



Difäm zum Thema

von Dr. Beate Jakob

Auf welcher Basis steht die christliche Gesundheitsarbeit? Welche Merkmale kennzeichnen das Engagement von Einzelpersonen, christlichen Organisationen und Kirchen im Gesundheitsbereich und welchen Zielen dient es? – Obwohl die christliche Gesundheitsarbeit in vielen Ländern eine große und eher wachsende Bedeutung hat, werden diese grundsätzlichen Fragen immer wieder gestellt und unterschiedlich beantwortet. Und damit verbunden ist auch die Frage nach der „Notwendigkeit“, nach der Existenzberechtigung der christlichen Gesundheitsarbeit überhaupt.

Geschichte und Bedeutung

Heilungen und die Sorge um die Gesundheit sind mit dem Christentum seit seinen Anfängen verbunden. Jesu Heilungen waren wesentlich für sein irdisches Wirken und fanden ihre unmittelbare Fortsetzung in den urchristlichen Gemeinden – dies wissen wir aus dem Zeugnis der Apostelgeschichte und der frühen christlichen Schriftsteller.

In den späteren Jahrhunderten interpretierten die Christen Jesu Auftrag zu heilen mehr und mehr als Auftrag zur Fürsorge für Schwache und Kranke. Bis zur Neuzeit wurden, vor allem in Europa und im Vorderen Orient, zahlreiche christliche „Armenhäuser“ und Krankenhäuser gegründet. Diese Einrichtungen wurden in den meisten Fällen von Ordensgemeinschaften unterhalten und waren beispielhaft in der Pflege und in der Zuwendung zu den Kranken.

Einen gewaltigen Bedeutungszuwachs erlebte die christliche Gesundheitsarbeit seit dem 19. Jahrhundert. Mit der Zunahme der medizinischen Möglichkeiten „entdeckten“ die Kirchen ihren Auftrag zu heilen neu und auf andere Weise. Sie interpretierten ihn nun in dem Sinne, den Segen der Medizin möglichst allen Menschen zugänglich werden zu lassen. Im Zuge der „Inneren Mission“ wurden in Deutschland christliche Krankenhäuser gegründet, die sozial Schwachen offen standen. Auch den Missionaren in Übersee erschien es als ein Gebot der christlichen Nächstenliebe, den Menschen in den Missionsgebieten an den wachsenden medizinischen Möglichkeiten des Nordens Anteil zu geben. Dies war der Anfang der so genannten „Ärztlichen Mission“.

So wurden, beginnend im 19. Jahrhundert, von den protestantischen und katholischen

Missionsgesellschaften in ihren Missionsgebieten eine Vielzahl von Krankenhäusern und Gesundheitsstationen gegründet und unterhalten.

Bis heute ist die christliche Gesundheitsarbeit weltweit von größter Bedeutung. Einige Zahlen veranschaulichen dies: Im Kongo unterhalten die Kirchen etwa die Hälfte aller Gesundheitsdienste, in Kenia wird der Anteil auf 40 Prozent, in Tansania auf 35 Prozent geschätzt. Mit über 25.000 Einrichtungen und über 1,1 Millionen Betten ist der deutsche Caritasverband in Deutschland der größte deutsche Wohlfahrtsverband, gefolgt vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche. Von den über 2.000 Krankenhäusern in Deutschland sind heute etwas mehr als ein Drittel in kirchlicher Trägerschaft.

Begründung am Beispiel der Ärztlichen Mission

Rein zahlenmäßig besteht kein Zweifel an der Bedeutung der christlichen Gesundheitsarbeit in unserer Zeit. Aber: Ist sie nur so lange unverzichtbar, bis diese Arbeit von säkularen Trägern übernommen werden kann? Oder gibt es bestimmte Wesensmerkmale der christlichen Gesundheitsarbeit, die das Engagement der Christen im Gesundheitsbereich unabhängig von den äußeren Notwendigkeiten als unverzichtbar erscheinen lassen?

Paul Lechler, der Gründer des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen, begründete in einer 1910 gehaltenen Rede die christliche Gesundheitsarbeit in den Ländern des Südens so: „Die Ärztliche Mission ist die Tat des barmherzigen Samariters, der an dem Verunglückten nicht vorübergeht, sondern sich seiner teilnahmsvoll annimmt, seine Wunden verbindet und für seine Pflege sorgt.“¹

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die christliche Gesundheitsarbeit in Übersee jedoch grundsätzlich in Frage gestellt und musste erneut nach ihrer Begründung fragen.

Denn die Ärztliche Mission war in eine Krise gekommen: Die christlichen Krankenhäuser und Gesundheitsstationen boten einen hohen medizinischen Standard, der in vielem dem westlichen „Medizinmodell“ entsprach. Dies bedingte enorm hohe Unterhaltskosten, eine Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung aus dem Norden und hohe Patientengebühren. Dadurch wurden die wirtschaftlich armen Menschen praktisch von den christlichen Gesundheitsdiensten ausgeschlossen. Zunehmend wuchs die Einsicht, dass die im Wesentlichen kurativ ausgerichtete kirchliche Gesundheitsarbeit wenig oder gar nicht in der Lage war, die eigentlichen krankmachenden Faktoren anzugehen. Eine noch so gute Behandlung im Krankenhaus rührte nicht an schlechten hygienischen Verhältnissen, an der Fehl- und Mangelernährung, an immer wiederkehrenden Malariainfektionen und vor allem änderte sie nichts an den Unrechtsstrukturen, die für die Armut als wichtigen krankmachenden Faktor verantwortlich waren. Darüber hinaus waren viele der nach dem Zweiten Weltkrieg unabhängig gewordenen Staaten daran interessiert, die Gesundheitsversorgung in eigene staatliche Verantwortung zu übernehmen oder zumindest in die Hand der lokalen Kirchen zu geben.²

Angesichts dieser Problemanzeigen schien es nicht mehr selbstverständlich, dass die Gesundheitsarbeit ein genuiner Auftrag der Kirchen ist. So stellte sich die Frage nach einer Begründung der christlichen Gesundheitsarbeit, die über das Motiv der Barmherzigkeit hinausgeht und das Spezifische des christlichen heilenden Handelns aufzeigt.

In dieser Situation muss es wie eine Befreiung gewirkt haben, als Christen aus der Gesundheitsarbeit und Verantwortliche aus dem Bereich der Kirchen, die 1964 zu einer Tagung im Difäm in Tübingen zusammen gekommen waren, einmütig sagten: „Die christliche Kirche hat eine besondere Aufgabe auf dem Gebiet des Heilens. [...] Die Kirche kann sich ihrer Verantwortung auf dem Gebiet des Heilens nicht entledigen, indem sie diese anderen Organisationen überträgt.“³ Weiter betonten die Teilnehmenden dieser Tagung, die Kirche habe besondere Einsichten in das Wesen von Gesundheit und Heilung und der Auftrag zu heilen sei – in Ergänzung zum medizinischen Fachpersonal – ein wesentlicher Auftrag der Gemeinde.⁴

Die Ergebnisse der Tübinger Tagung wurden als mutige Thesen formuliert, die damals zum einen überraschten und zum anderen auch viele Christen ermutigten, für die Ärztliche Mission eine Zukunft zu sehen. Aber es brauchte viele Jahre, um diese Thesen zu entfalten und sie in die Praxis umzusetzen. Für diese Aufgaben wurde beim Ökumenischen Rat der Kirchen (ÖRK) im Jahr 1968 die Christian Medical Commission (CMC) als eigene Gesundheitskommission eingerichtet, die – in einem weltweiten Prozess und in enger Zusammenarbeit mit dem Difäm – ein christliches Verständnis von Gesundheit und Heilung erarbeitete und so die Grundlage für eine Wesensbestimmung und neue Praxis der christlichen Gesundheitsarbeit legte.

Wesensmerkmale ⁵

Die Basis: das christliche Menschenbild

Mann und Frau sind mit Körper, Seele und Geist von Gott geschaffen und bejaht. Jeder und jedem Einzelnen kommt als Ebenbild Gottes eine unveräußerliche Menschenwürde zu. Besonders in der Begegnung mit schwachen, kranken und ausgegrenzten Menschen ist es wichtig, diesen zu vermitteln, in Gottes Augen wertvoll zu sein. Diese Sicht des Menschen fordert heraus, den Kranken und auf Hilfe angewiesenen Menschen mit einem hohen Maß an menschlicher Zuwendung und Achtung zu begegnen.

Zum Wesen des Menschen gehört sowohl in der Sicht des Alten als auch des Neuen Testaments, dass er in und aus Beziehungen lebt. Der Mensch lebt in einer Beziehung zu sich, zu seinen Mitmenschen, zur belebten und unbelebten Schöpfung und – ganz wesentlich – zu Gott, und er bezieht seine Lebenskraft auch aus diesen Beziehungen. Dies betonte

der Theologe Paul Tillich, indem er sagte: „Der Mensch ist eine vieldimensionale Einheit.“⁶ Gottes Wille ist, dass das Leben der Menschen in allen seinen Beziehungen ungestört ist.

Verständnis von Gesundheit und Heilung

Wenn wir als Christen von Gesundheit und Heilung reden, dann müssen wir immer den Menschen als ganzen und mit und in allen seinen Beziehungen im Blick haben. Biblisch begründet ist weder die Vorstellung, dass Gesundheit sich nur auf das körperliche oder seelische Wohl bezieht, noch eine Gesundheitsarbeit, die nur das Individuum – losgelöst von der Gemeinschaft – in den Blick nimmt.

Einem christlichen Verständnis von Gesundheit ist der Mensch in seiner Leiblichkeit sehr wichtig, aber gleichzeitig ist es nicht vereinbar mit einer Überbewertung körperlicher Gesundheit, die in der westlichen Kultur heute geradezu zu einem „Gesundheitskult“ führt.

Nach unserem Verständnis verfügen Kranke, die mit einer körperlichen Einschränkung leben lernen und in einer guten Beziehung zu sich, den Mitmenschen und zu Gott leben, über ein hohes Maß an Gesundheit. In diesem Sinne formulierte Karl Barth: „Gesundheit ist die Kraft zum Menschsein.“⁷ Deshalb ist die bestmögliche körperliche Rehabilitation eines kranken Menschen zwar ein wichtiges Ziel der Gesundheitsarbeit, aber nicht das einzige.

Der Mensch ist zu allen Zeiten schädigenden Einflüssen ausgesetzt und kommt immer wieder aus dem Gleichgewicht – körperlich, seelisch und auch spirituell. Gesundheit ist dynamisch zu verstehen in dem Sinne, dass der Mensch diesen Einflüssen Lebenskräfte entgegensetzen kann. Im angelsächsischen Sprachbereich hören wir häufig Gesundheitsdefinitionen im Sinne von: „Gesundheit ist die Fähigkeit, schädigende Einflüsse zu überwinden“.⁸

Wenn wir davon ausgehen, dass der Mensch wesentlich in und aus Beziehungen lebt, dann weitet sich unser Verständnis von Heilung weit über die Anwendung medizinischer Maßnahmen hinaus. Dann ist es klar, dass beispielsweise soziale und spirituelle Faktoren das körperliche Befinden eines Menschen im positiven wie auch im negativen Sinne beeinflussen können und jedes Konzept von Heilung diese Faktoren einbeziehen muss. Diese erweiterte Vorstellung von Heilung ist in der Bibel begründet und

wird heute durch wissenschaftliche Forschungen, zum Beispiel im Bereich der Psychoneuroimmunologie, bestätigt.

„Die Armen“ als wichtigste Zielgruppe

Das Gebot der Fürsorge für Ausgegrenzte, Schwache, Kranke, Fremde, Witwen und Waisen – für „die Armen“ in ganz unterschiedlicher Hinsicht – zieht sich wie ein roter Faden durch das Alte und das Neue Testament. „Zu verkündigen das Evangelium den Armen“ (Lk 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 darf niemanden ausschließen, etwa aufgrund von wirtschaftlicher Armut, sozialer Stellung oder Geschlecht.

Barmherzigkeit, Zuwendung und prophetisches Amt

Jesus blieb von menschlicher Not nicht unberührt, sondern wurde durch das Leiden von Menschen bis ins Innerste erschüttert.⁹ An keinem Kranken, dem er begegnete, ging Jesus vorbei, sondern er wandte sich jedem und jeder Einzelnen zu und achtete das Leben und Wohl als wertvoll und schützenswert.

Neben dieser liebevollen und teilnehmenden 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“ (Spr 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 Gnadensjahr des Herrn“ (Lk 4, 18f.).

Christliche Gesundheitsarbeit fühlt sich bei dem verpflichtet: sowohl der sofortigen, unmittelbaren Zuwendung zu Kranken und Notleidenden als auch der langfristigen, strukturellen Arbeit an den Ursachen von Armut und Krankheit.

Das Bild des Barmherzigen Samariters, mit dem die christliche Gesundheitsarbeit oft dargestellt wird, ist richtig, drückt jedoch nicht alle Aspekte aus. In Aufnahme und Weiterführung dieses biblischen Gleichnisses können wir sagen: Es geht zunächst darum, den Ausgeraubten aufzunehmen und das für seine Gesundheit Nötige zu tun. Ein zweiter, ebenso

wichtiger Schritt ist dann aber auch, „die Straße nach Jericho sicherer zu machen“, und damit zu verhindern, dass er oder andere wieder in dieselbe unheilvolle Situation kommen.

Umgang mit Grenzen

Dem biblischen Denken liegt die Überschätzung menschlicher Fähigkeiten und Möglichkeiten fern. Wenn wir uns in Jesu Auftrag und Namen für Gesundheit und Gerechtigkeit in der Welt einsetzen, wissen wir, dass wir dadurch dem Reich Gottes, das mit Jesus begonnen hat, ein Stück weit näher kommen. Die Möglichkeiten zum Beispiel der Medizin und auch unsere eigenen Kräfte nehmen wir dankbar an. Dies geschieht jedoch im Bewusstsein, dass wir dies zum einen nicht aus eigenen Kräften können und dass wir zum anderen immer in der Vorläufigkeit leben, zu der Leid, Schmerz und menschliches Versagen dazugehören. Das Ziel christlichen heilenden Handelns kann nicht sein, „paradiesische Zustände“ zu erreichen, sondern kleine Verbesserungen zu bewirken.

Wichtig ist auch der Umgang mit den eigenen Grenzen und den Grenzen von Mitarbeitenden. „In der Nachfolge Jesu“ und mit den besten Absichten bleiben wir Menschen mit begrenzten Kräften und mit Schwächen und sind nicht davor gefeit, Fehler zu machen und aneinander schuldig zu werden.

Der spezifische christliche Heilungsauftrag

„Die Kirchen haben einen Auftrag auf dem Gebiet des Heilens“ – diese „Tübinger These“ wurde theologisch entfaltet und in der Praxis bestätigt. 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“.¹⁰ Die naturwissenschaftliche Sicht von Gesundheit und die darauf basierenden heilenden Maßnahmen sind ergänzungsbedürftig. Die christliche Gesundheitsarbeit ergänzt die Medizin durch die religiöse Dimension. Christliche Gesundheitsarbeit versteht sich als „religiös“ in dem Sinne, dass sie an Christus und seinen Auftrag zu heilen „rückgebunden“ ist und daraus spezifische Aufgaben ableitet: die Achtung der Würde jedes Menschen, die erweiterte Sicht von Krankheit und Heilung sowie den Blick für „die Armen“.

Christliche Gesundheitsarbeit und Evangelisation

In welcher Beziehung steht die christliche Gesundheitsarbeit zur Evangelisation? Sollen Christen in der Gesundheitsarbeit implizit

oder explizit der Verkündigung dienen und sich dieser unterordnen?

Dieser Frage musste sich die Ärztliche Mission zu allen Zeiten stellen und sie wird bis heute durchaus kontrovers diskutiert.

Am Beginn des 20. Jahrhunderts sahen viele die Ärztliche Mission als eine der Möglichkeiten, das Ziel „Evangelisation der Welt in dieser Generation“, welches bei der Weltmissionskonferenz in Edinburgh 1910 formuliert worden war, zu erreichen.

Auf der anderen Seite gab es schon sehr bald und immer wieder Stimmen, die gegen jede Vereinnahmung und Instrumentalisierung der christlichen Gesundheitsarbeit Bedenken erhoben. In einem Bericht zur Weltmissionskonferenz in Jerusalem (1928) steht: „The medical work should be regarded as, in itself, an expression of the spirit of the master, and should not be thought of as only a pioneer of evangelism or as merely a philanthropic agency.“¹¹ In diesem Zitat wird eine zweifache wichtige Abgrenzung vorgenommen: Christliche Gesundheitsarbeit hat ihre wichtige eigene Bedeutung, die sich auf Christi Vorbild gründet, und sie darf nie „Mittel zum Zweck“ sein oder im Sinne der Manipulation von Menschen missverstanden werden. Andererseits aber müssen ihre Wesensmerkmale deutlich erkennbar sein – christliche Gesundheitsarbeit muss als über rein humanitäre Bemühungen hinausgehend erkennbar sein.

In der ökumenischen Diskussion hat sich das Verständnis von Mission seit Edinburgh 1910 wesentlich verändert. Im Sinne eines integrativen Verständnisses von Mission sehen wir heute verschiedene Dimensionen der christlichen Mission. Neben der unveräußerlichen Dimension der Verkündigung werden Heilung und Versöhnung als wesentlich für die Mission erkannt und in den Dokumenten des ÖRK auch benannt.

„Towards Edinburgh 2010“ – im Hinblick auf den hundertsten Jahrestag von Edinburgh 1910 – formulierte ÖRK-Generalsekretär Samuel Kobia eben dieses erweiterte Verständnis von Mission: „Zur Mission dieser Generation in einer globalisierten Welt gehören die Heilung christlicher Spaltungen, der Aufbau von heilenden und versöhnenden Gemeinschaften, der kritische Umgang mit allen Versuchen, Gewalt zu rechtfertigen, das Streben nach Frieden als Gabe Gottes und die Verkündigung des Evangeliums in der Nachfolge Jesu Christi.“¹²

Wenn wir Mission so verstehen, dann ist christliche Gesundheitsarbeit eine wichtige eigene Dimension von Mission: Indem Christen sich Menschen heilend zuwenden, besonders denen, die in unserer Gesellschaft „die Armen“ sind, und indem sie Gemeinden ermutigen und befähigen, ihr heilendes Amt wahrzunehmen, nehmen sie teil an Gottes Mission in der Welt.

Die Praxis der christlichen Gesundheitsarbeit

Gemeinde getragene Gesundheitsdienste

Ein überwiegend kurativ ausgerichtetes, auf große medizinische Zentren konzentriertes Gesundheitssystem wird nicht allen Grundsätzen der christlichen Gesundheitsarbeit gerecht. Dies wurde in der Mitte des 20. Jahrhunderts für die Ärztliche Mission deutlich und als Antwort darauf formulierten die Teilnehmenden der Tübinger Tagung 1964 die These vom Heilungsauftrag der Gemeinde.

Diese These entfaltet die Christian Medical Commission (CMC), indem sie – in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – das Konzept der Gemeinde getragenen Gesundheitsarbeit entwickelte und seine Umsetzung begleitete. „Gemeinde“ meint in diesem Zusammenhang sowohl die zivile als auch die kirchliche Gemeinde.

Am Anfang dieser Entwicklung stand die Einsicht, dass mehr als 80 Prozent der Erkrankungen weltweit ohne den Einbezug eines Krankenhauses und ohne den Einsatz technischer oder anderer spezialisierter Möglichkeiten behandelt werden können. Viele der oft wiederkehrenden Erkrankungen – in den wirtschaftlich armen Ländern z.B. Malaria und Magen-Darm-Erkrankungen – können geschulte Laien, so genannte Dorfgesundheitshelfer/-innen, erkennen und wirksam behandeln.

Gemeinde getragene Gesundheitsarbeit setzt bei den Menschen und ihren Fähigkeiten an. Die Beteiligten sind nicht Objekte, sondern Subjekte, d.h. Träger heilender Dienste. Indem sie so weit wie möglich selbst für ihre Gesundheit sorgen und dazu von außen unterstützt werden, wird vermieden, dass heilende Maßnahmen eingesetzt werden, die nicht der Kultur der Betroffenen entsprechen.

Ein Schwerpunkt der Gemeinde getragenen Gesundheitsarbeit liegt im Bereich der Prä-

vention. Durch Verbesserung der Hygiene, durch Einüben gesundheitsfördernder Lebensweisen und durch Verbesserung der Ernährung können viele Krankheiten vermieden werden.

Über diese Maßnahmen hinaus haben Gemeinden, und besonders die religiösen Gemeinschaften, noch weitere Möglichkeiten, heilend zu wirken, wenn sie auch spirituelle und soziale Faktoren in das therapeutische Konzept einbeziehen, z.B. Gebet und Fürsorge für Kranke, Heilungsliturgien und Dienst für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung.¹³

In den Ländern des Südens ist die Gemeinde getragene Gesundheitsarbeit eine wichtige Ergänzung zu den Gesundheitsdiensten, obwohl man sehen muss, dass sie die in den 1980er Jahren in sie gesetzten Hoffnungen nur begrenzt erfüllen konnte.

In der nördlichen Hemisphäre dagegen wurde dieser Ansatz zunächst kaum zur Kenntnis bzw. ernst genommen. Nachdem aber heute in den USA längst nicht mehr alle Menschen Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem haben, wird auch dort die Rolle der Gemeinden im Gesundheitsbereich neu entdeckt.

Eintreten für Benachteiligte

Advocacy zu üben im Sinne von „Anwalt“ oder „Fürsprecher“ zu sein für diejenigen Menschen, die in besonderem Maße verletztlich sind, ihre Anliegen (noch) nicht selbst vertreten und ihre Rechte nicht wirksam einfordern können, ist eine wesentliche Aufgabe der christlichen Gesundheitsarbeit in unserer Zeit. Denn bereits im Jahr 1948 formulierte die WHO in ihrer Universalen Erklärung der Menschenrechte: „Der höchstmögliche Gesundheitszustand ist ein fundamentales Menschenrecht.“

Wenn Menschen anderen Menschen helfen und Hilfe empfangen wird, besteht immer die Gefahr, dass Abhängigkeiten entstehen und die Ressourcen der Empfänger nicht angemessen entfaltet und genutzt werden. Ein wichtiges langfristiges Ziel jeder Gesundheitsarbeit ist deshalb, Menschen zu befähigen, ihre Ziele aus eigenen Kräften zu erreichen. Dies umfasst Ausbildung, Supervision und Personalentwicklung sowie die Befähigung zur Schaffung effektiver Strukturen und Systeme und ebenso die Netzwerkbildung und die Zusammenarbeit mit staatlichen Strukturen. Alle diese Maßnahmen sind nicht kurzfristig wirksam und benötigen oft einen langen Atem – auf lange Sicht aber ist es der beste und sicherste Weg. Und nicht zuletzt wird so das

System der Einbahnstraßen-Hilfe vom Norden in den Süden zugunsten eines partnerschaftlichen Miteinanders und Lernens überwunden.

Unterschiedliche Schwerpunkte im Süden und im Norden

In vielen wirtschaftlich armen Ländern haben immer noch viele Menschen praktisch keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung, vor allem in den ländlichen Gebieten. Hier geht es für die Kirchen auch heute wesentlich darum, ihre Aufgabe und ihre Möglichkeiten im Bereich der medizinischen Grundversorgung zu sehen und wahrzunehmen – möglichst unter noch stärkerer Einbindung der Gemeinden.

Im südlichen Afrika ist die kirchliche Gesundheitsarbeit besonders durch die Schwächung aller Strukturen durch HIV/Aids und durch die Abwanderung von Gesundheitspersonal aus den kirchlichen in staatliche Einrichtungen herausgefordert. Letzteres Phänomen betrifft vor allem die ländlichen Regionen mit schwacher Infrastruktur.

In den Industrienationen ist die Basisgesundheitsversorgung für die meisten Menschen durch Krankenversicherungen und sich ergänzende staatliche und kirchliche Gesundheitseinrichtungen „noch“ gewährleistet. Möglicherweise wird aber auch hier in Zukunft eine Veränderung eintreten und die Rolle der Gemeinden im Bereich der Basisgesundheitsdienste überdacht werden müssen.

Aber schon heute haben die Kirchen und die Christen in den Ländern des Nordens zwei ganz wesentliche Aufgaben im Bereich der Gesundheit: Zum einen ist es aufgrund des biblischen Verständnisses von Gesundheit eine Aufgabe der Kirchen, der Übersteigerung körperlicher Gesundheit in unserer Gesellschaft entgegen zu wirken. Unsere Medien propagieren das Ideal des körperlich makellosen, leistungsstarken und jungen Menschen, Gesundheit erscheint als konsumierbares Gut, das eingefordert werden kann. Dies birgt die Gefahr, dass sich Menschen mit nicht heilbaren chronischen Krankheiten und Behinderungen ausgegrenzt fühlen. Körperliche und seelische Gesundheit als unverfügbares Geschenk zu sehen, Begrenzungen als zum Leben gehörig anzunehmen und im Bewusstsein zu halten, dass das Leben unter keinen Umständen seine Würde verliert, sind wesentliche Aufgaben der christlichen Gesundheitsarbeit in unserer Zeit.

Eine weitere Aufgabe ist das Einbringen der spirituellen und sozialen Dimension in das Verständnis von Heilung, was lange kaum beachtet wurde. In dieser Hinsicht kann

heute ein Süd-Nord-Lernprozess stattfinden: In den Ländern des Südens ging über die Jahrhunderte hinweg nie das Bewusstsein dafür verloren, dass Gebet, heilende Rituale und soziales Netzwerk wesentliche heilende Faktoren sind, die die Schulmedizin nicht ersetzen können oder wollen, diese aber sinnvoll und heilsam ergänzen.

¹ Paul Lechler, *Die Ärztliche Mission und ihre Bedeutung für die kulturelle Entwicklung unserer Schutz-Gebiete*. Vortrag gehalten im Reichskanzlerpalais zu Berlin am 2. Dezember 1910, Berlin o.J., 24.

² James McGilvray, *Die verlorene Gesundheit – Das verheißene Heil*. Mit einem Vorwort von Jürgen R. Bierich und Dietrich Rössler, Stuttgart 1982, 18-23.

³ ÖRK, *Auftrag zu heilen*. Genf 1966, 37, *Studien des Ökumenischen Rates* 3.

⁴ Vgl. aaO., 37f.

⁵ Vgl. zu diesem Abschnitt z.B.: Kofi Oduro Asante, *Sustainability of Church Hospitals in Developing Countries. A search for criteria for success*, Geneva 1998, 4-10; Difäm (Hg.), *Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit. Studie der Christlich-Medizinischen Kommission in Genf*, Tübingen 1990; Steffen Flessa, *Why do Christians Care? Values and objectives of church-related health services in developing countries*, in: *Journal of Public Health* 13 (2005), 236-247.

⁶ Paul Tillich, *Gesammelte Werke*, Bd. 9, Stuttgart 1975, 289.

⁷ Zitiert nach: Ulrich Eibach, *Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche*, Neukirchen-Vluyn 1991, 28 (*Theologie in Seelsorge, Beratung und Diakonie* 1).

⁸ www.partysmart.org/zine/01sep2003/health.html.

⁹ Vgl. zum Beispiel Mk 1, 41.

¹⁰ Difäm (Hg.), *Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit. Studie der Christlich-Medizinischen Kommission in Genf*, Tübingen 1990, 6.

¹¹ *Report of the International Missionary Council, Jerusalem, March 24 to April 8 1928*, Bd. 7, *Addresses and other Records*, London 1928, 197.

¹² Zitat aus einer Rede von ÖRK-Generalsekretär Samuel Kobia in Edinburgh am 27.04.2007: *World Council of Churches Edinburgh 2010*. (www.oikoumene.org)

¹³ AaO., 24f.

IMPRESSUM

Herausgeber: Dr. Gisela Schneider, Direktorin

Verlag: Difäm e.V.

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.

Redaktion: Dr. Ramona Gresch-Bruder (V.i.S.d.P), Meike Joa

Paul-Lechler-Straße 24 · 72076 Tübingen

Telefon (07071) 206512 · Telefax (07071) 206510

Internetadresse: www.difaem.de

E-Mail: info@difaem.de

Spendenkonto: Ev. Kreditgenossenschaft Stuttgart
406660 (BLZ 60060606)

Nachdruck frei gegen Beleg und Quellenangabe.

© August 2007