung ernst zu nehmen und einen kritisch-offensiven Dialog mit Vertretern der unterschiedlichen Heilungsansätze vor Ort zu führen, ist heute eine wichtige und unverzichtbare Aufgabe von Kirchen und Gemeinden in Deutschland. Wer die religiöse Suchbewegung nach Heilung in der Gegenwart nicht ernst nimmt, kann auch nicht missionarisch glaubwürdig und einladend auf Menschen zugehen.

Christen finden sich heute als beruflich tätig und praktisch engagiert innerhalb vieler Bereiche des gegenwärtigen Gesundheitssystems, sowohl im Bereich der modernen Schulmedizin und Pflege als auch im Bereich einiger der alternativen Heilungsansätze. Deshalb gibt es zwar christliche Einrichtungen im Bereich des Gesundheitssystems (Pflegeheime, Krankenhäuser), in denen die spezifische Sicht des christlichen Glaubens auf Krankheit und Gesundheit mit zum Tragen gebracht wird, aber es gibt keine geschlossene oder exklusiv christliche Lehre von Heilung, Krankheit und Gesundheit. Wie es keine wesentlich christliche Jurisprudenz oder Ingenieurwissenschaft geben kann, so kann es auch keine exklusiv christliche Medizin oder christliche Pathologie geben, sondern nur eine Bewährung und Profilierung christlicher Werte und Grundsätze innerhalb der autonomen anderen Wissensbereiche.

Gleichwohl ist als Reaktion auf die Vernachlässigung der **Fragen nach einem spezifisch christlichen Profil innerhalb des Gesamtverständnisses von Heilung** im Netzwerk „Christen im Gesundheitswesen“ der Versuch gestartet worden, Grundsätze einer „christlichen Heilkunde“ zu entfalten, die – analog zu den Versuchen einer anthroposophischen Heilkunde – spezifische christliche Einsichten zum Verständnis von Gesundheit und Heilung zur Geltung bringen möchte. Diese Versuche sind zu begrüßen, soweit sie das spezifische christliche Profil sowohl in christlich getragenen Einrichtungen des Gesundheitssystems als auch das kirchliche Profil von Mitarbeitenden christlicher Prägung in staatlichen oder privaten Einrichtungen zu stärken in der Lage sind. Sie können dazu beitragen, dass ethische und wertbezogene Grundsatzfragen, die die medizinische Wissenschaft nicht aus sich selbst heraus beantworten kann, aus einer Position christlicher Verantwortung her zur Geltung gebracht werden.

Die Kraft und das Potenzial des Christentums als therapeutischer Religion können heute nur im Dialog mit Suchbewegungen, die auch anders religiös orientiert sein können, und in

der selbstbewussten Praxis dessen, was der Kirche in ihrer Geschichte anvertraut ist, entfaltet werden.³⁷

5.3 Spiritualität als Gesundheitsfaktor – epidemiologische Studien

Wie kommt es dazu, dass der Chefredakteur der Zeitschrift „Psychologie heute“ schreibt: „Psychologen entdecken die Religion als einen lange Zeit unterschätzten und übersehenen Heilfaktor für die seelische und körperliche Gesundheit“³⁸?

Anstöße zum Dialog und zu einer Öffnung der Naturwissenschaften für eine Wahrnehmung von Spiritualität als Gesundheitsfaktor kamen nicht etwa von Seiten der Theologie oder der Kirchen, sondern von Seiten der medizinischen Wissenschaft. Zunächst in den USA, jetzt auch in Europa³⁹, wurden und werden epidemiologische Studien zur Frage durchgeführt, welche Faktoren die körperliche und seelische Gesundheit fördern oder hemmen. Bei diesen Untersuchungen wird auch der Zusammenhang zwischen Spiritualität und leibseelischer Gesundheit untersucht. Als Parameter für Spiritualität dient in den meisten Studien die quantitativ erfasste Teilnahme an religiösen Veranstaltungen. In einigen Untersuchungen wird die Auswirkung von Gebeten auf die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer untersucht.

Inzwischen liegen mehr als 1.000 solcher Studien vor, zum Teil mit sehr großen Fallzahlen und langen Untersuchungszeiträumen (bis zu 90.000 Probanden pro Studie und Beobachtungszeiträume von bis zu zehn Jahren). Die Fragestellungen sind zum Beispiel: Welchen Einfluss hat Spiritualität auf die Lebenserwartung, auf das Auftreten von Herz-Kreislauferkrankungen, auf die Überlebenszeit von Tumorkranken, auf die Häufigkeit des Auftretens von Depressionen und wie beeinflusst Spiritualität den Umgang mit Krankheiten („coping“)?

Diese Studien kommen in über 80 Prozent zu dem **Ergebnis, dass sich Spiritualität positiv auf die körperliche und seelische Gesundheit auswirkt und auch auf den Umgang mit körperlichen und seelischen Krankheiten.**⁴⁰

Bei diesen Studien geht es nicht um den Hinweis auf Wunderheilungen, sondern sie untersuchen verstehbare Ereignisse. Dementsprechend fragen die Untersucher auch, wie dieser positive Einfluss von Spiritualität auf die leibseelische Gesundheit innerhalb naturwissenschaftlicher Kategorien erklärt werden kann. Als **die Gesundheit fördernde Faktoren von Spiritualität** werden genannt:

- Das Vermeiden von Risikoverhalten: Bei Menschen, die ihren Glauben praktizieren, ist der Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen im Durchschnitt geringer als bei Menschen, die dies nicht tun.

³⁷ vgl. zum Ganzen: Grundsatzpapier „Christliche Identität, alternative Heilungsansätze und Esoterik heute, in: Materialdienst der EZW, Berlin, 3 und 4/07

³⁸ Heiko Ernst, Macht Glaube gesund?, in: Psychologie heute compact, Heft 8 (2004)

³⁹ In den USA wurde Ende der 1970er Jahre mit diesen Untersuchungen begonnen. Seit etwa zehn Jahren gibt es epidemiologische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheit auch in Europa: In Deutschland an den medizinischen bzw. psychologischen Fakultäten der Universitäten Trier, Heidelberg, Witten/Herdecke; in Österreich an den Universitäten Wien und Innsbruck sowie in der Schweiz an der Universität Zürich.

⁴⁰ Umfassende Überblicke über diese Studien bis zum Jahr 2000 sind zu finden bei: Harold König, Michael McCullough, David Larson, Handbook of Religion and Health, New York 2001; Dale A. Matthews, Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin, Erfahrungen aus der medizinischen Praxis, Freiburg 2000

- Gebet, Meditation und religiöse Rituale haben einen messbaren Einfluss auf physiologische Vorgänge im Körper. So kommt es beispielsweise zu einer Senkung des Blutdrucks und einer Verringerung der Ausschüttung von Stresshormonen im Körper. Diese Vorgänge können als Stressreduktion durch Entspannung beschrieben werden kann.
- Glaube trägt zur Sinnfindung bei.
- Gläubige leben oft in einem tragenden sozialen Netz.
- Gläubige Menschen können Ressourcen zum Umgang mit Krankheiten und Schicksalsschlägen mobilisieren („innere Kraftquellen“, aber auch bedingt durch die soziale Unterstützung).

Bei dieser Aufzählung wird deutlich: Alle diese Faktoren sind allgemein als gesundheitsfördernd anerkannt und sind nicht etwa spezifisch für Spiritualität. Deshalb ist der statistisch festgestellte Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheit zwar wahrscheinlich stichhaltig (valide), aber nicht eindeutig kausal.

Nun wurden und werden gegenüber diesen epidemiologischen Studien aber einige grundsätzliche **Einwände** vorgebracht:

- Vor allem bei den älteren dieser Studien wurden methodische Mängel festgestellt.
- Die meisten Studien wurden in den USA durchgeführt, wo Spiritualität einen viel höheren Stellenwert hat als zum Beispiel in Europa. Deshalb können die Ergebnisse dieser Untersuchungen nicht ohne weiteres auf die europäische Situation übertragen werden.
- Es ist zu fragen, ob Spiritualität überhaupt messbar ist. Sagt die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen wirklich etwas aus über die Spiritualität eines Menschen? Oder sind die Ergebnisse etwa darauf zurück zu führen, dass kranke Menschen eben nicht die Möglichkeit haben, zum Gottesdienst zu gehen und deshalb nicht erfasst werden?
- Nach wie vor ist festzuhalten, dass bestimmte Formen von Spiritualität auch negative Auswirkungen auf die leibseelische Gesundheit haben können, wie zum Beispiel Angst machende Gottesbilder und enge Moralvorstellungen in manchen Religionen.

Ein Blick in die Literatur zu diesen epidemiologischen Studien zeigt, dass sich die Befürworter der Studien und deren Gegner in etwa die Waage halten. Auch in den USA sind die Ergebnisse der Studien umstritten und keineswegs allgemein anerkannt.⁴¹

Darüber hinaus gibt es vom christlichen Standpunkt weitere, grundsätzliche Bedenken, sich im Hinblick auf die heilende Kraft des Glaubens auf diese epidemiologischen Studien zu beziehen. Denn, so ist zu fragen, soll der Glaube nun vor den Wagen einer von Christen

⁴¹ Literatúrauswahl hierzu:

Simone Ehm, Michael Utsch (Hrsg.), Kann Glaube gesund machen. Spiritualität in der modernen Medizin (EZW-Texte 181), Berlin 2005;
 Bernhard Grom, Religiöser Glaube – ein Gesundheitsfaktor?, in: Dr. med. Mabuse, September/Okttober 2002;
 Warum glaubt der Mensch? Hilft Religiosität über Vergänglichkeit hinweg? Macht sie gesünder? Und gibt es ein Gottes-Gen?, GEO 2006, Heft 1;
 Glück, Glaube, Gott. Was gibt dem Leben Sinn? Psychologie heute compact, Heft 8 (2004);
 Glaube und Gesundheit. Warum Hoffnung heilen kann. Psychologie heute 32, Heft 3 (2005)

durchaus kritisch zu sehenden Wellness-Bewegung gespannt werden? Liegt diesen Studien nicht ein Begriff von Gesundheit zugrunde, der nach christlichem Verständnis zu eng ist? Sollen wir nun an die Kirchentüren schreiben: Wer wöchentlich hier herein kommt, dessen Lebenserwartung steigt um einige Prozente? Geht es uns eigentlich wirklich nur darum, unserem Leben einige Jahre hinzuzufügen, und soll unsere Glaubenspraxis einem individuellen Gesundheitsvorteil dienen? Sollen wir nun dem „Gott Gesundheit“ dienen anstatt dem Gott des Alten und Neuen Testaments, der auch das Leiden umfängt und ihm einen Sinn geben kann? Und schließlich: Läge es dann nicht nahe, diejenigen, die an Krankheiten leiden, daraufhin zu befragen, ob sie etwa zu selten beten oder religiöse Veranstaltungen besuchen, und ihnen zu vermitteln: Wer krank ist und bleibt, ist selbst dran schuld?

Alle diese Fragen sind zu verneinen, denn all dies würde bedeuten, den Glauben zu instrumentalisieren und Spiritualität im Hinblick auf einen – ohnehin fragwürdigen – Zweck zu praktizieren. Gerade das aber widerspricht dem Sinn der Begegnung zwischen Gott und Mensch in der religiösen Praxis. Heilung als Geschenk Gottes ist und bleibt uns unverfügbar und im eigentlichen Sinne „unerreichbar“.

Bei allen Einwänden und grundsätzlichen Bedenken, die genannt wurden, bleibt dennoch ein wichtiger positiver Faktor dieser epidemiologischen Studien: Sie haben Spiritualität und die Religionen bei den Naturwissenschaften wieder „ins Gespräch“ gebracht. Nachdem lange Zeit der Graben zwischen Medizin und Psychologie auf der einen Seite und der Theologie auf der anderen Seite unüberbrückbar schien, öffnen sich die Naturwissenschaften wieder für einen Dialog. Denn diese Studien „sprechen die Sprache“ der Naturwissenschaften und können so als Türöffner dienen, um Glaube und Spiritualität bei diesen als die Gesundheit fördernde Faktoren in den Blick kommen zu lassen, nachdem sie über Jahrhunderte hinweg systematisch ausgeklammert worden waren.

Und – nicht zuletzt: Diese **Öffnung der Naturwissenschaften für den Einbezug von Spiritualität in therapeutische Konzepte** ist auch eine Herausforderung an die Theologie und an die Kirchen. So provozierte beim Kirchentag 2005 ein Arzt und Psychotherapeut die Vertreterinnen und Vertreter der Kirchen mit der Frage: „Warum überlassen Sie die Entdeckung der heilenden Dimension von Spiritualität eigentlich den Medizinerinnen und Psychologen?“

5.4 Konsequenzen: Die Einbeziehung spiritueller Faktoren in therapeutische Konzepte

Ein wesentliches Ergebnis der ökumenischen Diskussion zu Gesundheit und Heilung war die These, dass auch die Beziehung zu Gott eine gesundheitliche Bedeutung hat. Andere Teile der ökumenischen Christenheit belegen in ihrer alltäglichen Glaubens- und Heilungspraxis, dass ernsthaft mit der spirituellen Dimension von Heilung gerechnet wird und dass Gott nicht aufgehört hat, mit seinen heilenden Kräften mitten in und über die medizinischen Möglichkeiten hinaus in Kirche und Gemeinde wirksam zu sein – soweit eben diese Verheißungen einfach nur ernst genommen werden.

Als grundsätzliche theologische Aussage ist die Überzeugung von der heilenden Wirksamkeit der Gnade Gottes, wie sie im Glauben und in gelebter Spiritualität erfahren wird, vielfach in den Kirchen geläufig. Schließlich ergibt sie sich auch unmittelbar aus den Heilungsgeschichten des Neuen Testaments. Die eigentliche hermeneutische

Herausforderung besteht aber darin, diese Einsicht so in die moderne Gesundheitsdiskussion unserer Gesellschaft einzubringen, dass sie als lebensförderliche Ressource wahrgenommen und verstanden wird und dass dabei zugleich der modernen Ausdifferenzierung der Wissens- und Lebensbereiche Rechnung getragen wird.

Die gesundheitliche Dimension der Gottesbeziehung darf nicht in einen Gegensatz zu anderen gesundheitlichen Ressourcen (z.B. ein gutes soziales Umfeld, ein Arbeitsplatz, medizinische Leistungen) gebracht werden. Jede Rede, die kategorial zwischen den materiellen und den spirituellen Heilungswegen unterscheidet und versucht, „Glaubensheilung“ auf Kosten und unter Abwertung materiell-physischer Heilungswege zu profilieren, läuft Gefahr, einen solchen Gegensatz zu konstruieren. Auch Hypothesen zum direkten Kausalzusammenhang zwischen religiöser Praxis und Gesundheitszustand müssen mit großer methodischer Sorgfalt diskutiert werden. Denn die Gefahr einer direkten Instrumentalisierung des Gottesverhältnisses und eines Missbrauchs der spirituellen Dimension muss stets im Auge behalten werden.

Es kommt für Kirchen und Gemeinden – im Unterschied zu diesen beiden Extremen – positiv darauf an, die im Glauben gelebte und erfahrene Beziehung zu Gott als den tieferen und dauerhaften Grund – gesunden und kranken – menschlichen Lebens zu benennen und die Hinwendung zu Gott gerade in Phasen der Krankheit und existenziellen Gefährdung durch Begleitung und Ritual durch die gelebte christliche Gemeinschaft zu unterstützen.

Was kann dies konkret bedeuten? Zum Beispiel könnte die therapeutische Dimension des Glaubens ihren Ausdruck – wie in einer Ortsgemeinde in Schleswig Holstein praktiziert – darin finden, dass ein Dialogforum zwischen den niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und den Pastoren und Diakonen eines Orts bzw. einer Region etabliert wird. Das praktische Ergebnis einer gemeinsamen Verständigung über die gegenseitige Ergänzungsbedürftigkeit des je eigenen Ansatzes bestand darin, dass in vielen der Arztpraxen ein gemeinsam (zwischen Ärzten und Pastoren eines Orts) abgestimmtes Faltblatt bzw. Einladungsschreiben für Patienten ausliegt, das diese im Blick auf ihr eigenes Verständnis von Gesundheit und Heilung anspricht und dazu einlädt, die Dimensionen der Gotteserfahrung bzw. des Glaubens intensiver wahrzunehmen und zuzulassen. Deshalb wird ausdrücklich und in gemeinsamer ärztlich-pastoraler Verantwortung und zu Möglichkeiten der seelsorgerlichen Begleitung, der Segnung und Salbung sowie des Krankengebets am Ort eingeladen.

6. *Kirche als heilende Gemeinschaft – Biblisch-theologische Grundlegung und Impulse aus anderen Ländern*

6.1 Heilung – Thema der Bibel und Auftrag der Gemeinden

Gott steht auf der Seite des Lebens

Die christliche Gemeinde lernt im Hören auf das Zeugnis der Bibel einen Gott kennen, der Heil für seine Geschöpfe will und der die Menschen in seine guten Absichten mit ihnen hineinzieht. Der Psalmist ist voll überschwänglichen Lobs darüber, dass Gott umfassend auf das Heil des Menschen bedacht ist: „... der dir alle deine Sünden vergibt und heilt alle deine Gebrechen, der dein Leben vom Verderben erlöst und dich krönt mit Gnade und Barmherzigkeit“ (Ps 103,3f). Der Gott, „der gedenkt, dass wir Staub sind“, ist gewillt, die übermächtige Gnade „von Ewigkeit zu Ewigkeit“ wahren zu lassen „über die, die ihn fürchten“ (V.11). Dieser Doppelaspekt des Heils, das sich auf einen Innen- und

Außenbereich des Menschen bezieht (Vergebung und Heilung von Gebrechen), ist für die biblische Anthropologie grundlegend und bildet sich auch im Wirken Jesu, besonders in seinen Heilungswundern, ab.

Das Prädikat für Gott als eines „Retters“ durchzieht die ganze Bibel und fußt für den ersten Teil der Bibel in der Befreiungserfahrung vom Toten Meer und der Bewahrung in der Wüste, geknüpft an das gehorsame Bleiben an Gottes Recht. In diesem Erfahrungsraum wird Gottes Rettungstat als heilend beschrieben: „**Ich bin der Herr, dein Arzt**“ (wörtlich „der dich heilt“, 2. Mose 15,26).

Die Kritik der Propheten an heillosen Zuständen ist die notwendige Kehrseite der heilvollen Absichten Gottes, für die er sein Volk in die Mitverantwortung nimmt: „Die Schwachen habt ihr nicht gestärkt und das Kranke nicht geheilt und das Gebrochene nicht verbunden und das Versprengte nicht zurückgebracht und das Verlorene nicht gesucht“ (Hes 34,4).

Auch die Klagepsalmen mit ihrem Protest und ihrem Appell an Gottes Güte setzen voraus, dass dieser Gott und das „Verderben“ aller Art nicht zusammenpassen. Offenbar erzog dieser Gott nicht zu einer Mentalität der Ergebung und Hinnahme von Unrecht und Leid – das zeigen diese Psalmen. Zwar wissen die biblischen Zeugen, dass Gott nicht nur lebendig macht, sondern auch den Tod verhängt. „Aber von Hause aus und zuletzt steht er auf der Seite des Lebens. Darum appellieren wir an sein innerstes Wesen, an sein Herz, wenn wir ihn gegen Krankheit und Tod zu Hilfe rufen.“⁴² Der Glaube an diesen befreienden und gnädigen Gott wird also nicht dadurch ins Unrecht gesetzt, dass es Krankheit, Tod und Sterben gibt. Der Glaube an diesen Gott aber ist darum auch Glaube an die erwartete, von den Propheten angekündigte Durchsetzungskraft seines Heils (vgl. Deutero- und Tritojesaja).

Jesus heilt und beauftragt zu heilen

Diese Erwartung (Jes 61,1) nimmt Jesus zu Beginn seines Wirkens in seiner Rede in Nazareth auf: „Der Geist ist auf mir, weil er mich gesalbt hat, Armen gute Botschaft zu verkündigen, er hat mich gesandt, Gefangenen Befreiung auszurufen und Blinden, dass sie wieder sehen, Zerschlagene in Freiheit hinzusenden, auszurufen ein angenehmes Jahr des Herrn“ (Lk. 4,18).

Dass dieses erwartete „Jahr“ nun mit Jesu Kommen anbricht und die angekündigte Heilszeit hereinbricht, macht Jesus von da an deutlich: „Ich muss das Evangelium vom Reich Gottes verkündigen, denn dazu bin ich gesandt“ (Lk 4,43). Diese Predigtätigkeit ist bei Jesus jedoch von einer Heilungstätigkeit begleitet, so dass Jesu heilendes und helfendes Tun und seine Predigt eine unlösbare Einheit bilden. Die Evangelien zeigen, dass Gottes Herrschaft nicht nur mit Worten beschrieben wird, sondern auch im Wirken den Menschen offenbar wird.. Sehen und Hören gehören darum auch auf der Erkenntnisseite des Menschen eng zusammen (vgl. u.a. die so genannte Täuferanfrage Mt 11,2-6, besonders V. 2). Das Johannesevangelium weist dem Sehen sogar eine auffallend hohe Offenbarungsfunktion zu (vgl. Joh 15,24 und 10,37f). Die traditionell erkenntnistheoretische Abwertung der Wunder als „bloße Illustration“ oder als für die Glaubenserkenntnis „zweideutig“ hält der biblischen Überlieferung nicht stand.⁴³

⁴² Klaus Haacker, Krankheit, Gebet und Heilung, ThBeitr 36 (2005), Heft 6, 289–293

⁴³ vgl. Wolfgang J. Bittner, Heilung, Zeichen der Herrschaft Gottes, Schwarzenfeld 2007, S.30-32)

Jesu Kommen wird im Neuen Testament als Kampfgeschehen beschrieben. Diesen Verstehenshintergrund für sein Wirken fasst 1. Joh 3,8 in den Satz: „Dazu ist der Sohn Gottes erschienen, dass er die Werke des Teufels zerstöre.“ Darum „bedroht“ Jesus nicht nur Dämonen, sondern auch Krankheiten (Lk 4,38f) oder spricht vom „Geist der Krankheit“ (Lk 13,11). Der Zusammenhang von Mk 3,27 macht Jesu Anschauung vom Reich Gottes als Kampfgeschehen deutlich: „Niemand kann in das Haus des Starken (gemeint ist der Satan) hineingehen und ihm den Hausrat rauben, wenn er nicht zuvor den Starken bindet; erst dann wird er sein Haus ausrauben.“

Das **Kommen des Reiches Gottes, der Herrschaft Gottes in den Taten Jesu** ist also nicht als bloße Freundlichkeit den Menschen gegenüber gedacht, sondern ist Einbruch in die Sphäre der Herrschaft des Bösen, dem sowohl mit Vergebung als auch mit Heilung Terrain abgezwungen werden soll. Kampf und Sieg als Gegenbewegung gegen die zerstörerischen Kräfte des Bösen durchziehen das ganze Neue Testament bis hinein in die Offenbarung des Johannes. Die Kirche Jesu Christi ist – auf dem Hintergrund der Siegesgewissheit im Kreuz und in der Auferstehung Jesu – in diesen Kampf hinein genommen.

Es sind nicht marginale Aussagen des Neuen Testaments, sondern solche an prominenter Stelle, die davon sprechen, dass Jesu Auftrag zu predigen und zu heilen, weitergehen soll. Das sagt der vorösterliche Missionsbefehl Jesu vom „Predigen *und* Heilen“ (Mt 10,7f), aber auch der nachösterliche von Mt 28,18-20 (vgl. auch Mk 16, 5-20). Auch das Sendungswort von Joh 20,21: „Gleich wie mich mein Vater gesandt hat, so sende ich euch“, kann nicht anders verstanden werden, als dass es über die Wortverkündigung hinausweist und den Heilungsauftrag einbezieht.

Der Dienst an den Kranken in den urchristlichen Gemeinden

Dass die Apostel und die Urgemeinde ihre Sendung auch wirklich so verstanden und gelebt haben, zeigt uns die Apostelgeschichte an zahlreichen Stellen (vgl. 4,29-31; 6,8; 8,6). Auch Paulus kommt in seinen Briefen, die ja Gelegenheitsschriften sind, zu Aussagen, die deutlich erkennen lassen, dass Befreiungswunder zu seinem Dienst und zu seiner Erfahrung gehörten (vgl. 2 Kor 12,12; Röm 15,18f; 1 Kor.2,4 und 1 Thess 1,5 und 1 Kor 12,9.28).

Dieser Befund von einer gewissen „Normalität“ von Heilungen in der Urgemeinde wird von einem besonderen Text unterstrichen, der heute wieder deutlicher in das Interesse von Theologie und Gemeinde rückt: **Jakobus 5,13-16**.

Es handelt sich um eine Gemeindeordnung in Sachen Heilung, die auch für heute wichtige Aspekte des Themas frei setzt:

- Krankheit wird unter Christen nicht bagatellisiert, sondern als eigenständiges Thema ernst genommen.
- Krankheit wird als Angelegenheit der Gemeinde betrachtet, findet Berücksichtigung in ihrer Organisationsstruktur, ja wird sogar zur Sache der Gemeindeführung.
- Der Text verbreitet eine fast selbstverständliche Zuversicht des Vertrauens auf Besserung des Krankheitszustands, ja der Heilung. Diese Zuversicht spiegelt Erfahrung wieder.

- Gebet, Salbung und Vergebung nehmen die Bedürftigkeit des kranken Menschen in umfassender Weise auf (vgl. dazu auch Ps 103,3-6 und Mk 2,9ff)

Der in Jakobus 5 tradierte frühchristliche Heilungsdienst, der sich in Besuchen bei den Kranken, Fürbitte für sie, (gegenseitiges?) Schuldbekenntnis, Handauflegung und Salbung äußert, hat in allen christlichen Traditionen seinen Niederschlag gefunden und Auswirkungen bis in die konkrete liturgische Gestaltung hinein erfahren. Er darf auch für die Gestaltung von heilenden Diensten in den Gemeinden der Gegenwart als wegweisend gelten.

6.2 Heilung in der Geschichte der Kirche

In Gesprächen in Gemeinden oder bei Fortbildungen in der Diakonie wird bisweilen die Auffassung vertreten, eine breitere Heilungsbewegung habe es nur in der charismatisch bestimmten Frühzeit des Christentums gegeben, danach seien diese Phänomene wieder abgeklungen, man habe sich dann auf die rein praktisch orientierten diakonischen Hilfs- und Pflegedienste konzentriert, was auch heute die Kernaufgabe darstelle.

Auch wenn im Rahmen dieses Abschnitts kein ausführlicher Überblick über die Geschichte des heilenden Dienstes in der Kirchen- und Konfessionsgeschichte gegeben werden kann, so steht doch eines fest: Heilungen, Krankenfürsorge, geistorientierte Begleitung und Segnung von Menschen mit Krankheiten – all dies ist nicht einfach auf die Frühphase der Kirche beschränkt, sondern lebte in allen Phasen der Kirchengeschichte.⁴⁴

Heilungscharismen, Heilungsliturgien, Heilungsgebete hatten und haben einen lebendigen Stellenwert in vielen christlichen Traditionen der ökumenischen Christenheit. Die Tatsache, dass sie in der westeuropäisch-protestantischen Provinz der Christenheit zum Teil vielleicht etwas aus dem Blick geraten sind, darf nicht zu einem Fehlurteil bzw. zu einer Projektion der eigenen Prägung in die bestimmte Beurteilungsschemata der Kirchengeschichte insgesamt führen.

So sind in der orthodoxen Tradition bis in die Gegenwart viele Gebete für Kranke bekannt, die einen Teil der gesungenen Liturgie bilden. In der römisch-katholischen Tradition ist das Sakrament der Krankensalbung – eines der sieben Grundsakramente der katholischen Kirche – nach dem 2. Vatikanischen Konzil wieder neu entdeckt und aus seiner Engführung als „letzte Ölung“ befreit worden. Die Geschichte der Ordensgemeinschaften ist unauflöslich mit dem praktischen Dienst an Kranken und Bedürftigen verbunden, in vielen von ihnen lebt die Krankenfürbitte ebenso wie Krankensegnung und Ölung.

In der Geschichte des Protestantismus haben **Krankenhospize und Diakonissenmutterhäuser** wesentlich dazu beigetragen, dass der heilende Dienst der Kirche in vielen Ortsgemeinden und in kirchlichen Krankenhäusern gelebt und entfaltet wurde. Sie konnte sich darauf berufen, dass Martin Luther z.B. in seinem letzten Lebensjahr im Jahr 1545 eine ausführliche Briefanweisung zur Krankensegnung formuliert hat.

Eine ausführliche Rekonstruktion der Geschichte des heilenden Dienstes und seiner Wirklichkeit in der ökumenischen Vielfalt der Kirche, die mit Sicherheit faszinierend wäre,

⁴⁴ Vgl. hierzu Bittner, Heilung 60ff

steht noch aus. Doch wo immer das Thema Glaube und Heilung auf der Ebene der Zusammenarbeit in der ACK (Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen) aufgegriffen und vertieft wird, erschließt sich das reiche Potenzial dieses Themas auch im kirchengeschichtlich entfalteten und interkulturell-ökumenisch geöffneten Zusammenhang.

6.3. Die Wiederentdeckung der Kirche als heilender Gemeinschaft

Ökumenische Impulse

Die oben erwähnte Tübinger Konsultation von 1964⁴⁵ und eine nachfolgende Tagung 1967 bekräftigten, dass die örtliche Gemeinde oder christliche Gemeinschaft der Hauptakteur für Heilung ist. Es wurde hervorgehoben, dass bei aller Notwendigkeit und Legitimität spezialisierter christlicher Einrichtungen wie zum Beispiel der Krankenhäuser, Dienste für elementare Gesundheitsversorgung und besondere Pflegeheime, jede christliche Gemeinschaft als solche – als der Leib Christi – eine heilende Bedeutung und Relevanz hat.

Auch in der internationalen ökumenischen Debatte lässt sich seit Ende der 1990er Jahre eine verstärkte Aufmerksamkeit für die Wiederentdeckung der Kirche als heilender Gemeinschaft feststellen:

Im Jahre 2000 fand in Hamburg eine ÖRK-Studienkonferenz unter dem Thema „Faith, Health and Healing“ statt, die eine Neuanknüpfung an den Lernweg der ärztlichen Mission und des christlichen Heilungsdienstes in verschiedenen Kirchen versuchte.⁴⁶ Zwei große ökumenischen Versammlungen des Jahres 2003 standen jeweils zentral unter der Frage einer Neuerschließung des Verständnisses der heilenden Mission der Kirche: Die Vollversammlung des Lutherischen Weltbunds in Winnipeg, Kanada, ging dem Thema nach „For the healing of the world“ und die Vollversammlung der Konferenz Europäischer Kirchen (KEK) im Juni 2003 in Trondheim formulierte ebenfalls die Vision der Kirche als einer heilenden und versöhnenden Gemeinschaft.

Schließlich stand die **Weltmissionskonferenz in Athen 2005** unter dem Thema: „Komm, Heiliger Geist, heile und versöhne. In Christus berufen, versöhnende und heilende Gemeinschaften zu sein.“

Im ÖRK-Vorbereitungsdokument für die Weltmissionskonferenz in Athen (2005) mit dem Titel **„Der Heilungsauftrag der Kirche“** wird das Wesen der Kirche als heilende Gemeinschaft ausgeführt:

„Das Wesen und die Mission der Kirche ergeben sich aus der Identität und Mission des Dreieinigen Gottes selbst, mit deren besonderem Akzent auf der Gemeinschaft, in der Miteinanderteilen in dynamischer Interdependenz geübt wird. Es gehört zum innersten Wesen der Kirche – verstanden als der durch den Heiligen Geist geschaffene Leib Christi - als eine heilende Gemeinschaft zu leben, heilende Charismen zu erkennen und zu pflegen und Dienste der Heilung als sichtbare Zeichen der Gegenwart des Gottesreiches zu unterhalten“ ... „Eine versöhnende und heilende Gemeinschaft zu sein, ist eine wesentliche Ausdrucksform des Auftrags der Kirche, neue und erneuerte Beziehungen in der Perspektive des Gottesreiches zu schaffen. Dies bedeutet, Christi Gnade und Vergebung

⁴⁵ Abschnitt 2.3

⁴⁶ Dokumentiert in: IRM Vol. 356/357, January/April 2001 (Themenheft „Faith, Health, Healing“)

zu verkündigen, Körper, Geist und Seele zu heilen und zerbrochene Gemeinschaften in der Perspektive der Fülle des Lebens zu versöhnen (Johannes 10,10)“ ...

„Die Art und Weise, wie Menschen in einer örtlichen Gemeinschaft aufgenommen, begrüßt und behandelt werden, hat eine tief greifende Auswirkung auf deren heilende Funktion. Wie ein Netzwerk der gegenseitigen Unterstützung, des Aufeinanderhörens und der wechselseitigen Sorge in einer Ortsgemeinde erhalten und gefördert wird, bringt die heilende Kraft der Kirche als ganzer zum Ausdruck. Alle Grundfunktionen der Ortsgemeinde haben auch für die breitere Gemeinschaft eine heilende Dimension: die Verkündigung des Wortes Gottes als eine Botschaft der Hoffnung und des Trostes, die Feier der Eucharistie als ein Zeichen der Versöhnung und der Wiederherstellung, der seelsorgerliche Dienst eines jeden Gläubigen, das persönliche und gemeinschaftliche Fürbittgebet für alle Glieder und insbesondere für die Kranken. Jedes einzelne Glied einer Ortsgemeinde hat eine einzigartige Gabe, um zum gesamten heilenden Dienst der Kirche beizutragen.“⁴⁷

In diesem Vorbereitungsdokument wird auch die Wichtigkeit der heilenden Gaben in den Gemeinden betont:

„Nach der biblischen Tradition sind der christlichen Gemeinschaft durch den Heiligen Geist vielfältige Gaben des Geistes anvertraut (1 Korinther 12), unter denen Charismen, die für den heilenden Dienst wesentlich sind, eine herausragende Rolle spielen. Alle Gaben des Heilens innerhalb einer gegebenen Gemeinschaft brauchen eine bewusste Ermutigung, geistliche Stärkung, Fortbildung und Bereicherung, aber auch einen eigenen Dienst der seelsorgerlichen Begleitung und der kirchlichen Aufsicht. Charismen sind nicht auf so genannte ‚übernatürliche‘ Gaben beschränkt, die über das allgemeine Verständnis und/oder die persönliche Weltsicht hinausgehen, sondern sind in einem weiteren Sinne zu verstehen, in dem sowohl Begabungen als auch Verfahrensweisen der modernen Medizin, alternative medizinische Ansätze wie auch Gaben der traditionellen Heilung und spirituelle Formen der Heilung zu ihrem eigenen Recht kommen. Von den wichtigsten Mitteln und Ansätzen des Heilens innerhalb der christlichen Tradition sollten folgende erwähnt werden:

- die Gabe des Gebets für Kranke und Trauernde
- die Gabe der Handauflegung
- die Gabe der Segnung
- die Gabe der Salbung mit Öl
- die Gabe der Beichte und der Buße
- die Gabe der Tröstung
- die Gabe der Vergebung
- die Gabe des Heilens von verwundeten Erinnerungen
- die Gabe des Heilens zerbrochener Beziehungen und/oder des Familienstammbaums
- die Gabe des meditativen Gebets
- die Gabe der schweigenden Präsenz
- die Gabe des gegenseitigen Zuhörens
- die Gabe der Abwendung und Austreibung böser Geister (Dienst der Befreiung)
- die Gabe der Prophetie (in persönlichen und sozio-politischen Bereichen)“⁴⁸

⁴⁷ Der volle Text ist nachzulesen unter: http://www.mission2005.org/Dokumente.1041+B6Jkw9Mg__.0.html

⁴⁸ Der volle Text ist nachzulesen unter: http://www.mission2005.org/Dokumente.1041+B6Jkw9Mg__.0.html

6.4 Die christliche Gemeinde als bedeutende soziologische Größe

Christliche Gemeinden, in welcher historisch bedingten Verfasstheit auch immer, bezeichnen einen gemeinsamen Lebensraum von Gesunden und Kranken, Starken und Schwachen, Stablen und Instablen. Sie leben von der Botschaft der *unbedingten* Annahme durch das Wort und Werk des lebendigen Christus, als mit Gott und untereinander Versöhnte. Ihr Horizont ist das kommende Reich Gottes. Dieser Horizont weckt die Sehnsucht nach gegenwärtigen heilsamen Erfahrungen, die der christlichen Gemeinde verheißen sind. Er begrenzt aber gleichzeitig unsere Erwartungen auf ein Maß und macht uns zu Wartenden, die auf die umfassende Fülle des Heils Gottes hoffen.

Die Lebenswurzeln der Existenz christlicher Gemeinden sind nach Apg 2,42 „die Lehre der Apostel“, „die Gemeinschaft“, „das Brechen des Brotes“ (Abendmahl, Eucharistie) und „das Gebet“. Diesen Lebenswurzeln sind im wörtlichen Sinn „Ressourcen“, Quellen, aus denen Christinnen und Christen immer aufs Neue schöpfen. Ihnen eignet eine heilsame, heilende Kraft, die sich individuell und sozial entfalten soll.

Soziologisch sind Gemeinden ein einzigartiger Organismus mit der Möglichkeit zu vielfältigen Begegnungsformen, ein Netzwerk des sich Versammelns und Besuchens, des Feierns und Helfens. „Menschen aller Schichten und Altersstufen sind Gemeindemitglieder. Nichts geschieht außerhalb des Bereichs, der Ruf- und Sichtweite einer Kirchengemeinde. Jedes Glück, jedes Leid, jede Not ereignet sich in ihrem Bereich. Gemeinden haben ein umfassendes ‚Lebenspotential‘, das Himmel und Hölle, Geburt und Tod, Feier und Trauer, Jung und Alt, Hilfe geben und Hilfe erfahren, Entlasten und Beistehen, Freiraum und Geborgenheit, Individualität und Sozialität umfasst.“⁴⁹

Dieses **umfassende Lebenspotenzial** soll innerhalb der Gemeinde entdeckt und im Licht der Verheißungen Gottes gestaltet werden. Dass es sich hierbei nicht nur um geistige, sondern auch um leibliche, nicht nur um organisatorische, sondern um organisch-geistliche Zusammenhänge handelt, spricht sich in der Bezeichnung „Leib Christi“ aus, die das Neue Testament für die Gemeinschaft der Christen gebraucht. Das wechselseitige Füreinander-Einstehen mit den jeweiligen Gaben („Charismen“) soll die Körpersprache einer Gemeinde bestimmen (1 Kor 12; 1 Petr 4,10; Gal 6,2).

Das Neue Testament rechnet auf allen Ebenen – der leiblichen, seelischen und geistigen – damit, dass es in diesem Leib Christi zu heilsamen Prozessen kommt, die erfahrbare Heilungen einschließen können (vgl. z.B. oben zu Jak 5,13ff) Der Rückbezug auf den vergebenden, helfenden und heilenden Christus bestimmt dabei die Sendungsrichtung der Gemeinde: „Gleich wie mich mein Vater gesandt hat, so sende ich euch“ (Joh 20,21).

6.5 Eine heilende Gemeinde als missionarische Gemeinde

Diese Sendung drängt über die Grenzen der Gemeinden hinaus, zu den Distanzierten hin und über sie hinaus in das Gemeinwesen, den Stadtteil, den Ort, das Dorf. Weder feierliche Erklärungen von Kirchen noch große kirchliche oder diakonische Systeme können die Anwaltschaft einer Ortsgemeinde für die Menschen ersetzen. Die auch in Deutschland bekannt gewordene Willow-Creek-Gemeinschaft (Chicago) bringt den Sachverhalt

⁴⁹ Paul-Hermann Zellfelder-Held, *Solidarische Gemeinde. Ein Praxisbuch für diakonische Gemeindeentwicklung*, Neuendettelsau 2002, S. 19

zugespitzt auf den Punkt: „The local Church is the hope of the world“ („Die Ortsgemeinde ist die Hoffnung der Welt.“)

Dieses **Hoffnungspotenzial** wird zum Licht über die Gemeinde hinaus, wird „missionarisch“, wenn die Tabuisierung, Verdrängung und Anonymisierung des Leidens überwunden wird und Menschen erfahren können, dass sie in der Gemeinschaft von Christen in ihren Schmerzen, Krankheiten, Trennungs- und Abbruchserlebnissen „landen“ können und nicht allein gelassen werden.

Das stellt unsere Gemeinden vor große Herausforderungen. Wie können sie zu einem Raum werden, in dem eine heilende und versöhnende Kraft erlebbar wird? Wie befähigen wir unsere Gemeindeglieder, heilende Seelsorge an anderen zu leben und zu üben? Wie gestalten und organisieren wir Angebote?

Diese Fragen sind auch für den missionarischen Auftrag von großer Bedeutung. Denn viele Menschen werden erst dann ansprechbar auf den Glauben, auf ihre Gottesbeziehung, wenn sie in ihrer leib-seelischen Bedarfslage wahrgenommen werden und wenn das worthwhile Glaubenszeugnis durch das Tatzeugnis von seelsorgerlich-diakonischen bzw. heilenden Diensten begleitet und beglaubigt wird.

6.6 Gestalten und Impulse einer heilenden Spiritualität

Seit den Anfängen der Kirchengeschichte hat sich die Sorge um die Kranken, die Entfaltung von charismatischen Gaben der Heilung und die Verbindung von christlichem Glauben mit Pflege und Krankenfürsorge in besonderen Netzwerken und Gemeinschaften einen sichtbaren Ausdruck und institutionellen Trägerkreis verschafft.

Was eine **christliche Spiritualität des Heilens** bedeutet und wie sie innerlich geteilt und kommuniziert wird, kann letztlich nicht allein, sondern nur in Verbindung mit anderen erfahren werden. Folgende Merkmale einer heilenden Spiritualität können dabei in entsprechenden Netzwerken besonders erfahren und vertieft werden:

- Heilende Spiritualität in christlicher Tradition rechnet mit der Gegenwart und Wirksamkeit heilender Gaben, Mittel und Kräfte in der Schöpfung, in mir selbst, in Beziehungen zwischen Menschen – solche innerhalb des naturwissenschaftlichen Erklärungsrahmens und darüber hinaus.
- Heilende Spiritualität äußert sich in einem praktischen Tun, das Krankheit und Gebrechen umfassend, d.h. unter Einbeziehung der religiösen Dimension, begegnet. Die alten Elementartugenden und -bräuche christlicher Tradition – das Singen, das Loben, das Erinnern des Guten, das Beten, das Segnen und Gesegnet werden, das Handauflegen, die Salbung mit Öl – haben eine Segnungs- und Heilungskraft mit spürbaren, wenn auch nicht in jedem einzelnen Fall garantierten oder messbaren Folgen.
- Heilende Spiritualität in christlicher Tradition braucht eine neue Einbeziehung der eigenen Leiblichkeit, unserer körperlichen Selbstwahrnehmung, Atmung, Bewegung, Ausstrahlung in unsere religiöse Identität. Spirituell ausstrahlende Menschen sind in ihrem Körper präsent, beziehen Haltungen und Gesten des Körpers in Gebet und in heilende Gesten ein.

- Heilende Spiritualität in christlicher Tradition bedeutet, dass jede Begegnung mit einem Menschen in der Situation von Krankheit, Belastung oder Suche nach Heilung in der Haltung des Gebets geschieht: Nicht meine professionelle Kompetenz, mein Können, meine Technik oder meine energetischen Kräfte stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern die offen suchende Haltung der Wahrnehmung und unbedingten Achtung des anderen im Geist des Gebets um Heilung von Gott.
- Einübung in eine heilende Spiritualität bedeutet auch Wahrnehmung der eigenen Verwundungen, Begrenzungen, Anfälligkeiten und Grenzen. Das Leitbild der christlichen heilenden Spiritualität ist der verwundete Heiler, der im Durchgang durch Schmerz, Leiden und Tod Gehaltensein, Wiederherstellung, Rettung und Aufgerichtetwerden durch Gott erfährt.
- Heilende Spiritualität in christlicher Tradition verzichtet auf jeden, auch einen religiösen Machtanspruch des einen über den anderen in der seelsorgerlichen oder therapeutischen Begegnung. Sie lässt dem anderen die Freiheit zur eigenen Antwort.
- Heilende Spiritualität in christlicher Tradition kann sich in explizit verbalen Formen äußern (biblische Zusage, Gebet, Segenszuspruch), sie steht aber unter keinem Verbalisierungszwang. Es gibt Situationen, in denen Gesten mehr sagen können als Worte.

In der Gestaltung und Reifung einer inneren Haltung heilender Spiritualität gibt es keine Anfänger und Fortgeschrittene, keine Hierarchie der Entwicklungsstufen (anders als bei der Reiki-Stufenlehre), sondern nur ein ständiges Neu-Anfangen und jeweiliges Fortschreiten, da wir immer und grundsätzlich in der Spannung zwischen dem möglichen Verfehlen und dem möglichen Gelingen des eigenen Lebens und der Offenheit zu Gott bleiben.

Wir brauchen besondere **Orte, Zeiten und Rituale**, in denen sich eine solche heilende Spiritualität christlicher Prägung alleine oder gemeinsam erneuern kann. Diakonische Netzwerke, geistliche Geschwisterschaften und Dienst- oder Selbsthilfegruppen in Gemeinden können heute Orte sein, an denen die enorm zunehmende Suche nach heilender Spiritualität für Kranke, Angehörige, Getrennte, Gescheiterte, Sehnsüchtige eine Antwort und einen lebendigen Ausdruck finden kann.

6.7 Beispiele aus anderen Ländern

Impulse aus der anglikanischen Kirche

Wohl am weitesten entfaltet ist die Tradition eines heilenden Dienstes der Kirche in den Gemeinden in England. Wer die Anglikanische Kirche in Großbritannien kennen gelernt hat, dem wird schnell auffallen, dass dort der Stellenwert von Heilung, Krankengebet und Krankensalbung ein anderer ist als bei uns. In vielen Diözesen der Anglikanischen Kirche finden regelmäßig Gebetsgottesdienste für Kranke statt, es lebt die Erwartung, dass die Geistesgaben der heilenden Kraft auch jetzt noch der Kirche geschenkt sind. Es gibt zahlreiche „Homes of Healing“, in denen in besonderer Weise die christlichen Zugänge zum Heilwerden gepflegt werden (z.B. die Klinik in Burrowswood).

Fast jede Diözese hat einen Priester/eine Priesterin als „Advisor on the Healing and Deliverance Ministries“, der/die direkt dem Bischof oder einem „Pastoral Committee on Healing“ zugeordnet ist. Schon im Jahr 1958 gab es in England eine umfassende offizielle Studie des Erzbischofs unter dem Titel „The Churches' Ministry of Healing“, die die Grundlagen für die spätere Entfaltung von Heilungsgottesdiensten und diakonischen Angeboten in vielen Gemeinden legte. Das Modell dieser Studie, an der Ärzte,

Pflegepersonal, Krankenhaus- und Gefängnis-Seelsorger ebenso wie Bischöfe teilgenommen haben, stand Pate bei der jüngsten Erarbeitung einer aktualisierten Folgestudie, die sich eine Bestandsaufnahme, neue Rahmenempfehlungen und grundlegende Einführungen in verschiedene Themenbereiche des heilenden Dienstes der Kirche zum Ziel gesetzt hat. Unter dem Titel „**A Time to Heal. A Report to the House of Bishops on the Healing Ministry**“⁵⁰ wurde die 400-seitige Studie im Jahr 2000 in London veröffentlicht und ist schon in dritter Auflage erschienen.

Diese Studie ist mit der Grundüberzeugung geschrieben: „The healing ministry is part of the mission of the Church, not an optional or extraneous activity. In fact the whole of the Church’s mission could be described as healing in a very broad sense.“⁵¹

Die Studie eröffnet einen breiten Dialog zwischen Kirche und den Beteiligten des Gesundheitssystems und der gemeindlichen Dienste der Heilung. Unter den Einzelbeiträgen finden sich eine historische Einführung in die Geschichte der heilenden Dienste in England, über Heilung in der biblischen Tradition, über verschiedene Gestalten von Heilungsdiensten in der anglikanischen Kirche, über ökumenische Zusammenarbeit bei heilenden Diensten mit und in anderen Kirchen, über das Verhältnis zwischen kirchlichem Heilungsdienst und professionellen Diensten des Gesundheitssystems, über besondere Notwendigkeiten des heilenden Dienstes in der Sterbegleitung, im Befreiungsdienst sowie den Dialog zwischen Kirche und komplementären Heilungsmethoden bzw. der alternativen Medizin.

Einen hervorragenden Überblick über verschiedene Formen und Bereiche von heilenden Diensten in der Gemeinde vermittelt das Kapitel über „Developing the Healing Ministry in the Parish“ (A Time to Heal, p. 258-281), das wie ein Kompendium der Praxisformen einer heilenden Mission im anglikanischen Kontext verstanden werden kann.

Impulse aus Norwegen

In Norwegen ist seit etwa einem Jahrzehnt eine interessante Entwicklung im Hinblick auf die Wiederentdeckung der Potenziale der Kirche und von Gemeinden in Bezug auf Gesundheit zu beobachten.

Wie im übrigen Europa auch, so hatten sich in Norwegen die Kirchen und die Gesundheitsdienste über die Jahrhunderte hinweg weitgehend auseinander entwickelt. Ende des 20. Jahrhunderts jedoch wurden in Norwegen Stimmen laut, die das „bio-psycho-soziale“ Modell von Gesundheit und Heilung in Frage stellten – sowohl von ziviler wie auch von kirchlicher Seite. Und seit Beginn der 1990er Jahre stehen die Norwegische Kirche, Vertreterinnen und Vertreter der christlichen Gesundheitsarbeit und das Gesundheitsministerium im Austausch und führen einen fruchtbaren Dialog über die Rolle der Kirche und der Gemeinden im Hinblick auf die Gesundheit.

1999 legte das Gesundheitsministerium dem Norwegischen Parlament eine **Gesetzesvorlage** vor über die für die Gesundheitsdienste geltenden Werte: „**On the Values of the Norwegian Health Services**“. Hierin wird festgehalten, dass der Mensch eine Ganzheit aus Leib, Seele und Geist ist und dass im Hinblick auf Gesundheit und auf

⁵⁰ Church of England (Hg.), A Time to Heal. A Report to the House of Bishops on the Healing Ministry, London 2000

⁵¹ A Time to Heal, p. 37

heilende Prozesse auch die existenzielle und die spirituelle Dimension des Menschen berücksichtigt werden sollen. Diese Gesetzesvorlage, die sich eindeutig auf die biblische Anthropologie bezieht, wurde im Jahr 2001 von einer großen Mehrheit des norwegischen Parlaments – quer durch alle Parteien – gebilligt.

Seither arbeiten in Norwegen kirchliche und staatliche Organisationen wieder mehr zusammen, zum Beispiel im Hinblick auf die Gesundheitserziehung, auf kranke und ältere Menschen und auf Randgruppen. Die Politiker sehen, dass das öffentliche Gesundheitssystem enorm profitieren kann, wenn Synergien zwischen staatlichen und kirchlichen Strukturen entstehen.

Eine Schlüsselposition nehmen dabei Diakone ein. Dies sind Frauen und Männer, die sich in den Gemeinden gefährdeten Personen und Gruppen zuwenden und bei Notlagen selbst helfen oder nach Möglichkeiten der Hilfe suchen. Meist haben sie eine medizinisch-pflegerische Grundausbildung, aber ihr Dienst umfasst die Sorge um die körperliche Gesundheit ebenso wie um die sozialen Beziehungen eines Menschen und schließt zum Beispiel auch das Gebet mit ein.⁵²

Gemeinde getragene Gesundheitsdienste

Im Jahr 1968 wurde beim Ökumenischen Rat der Kirchen (ÖRK) die **Christian Medical Commission (CMC) als christliche Gesundheitskommission** eingerichtet. Neben dem Mandat, ein christliches Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit zu erarbeiten⁵³, wurde die CMC beauftragt, neue Konzepte für die Praxis der christlichen Gesundheitsarbeit, vor allem in den Ländern des Südens, zu entwickeln. Denn es hatte sich gezeigt: Der bisher weitgehend praktizierte Transfer des westlichen medizinischen Systems in die Länder des Südens war nicht in der Lage, die Gesundheit der Menschen dort nachhaltig zu verbessern. Denn das westliche medizinische System war weitgehend kurativ ausgerichtet und auf große, meist hoch technisierte Krankenhäuser konzentriert. Damit änderte es wenig an den eigentlichen Krankheitsursachen, wie z.B. der mangelnden Hygiene und der Fehlernährung. Zudem war es sehr teuer und damit nur einem privilegierten Teil der Bevölkerung zugänglich.

Die CMC – in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen – trug wesentlich zur Entwicklung des Konzepts der **Basisgesundheitsarbeit** (Primary Health Care, PHC) bei, das im Jahr 1978 von der WHO als verbindlich für ihre Mitgliedstaaten erklärt wurde. Der Schwerpunkt dieses Konzepts liegt auf der Prävention und auf den Gemeinden als Trägern der Gesundheitsarbeit.

In den Jahren nach 1978 wurden in vielen Ländern des Südens Gemeinde getragene Gesundheitsdienste eingerichtet, vor allem in Lateinamerika, Afrika, Indien und Indonesien. In zahlreichen kirchlichen und zivilen Gemeinden wurden Dorfgesundheitshelferinnen und -helfer ausgebildet, die mit einem medizinischen Basiswissen und einer Grundausrüstung an Medikamenten ausgestattet wurden und zahlreiche Krankheiten erkennen und behandeln oder auch PatientInnen zur Behandlung in größere Zentren überweisen konnten. Dies führte zum Beispiel zu einer Verbesserung des Wissens von Hygiene und

⁵² Diese Informationen zur Entwicklung in Norwegen basieren auf unveröffentlichten Artikeln und auf Gesprächen mit Dr. Tor S. Haugstad, Oslo Center for Peace and Human Rights. Dr. Haugstad war einer der Initiatoren des Dialogs zwischen Kirche und Staat in Norwegen.

⁵³ S. dazu oben Abschnitt 2.3 und 2.4

gesunder Ernährung und zu einem Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit in vielen Regionen.

Für kirchliche Gemeinden bedeutet diese Aufwertung Gemeinde getragener Gesundheitsdienste die Chance, sich selbst als heilende Gemeinde zu erfahren und neben medizinisch-naturwissenschaftlichen heilenden Maßnahmen auch in Bezug auf weitere Dimensionen heilend zu wirken.

Dass Heilung eine physische, soziale und eine spirituelle Dimension hat und dass Kirchengemeinden diese Dimensionen auf besondere Weise miteinander verbinden können, zeigt das **Beispiel einer Gemeinde im Ostkap Südafrikas**:

Das Schweigen um HIV/Aids zu brechen, war das Ziel eines Aidsprojekts, das 1996 von der Moravian Church im Ostkap Südafrikas ins Leben gerufen wurde und im Wesentlichen von ehrenamtlichen Gemeindegliedern getragen wird. Angesichts der Stigmatisierung und Diskriminierung, der Infizierte und Erkrankte auch oder sogar besonders in Südafrika, dem Land mit der weltweit höchsten Infektionsrate, ausgesetzt sind, kennzeichnet der Name des Projekts das Programm: Das Xhosa-Wort **Masangane** bedeutet: „**Wir umarmen und berühren uns**“.

Der Schwerpunkt von Masangane lag zunächst auf der Präventionsarbeit und konzentrierte sich auf Frauen und Jugendliche. Die Aufklärungsarbeit mit Jugendlichen schließt die Organisation von Sport- und Singgruppen mit ein. Das Programm bemüht sich auch, die Lebensumstände Jugendlicher zu verbessern, zum Beispiel indem Heranwachsende Hilfen bekommen, die ihnen den Schulbesuch und eine Ausbildung ermöglichen.

In 2002 hat Masangane begonnen, Aidskranke mit spezifischen Aidsmedikamenten zu behandeln. Dies ist in zweifacher Hinsicht bahnbrechend: Nachdem die Behandlung mit Aidsmedikamenten bisher immer an große Gesundheitseinrichtungen gebunden war, zeigt Masangane beispielhaft, dass die lebensverlängernde Behandlung Aidskranker in der Verantwortung einer Gemeinde und in einer ländlich geprägten Gegend möglich ist.

Masangane geht jedoch weit über die medizinische Behandlung hinaus: Die an das Programm angeschlossenen Frauen und Männer treffen sich in den Räumen der Gemeinde in einer Art Selbsthilfegruppe, in der sie sich austauschen und gegenseitig stützen. Viele von ihnen waren lange Zeit völlig isoliert gewesen und hatten sich nicht getraut, mit irgendjemandem über ihre HIV-Infektion zu reden. Wieder Teil einer Gemeinschaft zu sein, ist für die Betroffenen eine ebenso wichtige Erfahrung von Heilung wie die Lebensverlängerung.

Darüber hinaus hat Heilung in diesem Programm auch eine spirituelle Dimension: Gemeinsames Singen, Beten und das Lesen in der Bibel sind wesentliche Bestandteile von Masangane. Eine junge Frau drückt ihre Erfahrung so aus: „Es ist das Wort Gottes, das mich heilt und befreit.“ In den Sonntagsgottesdiensten der Gemeinde haben die meist jungen Frauen und Männer die Gelegenheit, über ihre Erkrankung und ihre Erfahrungen von Heilung zu berichten. Dies trägt wesentlich dazu bei, das Schweigen zu HIV/Aids zu brechen und ist dadurch ein wichtiger Faktor in der Prävention.

Für die Menschen, die durch Masangane betreut werden, sind die aufgezeigten Dimensionen des Programms untrennbar: Die Lebensverlängerung, die

Wiedereingliederung in die Gemeinschaft und die Erfahrung der Heilung durch Gott sind Aspekte von Heilung, die zusammen gehören und sich gegenseitig ergänzen.⁵⁴

„Religious Health Assets“ – Religionen und religiöse Gemeinschaften als gesundheitsfördernde Ressourcen

Nachdem die oben diskutierten epidemiologischen Studien über viele Jahre den Einfluss von Spiritualität auf die individuelle Gesundheit untersucht haben, kommt seit Beginn der 1990er Jahre auch der Einfluss von Religionen und religiösen Gemeinschaften auf die öffentliche Gesundheit (public health) in den Blick und wird wissenschaftlich untersucht. Auch hier ging die Initiative vor allem von den USA aus. So wurde zum Beispiel an der Rollins School of Public Health der Emory University in Atlanta im Jahr 1992 das Interfaith Health Program (IHP) etabliert, das diesen Zusammenhängen nachgeht.⁵⁵

Dieses Programm lehrt uns eine neue Sicht auf die religiösen Gemeinschaften: Anstatt wie oft deren Defizite zu sehen und zu benennen, werden ihre **Möglichkeiten, Potenziale in Bezug auf Gesundheit** in den Blick genommen. „Health“/„Gesundheit“ wird in diesem Zusammenhang in einem sehr weiten Sinn verstanden.

Konkret umfasst die Arbeit des IHP zum Beispiel gemeinsame Kurse für Personen, die in Gemeinden arbeiten oder für einen pastoralen Dienst ausgebildet werden, und für Personen, die im öffentlichen Gesundheitswesen arbeiten oder sich darauf vorbereiten. Sie lernen die Zusammenhänge zwischen Religion und Gesundheit und werden auf eine Tätigkeit im Hinblick auf die Förderung von Gesundheit hingeführt

Dabei geht es um die Förderung eines gesunden Lebensstils und um die Nutzung des Netzwerks einer Gemeinde in Bezug auf sozial schwache oder kranke Gemeindeglieder. Ein Ziel ist, religiöse Strukturen und Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Zusammenarbeit, zur Synergie zu bringen.

Gary Gunderson, der Leiter des Programms, zeigt acht **Stärken religiöser Gemeinschaften** auf: *„Gemeinden begleiten Menschen, bringen Menschen zusammen und bringen sie in Beziehung. Sie bieten geschützte Räume und einen Bezugsrahmen. Sie segnen, beten und sind verlässlich.“*⁵⁶ Diese Stärken von Gemeinden *„sind die Kanäle, durch die – so können wir erwarten – Gott in unsere Mitte kommt und das Leben in unseren Gemeinden wachsen lässt.“*⁵⁷

In diesem Zusammenhang wurde der Begriff „Religious Health Assets“ geprägt. **„Asset“** – zunächst einmal ein Begriff aus der Ökonomie, der Vermögensgegenstände, Aktivposten in der Bilanz meint – bezeichnet hier die **Stärken, Schätze, das Potenzial, die Ressourcen von Religionen und religiösen Gemeinschaften in Bezug auf Gesundheit.**

⁵⁴ Informationen dazu über das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (Difäm) oder das Evangelische Missionswerk in Südwestdeutschland (EMS). Im Internet zum Beispiel unter: <http://www.ems-online.org/77.html>

⁵⁵ Dieses Programm ist nicht auf die christliche Religion beschränkt, sondern bezieht andere Religionen in die Untersuchungen mit ein. Informationen unter: <http://www.ihpnet.org/>

⁵⁶ Gary Gunderson, *Deeply Woven Roots. Improving the Quality of Life in your Community*, Minneapolis 1997, 22 (eigene Übersetzung)

⁵⁷ ebd. (eigene Übersetzung)

Von Atlanta aus wurde inzwischen ein weltweiter Prozess angeregt, der auch für andere Kontinente die „Assets“ von Religionen und religiösen Gemeinschaften dokumentieren und neu ins Bewusstsein bringen soll. Als ein erster Schritt wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Kapstadt im Jahr 2003 das „**African Religious Health Assets Program**“ (**ARHAP**) initiiert. ARHAP setzt sich zum Ziel, für Afrika südlich der Sahara die Bedeutung religiöser Strukturen in Bezug auf Gesundheit im weitesten Sinn aufzuzeigen.

So soll unter anderem dokumentiert werden, dass die Kirchen ein bis in die entferntesten geographischen Gebiete verzweigtes Netz bilden, das von den Regierungen und auch den internationalen Geldgebern noch nicht richtig genütztes gesundheitsförderndes Potenzial bildet. Anstatt zum Beispiel zur Bekämpfung von HIV/Aids neue staatliche Strukturen aufzubauen, wäre es sinnvoll, die bestehenden Strukturen der Glaubensgemeinschaften zu nutzen und zusammen mit staatlichen Strukturen Synergieeffekte zu bilden.⁵⁸

Im Auftrag und mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) führte ARHAP in Lesotho und Sambia quantitative Studien durch, die dokumentieren, welchen Anteil religiöse Organisationen und Gemeinschaften am Kampf gegen HIV/Aids haben. Das Ergebnis ist: In Lesotho sind etwa 40% und in Sambia etwa ein Drittel aller Initiativen gegen HIV/Aids durch religiöse Organisationen und Gemeinschaften getragen. Darüber hinaus zeigt diese Studie aber auch, dass religiöse Organisationen einen besonderen Beitrag zur Bekämpfung von HIV/Aids leisten. Sie tun das durch nicht direkt messbare Faktoren wie zum Beispiel spirituellen Beistand und die Vermittlung von Wissen in religiösen Gemeinschaften.⁵⁹

In der Presseerklärung der WHO anlässlich der Veröffentlichung der ARHAP-Studie im Februar 2007 heißt es: „Religiöse Organisationen spielen in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit HIV/Aids in Afrika südlich der Sahara eine viel größere Rolle als es bisher anerkannt wurde.“ Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Studie fordert die WHO für die Zukunft unter anderem eine intensivere Zusammenarbeit zwischen religiösen und staatlichen Organisationen in der Gesundheitsarbeit und den Einbezug von Gemeinden in die Gesundheitsarbeit.⁶⁰

6.8 Konsequenzen: Wiederentdeckung der ökumenischen Potenziale des Heilungsdienstes

Von Europa aus wurde die ökumenische Diskussion um Gesundheit, Heilung und die heilende Gemeinde seit Mitte des 20. Jahrhunderts initiiert und wesentlich beeinflusst. Innerhalb Europas jedoch, besonders auch in Deutschland, wurde die Theologie der heilenden Gemeinde kaum rezipiert, und es kam nur selten zu einem Dialog zwischen Theologie und Medizin.

Am Beginn des dritten Jahrtausends könnte der Prozess, der zunächst von Europa ausging, in umgekehrter Richtung verlaufen: Wir haben die Chance, von den Gemeinden und Bewegungen in den jungen Kirchen zu lernen und uns von ihnen inspirieren zu lassen. Wir können die Möglichkeiten, die „assets“ der Gemeinden im Bereich von Heilung neu

⁵⁸ Näheres zu ARHAP ist zu finden unter: <http://www.arhap.uct.ac.za>

⁵⁹ Der komplette Studienbericht ist einzusehen unter:

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np05/en/index.htm>

⁶⁰ Text der Presseerklärung unter:

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np05/en/index.htm>

sehen und entdecken: die Eucharistie als Sakrament der Heilung; heilende Riten; die vielfältigen charismatischen Gaben der Gemeindeglieder; das Gebet miteinander, füreinander und für andere; die Möglichkeit, ein soziales Netz zu bilden und in den Gemeinden eine Atmosphäre der Annahme und des Wohlwollens zu pflegen.

Unsere Gemeinden haben Aufgaben und Chancen in der Welt von heute – gerade in unserer Gesellschaft sehnen sich Menschen nach körperlicher und seelischer Heilung oder der Heilung gestörter Beziehungen und suchen in den Gemeinden Heimat und Halt.

Dies trifft in besonderer Weise für junge Menschen zu: Für viele von ihnen ist Religiosität ein wichtiges Thema. In einer in vieler Hinsicht unübersichtlich gewordenen Welt stellt sich für sie die Frage nach dem Sinn des Lebens in besonderem Maß. Sie suchen nach Halt und Heilung und sind offen für das Transzendente.

Viele Jugendliche suchen und finden Antworten auf ihre Bedürfnisse und Fragen bei östlichen Religionen und neuen religiösen Bewegungen. Sprechen auch unsere christlichen Gemeinden Menschen auf der Suche, besonders Jugendliche, an? Sind sie geeignet, Heimat und einen Bezugsrahmen zu geben, mit anderen Worten: Sind sie heilende Gemeinden?

Um das weite Spektrum des heilenden Dienstes der Gemeinden wieder zu sehen, können in den Gemeinden Gesprächsprozesse zur Bedeutung von Gesundheit und Heilung und den Möglichkeiten der Gemeinden angeregt werden. An diesen Gesprächen sollten Frauen und Männern, die im Bereich der Gesundheitsarbeit tätig sind, und solche, die im Gemeindedienst stehen, beteiligt werden.⁶¹

Gerade der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden und den professionellen heilenden Diensten – Caritas und Diakonie – können für beide Seiten fruchtbar werden. Nachdem der Bereich Heilung in den vergangenen Jahrzehnten einen Prozess des „Outsourcing“ aus den Gemeinden erlebt hat, ist es heute an der Zeit, heilende Kräfte in den Gemeinden als Ergänzung zu den professionellen Diensten wieder zu entdecken und fruchtbar werden zu lassen. Eine Gemeinde kann Frauen und Männer in den heilenden Diensten im Gebet und auch durch unterstützende Dienste mittragen und entlasten.

⁶¹ Vgl. hierzu: Dietrich Werner, zur Wiederentdeckung des heilenden Dienstes der Gemeinde. Zehn Thesen zum Gesprächseinstieg, in: Evangelisches Missionswerk in Deutschland EMW (Hrsg.), Heilung in Mission und Ökumene. Impulse zum interkulturellen Dialog über Heilung und ihre kirchliche Praxis (Weltmission heute Nr. 41) Hamburg 2001, 64-68

7. Christliche Gemeinden, Netzwerke und diakonische Dienste – Orte der Heilung und Gestalten des heilenden Dienstes

Mit der zunehmenden Krise des Gesundheitssystems und dem wachsenden Bedürfnis der Menschen, sich nicht nur einer technischen Apparate- und Reparaturmedizin auszuliefern, entstand nicht nur innerhalb des Gesundheitssystems eine neue Suchbewegung, die auch religiös-spirituelle Dimensionen einschließt. Viele nehmen die Angebote der modernen Medizin wahr und suchen gleichzeitig intensiveren Kontakt zu Formen einer Heilungsspiritualität innerhalb der christlichen Kirchen. Hier sind die Gemeinden in Deutschland in besonderer Weise herausgefordert, und an vielen Orten des kirchlichen Lebens wird die Dimension des heilenden Glaubens inzwischen neu entdeckt, aktiv gestaltet und spirituell vertieft.⁶²

7.1 Der Gottesdienst als Ort der Heilung

In den Gottesdiensten der Gemeinden liegt ein großes **seelsorgerlich-heilendes Potenzial**. Schon Grundvorgänge des einander Begegnens und Begrüßens gehören dazu. Den Namen kennen, Zugehörigkeit und Wertschätzung ausdrücken, Gastfreundschaft gewähren und Aufmerksamkeit schenken sind Voraussetzungen für heilende Prozesse – ja, sie haben selber schon heilsame Wirkung. Hinzu kommt die Stille, die Sprache der Räume, die Zeit zum Nachdenken, zur Hingabe an Gott im Singen, Hören und Beten, in Klage und Lob. Diese an sich selbstverständliche Beschreibung des Gottesdienstes als heilendes Geschehen erweist sich in der Wirklichkeit oft als ein noch unzureichend genutztes Potenzial und damit als Aufgabe, die es zu entdecken und bewusst zu gestalten gilt.

Die Krankheitslast der Menschen, die in die gottesdienstliche Wirklichkeit eingebracht wird, soll aber nicht nur implizit, sondern auch explizit aufgenommen werden: „Und sie brachten alle Kranken zu ihm, dass er sie heilte“ (vgl. z.B. Mt 4,24). Die Aufnahme der Krankheit im gottesdienstlichen Geschehen findet besonders im Gebet ihren Ort, am ehesten im Fürbittengebet, in das Kranke wenigstens anonym, in bestimmten Fällen aber auch namentlich einbezogen werden können.

Informationen über die Arbeit von Besuchsdiensten, Pflegediensten oder aus Altenheimen und anderen diakonischen Diensten im Gottesdienst dienen der Enttabuisierung und Konkretisierung leidvoller Lebensumstände von Gemeindegliedern. So wird nicht nur die Fürbitte, sondern auch die Predigt, ja der ganze Gottesdienst, konkret und macht sich zum Anwalt angefochtener Menschen.

Mancherorts gibt es die Praxis, Mitarbeitende aus Sozialstationen und Pflegeeinrichtungen dazu zu gewinnen, Demenzkranke an einem Sonntagmorgen zum Gottesdienst zu fahren, den die Gemeinde speziell für sie (zur normalen Zeit mit der ganzen gottesdienstlichen Gemeinde) gestaltet. Aber auch Sondergottesdienste mit Patienten („Patientengottesdienste“) – von Diakoniestationen oder Gemeinden angeboten – nehmen bewusst Kranke und ihrer Last in die heilsame Gegenwart Gottes auf. Sie haben, so erlebte es eine damit vertraute Pfarrerin, „eine ihrer Wurzeln in vermehrten Hausabendmahlsfeiern

⁶² Z.B. bei den Ev. Kirchentagen in Hannover und Köln; vgl. auch Berichte über Tagungen der AMD in: Heilungssehnsucht und Heilerfahrungen in der postsäkularen Kultur – Unterwegs zu einer missionarischen Hermeneutik“, epd-Dokumentation 16./2005; und: Evangelisches Missionswerk in Deutschland e.V., EMW (Hg.), Von der heilenden Kraft des Glaubens. Ein Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen, Hamburg 2005

bei kranken und alten Gemeindegliedern, bei denen die Sehnsucht nach dem Kirchenraum deutlich geäußert wurde.“⁶³

Auch Sondergottesdienste in Fällen plötzlicher Gefährdung von Menschen durch Krankheit, nach einem tragischen Tod oder in Katastrophenfällen gehören zu den Möglichkeiten einer Gemeinde, die das Heilungsthema als Konsequenz des Glaubens aufnimmt und ernst nimmt. Sie tut damit zugleich einen Dienst in der Öffentlichkeit und am Gemeinwesen.

Segnung und Salbung als heilende Riten

Das Auffangen von Not kann auch im Angebot eines „Segnungsdienstes“ bestehen. In einer Berliner Gemeinde wird einmal monatlich der Gottesdienst damit beschlossen, dass jeder mit seinen Anliegen in den Altarraum kommen und von vorbereiteten Mitarbeitenden Segnung und Gebet empfangen kann. Die übrige Gemeinde wird vorher mit dem Segen entlassen.

Eine Intensivierung der Segnung ist die **Salbung**, die im Zusammenhang von Krankheit im Neuen Testament eine Rolle spielt (vgl. bes. Jak 5.13-16, aber auch Mt 6,13 und Lk 10,34) und Prozesse der Heilung begleiten und auslösen kann. Mit ihr ist der Gemeinde ein Schatz anvertraut, der in frühen Zeiten der Kirche einmal lebendiger war, aber heute wieder neu entdeckt wird. Durch die zeichenhafte Handlung des Salbens wird der Segen in der Kraft wohlriechender, heilsamer Öle körperlich spürbar. Der Segen geht „unter die Haut“ und erreicht die Seele.

Durch Salbung und Segnung können auch die traditionellen gottesdienstlichen Handlungen eine **Ergänzung durch direkten persönlichen Zuspruch** erfahren. Auch wenn Salbungs- und Segnungsgottesdienste kein direktes biblisches Vorbild haben, nehmen sie mit ihrer Gestaltung Maß an Jesus, der bei seinen Heilungen den Menschen persönlich und seelsorgerlich begegnet ist. Darum würden Salbung und Segnung als Massenphänomen entwertet und missbraucht.⁶⁴

Doch nicht nur in Gottesdiensten, auch in der Krankenhausseelsorge sind Segnung und Salbung ein Ausweg aus einer manchmal überfordernden Wortlastigkeit. Als wirksames Zeichen von Gottes Nähe sind sie eine aussagekräftige Ergänzung zum seelsorgerlichen Gespräch. Sie erwecken und bewirken in der Seele eines so Berührten aber auch dessen eigene Sprache – sei es in Tränen oder in geäußerter Dankbarkeit.⁶⁵

Im missionarischen Kontext haben Segnung und Salbung ebenfalls ihren Ort gefunden. Seit über zehn Jahren wird die **Thomas-Messe** in immer mehr Gemeinden Deutschlands gefeiert. Ihren Namen hat sie von dem sprichwörtlich gewordenen „ungläubigen Thomas“, dem Jünger, der erst sehen und fühlen wollte, bevor er glauben konnte. Zu den

⁶³ Des Näheren beschrieben bei Ulrich Laepple, Gemeinde als Heil-Land (Brennpunkt Gemeinde Studienbrief D 3), hrsg. von AMD (Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste), S.14f

⁶⁴ Zur Begründung und Gestaltung von Salbungsgottesdiensten vgl. Donata Dörfel, Gottesdienst mit Salbung und Segnung, Theologische Hinführung und Liturgischer Entwurf, in: Evangelisches Missionswerk in Deutschland e.V., EMW (Hg.), Von der heilenden Kraft des Glaubens. Ein Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen, Hamburg 2005, 52-57

⁶⁵ vgl. Bernhard Storek, „Die Guttat zu ölen“, Erfahrungsbericht eines Krankenhausseelsorgers, in: Evangelisches Missionswerk in Deutschland e.V., EMW (Hg.), Von der heilenden Kraft des Glaubens. Ein Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen, Hamburg 2005, S. 46-51

Kennzeichen dieser „Gottesdienste für Zweifler und Suchende“ gehört darum auch das Angebot von persönlicher Segnung und Salbung zur Heilung im umfassenden Sinn.⁶⁶

7.2 Seelsorge als heilender Dienst

Wenn eine Gemeinde ihr Ohr bei den Menschen hat, nimmt sie ihre Sehnsüchte und Leiden wahr – in liebeshungrigen Kindern, bei Konfirmanden aus zerbrochenen Familien, bei Menschen an seelischen Abgründen und in Krisensituationen, bei Menschen in Krankheitsnöten oder in Erfahrungen von Verlust und Trennung bei Älteren und Angeschlagenen, die in Gefahr sind zu vereinsamen.

Diese Situation fordert zu einer Seelsorge heraus, die von der Erwartung getragen wird, dass Gottes Heil sich am ganzen Menschen heilend auswirkt, also an Leib und Seele und im zwischenmenschlichen Bereich. Sie wird sich vor allem als Beratung ereignen, diese aber zugleich als ein spirituelles Geschehen verstehen, durch das heilsame Prozesse angestoßen werden.

Die Breite und Intensität der „Leiden dieser Zeit“ bedeutet auch, dass das Angebot nicht auf die Amtsperson des Pfarrers beschränkt sein kann. Das erfordert Konsequenzen für den Gemeindeaufbau. Denn das, was an „heilendem Bedarf“ in einer großen Gemeinde sichtbar wird, kann weder ausschließlich von den großen Veranstaltungen gedeckt noch nur auf die Schultern von Funktionsträgern geladen werden. Heilende Seelsorge muss daher durch viele Gemeindeglieder geschehen. Orte dafür sind u.a. Hauskreise und Zellgruppen, wo das Anteilnehmen am Leben und das Eintreten füreinander in Gebet und Seelsorge anderer – also in einem geschützten Raum – geschehen können. Einübung in Glaubensschritte, spontane Diakonie und Seelsorge verbinden sich in solchen Zellgruppen. Sie sind „heilende Räume auf Zeit“.

Die **persönliche Diakonie des Gebets** nimmt die Verheißung ernst: „Rufe mich an in der Not, so will ich dich erretten, so sollst du mich preisen“ (Ps 50,15). Es ist gut, wenn sich die für die Seelsorge Verantwortlichen (es müssen keine Ordinierten sein) ein praktikables, einfaches Gerüst erarbeiten. Ein solches kann aus fünf Schritten bestehen⁶⁷:

1. Frage nach den Anliegen und den Schmerzen;
2. Gemeinsame Überlegungen nach Herkunft und Wesen der Beschwerden (Krankheit als Spiegel der Seele);
3. Überlegungen zum Inhalt des Gebets (Bitte um äußere und/oder innere Heilung);
4. Gebet, vielleicht mit Handauflegung und Segnung;
5. Bedenken des weiteren Wegs.

Manche Gemeinden – besonders in sozialen Brennpunkten - haben die Stelle einer oder eines „*Seelsorge-Beauftragten*“ eingerichtet, die z.B. durch einen Förderverein finanziert wird. Andere haben für die Jugendarbeit eine *theologisch qualifizierte Sozialarbeiterin* eingestellt, die im Zwischenbereich von Kirchengemeinde und Gemeinwesen

⁶⁶ vgl. www.thomasmesse.org

⁶⁷ Dieter Keucher, Heilungsverständnis und Heilungspraxis in der Geistlichen Gemeinde-Erneuerung, in: Heilungssehnsucht und Heilserfahrung in der postsäkularen Kultur, epd-Dokumentation 16, S. 25-30S. 25-30

(Gemeindearbeit, Schule, Jugendamt) arbeitet und Spiritualität und soziale Beratung verbindet. Auch eine solche Arbeit hat eine heilende Dimension.⁶⁸

7.3 Gemeindliche Besuchsdienste und ihre Funktion im heilenden Dienst der Gemeinde

Es entspricht der **missionarischen Bewegung des „Hingehens“**, wie sie für das Neue Testament charakteristisch ist, wenn eine Gemeinde Besuchsdienste einrichtet und auf die Qualität ihrer Besuchsarbeit Wert legt. Sie wartet nicht, bis die Leute kommen oder sich mit einer Not melden, sondern lässt sich von dem „Suchen“ und „Finden“ inspirieren, mit dem Jesus seine Sendung beschreibt (vgl. Lk15; Mt 18,11). Mit anderen Worten: Die Gemeinde ergreift selber die Initiative des Nachfragens, Nachschauens und geht – in ihren Besuchsdiensten – zu den Menschen in die Häuser.

Es ist für unseren Zusammenhang erhellend, dass das Wort „besuchen“ im Neuen Testament im Zusammenhang mit zwei Adressatengruppen begegnet: „Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36), und: „Ein reiner und unbefleckter Gottesdienst vor Gott, dem Vater, ist der: Die Waisen und Witwen in ihrer Trübsal besuchen...“ (Jak 2,27). In beiden Fällen handelt es sich um in der Gesellschaft an den Rand gedrängte, stigmatisierte Gruppen.

Die Situation der Rechtlosigkeit von Witwen und Waisen, wie sie in der Zeit der Antike erfahren wurde, gilt zwar für unsere heutige Gesellschaft nicht mehr in gleicher Weise. Dennoch gibt es auch heute die vielfache Erfahrung des Ausgeliefertseins an Behörden und gesellschaftliche Ausgrenzung. Auch in der Erfahrung des Todes liegt oft ein Maß an Trauer, mit der die Menschen allein überfordert sind. Trauer ist – nicht nur als Erfahrung mit dem Tod, sondern auch als Verlust von Liebe, Verlust des Partners durch Scheidung oder Verlust des Arbeitsplatzes – ein Kernproblem fast aller Menschen. Darum gehört Trauerbegleitung zur Kernaufgabe einer Gemeinde und berührt eine ihrer Kernkompetenzen.

Zu den Erkenntnissen der modernen Trauerforschung gehört, dass **unterstützende Präsenz beim Prozess der Trauerverarbeitung** notwendig ist: am Sterbebett zuhause oder auf der Intensivstation, in Abschiedsräumen, in der Leichenhalle, in der Wohnung des Verstorbenen, bei der Beerdigung. Die Präsenz an diesen Orten ist für eine fruchtbare Trauerbegleitung der Hinterbliebenen oft sogar entscheidend. Auch die Gemeindebesuche, die zu Lebzeiten des Verstorbenen gemacht wurden, kommen der Trauerbegleitung der Hinterbliebenen zugute. Denn Besuche bedeuten Einbeziehung in ein sinnstiftendes Netz, das die christliche Gemeinde darstellt.

Dass zur Trauerbegleitung auch praktische Hilfen gehören können wie auch Trauergottesdienste, die – analog zu katholischen Gedächtnisfeiern – Trauerprozesse vertiefen und Verluste ausheilen helfen können, sei wenigstens angemerkt.

Nicht nur Trauernde, auch Kranke sind Adressaten der Besuchsdienst-Arbeit. Kranke Menschen ziehen sich oft in die Einsamkeit zurück. Hinter den Mauern von Wohnungen, Krankenhäusern und Krankenzimmern spielt sich ab, was zu Ausgrenzungen, auch zu Selbstausgrenzungen aus dem sozialen Leben führt. Die christliche Gemeinde ist – mit

⁶⁸ Gabriele Pack, Die missionarische Hand braucht die diakonischen Hand, in mi-di (Mission und Diakonie), Nr. 1, 2004, S.6.f (hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste, AMD)

ihren Besuchsdiensten – zu einer aufsuchenden und darin heilenden Diakonie berufen, die solche Mauern überwindet und Menschen aus Isolierung und Stigmatisierung zu befreien sucht.

Die Erfahrung zeigt, dass hierfür eine Vielzahl von **Ehrenamtlichen** gewonnen werden kann, wenn auf Qualifizierung und fachliche wie seelsorgerliche Begleitung der Mitarbeitenden das notwendige Gewicht gelegt wird. Dann wird gerade diese Arbeit eine wichtige Ressource im Konzept einer heilenden Gemeinde sein. Diese Qualifizierung muss – neben der Befähigung zur Kommunikation – das Erlernen von heilenden Gesten des Segnens, Salbens und des Betens als eigene Thematik umfassen.

7.4 Medizinische und diakonische Dienste im Horizont der Gemeinde

Die oben (Abschnitt 4.3) erwähnte Tübinger Erklärung aus der Ärztlichen Mission stellt fest: „Eine der dringendsten Aufgaben unserer Zeit ist es, dass die christliche Gemeinde *zusammen mit Christen in medizinischen Berufen* wieder erkennt, dass der Heilungsdienst zu ihr gehört, und ihn so auch ausführt“. ⁶⁹

Medizinische Berufe und diakonische Pflegestationen stehen in Reichweite der Gemeinden. Auch wenn sich zwischen der Gemeinde und den eigenständigen Pflegediensten und ihren oft gemeindefernen Mitarbeitenden eine Distanz verfestigt hat, sollte eine Gemeinde, wo immer sie kann, bewusst die Verbindung zu ihnen suchen: im **Werben für gemeinsame Patientengottesdienste** wie für die **Zusammenarbeit mit den gemeindlichen Besuchsdiensten**. Zu dieser gegenseitigen Verbindung gehört die Bitte um Fortbildungen in „häuslicher Pflege“, die gegenseitige Information und das Angebot der Fürbitte im Gottesdienst. Es ist auch eine besondere Aussage, wenn bei einem Krankenabendmahl die Pflegeschwester der Diakoniestation zugegen ist und an der Feier teilnimmt.

Auch sollte das **Gespräch mit Ärzten** – nicht selten gehören sie zur Gemeinde – unter den Aspekten der „gesundheitlichen Bildung“ und der Beratung bei medizinischen Fragen gesucht werden. Beide Seiten haben etwas davon: Die Gemeinde kann der ärztlichen Arbeit etwas bieten, wo deren Kunst an Grenzen stößt (z.B. durch das Angebot einer tragenden Gemeinschaft und durch Seelsorge). Umgekehrt profitiert die Gemeinde von den Ärzten, wenn sie sich mit ihrer Fachkompetenz erzieherisch, bildend und aufklärend in die Gemeindegarbeit einbringen.

Selbsthilfegruppen, die sich als Trauergruppen, als Gruppen von Menschen, die eine schwere Krankheit verbindet, als Anonyme Alkoholiker, Drogenabhängige und Arbeitslose nicht selten in einem Raum des Gemeindehauses versammeln, verdienen Beachtung bei der Frage nach heilenden Potenzialen der Gemeinde. Auch wenn sie nicht als Gemeindegruppe entstanden sind, sondern als „von außen“ kommend nur die Gemeinderäume in Anspruch nehmen wollen, sollen sie mit Gastfreundschaft, Interesse und Liebe aufgenommen werden, ohne sie freilich zu vereinnahmen. Dazu bedarf es der Kommunikation und Präsenz in diesen Gruppen. Es könnten darin Chancen liegen, die beiden Seiten, der Gemeinde und den Teilnehmenden der Gruppen, zugute kommen.

⁶⁹ Ökumenischer Rat der Kirchen, Auftrag zu heilen (Studien des Ökumenischen Rats Nr. 3), Genf 1966, 39

7.5 Einkehrhäuser als Orte der Heilung

Seit einigen Jahrzehnten ist auch in den evangelischen Kirchen die Einkehrarbeit zu neuer Blüte erwacht und die Erkenntnis gewachsen, dass nicht nur die *actio*, sondern auch die *contemplatio* besondere Beachtung verdient und besondere Orte braucht. Viele Landeskirchen errichteten „Häuser der Stille“. Auch Kommunitäten siedeln sich nicht selten an historischen Kirchen oder Klöstern an und suchen damit bewusst Anschluss an alte Traditionen der Einkehr.

Diese Häuser bieten den ihnen anvertrauten Menschen eine Auszeit, die sie dem Stress eines oft unüberschaubaren, überlasteten und krankmachenden Alltags herauslöst. Das Angebot von Stille, Meditation, geordnetem, d.h. rhythmisiertem Tageslauf (z.B. Tageszeitengebete) und einer tragenden Gemeinschaft stellt die Teilnehmenden in einen „Raum“ heilender Kraft. Die dadurch mögliche und beabsichtigte Konzentration auf sich selbst und das Hören auf das eigene Innere bringen verdrängte seelische und körperliche Schmerzen oft erst ins spürbare Bewusstsein. Verborgene seelische Verletzungen kommen ins Bewusstsein, körperliche Gebrechen werden wahrgenommen. Dadurch können sich Trauerprozesse heilsam vertiefen und blockierte ausgelöst werden. Die Leibarbeit, z.B. als Eutonie oder Atemtherapie, hilft, über den Körper die seelischen Schichten zu erreichen und ihnen die Aufmerksamkeit zu geben, die sie brauchen.

Das Ziel ist nicht „Entspannung“, sondern **Konzentration, Authentizität des eigenen Glaubens und die Schärfung des Blicks für das eigene Leben** mit dem Ausblick auf den Alltag, der nach der Einkehr wieder seine Anforderungen stellen wird. Die Suche nach heilender Kraft und einem Neuanfang wird durch Meditation unterstützt, durch gemeinsames Schweigen in Gottes Gegenwart, durch das Gebet und das Angebot zu persönlicher Seelsorge. Der geschützte Raum einer tragenden Gemeinschaft ermöglicht auch Rituale wie Fußwaschung oder die Salbung mit Öl, die sich als Zeichen für Gottes heilenden Willen heilsam auswirken.

7.6 Gesundheitliche Ressourcen der Gemeinde – die RHA-Matrix als Seehilfe

Für Kirchengemeinden und andere kirchliche Einrichtungen, die sich nicht primär mit Gesundheitsfragen beschäftigen, ist es oft nicht ohne weiteres zu erkennen, wo ihre gesundheitlichen Ressourcen und Aufgaben liegen könnten. Wenn man von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgeht, kann es dabei nicht nur um die Trägerschaft von Pflegediensten, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des medizinisch-pflegerischen Systems gehen. Gesundheitsfördernd wirkt eine Kirchengemeinde auch, wenn ihr Gemeindehaus barrierefrei ist und gehbehinderten Menschen als Treffpunkt dient, wenn es rauch- evtl. auch alkoholfrei ist und deshalb für such�gefährdete Menschen ein angenehmer Ort ist. Auch die Gesundheit der Mitarbeitenden ist eine wichtige Ressource und Aufgabe für Kirchengemeinden. Neben diesen Gesundheitsthemen, denen sich in ähnlicher Weise jede öffentliche Einrichtung und jeder Verein stellen sollte, ist bei einer Kirchengemeinde als einer religiösen Gemeinschaft auch zu fragen, in welcher Weise spezifisch religiöse gesundheitliche Ressourcen (und Risikofaktoren) bereitstehen. Dabei empfiehlt sich ein relativ offenes Verständnis „religiöser“ Ressourcen, weil Engführungen (z.B. auf die heilsame Wirkung des Gebets) innerhalb der Gemeinde/Gemeinschaft oft selbst umstritten und Gegenstand theologischer Diskussionen sind.

Um religiöse gesundheitliche Ressourcen umfassend zu sichten, ist im Rahmen des Forschungsprogramms ARHAP⁷⁰ eine Matrix entwickelt worden, die sich mit geringfügigen Änderungen auch auf den europäischen Kontext anwenden lässt. Ausgangspunkt der Matrix ist die Überlegung, dass religiöse Gemeinschaften über gesundheitliche Ressourcen verfügen, die wie ungenutzte Vermögensgegenstände wertlos sind, wenn sie nicht in einer Bilanz „aktiviert“ werden. Wie in einer Unternehmensbilanz soll eine Kirchengemeinde eine Bilanz ihrer materiellen und immateriellen gesundheitlichen Vermögensgegenstände aufstellen und in einer Matrix

- auf der vertikalen Achse **materielle und immaterielle gesundheitliche Ressourcen**,
- auf der horizontalen Achse **direkte und indirekte positive gesundheitliche Auswirkungen**

auftragen. Auf diese Weise erhält man vier Felder, in denen gesundheitliche Ressourcen und ihre positiven Auswirkungen sichtbar gemacht werden können (Abbildung auf der folgenden Seite).

Im südafrikanischen Kontext wird mit dieser Matrix demonstriert, welchen Beitrag religiöse Gemeinschaften zur Verbesserung der von HIV/AIDS und Malaria schwer belasteten gesundheitlichen Situation tatsächlich leisten. Als immaterielle Ressourcen erscheinen gesundheitsförderliche Haltungen und Überzeugungen, die in Gemeinden eingeübt werden, z.B. Fürsorglichkeit und Widerstandskraft und Zusammengehörigkeitsgefühl. Daneben werden natürlich auch materielle Ressourcen wie Krankenhäuser, Ambulanzen, Räume für Selbsthilfegruppen etc. aufgeführt. Zu den positiven gesundheitlichen Auswirkungen zählen so unterschiedliche Dinge wie gesundheitsbewusstes Verhalten, die Existenz von Kirchenchören, die Praxis, Tote zu bestatten und den Lebenden in der Beerdigung das Weiterleben zu erleichtern. Mit der Matrix kann also dargestellt werden, dass z. B. Selbsthilfegruppen und gesundheitsbewusstes Verhalten als Ressourcen und als positive Auswirkungen anzusehen sind, je nachdem, welchen Standpunkt man einnimmt.

Wenn man die Matrix mit Beobachtungen zur gesundheitlichen Situation in Europa füllt, ergeben sich andere inhaltliche Schwerpunkte. Während es in Afrika aufgrund der HIV-Pandemie um das individuelle und familiäre Überlebens geht, könnte es in Europa z.B.

⁷⁰ Vgl. dazu oben, Abschnitt 6.7 (Ausführungen zu Religious Health Assets)

Abbildung 1: Religious Health Assets-Matrix⁷¹

<i>Immaterielle Ressourcen</i>	Hier stehen immaterielle Ressourcen, die direkte gesundheitliche Auswirkungen haben Gebet Zeit für kranke Menschen Gesundheitsbewusstsein Hilfsbereitschaft Sensibilität für Probleme ...	Hier stehen immaterielle Ressourcen, die indirekte gesundheitliche Auswirkungen haben. Individueller Lebenssinn Soziale Kontakte Zugehörigkeitsgefühl zu Gott/ zu Menschen Öffentlichkeit für soziale und politische Fragen ...
<i>Materielle Ressourcen</i>	Hier stehen materielle Ressourcen, die direkte gesundheitliche Auswirkungen haben: Pflegedienst, Beratungsstelle, usw. barrierefreies Gemeindehaus Raum für Selbsthilfegruppen Freizeitangebote für Menschen mit Behinderungen ...	Hier stehen immaterielle Ressourcen, die indirekte gesundheitliche Auswirkungen haben. Bildungsangebote Gottesdienste als Strukturierung des Wochenrhythmus Sakramente und Rituale als Strukturierung von Krisenzeiten ...
	<i>direkte Auswirkungen</i>	<i>indirekte Auswirkungen</i>
	Positive gesundheitliche Auswirkungen	

darum gehen, dass eine Gemeinde verlässlichen Kontakt zu längerfristig kranken und allein lebenden Menschen in ihrer Nachbarschaft hält (z.B. depressiv erkrankten Menschen), dass sie eine Jugendarbeit entwickelt, die mit Drogenproblemen ernsthaft und konsequent umgeht. Neben den erwünschten direkten gesundheitlichen Auswirkungen werden in der Matrix auch indirekte positive Auswirkungen der Gemeindegarbeit auf die Gesundheit sichtbar gemacht. So liegt auf der Hand, dass Menschen, die am Gemeindeleben teilnehmen, damit ihre Zeit strukturieren, Kontakte pflegen, Anregungen für ihr persönliches Leben aufnehmen – und damit auch viel für ihre Gesundheit tun und empfangen.

⁷¹ Übersetzung und Anpassung einer von Jim Cochrane entwickelten Matrix, vgl.: Jim Cochrane, Religious Health Assets (RHAs) – Conceptual and Theoretical Framework, in: Difäm, German Institute for Medical Mission (Ed.), Religion, Faith and Public Health. Documentation on a Consultation held at Difäm, Tübingen, Germany, 9-11 February 2006, pp. 14-45, 24

Die „Gesundheitsbilanz“ einer Gemeinde wird in jedem Fall ein vielfältiges Bild ergeben, das natürlich gründlich analysiert werden muss. Neben Aktivposten mit positiven Auswirkungen werden evtl. auch solche mit fraglichen oder negativen Auswirkungen stehen. Zu fragen ist außerdem, wer jeweils von den entsprechenden Ressourcen profitiert: Sind es tatsächlich diejenigen, die diese Ressourcen am dringendsten benötigen – oder werden bestimmte Ressourcen de facto nur von einer kleinen Gruppe eher begünstigter Menschen genutzt?

Neben den materiellen Ressourcen sind in der Matrix auch immaterielle Ressourcen vorgesehen. Hierunter fallen unterschiedliche Größen, denen gemeinsam ist, dass man sie nicht „anfassen“ kann. Das Gebet für die Kranken gehört ebenso dazu wie die besondere Begabung und das Engagement einzelner Gemeindemitglieder, Probleme wahrzunehmen und anzupacken. Aber auch die Möglichkeit, für ein soziales Problem Öffentlichkeit herzustellen oder durch persönliche Kontakte eine Ärztin für einen Vortrag im Gemeindehaus zu gewinnen sind „immaterielle“ Ressourcen der Gemeinde.

Die Matrix ist nicht als Klassifikationssystem zu verstehen, sondern als Anregung, einmal nicht von der Fülle der Aufgaben, sondern vom Vermögen und möglichen Beitrag der Gemeinde auszugehen.

7.7 Konsequenzen: Heilende Dienste in ihrer Vielfalt erkennen und gestalten

- Auch wenn die heilende Dimension des Evangeliums in der Praxis der Kirchengemeinden auf vielerlei Weise implizit wirksam ist, sind die an die Hand gegebenen Möglichkeiten heilender Dienste doch so weittragend, dass sie als eigenständige Thematik und eigenständiges Mandat der Gemeinden wahrgenommen und bearbeitet werden sollen. Die speziellen Chancen und Ressourcen, aber auch Defizite angesichts der Heilungsthematik, können sonst nicht bewusst werden. Was aber nicht bewusst ist, entzieht sich der Gestaltung. Es handelt sich um eine Bildungsaufgabe, die in der theologischen Einsicht wurzelt und angesichts der „Leiden dieser Zeit“ zu praktischem Handeln anleitet. Dies berührt Predigt, Unterricht, Seelsorge und den Gemeindeaufbau. Der Zurüstung und Sensibilisierung Ehrenamtlicher kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu.
- Ein Aspekt dieses praktischen Handelns ist der spezielle christliche Heilungsdienst, der in Segnung, Gebet und Handauflegung besteht. Er ist nicht auf energetisch-wissenschaftliche oder empiristisch-statistische Wirksamkeitsbeweise angewiesen. Von christlicher Segnung und Handauflegung gehen nach verbreiteter Überzeugung und biblischer Tradition in der Tat Wirkungen aus, die zu Gottes heilemdem Gnadenwirken innerhalb dieser Schöpfung gehören. Aber der Wahrheitserweis und die Überzeugungskraft des christlichen Glaubens hängen nicht an der wissenschaftlichen Beweisbarkeit oder empiristischen Nachweisbarkeit messbarer Ergebnisfolgen von Gebet und heilender Segnung. Die therapeutisch-heilende Kraft des Glaubens, von der die christliche Tradition überzeugt ist, liegt deshalb jenseits der Ebene statistisch messbarer Wirksamkeitsnachweise. Alle Untersuchungen, die versuchen, einen entsprechenden Wahrheitsbeweis des christlichen Glaubens allein auf der Basis seiner therapeutisch messbaren Wirkung zu erbringen, laufen Gefahr, den christlichen Glauben zu einer therapeutischen Technik und das Gebet zu einer Form berechenbarer Magie zu machen.
- Das Bewusstsein, dass Fragen der Gesundheit und Krankheit der Gesellschaft auf vielfältige Weise tief in Gemeinde und Diakonie hineinragen, dass umgekehrt Gemeinde

und Diakonie anwaltschaftlich und beispielhaft in die Gesellschaft einwirken können, ist vielfach unausgebildet und bedarf darum einer Stärkung – örtlich und überörtlich. Anregend könnte der Gedanke eines „Runden Tisches“ sein, der – von der Gemeinde eingerichtet – medizinische, soziale, gesundheitliche Fragen und die Thematik heilender Dienste anspricht.

- Das Beispiel der anglikanischen Kirche, die in ihren Kirchenbezirken so genannte Healing Advisors einsetzt und damit die Thematik der heilenden Dienste institutionell wach hält und vorhält, kann auf unsere Kirchen in Deutschland inspirierend wirken. Ein beratendes Amt dieser Art mit der Aufgabe, durch Vortragsarbeit und Seminare in Sachen Spiritualität und heilenden Diensten bildend und ausbildend zu wirken – besonders für die Bereiche von Diakonie und Gemeinde –, wäre die angemessene Antwort auf den Bedarf an gesellschaftlichen und existenziellen Fragen, die viele Menschen in Bezug auf Krankheit, Heilung, Spiritualität und Gesundheit bewegen.
- Der deutsche Kontext, in dem das öffentlich heftig diskutierte Gesundheitsthema gekennzeichnet ist von restriktiven gesetzlichen Vorgaben durch die Politik einerseits und durch gesundheitliche (Über)Erwartungen und Angebote andererseits – forciert nicht zuletzt durch eine starke esoterische Szene – fordert Kirchen und Gemeinden heraus, orientierend zu wirken.

8. Kernanliegen und Überlegungen zur Weiterarbeit

Für einen neuen Dialog zwischen Theologie und Medizin im Blick auf Grundlagenfragen von Spiritualität und Gesundheit

Das vorliegende Grundsatzpapier hat in seinem Gang durch biblische, diakonische, ökumenische und missionstheologische Perspektiven zum heilenden Dienst folgende Entwicklungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen deutlich zu machen versucht:

- Die vorherrschenden gesellschaftlichen Trends im Bereich Gesundheit und die Kommerzialisierung der Gesundheitsfürsorge bedürfen einer kritischen Aufmerksamkeit und müssen in ihren Folgen für den heilenden Dienst von Kirche und Diakonie kritisch reflektiert werden.
- Die heilende Dimension des Glaubens kann eine umfassende Bedeutung für die verschiedenen Handlungsbereiche der Kirche und ihre verschiedenen Dialogpartner entfalten, die eine neue Aufmerksamkeit verlangt.
- Es besteht die Notwendigkeit für einen die verschiedenen Disziplinen übergreifenden Dialog über die Zukunft von Gesundheit, Heilung und Spiritualität in Deutschland (regionale Tische für Ärzte, Heilpraktiker, Theologen/Diakone und Heiler). Dieser entspricht der Anlage dieses Grundsatzpapiers und soll an möglichst vielen Orten aufgegriffen werden.
- Kirche und Gemeinde dürfen in Zeiten eines massiven Umbruchs in Gesellschaft und Gesundheitswesen nicht stumm bleiben, sondern müssen ihre Stimme erheben und einbringen. Dabei können sie an die reichen Heilungstraditionen anknüpfen, die ihnen in ihrer eigenen Tradition anvertraut sind, und die Menschen in unserer Zeit wahrnehmen, die nach mehr Raum für Spiritualität, nach Zeit für seelsorgerliche und menschliche

Begleitung in Pflege und Fürsorge und nach sinnlich erfahrbarem Heilungssegen in Gottesdienst und Liturgie suchen und fragen.

- Ein Nachdenken über die Formen des christlichen Heilungsdienstes kann praktische Konsequenzen für die gegenwärtige Praxis in Kirche, Diakonie und Mission haben und zu Innovationen, zu einem deutlicheren christlichen Profil und zu einer Qualifizierung vorhandener Praxis beitragen.

Es ist das Anliegen dieses Schlussabschnitts, exemplarisch auf mögliche praktische Folgerungen und konkrete Überlegungen zur Weiterarbeit an diesem Themenbereich aufmerksam zu machen. Dieses Papier ist nicht um seiner selbst willen entstanden, sondern soll ein hilfreiches Impuls-Instrument in einem längerfristigen Lern- und Dialogprozess in Kirche und Diakonie in Deutschland sein.

In diesem Sinn verstehen sich die folgenden **zehn Kernpunkte und Überlegungen zur Weiterarbeit** als Beitrag für einen weitergehenden Prozess der Neubesinnung auf die heilenden Dienste von Kirche und Gemeinde und eine notwendige Qualifizierungsoffensive in diesem Bereich:

1) Spiritualität ist ein nicht zu unterschätzender Gesundheitsfaktor

Über das Stadium der Abwertung, der Verdrängung oder der Vernachlässigung der religiösen Dimensionen im Prozess von Gesundheit und Heilung sind wir sowohl theologisch wie medizinisch-wissenschaftlich inzwischen hinausgekommen. Doch sind die Konsequenzen daraus für Krankenhaus und Pflege, gemeindliche Heilungsdienste und die unterschiedlichen therapeutischen Heilungsansätze noch längst nicht ausreichend bedacht.

Wir brauchen deshalb einen neuen, intensiveren Dialog zwischen Theologie und Medizin, Kirche und Gesundheitswesen im Blick auf die praktischen Konsequenzen einer stärkeren Berücksichtigung umfassender Ansätze im Bereich von Spiritualität und Gesundheit. Weit über die pragmatische Aufgabe der Regelung von Raumvergabe für Selbsthilfegruppen in Gemeindehäusern und/oder Zulassungsbedingungen für Kursangebote in kirchlichen Familienbildungsstätten hinaus, muss die entscheidende Aufgabe von Kirche und Gemeinde heute in der Förderung und Initiierung eines weiterreichenden Dialogs über Krankheit, Gesundheit und Heilung in der Gesellschaft insgesamt gesehen werden.

Es gehört für die Kirche zum Kern ihres eigenen Auftragsbereichs, christlichen Glauben als Kraft und Anwalt umfassender Heilung zu erschließen und lebendig zu gestalten. Wenn an vielen Orten „Runde Tische“ eines Zukunftsdialogs über Gesundheit, Heilung und Spiritualität und neue Praxisformen des Heilungsdienstes entstehen könnten, an denen Vertreter/innen unterschiedlicher Heilungsansätze, der Prävention und der Therapie teilnehmen würden und ihren jeweiligen Teil-Beitrag zum Prozess Heilung und Gesundheit in Beziehung setzen könnten zum jeweiligen Teil-Beitrag anderer Disziplinen, dann wäre viel für ein gegenseitiges Verständnis, einen vertieften Dialog und für eine erneuerte Praxis der heilenden Begleitung von Menschen gewonnen.

2) Das Gesundheitssystem steckt in Deutschland nach wie vor und trotz der weit reichenden Reformschritte der Bundesregierung in einer Krise.

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen setzt sich weiter fort, nach wie vor verschlingt diese bei uns jährlich mehr Geld als der gesamte Bundeshaushalt. Eine ausgewogene Strategie der Gesundheitsförderung – darüber sind sich alle Experten einig – müsste bei einer stärkeren Berücksichtigung der Bereiche Gesundheitsvorsorge, Prävention, Gesundheitserziehung und erweiterte Gesundheitsbildung ihren Ausgangspunkt nehmen.

Wir brauchen einen breiteren gesellschaftlichen Dialog über die Zukunft von Gesundheit und Heilung in Deutschland. Was ist wirklich notwendig, hilfreich und sinnvoll zur Förderung unserer Gesundheit? Wir brauchen einen Dialog über diese Fragen nach der Art eines Consiliums, einer gegenseitigen Beratung, nicht nur zwischen wissenschaftlicher und alternativer Medizin, sondern auch zwischen Gesundheitssystem und Kirche sowie zwischen naturwissenschaftlichen, geisteswissenschaftlichen und kulturellanthropologisch-missionstheologischen Perspektiven, in dem alte und unfruchtbare Stereotypen und Polaritäten vermieden werden. Dieser Dialog ist für die Gesellschaft insgesamt und für die Zukunft unseres Gesundheitssystems dringend erforderlich, da das kostbare Gut Gesundheit immer teurer wird. Die Kirche könnte und müsste ein Ort für eine „dritte Kultur“ (John Brockmann) in Gestalt eines interdisziplinären Dialogs über Krankheit und Heilung sein.

Wenige Themen berühren so zentral alle elementaren Steuerungsbereiche der Gesellschaft wie die Fragen um Gesundheit und Heilung. Gegen den Trend, Gesundheit zunehmend und primär als ein konsumierbares Produkt technologischer Innovationen anzusehen, brauchen wir deutlich vernehmbare Stimmen, die sich für ein erweitertes/integratives Verständnis von Gesundheit einsetzen und die aktive Mitwirkung des Patienten unter Einschluss seiner religiösen Lebensorientierung und Praxis in den Prozess der Auseinandersetzung mit Krankheit und der Gesundung hervorheben. Die Krise des Gesundheitssystems und viele engagierte ÄrztInnen und Pflegenden verlangen nach einer deutlich vernehmbaren Stimme und Orientierung von Kirche und Diakonie.

3) Die evangelischen und katholischen Kirchen haben auf nationaler Ebene – abgesehen von der verbandlichen Selbstorganisation im Bereich von Diakonie und Caritas – bisher keine ausreichend wahrnehmbare gemeinsame Stimme und Orientierung im Bereich der Grundfragen von Gesundheit, Spiritualität und Heilung.

In Großbritannien und Irland gibt es seit langen Jahren einen Christian Council on Health and Healing. Diese Institution spricht Grundfragen des interdisziplinären Dialogs über christlichen Glauben, Gesundheit und Heilung an und bringt sie auf nationaler Ebene in gemeinsamer Verantwortung von engagierten Fachvertretern aus Kirche, Pastoralpsychologie und Gesundheitswesen voran.

In Deutschland fehlt eine entsprechende Plattform. Die „Versäulung“ der unterschiedlichen Kompetenzbereiche hat dazu geführt, dass hoch differenzierte Fachdiskurse innerhalb der einzelnen Bereiche und institutionellen Landschaften geführt werden, z.B. in den Diakonischen Werken, in der Gemeindediakonie, in den Pflegewissenschaften, in der klinischen Medizin, in der Pastoralpsychologie, in der Medizinethik, in der Hospizbewegung. Aber die christliche Gesamtverantwortung für die Fragen einer diakonisch-missionarischen Präsenz der christlichen Tradition im Gesundheitssystem auf nationaler Ebene wird nirgendwo ausreichend sichtbar und spürbar.

In den meisten Landeskirchen wie auch auf der EKD-Ebene gibt es – anders als in der Anglikanischen Kirche, die im Jahr 2000 einen nationalen Gesamtbericht und pastorale

Rahmenempfehlungen für den heilenden Dienst von Kirche und Gemeinde vorlegte („A Time to Heal“) – keine übergreifende Plattform oder verbindende Rahmenempfehlungen für die Weiterentwicklung und Profilierung des heilenden Dienstes von Kirche in ihren verschiedenen Sozialgestalten in institutionalisierter Diakonie, Gemeinde und freien Netzwerken. In den Empfehlungen der EKD-Studie „Kirche der Freiheit“ aus dem Jahr 2006, die wesentliche Chancen und Bereiche der missionarischen Profilbildung der protestantischen Kirchen benennt, kommt zwar der Bereich der Diakonie vor (Leuchtfener 8), aber der Bereich der heilenden Dienste, der wesentlich zu einem Kernbereich der missionarischen Profilierung von Kirche gehören müsste, wird nicht eigens erwähnt.

Wir brauchen auch auf nationaler Ebene so etwas wie einen regelmäßig zusammenwirkenden „*Runden Tisch*“ für Fragen von Gesundheit, Spiritualität und Heilung der christlichen Kirchen. Es wäre wünschenswert, dass sich etwa eine „Christliche Gesundheitskonferenz“ oder eine „Ökumenische Arbeitsgemeinschaft für heilende Dienste der christlichen Kirchen in Deutschland“ konstituiert – möglicherweise in Fortsetzung des im März 2008 stattfindenden Christlichen Gesundheitskongresses bzw. in Anknüpfung an vorhandene Foren wie etwa die Vorbereitungsrunde für die „Woche für das Leben“ der beiden Großkirchen. Auf einer solchen Plattform, die sich alle zwei Jahre treffen könnte, könnten Vertreter/innen der unterschiedlichen christlichen Kirchen Rahmengesichtspunkte und gemeinsame Agenden/Ziele für folgende Themenbereiche entwickeln:

- für eine Stärkung des christlichen Profils in vorhandenen diakonischen und pflegebezogenen Einrichtungen,
- für unterschiedliche Formen des heilenden Dienstes in Ortsgemeinden,
- für interdisziplinäre Kooperationsformen zur Vertiefung einer christlichen Leitbildkultur im Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts,
- für die Vertiefung eines Nord-Süd-Dialogs in Bezug auf Gesundheit und Heilung sowie Gerechtigkeit mit den Partner-Kirchen des Südens,
- für einen besseren Austausch über „best practises“ – Anregungen im Blick auf den heilenden Dienst in Gemeinden, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und besonderen diakonischen Einrichtungen,
- für eine Präzisierung von pastoralen Rahmenempfehlungen für den heilenden Dienst, die auch Abgrenzungen gegenüber Verzerrungen und Missbrauch formulieren.

4) Für das christliche Profil von medizinischen und pflegerischen Diensten bzw. die Stärkung von christlicher Motivation und Erfahrung ist eine Kultur gegenseitiger Ermutigung, des Erfahrungsaustauschs und des geistlichen Lernens hilfreich.

In anderen Kontexten (vgl. Großbritannien) hat man gute Erfahrungen mit verschiedenen geschwisterschaftlich organisierten Netzwerken gemacht, die diese Funktion der geistlichen Rückbindung, der geistlichen Profilstärkung und der konkreten Geschwisterschaft in einer gelebten heilenden Spiritualität haben. In zahlreichen Landeskirchen gibt es Traditionen von Diakonissenhäusern oder diakonische Bruderschaften bzw. Geschwisterschaften (z.B. „Nazareth“ in Bethel), in anderen Bereichen haben Netzwerke wie „Christen im Gesundheitswesen“ oder Verbände der christlichen Ärzte eine motivierende, orientierende und zusammenbringende Funktion im Bereich christlicher Werte und Orientierungen in Berufen des Gesundheitswesens. Es wäre zu überlegen und zu versuchen, ob man in

Deutschland ebenfalls gute Erfahrungen mit einer geistlichen Geschwisterschaft machen könnte, zum Beispiel nach Art der in den USA bestehenden „Order of St. Luke“ oder „Order of St. Raphael“, die das Interesse an einer Intensivierung des heilenden Dienstes mit gelebter geistlicher Geschwisterlichkeit verbinden.

5) Jede Ortsgemeinde hat Teil an den heilenden Diensten und Gaben der Gesamtkirche.

Es kann hilfreich sein, wenn sich Kirchenvorstände und Gemeindegemeinderatsgremien intensiver mit den Fragen und vielfältigen Formen heilender Dienste im Bereich der Ortsgemeinde befassen und eine eigene lokale Agenda für den heilenden Dienst der Gemeinde entwerfen. Nicht jede und jeder muss alles tun, aber in jeder Gemeinde soll ein Aspekt des heilenden Dienstes von Kirche konkrete Gestalt annehmen können.

6) Auch auf der Kirchenkreisebene soll das Anliegen des heilenden Dienstes in Verbindung mit diakonischen Werken und weiteren Institutionen der Gesundheitsfürsorge einen sichtbaren Ausdruck annehmen.

Gute Erfahrungen sind im Bereich der anglikanischen Kirche in England damit gemacht worden, dass auf der Ebene jeder Diözese ein so genannter „healing advisor“ berufen wurde, der die Aufgabe hat, die konkreten Ortsgemeinden zu beraten und im Blick auf die Durchführung von Heilungs- und Segnungsgottesdiensten, die medizinisch-theologische Kooperation und weitere Fragen in diesem Bereich zu stimulieren.

Wir brauchen auf der Ebene jedes Kirchenkreises auch bei uns Beauftragte für die Stärkung und Qualifizierung heilender Dienste in Gemeinden und Werken in unserer Landeskirche.

7) In der Aus- und Fortbildung von Pastoren und Diakonen sowie in der Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegenden soll den Themen von Gesundheit, Heilung und Spiritualität eine stärkere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Vorhandene Kursmodelle für entsprechende Fortbildungen sollen ausgetauscht und zugänglich gemacht werden.

Wir brauchen an verschiedenen Orten und dezentral Fortbildungskurse zu Gesundheit, Heilung, Spiritualität, die diese Thematik stärker in die vorhandene Mitarbeiterschaft hineinragen und umgekehrt die neuen Erfahrungen aufnehmen, die mit diesem Themenbereich gemacht werden. Vielleicht wäre es ein wichtiger Schritt, wenn auch an der Diakonischen Akademie sowie im Bereich der Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienst (AMD) regelmäßig Fortbildungs- und Qualifizierungskurse zu diesem Bereich angeboten werden.

8) Im Kirchenjahr gibt es vielfältige Anknüpfungspunkte für die periodisch wiederkehrende vertiefte Auseinandersetzung mit den Themen Gesundheit, Spiritualität und Heilung.

Gemeinden könnten sich sowohl im Frühjahr (Verknüpfung mit der Woche für das Leben im April des Jahres) oder auch im Herbst zum Kirchenjahresende in Verbindung mit den letzten Sonntagen des Kirchenjahres regelmäßig mit dem Thema Heilung auseinandersetzen. Das Beispiel aus England von einem regelmäßigen „Day of Healing

Ministries“ oder die „Healing Ministry Week“, die von der Christian Health Association of India (CMAI), der Dachorganisation der christlichen Gesundheitsarbeit in Indien, jedes Jahr im Februar veranstaltet wird, sind Beispiele dafür, wie dem Thema in Ortsgemeinden und Diensten und Werken eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden kann. Wir brauchen einen „Sonntag der heilenden Gemeinde“ in Deutschland, der möglichst gemeinsam von allen christlichen Kirchen veranstaltet wird.

9) Interdisziplinäre christliche Heilungszentren in Deutschland müssen gefördert werden.

Interdisziplinäre christliche Heilungszentren haben in anderen Kontexten (z.B. Großbritannien) eine große Ausstrahlung.

Durch sie werden an einem Ort in verdichteter Weise die besonderen Qualitätsmerkmale eines umfassenden christlichen Heilungsdienstes sichtbar. Dadurch geschieht nicht nur Gutes für einige Patienten, sondern von diesen Zentren gehen auch Impulse zu Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen der Umgebung aus. Beispiele in Großbritannien sind das christliche Krankenhaus Burrswood in der Nähe von London sowie das Holy Rood House in Thirsk.

Wir brauchen auch in Deutschland solche Zentren, in denen exemplarisch und praktisch etwas von dem Reichtum verdeutlicht wird, der ein christliches Behandlungs- und Begleitungsangebot für Kranke vermittelt. An verschiedenen Orten gibt es bereits Initiativen für solche Zentren oder kooperative Arztpraxen oder Gesundheitshäuser. Es wäre begrüßenswert, diese weiter voran zu treiben und zu entfalten.

10) Die ungerechte Verteilung der Gesundheitsressourcen weltweit und zunehmend auch im eigenen Land bleibt ein Skandal, der durch nichts zu rechtfertigen ist.

Die Kirchen verstehen sich als Anwalt derer, die weltweit und bei uns einen unzureichenden Zugang zu Medizin, Heilung und Gesundheitsfürsorge haben. Wir brauchen eine neue Koalition für einen Nord-Süd-Lastenausgleich im Bereich der Gesundheitsfürsorge. Wenn die Gesundheitssysteme in verschiedenen afrikanischen Ländern z.B. nicht in ein paar Jahren völlig zusammenbrechen sollen, brauchen wir ein sehr viel stärkeres Engagement von Regierung und Gesellschaft im Bereich der Kernziele der Millenniumsdeklaration der Vereinten Nationen, die sich wesentlich auch einer Hebung des Gesundheitsstandards verschrieben haben.

Jedes Krankenhaus und jede Pflegeeinrichtung in Deutschland braucht einen Solidaritätsfonds und eine Nord-Süd-Partnerschaft (entweder als Direktpartnerschaft oder vermittelt über Missionswerke und die Entwicklungsorganisationen wie den EED) zur Förderung des Nord-Süd-Ausgleichs im Bereich des Gesundheitssystems und zur Stabilisierung der Gesundheitsfürsorge in vielen Ländern des Südens und des Ostens.

9. *Literaturauswahl*

Friedrich Aschoff, Christopher Noll, Paul Toaspern, Heilung (GGE Themenheft, hrsg. von GGE), Hamburg 2002

Eberhard Bibelriether et al., Heilsame Berührungen. Segnungsgottesdienste gestalten. Gemeindeakademie Rummelsberg, Schwarzenbruck 1997

Wolfgang J. Bittner, Heilung, Zeichen der Herrschaft Gottes, Schwarzenfeld 2007

BKK-Gesundheitsreport 2005: Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit hg. v. Bundesverband der Betriebskrankenkassen

Christliche Identität, alternative Heilungsansätze und Esoterik heute, in: Materialdienst der EZW, Berlin, 3 und 4/07

Church of England (Hg.), A Time to Heal. A Report to the House of Bishops on the Healing Ministry, London 2000

Jim Cochrane, Religious Health Assets (RHAs) – Conceptual and Theoretical Framework, in: Difäm, German Institute for Medical Mission (Ed.), Religion, Faith and Public Health. Documentation on a Consultation held at Difäm, Tübingen, Germany, 9-11 February 2006, pp. 14-45

Come Holy Spirit, Heal and Reconcile, Themenheft IRM January 2005
Divine Healing, Pentecostalism and Mission, Themenheft IRM July/October 2004

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Hrsg.), Die vernachlässigten Dimensionen. Auseinandersetzung mit Gesundheit und Heilung im ökumenischen Prozess, Studienheft Nr. 3, Tübingen 2000

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Hrsg.), Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit. Studie der Christlich-Medizinischen Kommission Genf, Tübingen 1990, 9

Simone Ehm, Michael Utsch (Hg.), Kann Glaube gesund machen. Spiritualität in der modernen Medizin (EZW-Texte 181), Berlin 2005

Ulrich Eibach, Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche (Theologie in Seelsorge, Beratung und diakonie, Bd.1), Neukirchen-Vluyn 1991

Health, Faith and Healing; Themenheft IRM January /April 2001

Heiko Ernst, Macht der Glaube gesund? In: Psychologie heute compact Heft 8 (2004) 68-69

Evangelisches Missionswerk in Deutschland e.V., EMW (Hg.), Von der heilenden Kraft des Glaubens. Ein Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen, Hamburg 2005

Brigitte Fuchs, Norbert Kobler-Fumasoli (Hg.), Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin, Münster 2002

Glaube und Gesundheit. Warum Hoffnung heilen kann. Psychologie heute 32, Heft 3 (2005)

Glück, Glaube, Gott. Was gibt dem Leben Sinn? Psychologie heute compact, Heft 8 (2004)

Bernhard Grom, Religiöser Glaube – ein Gesundheitsfaktor?, in: Dr. med. Mabuse, September/Okttober 2002

Ders., Wunder sind nicht zu erwarteten. Wie spirituell kann die Psychotherapie sein? In: Psychologie heute 35 (2008) Heft 2, 56-59

Christoffer Grundmann (Hg.), ...Christus den Herrn sein lassen. Eine Auswahl von Aufsätzen, Vorträgen und Predigten von Martin Scheel (1917-1990), Verlag an der Lottbek 1993

Gary Gunderson, Deeply Woven Roots. Improving the Quality of Life in your Community, Minneapolis 1997

Klaus Haacker, Krankheit, Gebet und Heilung, ThBeitr 36 (2005), Heft 6, 289–293

The Global Health Situation and the Future of the Church in the 21st Century, IRM 95, Nos. 376/377, 2006

Heilung in Mission und Ökumene. Impulse zum interkulturellen Dialog über Heilung und ihre kirchliche Praxis, EMW Studienheft Weltmission heute Nr. 41, EMW Hamburg 2001

Heilungssehnsucht und Heilserfahrungen in der postsäkularen Kultur – Unterwegs zu einer missionarischen Hermeneutik“, epd-Dokumentation 16./2005

Reinhard Hempelmann, (Hrsg.), Christliche Identität, alternative Heilungsansätze und moderne Esoterik, EZW-Texte 191, Berlin 2007

Beate Jakob, Dietrich Werner: Die heilende Dimension des Glaubens. Antworten auf eine wachsende Sehnsucht, DIFAEM Studienheft Nr. 5, Tübingen 2007

Dieter Keucher, Heilungsverständnis und Heilungspraxis in der Geistlichen Gemeinde-Erneuerung, in: Heilungssehnsucht und Heilserfahrung in der postsäkularen Kultur, epd-Dokumentation 16, S. 25-30S

Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Verlag Gesundheitsförderung, Gamburg 2006

H. König, M. McCullough, D. Larson, Handbook of Religion and Health, New York 2001

Burghard Krause, Heilungssehnsucht und Heilserfahrung – Ansätze und Perspektiven einer missionarischen Hermeneutik, epd-Dokumentation 16/2005, S. 16ff, bes. 19f

Ulrich Laepple, Gemeinde als Heil-Land (Brennpunkt Gemeinde Studienbrief D 3), hrsg. von AMD (Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste), Berlin 2006

Manfred Lütz, Lebenslust. Wider die Diätsadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult“, München 2002

Morris Maddocks, The Christian Healing Ministry, SPCK, Third Edition 1995

Dale A. Matthews, Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin, Erfahrungen aus der medizinischen Praxis, Freiburg 2000

Jürgen Moltmann, Diakonie im Horizont des Reiches Gottes. Schritte zum Diakonentum aller Gläubigen, Neukirchen-Vluyn 1984

Ökumenischer Rat der Kirchen, Auftrag zu heilen (Studien des Ökumenischen Rats Nr. 3), Genf 1966

Gabriele Pack, Die missionarische Hand braucht die diakonischen Hand, in mi-di (Mission und Diakonie), Nr. 1, 2004, S.6.f (hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste, AMD)

Robert-Koch-Institut (Hg.) Gesundheit in Deutschland 2006. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006

Michael Utsch, Spirituelle Psychotherapie: Modetrend oder Modell mit Zukunft? In: Psychologie heute 35 (2008) Heft 2, 52-55

Wolfram Weimer, Credo. Warum die Rückkehr der Religion gut ist, DVA München 2006

Dietrich Werner, zur Wiederentdeckung des heilenden Dienstes der Gemeinde. Zehn Thesen zum Gesprächseinstieg, in: Evangelisches Missionswerk in Deutschland, EMW (Hrsg.), Heilung in Mission und Ökumene. Impulse zum interkulturellen Dialog über Heilung und ihre kirchliche Praxis (Weltmission heute Nr. 41) Hamburg 2001

WHO, Review of the Constitution and Regional Arrangements of the World Health Organisation. Executive Board 101st Session. EB 101/7. Genf 1997

Paul-Hermann Zellfelder-Held, Solidarische Gemeinde. Ein Praxisbuch für diakonische Gemeindeentwicklung, Neuendettelsau 2002

Die Autoren

Dr. theol. Peter Bartmann, M. A., MBA, geb. 1963, ev. Theologe und Gesundheitsökonom, lebt mit seiner Familie in Berlin. Seit 1999 für das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland tätig, seit 2004 im Bereich Gesundheitspolitik. Derzeit freigestellt für ein von der VW-Stiftung gefördertes Forschungsprojekt zur Situation chronisch kranker Menschen mit niedrigem Einkommen am Wissenschaftszentrum Berlin. Ehrenamtliches Engagement in der Kinder- und Jugendarbeit der Ortsgemeinde.

Dr. med. Beate Jakob, geb. 1954; Studium der Humanmedizin und der Katholischen Theologie in Tübingen; Tätigkeit in der Inneren Abteilung der Universitätsklinik in Tübingen (1980-1983), Aufenthalt in Kenia, Arbeit an einem Missionskrankenhaus (1990-1992), Mitarbeit im Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen als Grundsatzreferentin, zunächst ehrenamtlich (1993-1999), dann in Teilzeitbeschäftigung. Beate Jakob ist verheiratet und hat sieben Kinder.

Ulrich Laepple, geb. 1948 in Ulm. Studium der Ev. Theologie in Tübingen, Edinburgh und Göttingen, Assistent an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal im Fach Neues Testament (1974-1977), Landespfarrer im Ausbildungsreferat der Ev. Kirche im Rheinland (1977-1980), Gemeindepfarrer in Essen (1980-1991), Theol. Mitarbeiter im Amt für Gemeindeentwicklung und Missionarische Dienste der Ev. Kirche im Rheinland (1991-2002). Seit 2002 Leitung des Fachbereichs Diakonisch-Missionarischer Gemeindeaufbau der Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste im Diakonischen Werk der EKD. Veröffentlichungen zu Themen von Mission, Gemeinde und Diakonie. Ulrich Laepple lebt in Berlin, ist verheiratet und hat drei Kinder.

Dr. theol. Dietrich Werner, geb. 1956 in Oldenburg; Studium der Evangelischen Theologie in Göttingen, Tübingen, Edinburgh, Bethel, Genf; Gemeindepfarrer in Oldenburg, Assistent am Ökumenischen Institut der Ruhr-Universität Bochum (1989-1993), Studienleiter der Missionsakademie an der Universität Hamburg (1993-2000), (2000-2007) Grundsatzreferent im Nordelbischen Missionszentrum (Hamburg) und Studienleiter am Christian Jensen Kolleg (Brekum/Nordfriesland). Seit Oktober 2007 beim ÖRK Leiter des Referats „Ecumenical Theological Education“. Veröffentlichungen z.B. Dietrich Werner u.a., Leitfaden ökumenische Missionstheologie, Gütersloh 2003; Ders., Wiederentdeckung einer missionarischen Kirche. Breklumer Beiträge zur ökumenischen Erneuerung, Schenefeld 2006. Dietrich Werner lebt in Genf, ist verheiratet und hat fünf Kinder.