

## **Die Suche nach einem christlichen Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit. Zusammenfassender Bericht über das Studienprogramm der christlichen Gesundheitskommission des Ökumenischen Rates der Kirchen 1976-1982, Genf 1982, 3-18. 18a. 19-49 (CMC/82/4-G).**

### **Einführung**

In seinem Bericht an den ÖRK-Zentralausschuss im August 1981 sprach der Generalsekretär über das Heilen. Es war das treffende Thema für diese Tagung, die in Dresden, jenem Mahnmal menschlichen Unheils, stattfand. Vielleicht ist es ganz nützlich, dem Bericht der Christlichen Gesundheitskommission über ihre Studie zum Thema „Die Suche nach einem christlichen Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit“ einige der Ausführungen Dr. Potters voranzustellen.

„Die heilende Kraft und Gabe Gottes ist die zentrale Aussage der biblischen Offenbarung. Im Alten Testament werden Krankheiten, Gebrechen und körperliche Schäden nicht nur als unvermeidbare physische Realitäten angesehen, sondern als Folge von persönlichem Ungehorsam oder, wie bei Hiob, als von Gott zugelassenes Werk des Satans, der Verkörperung der Mächte des Bösen in der Welt. Der Psalmist ruft die Gläubigen auf, Gott zu loben, ‚der dir alle deine Sünden vergibt und heilet alle deine Gebrechen‘ (Ps. 103,3). Die Propheten wenden sich hingegen an das ganze Bundesvolk Gottes. Besonders Jeremia spricht beständig von den Wunden und Krankheiten, unter denen das Volk leidet, ‚denn ein Freund täuscht den andern, sie reden kein wahres Wort; sie schießen mit ihren Zungen lauter Lüge. Sie freveln, und es ist ihnen Leid umzukehren. Sie treiben's mit Gewalt im Lande und gehen von einer Bosheit zur andern, mich aber achten sie nicht, spricht der Herr‘ (Jer. 9,1ff.).

Heilung bedeutet Heil und Frieden. In Hebräisch, Griechisch und den anderen indoeuropäischen Sprachen hat ‚Heil‘ die Bedeutung Integrität, Ganzheitlichkeit, Authentizität, Fülle, Unversehrtheit, realisierte Totalität. Wo ein Mensch Heil erfahren hat, ist er von allen entfremdenden Mächten befreit und kann zu seiner/ihrer vollen Authentizität finden. Frieden, ‚Schalom‘, bedeutet in ähnlicher Weise Wohlbefinden, Ganzheit, die Kraft zur Selbstverwirklichung... Der Heilungsprozess muss den kranken Menschen einbeziehen, so dass er bei der Diagnose seiner Krankheit mithelfen kann und für die Wahl und Durchführung seiner Behandlung mitverantwortlich ist. Nur so kann er alle seine ‚Lebenskräfte‘ für seine Gesundung mobilisieren... Wenn man die Menschen dazu bringt, ihrer Krankheit tatsächlich ins Auge zu sehen, dann kann man sie ermutigen, den Willen zur Heilung aufzubringen. Für uns und unsere Kirchen stellt sich die Frage, wie weit wir diesen Prozess des Heilens durch Partizipation wirklich vorantreiben... Wir sprechen oft zungenfertig über unsere unseligen Spaltungen und beten, dass Gott diese Spaltungen heilen möge. Aber wie ernsthaft bemühen wir uns als Kirchen, das wahre Wesen unserer Spaltungen und alles, was wir in den letzten 60 Jahren zusammen gelernt haben und was uns eigentlich zu einem aktiven Engagement im Prozess des Heilens befähigen sollte, wirklich zu erkennen und bekannt zu machen?... Ein weiterer Faktor im Heilungsprozess ist, dass ein kranker Körperteil gesund gemacht oder gekräftigt wird, um die Funktionsfähigkeit des ganzen Körpers wiederherzustellen. | Das kann auf zwei Wegen geschehen. Einmal kann der übrige Körper Heilungskräfte für den verletzten Körperteil mobilisieren, um die Wunde zu heilen. Zum anderen können durch einen medizinischen oder chirurgischen Eingriff entweder Wucherungen

herausoperiert oder die kranken Organe in die Lage versetzt werden, der Krankheit mehr Widerstand entgegenzusetzen... doch finden wir es äußerst schwierig, sie anzuerkennen oder anzuwenden, wenn es um unser ‚körperschaftliches‘ Leben in der Gesellschaft und als Staaten oder in der Kirche geht.

(Es war) das hervorstechendste Merkmal des Dienstes Jesu und vor allem seines heilenden Amtes, dass er die Schwachen gestärkt und aufgerichtet hat. Im Alten Testament war es durchaus üblich, die Kranken, die Gebrechlichen, die Hilflosen, die geistig Kranken zu Außenseitern zu stempeln. Dies war eine frühe Version des Darwinschen Prinzips, dass nur der Stärkste überlebt, das auch heute noch weitgehend unsere Beziehungen in der Kirche, in der Gemeinschaft und im Staat bestimmt. Jesus hat diese Tradition umgekehrt und bewusst alle Lebenskräfte des Gottesreiches gerade diesen Menschen zugewandt, denn Krankheit widerspricht Gottes Schöpfungsplan, der auf Gesundheit, auf die Einheit mit allen Menschen und unter allen Menschen durch die Versöhnung mit Gott zielt.

Die medizinische und psychiatrische Forschung und Praxis lässt heute mehr denn je erkennen, dass die eigentlichen Ursachen der Krankheit nicht allein im körperlichen und sozialen, sondern darüber hinaus im ethischen und spirituellen Bereich liegen und dass der Heilungsprozess nur dann möglich ist, wenn die Kräfte des Geistes zum Kampf gegen unsere Krankheiten aufgeboten werden. Medizinische Eingriffe oder positive Veränderungen in unserer wirtschaftlichen oder sozialen Umwelt reichen für wirkliche Gesundheit nicht aus. Das neue Verständnis von Gesundheit als Ganzheitlichkeit hat der Harmonie und der Versöhnung mit sich selbst, mit anderen Menschen und mit Gott neues Gewicht gegeben... Der Heilungsprozess kann nur dann vonstatten gehen, wenn wir uns von unserem kranken Ich abwenden und uns im Glauben ganz auf eine lebendige Gemeinschaft mit Gott einlassen, wenn wir uns im Glauben solidarisch für die Heilung kranker Menschen und Gemeinschaften einsetzen... Sind wir selbst und sind unsere Kirchen solche heilenden Gemeinschaften? Engagieren wir uns wirklich in der Auseinandersetzung Gottes mit denjenigen, die Krankheit um sich verbreiten? Befähigen wir unsere kranken Mitmenschen und Gemeinschaften, ihre wahre Krankheit zu diagnostizieren und Heilkräfte zu entwickeln? Sind wir bereit, uns mit der heilenden Kraft Gottes auf die Seite derer zu stellen, die krank sind, die Mangel leiden, die unterdrückt werden?“]

## **Hintergrund der Studie**

Auf seiner ersten Tagung nach der Vollversammlung des Ökumenischen Rates der Kirchen in Nairobi 1975 forderte der Zentralkomitee des ÖRK die Christliche Gesundheitskommission (CMC) auf, „Wege zu schaffen und zu entwickeln, die der Erhaltung der Gesundheit, dem Menschsein, der Gemeinschaft und dem Reiche Gottes dienen“. Im Mandat der CMC werden die Funktionen dieser Kommission beschrieben; sie hat hiernach u.a. die Aufgabe, „sich um neue Erkenntnisse über das christliche Verständnis von Gesundheit, Leben, Leiden und Tod [zu] bemühen und die theologische Reflexion über diese Frage [zu] fördern, damit die auf diese Weise gewonnenen Erkenntnisse im kirchlichen Engagement für die Gesundheitsfürsorge, verstanden als Engagement einer heilenden Gemeinschaft, ihren Niederschlag finden; sich für die ständig umfassender werdenden Dimensionen des Dienstes am Kranken, die über die bloße Beschäftigung mit der Physiopathologie hinausgehen, offen [zu] erweisen und die Bedeutung spiritueller, sozialer, ethischer und psychiatrischer Erkenntnisse wie auch der Erkenntnisse der traditionellen Medizin kritisch [zu] untersuchen [...]“; sich in der Frage der Entwicklung des Menschen [...] um die Formulierung von Prioritäten [zu] bemühen, die den von den Gemeinschaften,

denen ihr Dienst zugute kommen soll, selbst definierten Bedürfnissen besser entsprechen [...]“ und „Konsultationen [einzuleiten], die es der christlichen Gemeinschaft in der ganzen Welt ermöglichen, die christliche Verantwortung für den Dienst am Kranken in allen Ländern [...] zu verstehen und zu fördern“.

Auf ihrer Jahrestagung 1977 kamen die Mitglieder der CMC überein, dass diese Studienarbeit in erster Linie auf Vorstellungen ausgerichtet sein sollte, die in örtlichen Gemeinschaften in verschiedenen Teilen der Welt entwickelt wurden. „Die Gemeinschaft selbst bestimmt ihre Sozialstruktur; daher sollte die Gemeinschaft darüber berichten, wie sie Gesundheit und Entwicklung beurteilt und wie und warum sie ihre Glieder in Zeiten von Krankheit und Leiden unterstützt. Wenn sie im Geist des Herrn arbeiten, können Menschen aus allen Lebensbereichen als Partner in einer heilenden Gemeinschaft sich der sozialen, psychologischen, körperlichen und spirituellen Nöte ihrer Nächsten annehmen, sich um sie kümmern und sie unterstützen. Durch ihre Krankenhäuser, durch formelle oder informelle Nachbarschaftsverbände oder durch Kirchengemeinden können die Glieder der Gemeinschaft den Kranken, Alternden oder Behinderten, den geistig Gestörten oder geographisch Isolierten und anderen marginalisierten Menschen wie auch einander in ihrem täglichen Leben sehr viel mehr Ganzheit geben. Die Bereitschaft zuzuhören und Freude und Leid zu teilen ist ein bedeutsamer Faktor, wenn es darum geht, Menschen zum Kern der „Ganzheit“ zu führen. Es ist notwendig, für neue Ideen offen und bereit zu sein, neue Wege zu erforschen, wie etwa die Rolle des geistlichen Heilens durch das Gebet, einheimische Gebräuche der Heilkunst und das Lernen durch den Dialog mit Menschen anderer Religionen“ (Jahresbericht der CMC 1977).

Hier lagen die Wurzeln der vorliegenden Studie, die in ihren Anfängen durch mehrere Grundsätze bestimmt war: Sie sollte hauptsächlich auf Vorstellungen über Gesundheit und Heilen ausgerichtet sein, die aus örtlichen Gemeinschaften in verschiedenen Teilen der | Welt stammten; der Austausch von Informationen sollte gefördert werden; Gemeinden sollten ermutigt werden, über Gesundheit und Heilen nachzudenken; und schließlich sollte die Aufgabe multidisziplinär angegangen werden, durch Konsultationen mit anderen Zweigen des ÖRK und mit Menschen aus vielen verschiedenen Berufen und Lebensbereichen. Wir schrieben zunächst einmal Briefe an Leute, die der CMC durch Mitglieder und Freunde in vielen Teilen der Welt empfohlen worden waren – Männer und Frauen, die durch ihre Arbeit im Gesundheitswesen und in verwandten Bereichen oder durch ihr Interesse an der Theologie des Heilens einen wesentlichen Beitrag leisten konnten. Die Samen schlugen Wurzeln und gingen auf, und wir gelangten mit der Studie in das Stadium des „Bäumeschüttelns“, zu dem Bemühen, ein weltweites Netz aus Fachleuten und an diesen Fragen interessierten Personen aufzubauen. Die „Bäume“ standen überall, sie wuchsen in der roten Erde Afrikas, unter asiatischen Völkern, wo die Christen eine Minderheit bilden, in Gruppen, die in Lateinamerika um Gerechtigkeit ringen und in den Wüsten der großen Städte in aller Welt.

Zunächst schienen die Früchte, die wir ernteten, sich in drei großen Stapeln zu sammeln: die sorgende (oder heilende) Gemeinschaft, die traditionelle Heilkunst und die menschlichen Werte. Inzwischen haben sich die Schwerpunkte verlagert. Gerechtigkeit, verstanden als gleicher und gerechter Zugang zur Gesundheitspflege, wurde als übergreifender menschlicher Wert verstanden. Weder die ethischen Implikationen der modernen medizinischen Wissenschaft und Technologie noch die heilende Kraft einer sorgenden Beziehung zwischen einem Patienten und einem Pfleger, der sich die Zeit zum Zuhören nimmt, wurden vergessen. Die Beteiligung der Menschen an der Schaffung einer heilenden oder auch jeder anderen Art Gemeinschaft stellte sich als immer wichtiger heraus. Oft erwuchs dies aus der

Erfahrung, dass Partizipation das Herzstück einer erfolgreichen primären Gesundheitsversorgung war, eine Methode, mit der die CMC Pionierarbeit geleistet hat. Die Aufgeschlossenheit für die traditionelle Heilkunst als wertvollem Verbündeten der westlichen Medizin (und manchmal die einzig verfügbare Art der Gesundheitsversorgung) hat sich in den letzten Jahren ausgeweitet zu höherer Anerkennung und größerem Interesse an nichtchristlichen Haltungen und Überzeugungen hinsichtlich der Ursachen von Krankheit und Unglück, und hinsichtlich ihrer Beziehung zu Sünde; an Vorstellungen von Tod und Leben und verwandte Bereiche und auch daran, wie diese mit christlichen Überzeugungen übereinstimmen.

Ein gemeinsamer Begriff begann sich bald aus den Briefen, die wir erhielten, herauszuschälen – der Begriff der Ganzheit. Wir erkannten, dass die drei Hauptbereiche, um die es den Schreibern zu tun war, tatsächlich untereinander zusammenhängen. Es wurde auch deutlich, dass die Menschen in den Entwicklungsländern wie auch in Industrieländern durch einige Phänomene des 20. Jahrhunderts beunruhigt sind – durch den Zusammenbruch traditioneller Familienstrukturen, die Abwanderung zu den großen Städten und die dort erlebte Anonymität, durch unpersönliche Beziehungen und Haltungen, gegen die wir besonders empfindlich sind, wenn wir krank sind und ärztliche Hilfe brauchen. Die Botschaft bestand jedoch vor allem | darin, dass Krankheit kaum jemals rein physischer Art ist, sondern dass dabei Geist und Sinn und die Menschen um uns herum einbezogen sind. Daher müssen wir als ganze Menschen behandelt werden. Andere Einheiten und Untereinheiten im Ökumenischen Rat der Kirchen wurden in die Beratung einbezogen und um Vorschläge gebeten. Sie waren eine wertvolle Hilfe für uns, weil wir durch sie nicht nur Mitarbeiter für unser Studiennetz fanden, sondern auch auf Dinge hingewiesen wurden, die wir bei der Planung regionaler Konferenzen beachten mussten: Verbindungen zwischen Kirchen und Regierung wie auch unter den Konfessionen, dazu die Spannungen, Überzeugungen und Werte sowie die Geschichte der jeweiligen Region.

Dr. Paul Tournier ist ein bekannter Arzt und Autor, der in Genf lebt. Durch seine Bücher und durch seine Vorträge im Ökumenischen Institut Bossey ist er zum Sprecher für das geworden, was er und seine europäischen Kollegen als „Medizin des ganzen Menschen“ – holistische Medizin – bezeichnen. 1978 nahm Dr. Tournier eine Einladung der CMC an, zu den Mitarbeitern des ÖRK zu sprechen. Die starke Beteiligung ließ erkennen, wie groß im Ökumenischen Zentrum das Interesse an dem war, was er „die dritte Dimension der Medizin – Beziehungen“ nannte. Sein überzeugendes und von seiner Überzeugung geprägtes Referat wurde später in CONTACT Nr.47 veröffentlicht.

Die CMC-Studie über „Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit“ hat vieles den Erkenntnissen früherer Konsultationen zu verdanken, die vom ÖRK und dem Lutherischen Weltbund (LWB) gemeinsam in den 60er Jahren in Tübingen (Bundesrepublik Deutschland) durchgeführt wurden. Dieses Erbe wurde noch bereichert durch einen ausgedehnten Dialog und theologische Studien zwischen 1968 und 1975 (anschließend in einem Band veröffentlicht in Nr. 2 der Sonderserie von CONTACT, Juni 1979). Der besondere Beitrag zu dieser Studie wurde jedoch seit 1977 durch eine Reihe von Regionalkonsultationen in verschiedenen Kontinenten geleistet, bei denen westliche Formulierungen und Praktiken den Vorstellungen anderer Kulturen ausgesetzt und durch sie bereichert wurden. Den aus dieser Studie gewonnenen Erkenntnissen wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Es wird immer deutlicher, dass die Befolgung des Heilungsauftrags, den Christus seinen Jüngern gab, fast synonym ist mit dem

völligen Gehorsam gegenüber dem göttlichen Auftrag. Die erste Konsultation in Tübingen 1964 erklärte: „Der spezifische Charakter des christlichen Verständnisses von Gesundheit und Heilung ergibt sich aus seiner Stellung im gesamten christlichen Glauben an Gottes Heilsplan für die Menschheit [...] Gesundheit ist eine fortwährende und siegreiche Begegnung mit den Mächten, die Gottes Existenz und Güte verleugnen. Sie ist Beteiligung am Eindringen in das Reich des Bösen, wobei der endgültige Sieg jenseits des Todes liegt, doch erkennen wir die Macht des Sieges schon jetzt in der Gabe des lebenspendenden Geistes. Sie ist eine Art des Lebens, die den Tod und die Angst, den Schatten des Todes, überwunden hat. Sei es im schrecklichen Elend übervölkerter und unterentwickelter Gebiete oder in der geistlichen Öde von Überflusgesellschaften, sie ist ein Zeichen von Gottes Sieg und Ruf, Ihm zu dienen.“ Spätere | Studien und Konsultationen haben die Wahrheit dieser Erklärung bestätigt.

In den Anfängen dieser Studie verschickte die CMC Fragebogen an eine Reihe von Kirchen, die sich mit Programmen zur Gesundheitsversorgung befassen. Diese Fragebogen lösten in den Jahren 1978 und 1979 die Durchführung zweier unabhängig voneinander organisierter Workshops aus. Der eine wurde von der Karibischen Konferenz der Kirchen in Trinidad für Theologen durchgeführt, der andere von PROVADENIC, einem ländlichen Gesundheitsprogramm der Baptistenkonvention von Nicaragua, für Mitarbeiter in der elementaren Gesundheitsversorgung (promotores) und ihre Ausbilder. Mit Hilfe der Fragebogen sollte geklärt werden, was Begriffe wie „Gesundheit“ und „Ganzheit“ für Christen in diesen Regionen bedeuten; sie fragten nach Wegen, wie die Kirchen helfen können, die Nöte anderer Menschen zu lindern (ob sie nun derselben Kirche oder überhaupt einer Kirche angehören), und nach den örtlichen Gegebenheiten im Gesundheits- und Wohnungswesen sowie in der Hygiene. Die beiden Workshops, die zwei sehr unterschiedliche Arten von Teilnehmern gehabt hatten, erbrachten sehr ähnliche Antworten: „Gesundheit ist eine Kombination von physischem, emotionalem und spirituellem Wohlbefinden... die spirituelle Dimension ist es, die uns ganz macht.“ |

## **Regionaltagungen – der Kern der Studie**

Mit der Durchführung einer Serie von Regionaltreffen trat die Studie 1979 in eine zweite Phase ein. Plötzlich wurde der Studienprozess durch Begegnungen von Mensch zu Mensch lebendig. Ziel dieser Tagungen war es, herauszufinden, welches Interesse auf Gemeindeebene an kirchlicher Gesundheitsarbeit besteht, und Menschen verschiedener Herkunft, die jedoch dieses Interesse gemeinsam haben, zusammenzubringen. Die Teilnehmerzahl sollte verhältnismäßig klein, die Durchführung informell sein.

Bisher haben sechs solcher Treffen stattgefunden: in der Karibik (Trinidad), in Mittelamerika (Honduras), Afrika (Botsuana), auf dem indischen Subkontinent (New Delhi), in Südostasien (Bali, Indonesien) und im pazifischen Raum (Papua-Neuguinea). Eine entsprechende Konsultation für Südamerika findet im Juni dieses Jahres (1982) in Ecuador statt. Jedes Treffen hatte seine eigene Atmosphäre, seinen spezifischen Problembereich, seine besonderen Schwerpunkte. Im Verlauf dieser Konferenzen wurden Menschen sehr verschiedener Herkunft und Berufe zusammengebracht, Menschen, deren Auffassung vom Christentum ebenfalls unterschiedlich war. Die bestehenden Schranken zwischen Kulturen wurden entweder umgangen oder im Laufe der Treffen abgebaut. Das Ziel, eine Wechselwirkung unter diesen sehr verschiedenen, manchmal antagonistischen Elementen auszulösen, wurde nahezu immer erreicht. Ein dynamisches Bewusstsein des Dialogs, der diese Wechselwirkung ermöglichen, der es allen erlauben würde, er

oder sie selbst zu sein und die Überzeugungen und Anliegen der jeweiligen Region oder Kirche wiederzugeben, musste gefördert werden. Konsens, nicht Einstimmigkeit war ein Ziel, doch gelegentlich kamen die Teilnehmer bei bestimmten Fragen „überein, nicht einig zu sein“.

Die Auswahl der Teilnehmer war ein umfangreicher Prozess. Mit vielen von ihnen hatten wir bereits Kontakt – sie gehörten zu unserem Studiennetz. Einige wurden von Mitgliedern der CMC-Kommission oder von Kollegen im ÖRK empfohlen. Nationale und regionale Kirchenräte wurden konsultiert. Die in manchen Regionen bestehenden Koordinierungsstellen für kirchliche Gesundheitsdienste waren sehr hilfreich, nicht nur bei der Benennung von Teilnehmern, sondern auch für die Organisation der Treffen selbst. Zu jeder der Tagungen kamen zahlreiche römisch-katholische Teilnehmer, entweder als Delegierte von „Cor Unum“ oder auch auf Einladung. Als Kriterien für die Auswahl der Teilnehmer galten ihre Interessen, soweit sie bekannt waren, ihre berufliche Tätigkeit, ihre Fähigkeit, als Multiplikatoren in ihren Ortsgemeinden zu wirken und schließlich ihr Engagement für den Gedanken, dass Christen ihren Gemeinschaften gegenüber Verantwortung tragen. Wir haben uns bemüht, neue Stimmen zu finden, die bisher im internationalen Konferenzkarrussell noch nicht zu hören waren, Männer und Frauen, die für ihre Ortsgemeinden sprechen können. Besonders wichtig waren uns die aktiven Beiträge derer, die nicht Englisch (oder Französisch oder Spanisch) als Muttersprache hatten oder vor einer großen und eindrucksvollen Gruppe nicht so redegewandt waren wie andere. Dies war einer der Gründe dafür, die regionalen Treffen in kleinen Gruppen durchzuführen. |

Alle Konferenzen hatten dasselbe Thema: „Die Suche nach einem christlichen Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit“. Die Fragebogen wurden den Teilnehmern im Voraus zugeschickt. Sie sollten das Nachdenken über dieses zentrale Thema anregen und zudem die Problembereiche aufzeigen, die auf der Konferenz voraussichtlich angesprochen würden. Die Fragebogen waren auf die jeweilige Region abgestimmt und forderten die vorgesehenen Teilnehmer auf, sich auf einen Erfahrungsaustausch über ihre Arbeit vorzubereiten. Mehrere Teilnehmer aus der Region wurden um Grundsatzreferate gebeten, in denen einige der regionalen Probleme und theologischen Reflexionen über Gesundheit, Heilen und Ganzheit im Lichte der Überzeugungen, Wertvorstellungen und der Geschichte der jeweiligen Religion dargelegt werden sollten. Unter diesen Referenten waren einige Theologieprofessoren aus dem karibischen und dem pazifischen Raum, ein Kinderarzt aus Kenia, ein Soziologe aus Sri Lanka, charismatisch begabte Pastoren, Heilkundige der Ayurvedic- und Unani-Medizin sowie ein melanesischer Heilkundiger nach traditioneller Methode, ein Jesuit aus Indien, ein praktischer Arzt aus Neuseeland und Leiter von kirchlichen Gesundheitszentren aus Afrika und Mittelamerika. Die Teilnehmer bestimmten selbst, welche Themen sie behandeln wollten. Diese spiegelten regionale Prioritäten und die Interessen der jeweiligen spezifischen Gruppierung wider. Dann bildeten sich Diskussionsgruppen aufgrund der dargestellten Probleme, und die Teilnehmer schlossen sich der für sie interessantesten Gruppe an. Diese Arbeitsgruppen beanspruchten mehrere Tage, wobei es manchmal zu heißen Auseinandersetzungen um übereinstimmende Definitionen kam. Die Gruppenberichte und Empfehlungen wurden im Plenum diskutiert und gebilligt. Einige der Treffen haben ganz konkrete Vorschläge erbracht; alle haben dringend um eine Fortsetzung der Diskussion gebeten. Die Sitzungen begannen und endeten täglich mit Bibelarbeit oder Meditation. Die Konferenzen dauerten gewöhnlich eine Woche und bezogen oft schon in der Planung einen Sonntag ein, so dass die Teilnehmer mit den Ortsgemeinden Gottesdienst feiern

konnten.

Ausführliche Berichte über jede dieser sechs Regionaltagungen sind von der CMC auf Englisch veröffentlicht worden. Die französische und die spanische Fassung sind für die meisten der Tagungen erhältlich oder in Vorbereitung.

Zusätzlich zu diesen Regionaltagungen hat die Christliche Gesundheitskommission gemeinsam mit dem Ökumenischen Institut in Bossey bei Genf zwei internationale Seminare veranstaltet, deren Themen im Zusammenhang mit unserer Studie standen. Das erste wurde 1979 über „Das heilende Amt der Kirche“ durchgeführt. Das zweite im Jahre 1981 stand unter dem Thema „Tod und Leben in verschiedenen Kulturen“. 1980 finanzierte die CMC ein Nationales Studienseminar in Alexandria, Ägypten, über „Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit“. Es wurde vom Ökumenischen Beratungsausschuss von Ägypten verantwortet und von der Ökumenischen Frauengemeinschaft in Kairo organisiert. |

### **Von der Christlichen Gesundheitskommission zum Thema Gesundheit, Heilen und Ganzheit durchgeführte Regionaltagungen und Workshops (1979-1981)**

- Karibische Regionaltagung – Port of Spain, Trinidad – März 1979; 25 Teilnehmer
- Mittelamerikanische Regionaltagung – Omoa, Honduras – März 1979; 50 Teilnehmer
- Internationales Seminar über „Das heilende Amt der Kirche“ (in Zusammenarbeit mit dem Ökumenischen Institut) – Château de Bossey, Schweiz – Juni/Juli 1979; 64 Teilnehmer
- Afrikanische Regionaltagung – Gabarone, Botsuana – Oktober 1979; 58 Teilnehmer
- Ägyptisches Nationales Studienseminar über „Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit“ (in Zusammenarbeit mit dem Ökumenischen Beratungsausschuss von Ägypten und der Ökumenischen Frauengemeinschaft) – Alexandria, Ägypten – Mai 1980; 68 Teilnehmer
- Südasiatische Regionaltagung – New Delhi, Indien – August 1980; 67 Teilnehmer
- Südostasiatische Regionaltagung – Denpasar, Bali, Indonesien – April 1981; 44 Teilnehmer, 4 Beobachter
- Internationales Seminar über „Tod und Leben in verschiedenen Kulturen“ (in Zusammenarbeit mit dem Ökumenischen Institut) – Château de Bossey, Schweiz – Juni 1981; 48 Teilnehmer
- Pazifik-Regionaltagung – Madang, Papua-Neuguinea – Oktober 1981; 55 Teilnehmer
- Südamerikanische Regionaltagung – Quito, Ecuador – Juni 1982; 70 Teilnehmer |

#### ***Karibik – „Geht und lehret“***

Die Serie von Regionaltreffen nahm einen erfreulichen Beginn, als im März 1979 in Port of Spain, Trinidad, 25 Teilnehmer von den Bahamas, den britischen Jungferninseln, aus Dominika, Guatemala, Haiti, Jamaika, Trinidad und Tobago, aus Kanada und den USA zusammenkamen; einige auch aus Europa als Vertreter der CMC und des ÖRK. Die Karibische Konferenz der Kirchen und der Christenrat von Trinidad und Tobago zeichneten mitverantwortlich für das Treffen. Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen in der Karibik war Thema und Herausforderung des Einführungsreferates. Zu den richtungweisenden Sprechern gehörte ein Professor vom United Theological College of the West Indies, der aus biblischer und

theologischer Sicht über das Thema Mensch und Heilen sprach. Der Hintergrund der CMC-Studie wurde von einem Teilnehmer an der ersten Tübinger Konsultation dargestellt, der auch die bisherige Entwicklung der Rolle der Kirchen im Gesundheitswesen beschrieb. Der Direktor eines Rehabilitationszentrums in einem großen städtischen Krankenhaus sprach über das Thema „Der behinderte Mensch und wir, die Kirche“.

Die Teilnehmer gingen dann in die Arbeitsgruppen und diskutierten über Gemeinde und Gemeinschaft, Theologie der Gesundheit und Ganzheit, Behinderung und praktische Möglichkeiten für kirchliche Gesundheitsarbeit. Unter anderem wurden folgende Anregungen gegeben: Die Gemeinden könnten die *Weitergabe von Informationen* fördern (indem sie etwa Kurse über Ernährung oder auch über Hygiene und Kinderpflege durchführen), sie könnten das *Zusammentragen von Informationen* fördern (indem sie sich einen Überblick über bestehende Dienstleistungen, Ressourcen und Bedürfnisse in der Gemeinschaft verschaffen), sie könnten *Dienstleistungen* anbieten (ein Beispiel war das kirchlich geförderte ganzheitliche Behandlungszentrum in Jamaika, dessen Direktor an der Tagung teilnahm), sie könnten *Studien* (einige Vorschläge: über geistliches Heilen, Pflanzenheilkunde, einheimische Überlieferungen) und *Anwaltschaft* betreiben. Da dies die erste in der Reihe der hier besprochenen CMC-Konsultationen über Gesundheit, Heilen und Ganzheit war, nahm es nicht Wunder, dass ein großer Teil der Zeit auf die Überlegung verwendet wurde, was diese Begriffe im karibischen Kontext bedeuten. Man kam überein, dass „der Dienst der Kirchen den Menschen gilt, wo immer sie sind... [dass] Heilen ein Teil der Guten Nachricht ist... [dass] die Kirche verpflichtet ist, gewisse Missverständnisse und Missdeutungen des Christentums richtig zu stellen... so etwa die Vorstellung, Krankheit sei eine Folge der Sünde, Gott sei ein zorniger, racheübender Gott“. Die Teilnehmer waren sich auch darin einig, dass es Christenpflicht ist, zur Verbesserung unserer eigenen Gesundheit und der unserer Nächsten beizutragen.

Wie sollte man diese Botschaft verbreiten? Ein Weg bestand darin, dass die Teilnehmer sie unmittelbar von einem zum anderen weitertrugen. Ein anderer, so wurde vorgeschlagen, konnte in der Herausgabe einer volkstümlichen Broschüre über die Rolle der Kirchen in der Gesundheitspflege bestehen. Sie müsste den Ortsgemeinden zugänglich sein und Illustrationen und Zeichnungen verwenden. Es wurde die Hoffnung laut, dass auch die Dichter und Musiker der Region sich der Aufgabe annehmen würden. |

### ***Mittelamerika – „Gerechtigkeit... die soziale Dimension der Liebe“***

Die Tagung fand im März 1979 in Omoa, einem Dorf an der Küste von Honduras, statt. Sie wurde mit der Unterstützung von CEDEN (Evangelisches Komitee für Entwicklung und nationalen Notstand) durchgeführt. Es kamen 50 Teilnehmer aus Costa Rica, Guatemala, Honduras, Mexiko, Nikaragua und Panama wie auch aus anderen Ländern Südamerikas, aus den USA und der Schweiz. Die Arbeitssprache war Spanisch, und das Wort 'soziale Gerechtigkeit' war am häufigsten von den Teilnehmern zu hören, die vielfach unmittelbar mit dörflicher Gesundheitsarbeit zu tun hatten („Gerechtigkeit ist die soziale Dimension der Liebe“, erklärte einer der Theologen). Ein Grundsatzreferat erläuterte die theologischen Grundlagen für das Engagement der Kirche in der Gesundheitspflege; ein anderes verfolgte die Geschichte der Kirche in Lateinamerika und ihres heilenden Amtes. Hierauf folgte eine Beschreibung des sozialen und wirtschaftlichen Kontextes, in dem lateinamerikanische Kirchen ihre Funktion ausüben. Auf Abendveranstaltungen sprachen mehrere Teilnehmer über die Gesundheitsprogramme, an denen sie



mitarbeiten.

Die Gruppe, in der über Evangelium und Gesundheit gesprochen wurde, forderte die Kirchen dringend auf, zu Reflexion und Aktion zu ermutigen, um „kritisches Bewusstsein zu wecken... auf der Grundlage des Evangeliums, dessen Botschaft im wesentlichen die der Befreiung ist“. Eine andere Gruppe benannte die Herausforderungen zum Handeln, denen sich Christen in Mittelamerika gegenübersehen, und forderte zu biblischer Reflexion auf: „Seid bereit, die Stimme Gottes zu hören, besonders in diesen entscheidenden Stunden, die unser Kontinent durchlebt.“

Die Gruppe, die sich mit Gesundheitsmethodologie befasste, erörterte unter anderem Probleme wie das Fehlen von Information über verfügbare personelle Ressourcen und ihren unzureichenden Einsatz sowie die Überbetonung der geistlichen Dimension des Glaubens. Die personellen Ressourcen sind vorhanden, so versicherten sie, und die beste Motivation ist „die Kraft der Liebe zu unserem Nächsten, wie sie im Evangelium verkündet wird, mit all ihren praktischen Konsequenzen“. Die christliche Kirche in Lateinamerika, so erklärte die Gruppe, muss „einen Weg finden, dem Evangelium treu zu sein, welches sich einer politisch-sozialen Situation widersetzt, ...die einige kirchlichen Programme zu Verbündeten des Status quo macht“. Hierzu gehört eine kritische Überprüfung ihres Amtes und die Infragestellung der Werte der Konsumgesellschaft. In allen Diskussionsgruppen wurde die Notwendigkeit ausgebildeter und verantwortungsbewusster Führungskräfte erwähnt. Auch wurde vorgeschlagen, die Kirchen der Region könnten einen Dialog mit den Kirchen in reichen Ländern in Gang bringen, um diesen die Verhältnisse in Mittelamerika während dieser „entscheidenden Stunden“ bewusst zu machen. |

### ***Afrika – Neue Achtung vor alten Traditionen***

Das Regionaltreffen für Afrika fand im Oktober 1979 in Gaborone, Botsuana, statt. 58 Männer und Frauen aus 20 Ländern nahmen daran teil. Sie vertraten sehr unterschiedliche kulturelle, sprachliche, ethnische und berufliche Gruppierungen, die manchmal in der Frage des Verhältnisses von Christentum, moderner Medizin und traditionellen afrikanischen Kulturen unterschiedliche Ansichten vertraten. Englisch und Französisch waren die Arbeitssprachen. Der Verband der Gesundheitsmissionen von Botsuana, eine landesweite Einrichtung zur Koordinierung kirchlicher Gesundheitsarbeit, war der Partner der CMC, wo es um örtliche Organisation und Verbindungen zur Regierung ging. Auf der Eröffnungssitzung sprachen der Parlamentssprecher, ein Minister und der anglikanische Bischof von Botsuana. Während der Woche kamen Vertreter anderer Koordinierungsorgane in Afrika zusammen und erörterten die Möglichkeit, nur noch einheimische Mitarbeiter einzusetzen, Fragen der elementaren Gesundheitsversorgung und die Rolle ihrer eigenen Einrichtungen in nationalen Entwicklungsprogrammen.

Afrikanische Systeme religiöser Glaubens- und Wertvorstellungen und traditioneller Heilkunst, die alle eng miteinander zusammenhängen, standen im Mittelpunkt dieser Konsultation. Referate dazu wurden von einem jungen kirchlichen Mitarbeiter aus Kamerun, einem Medizinprofessor aus Zaire und einem Vertreter des Verbandes traditioneller Heilkundiger von Ghana gehalten. Ein Vertreter der Weltgesundheitsorganisation sprach über elementare Gesundheitsversorgung im Rahmen der christlichen Konzeption von Heilen, und ein Kinderarzt sprach über Gesundheit und ärztliche Versorgung vom Standpunkt des afrikanischen Kindes. Außerdem wurde die Arbeit der Ökumenischen Arbeitsgruppe für menschliche

Entwicklung und des Good-News-Instituts in Ghana vorgestellt.

Die Arbeitsgruppen konzentrierten sich auf traditionelle Heilkunst und die Konzeption des Heilens im afrikanischen Kontext, auf ländliche und elementare Gesundheitsversorgung, das Verhältnis von Kirche und Staat, die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, auf die Ausbildung von Personal und die Rolle der Gemeinde in Fragen des Heilens.

Es wurde beschlossen, die Schaffung einer afrikanischen christlichen Gesundheitskommission zu empfehlen, die aus Vertretern der nationalen Koordinierungsorgane und des christlichen Gesundheitspersonals zusammengesetzt sein sollte, „um sich kontinuierlich zugunsten kirchlicher Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung in Afrika einzusetzen, und zwar in enger Zusammenarbeit mit der Christlichen Gesundheitskommission des ÖRK und anderen interessierten Gremien“. |

### ***Südasien – Wenn Christen in der Minderheit sind***

Mehr als 70 Männer und Frauen nahmen an der Regionalkonsultation für Südasiens teil, die im August 1980 in New Delhi stattfand. Sie kamen aus Bangladesch, Indien, Nepal, Pakistan, Sri Lanka, Deutschland und der Schweiz. Der Nationalrat der Kirchen von Indien und der Verband für freiwillige Gesundheitsarbeit in Indien waren die Partner der CMC bei der Organisation vor Ort. Christliche Gemeinden sind auf dem indischen Subkontinent in der Minderheit, und die Idee des Wohlfahrtsstaates gewinnt an Bedeutung, wie einer der Hauptreferenten bemerkte. Er wies jedoch darauf hin, dass es für freiwillige Einrichtungen immer noch Platz gibt, um „die Lücken zu füllen... neue Initiativen für den Dienst zu entwickeln... Die Christen müssen über die Menschenrechte wachen... und auf Diskriminierung und Vernachlässigung der Armen hinweisen.“ Ein Teilnehmer aus Sri Lanka stellte fest, dass 90% der Krankheiten, an denen die Armen leiden, das Ergebnis sozialer Ungerechtigkeit sind und verhütet werden können. Er forderte Planung für den Einsatz und die Verteilung von Ressourcen, ebenso wie Familienplanung. Zu den Sprechern gehörten außerdem ein charismatisch begabter Pastor und der Dekan für Religionserziehung an einem größeren christlichen medizinischen College in Indien. Ein weiterer Teilnehmer beschrieb das von ihm und seiner Frau geleitete Heilzentrum in Sri Lanka, in dem man sich um Leib und Seele kümmert, und der Direktor eines großen städtischen Krankenhauses sprach über „Das Patient-Arzt-Verhältnis: Heilen und Schaden“. Die Grundsätze der Unani- und Ayurvedic-Medizin wurden von zwei Praktikern dieser uralten Systeme erläutert, von denen der eine in Bangladesch, der andere in Indien arbeitet. Auch die homöopathische Medizin wurde dargestellt, und praktische Erfahrungen wurden ausgetauscht, besonders aus der Arbeit mit den Stammesvölkern.

Es gab fünf Diskussionsgruppen: über Kirche und Gesundheit, über die Finanzierung von gemeinschaftsbezogenen Gesundheitsprogrammen, über Entwicklung, über menschliche Werte und menschliche Beziehungen und über charismatisches Heilen. Die Teilnehmer kamen zu dem Schluss, dass „der Gedanke der Ganzheit... für Asien nicht fremd [ist], sondern... charakteristisch für vieles, was in dieser Region über Familienleben und einheimische Heilsysteme bekannt ist. Man neigt dazu, Gesundheit als Integration aller Aspekte der Person in der Beziehung zum gesamten Kosmos zu sehen... Heilen kann eine gewisse... innere Bekehrung erfordern und vermittelt ein Gefühl des Friedens“. Ein Beitrag christlicher Philosophie, so wurde gesagt, besteht darin, dass sie keinen Raum für Apathie lässt. Indem sie sowohl Jesus als auch Ghandi als beispielhaft für dieses Gebot zitierten, gaben die Teilnehmer zu verstehen, dass die soziokulturellen Wurzeln anderer asiatischer

Religionen im Unterbewusstsein asiatischer Christen sehr stark wirksam sind. |

### ***Südostasien – Ein Schritt in Richtung auf eine regionale Strategie***

Die Konsultation für Südostasien fand Ende April 1981 in Denpasar auf Bali, Indonesien, statt. 44 Teilnehmer und vier Beobachter kamen aus Birma, Indonesien, Malaysia, von den Philippinen, aus Singapur und Thailand, dazu Vertreter anderer Untereinheiten des ÖRK und mehrere Stabs- und Kommissionsmitglieder der CMC. Die Protestantische Kirche von Bali hatte die Organisation vor Ort übernommen. Vertreter der Regierung von Bali und des Rates der Kirchen in Indonesien nahmen an der Eröffnungsveranstaltung teil.

Das Wort, das dieses Regionaltreffen vielleicht am besten beschreibt, heißt *Suchen*. Dies lag darin begründet, dass die Teilnehmer aus Ländern ganz unterschiedlicher politischer, kultureller und sozialer Struktur kamen, in denen auch die Situation der Kirche ganz unterschiedlich ist und wo die Botschaft von der Gesundheit der Gemeinschaft gerade erst „durchzusickern“ beginnt. Um mit diesen Unterschieden fertig zu werden, fanden die Teilnehmer sich in nationalen Gruppen zusammen, um zunächst ihre jeweils eigenen Ziele festzulegen und nach diesem ersten Schritt allmählich eine Regionalstrategie zu entwerfen. Ein Vertreter der Protestantischen Kirche von Bali, die mehrere dörfliche Behandlungszentren und Entbindungsheime betreibt, beschrieb, wie das Evangelium sich in die balinesische Kultur eingefügt hat. Ein philippinischer Arzt erläuterte einige der traditionellen Heilmethoden Südostasiens und die Art und Weise, in der sie in das System der Gesundheitspflege auf den Philippinen einbezogen werden. Außer den nationalen Workshops gab es Gruppendiskussionen über christliche Definitionen von Gesundheit, Heilen und Ganzheit sowie deren soziale und wirtschaftliche Dimensionen und ihre Bedeutung für christliches Pflegepersonal, über das Verhältnis von Kirche und Staat und über Armut und Eigenständigkeit. Diese Gruppen empfahlen die Durchführung von Trainingskursen für Mitarbeiter der gemeinschaftsbezogenen Gesundheitspflege durch nationale kirchliche Einrichtungen. Sie betonten auch die Notwendigkeit der Schaffung von Gesundheitspflegeprogrammen für diejenigen, die von staatlichen Systemen nicht erreicht werden.

Bei den nationalen Workshops beschloss die birmanische Gruppe, nach ihrer Heimkehr gemeinsam mit anderen christlichen Berufsmedizinern und mit Pastoren die Möglichkeiten zur Einrichtung einer ganzheitlichen Klinik zu prüfen. Die Indonesier nahmen sich vor, ein nationales Informationszentrum für christliche Gesundheitsarbeit einzurichten und zunächst eine Folgekonsultation auf nationaler Ebene sowie gegenseitige Besuche innerhalb Südostasiens durchzuführen. Die Malaysier wollen versuchen, den christlichen Medizinstudenten in ihrem Lande die Botschaft der Konferenz zu vermitteln. Die philippinischen Teilnehmer verpflichteten sich, bei ihren Kirchen auf mehr Verantwortung im Gesundheitswesen und engere Verbindungen zu den Ausbildungsstätten im medizinischen und pflegerischen Bereich zu dringen, da sie eine stärkere Betonung der Ausbildung für gemeinschaftsbezogene Gesundheitspflege befürworten. Die Thais sind daran interessiert, einen christlichen Verband für Gesundheitspflege zu gründen, und sie schlugen eine engere Zusammenarbeit in Südostasien zur Bekämpfung transnationaler pharmazeutischer Konzerne vor. Zu diesem Zweck soll auf heimische Herstellung wesentlicher Medikamente, einschließlich der Kräutermedizin, gedrungen werden.

## **Pazifik – Suche nach Identität**

Aus der ganzen Weite des Pazifik versammelten sich im Oktober 1981 in Madang, Papua-Neuguinea, 55 Menschen. 16 Länder waren vertreten – Australien, die Fidschi-Inseln, Indonesien, Kiribati, Nauru, Neu-Kaledonien, Neuseeland, Nieu, Papua-Neuguinea, die Salomon-Inseln, Tahiti, Tonga, Vanuatu und West-Samoa. Sie wurden bei der Eröffnungsveranstaltung von den zuständigen Regierungsvertretern und dem römisch-katholischen Erzbischof begrüßt. Die Organisation vor Ort hatte der Gesundheitsrat der Kirchen von Papua-Neuguinea übernommen, und die Konferenz wurde unterstützt von der Pazifischen Konferenz der Kirchen und der Melanesischen Konferenz der Kirchen. Konferenzsprachen waren Englisch, Französisch und Pidgin.

Es wurden sechs Diskussionsgruppen gebildet, nachdem sich die Teilnehmer nach Nationalität oder Inselgruppe zusammengefunden und ihre regionalen Anliegen zusammengestellt hatten. In der ersten Diskussionsgruppe ging es um Fragen sozialer Gerechtigkeit, insbesondere um die bedrohte Existenz australischer Ureinwohner und der Maoris in Neuseeland. Auch dem Volk der Kanaken auf Neu-Kaledonien wurde Unterstützung zugesagt. Die Gruppe für elementare Gesundheitspflege stellte fest, dass die Kirchen im pazifischen Raum die nötige Infrastruktur besitzen, um elementare Gesundheitsversorgung auf Gemeindeebene zu leisten, und dass sie „die beste Einrichtung“ sind, „um Verhaltensänderungen herbeizuführen, die zur Gesundheit beitragen können“. Diese Gruppe empfahl den Regierungen im Pazifik, die Einsetzung eines Beratungsgremiums zur Förderung der elementaren Gesundheitsversorgung in der Region zu erwägen. Gruppe 3, die sich mit Gesundheit und Ganzheit befasste, sprach aus der Erfahrung vieler Kulturen und forderte die „Respektierung kultureller Vielfalt“. Sie erklärte, es gebe „keine Ganzheit in der Kirche, wenn Christen unterschiedlicher Traditionen einander nicht achten“. Der Bericht der Gruppe 4 über traditionelle Heilkunst erkannte „eine gewisse Verwirrung hinsichtlich der Rolle der Geister... und Unruhe wegen bestimmter Praktiken“. Sie empfahl „eine Betrachtungsweise, die menschliche Bedürfnisse und Begrenzungen achtet“. Sie betonte zudem, dass die traditionelle Heilkunst ein alternatives System der Gesundheitspflege und nicht zweitklassige Medizin ist. Gruppe 5 machte sich darüber Gedanken, wie in sehr verschiedenen Situationen eine Gemeinde zur heilenden Gemeinschaft werden kann; außerdem berührte sie das charismatische Heilen. Der „pazifische Weg“ war das Thema von Gruppe 6, die darin übereinstimmte, dass Erziehung und Bildung einheimischen Bedürfnissen angepasst werden müssen und dass die Kirchen wesentlich zur Veränderung von Einstellungen innerhalb des | stark christlich geprägten pazifischen Raumes beitragen können. Gehören Australien und Neuseeland wirklich in diese Gemeinschaft? Sie haben sicherlich starken wirtschaftlichen Einfluss und das bedeutet besondere Verantwortung für ihre Kirchen.

Die biblischen Vorstellungen von Gesundheit, Heilen und Ganzheit, wie sie sich aus der pazifischen Perspektive ergeben, wurden von zwei Theologen dargelegt, die aus Papua-Neuguinea bzw. von den Fidschi-Inseln stammten, während ein dritter über Einstellungen zum Leben und zur Gesundheit auf den Salomon-Inseln sprach. Verschiedene Referate behandelten Überzeugungen und Wertvorstellungen, die den Völkern des Pazifik gemeinsam sind. Unter den Referenten waren ein traditioneller Heilkundiger aus Madang, der selbst Pfarrer war, ein charismatischer Heilkundiger von den Fidschi-Inseln und ein Hausarzt aus Neuseeland. Die Situation der Ureinwohner Australiens und der Maoris waren Gegenstand dreier Referate und vieler Diskussionen. Es gab abendliche Darstellungen zu Fragen der Krankenversicherung und über ein Rehabilitationsprojekt in der Provinz Madang, zur

Rolle der Frauen in der Gesundheitspflege und zu Krankenhausseelsorgeprogrammen im ganzen pazifischen Bereich.

### ***Südamerika – Eine in der Geschichte inkarnierte Kirche***

Diese Regionaltagung, zu der im Juli 1982 an die siebzig Teilnehmer aus zehn südamerikanischen Ländern und drei karibischen Inseln nach Quito/Ecuador kamen, war die achte in einer gegenwärtig stattfindenden Reihe von Regionaltagungen der Christlichen Gesundheitskommission. Es war eine wahrhaft ökumenische Begegnung mit 40% römisch-katholischen Teilnehmern neben 60% Vertretern protestantischer und evangelikaler Kirchen. Die offiziellen Teilnehmer repräsentierten Cor Unum, die Weltgesundheitsorganisation und den Lateinamerikanischen Rat der Kirchen (CLAI). Mehrere CLAI-Vorstandsmitglieder waren eine große Hilfe bei den Vorbereitungen für diese Tagung.

Die Redner legten eindrucksvolles Zeugnis von der Wirklichkeit ab, mit der die Menschen in Südamerika konfrontiert sind. Ihre grundlegende Botschaft lautete, dass die in der Region herrschenden gesundheitlichen Probleme nicht von der eigentlichen Frage der sozialen Ungerechtigkeit getrennt werden können. Die ungerechte Verteilung von Grund und Boden sowie die praktizierten Pachtbedingungen sind so z.B. direkt dafür verantwortlich zu machen, dass 67% der Kinder unter fünf Jahren in Lateinamerika unter Mangelernährung leiden. Berichte über den kurzen, aber verbitterten Krieg um die Falklands-Malvinas, immer neue Zeugnisse über Menschenrechtsverletzungen, Folter und das Verschwinden von Personen auf dem ganzen Kontinent haben diese Realität überschattet. Die Teilnehmer gingen auf die Geschichte der Kirchen in Lateinamerika, auf ihre Rolle bei der Einrichtung von Schulen und Krankenhäusern, aber auch auf die althergebrachte hierarchische und paternalistische Denkweise der Kirche ein, die Entwicklung und Eigenständigkeit behindert hat. Sie waren sich auch darin einig, dass die Kirche auf diesem Kontinent über ungeheure | wirtschaftliche und politische Macht verfügt. Aber trotz der Armut, in der die Mehrheit der Menschen in Lateinamerika lebt, sprachen die Mitglieder der Gruppe immer wieder von dem inneren Reichtum, den die Menschen in sich tragen und der Früchte bringen könnte, wenn ihnen die Möglichkeit gegeben würde, am Entscheidungsprozess – z.B. über ihre eigene Gesundheit oder Entwicklung teilzunehmen. *Partizipation der Gemeinschaft, Leben in Fülle und Gerechtigkeit* waren Wörter, die in den biblischen und theologischen Reflexionen sowie in den fünf Referaten während dieser neuntägigen Tagung immer wieder vorkamen.

Die aus dieser Konsultation hervorgegangenen Empfehlungen spiegeln die Anliegen wider, die die Diskussionen beherrschten:

- Dringlichkeit von Programmen elementarer Gesundheitsversorgung als angemessene Form des Engagements von Kirchen und einzelnen Christen in Lateinamerika;
- Einrichtung einer zentralen Stelle, die dazu beitragen würde, Informationen und Hintergrundmaterial zu verbreiten, die Bereitstellung elementarer Gesundheitsdienste und entsprechende Ausbildungsmöglichkeiten zu fördern sowie die Zusammenarbeit mit anderen nicht-staatlichen Organisationen, die im Bereich des Gesundheitswesens arbeiten, zu stärken;
- den Kirchen kommt nach wie vor – auf lokaler wie auch auf internationaler Ebene – eine wichtige Rolle bei der Exponierung von Menschenrechtsverletzungen zu;
- der Zusammenbruch der Familie ist ein weiteres, u.U. entscheidendes Anliegen für Christen in Lateinamerika und muss in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit, Recht auf Grund und Boden und dem Zustrom von Menschen in überfüllte

städtische Gebiete gesehen werden.

Regionaltagung in Südamerika – Quito, Ecuador – Juni 1982; 68 Teilnehmer. |

## Synthese

Hier soll nicht der Versuch unternommen werden, die aus dem Studienprozess gewonnenen Erkenntnisse auf einen Nenner zu bringen. Diese Synthese soll lediglich dazu dienen, die Gemeinsamkeiten zusammenzufassen, die vor allem bei den Regionaltagungen sichtbar geworden sind. Jede dieser Zusammenkünfte ist etwas Eigenständiges, hat ihren eigenen Wert und stellt die Besonderheiten jeder Region heraus. Wir wollen ihre Schlussfolgerungen nicht verallgemeinern, sondern vielmehr auf die bemerkenswerte Übereinstimmung der Gedanken eingehen.

*Gesundheit* wurde in Bezug auf ihre *Bedeutung* diskutiert (der Bezug von Körper, Geist und Seele, die Beziehung einzelner zu ihrer Familie, zur Gemeinschaft, zu den Vorfahren und zu Gott und die Verantwortung der einzelnen Menschen für ihre Gesundheit), in Bezug auf die Verfügbarkeit der Gesundheitsdienste sowie die Bedingungen, die Gesundsein möglich machen (soziale und wirtschaftliche Gerechtigkeit), und in Bezug auf *Qualität* (Gesundheitsversorgung als Ausdruck menschlicher Verhaltensweisen; verändert sich unsere Vorstellung von Gesundheit, wenn wir sie an christlichen Wertvorstellungen und an dem ganzheitlichen Konzept messen?). *Heilen* wurde im Sinne von *Partizipation* (des „aktivierten“ Patienten mit dem Arzt, der Krankenschwester, dem Pastorenteam, der Familie, den Nachbarn und den Gemeindegliedern) und von *Versöhnung* diskutiert – *Versöhnung in uns* selbst mit der Unvermeidlichkeit von Leiden und Sterben und *unter uns* in einer unvollkommenen Welt, in der wir uns nicht immer über die Gründe für ihre Unvollkommenheiten oder darüber, wie Abhilfe geschaffen werden kann, einig sind. Über *Ganzheit* wurde in dem weiteren Zusammenhang mit dem Sinn des Lebens, der Verwirklichung der Möglichkeiten und Beiträge des Einzelnen sowie der Empfehlung Jesu, „einer trage des anderen Last“, nachgedacht.

Welche Erkenntnisse haben wir aus diesen Tagungen über die Qualität christlicher Gesundheitspflege gewonnen? Was unterscheidet sie von anderen? Manchmal natürlich nichts. Christliche Krankenschwestern und Ärzte können ebenso müde und ungeduldig werden und genauso habgierig und ehrgeizig sein wie andere Leute. Nach christlichem Verständnis gehört jedoch zur Krankenpflege das *Mitfühlen* mit denen, die unter Schmerzen oder Kummer leiden, und das Bemühen, die Schmerzen auf irgendeine Weise zu lindern. „Der unverwechselbare Beitrag der Christen“, sagten Teilnehmer der Regionaltagung des indischen Subkontinents, „besteht darin, dass sie im Angesicht von Armut und Unrecht der Teilnahmslosigkeit und Gleichgültigkeit keinen Raum lassen; hier und jetzt müssen Armut und Unrecht beseitigt und müssen die Früchte allen zugänglich gemacht werden, und nicht etwa in einem künftigen Leben“.

Kurze Zeit nach der Gründung der CMC veröffentlichte CONTACT den Dialog zwischen einem Theologen und einem Arzt, die erst kurz zuvor aus der Mission zurückgekehrt waren. Sie fragten: „Weshalb eine *Christliche Gesundheitskommission*?“ Der Theologe meinte, „weil Gott uns in Christus eine wesentliche Verantwortung | für das Leben der Menschen Übertragen hat“. Worin besteht diese wesentliche Aufgabe? Sie zählten einiges auf, was sie ihrer Meinung nach beschreibt: Zusammengehörigkeit, Fürsorge, Teilen, Entfaltung, auf dem Wege sein – alles aktive Begriffe, „eher dynamisch als statisch... in Ungewissheit getaucht“. Dieses „Etwas“, schlossen sie, ist Gott, „aufgespalten“ in alle diese Elemente, denen wir in dem Prozess des Zusammengehörens, der Entwicklung des Teilens und der Fürsorge begegnen. Ein entscheidend wichtiges Kriterium, das für die christliche

Gesundheitspflege genannt wurde, ist die Fürsorge für „diejenigen, für die niemand sorgt und die kein Ansehen genießen...; wo immer neue Not aufbricht, [und] der sich niemand sonst annimmt, da sind die Christen zu helfen aufgerufen“.

Wir haben während dieser Studie einige Schlüsselworte gehört: Beziehungen – Ganzheit – soziale Gerechtigkeit – Gemeinschaft – Gemeinden – Partizipation – Entwicklung – Harmonie/Ausgeglichenheit – Indigenisierung – Eigenständigkeit – Umwelt – Alternativen... Keiner dieser Begriffe ist spezifisch christlich. Fast alle sind offen, bedeuten Bewegung auf etwas hin, anders werden. Sie bringen Gedanken zum Ausdruck, die heute auch unter Vertretern anderer Religionen oder unter Nicht-Glaubenden verbreitet sind, die sich mit der Welt von 1982 und mit den vor uns liegenden Schatten auseinandersetzen müssen, durch die hindurch wir versuchen, die Konturen des 21. Jahrhunderts zu entdecken. Diese Begriffe sagen etwas über die Bestrebungen aus, die darauf gerichtet sind, alte und überlebte Begriffe und Definitionen durch neue zu ersetzen. Damit sie nicht zu bloßen Beschwörungsformeln oder vagen Ausdrucksformen von Wunschdenken werden, müssen wir uns mit diesen Begriffen sehr eingehend befassen, damit wir Gewissheit darüber erlangen, was sie bedeuten.

## **Begriffsbestimmungen**

Die Studie hat noch zu keiner in vollem Umfang befriedigenden Definition der Begriffe Gesundheit, Heilen und Ganzheit geführt. Dieser Prozess wird sich wahrscheinlich noch lange hinziehen. Es wurde versucht, in die erweiterten und vertieften Vorstellungen und Gedanken der Studie alles einzuschließen, ohne jedoch ein unerreichbares Ziel vorzuschlagen. Hier werden einige der Gedanken wiedergegeben, die im Verlauf der CMC-Befragung über Gesundheit, Heilen und Ganzheit sowie andere Begriffe aufgetaucht sind und die eine Verbindung dieser Begriffe mit der Rolle der Kirchen in der Gesellschaft herstellen.

## **Gesundheit**

Es bestand allgemeines Einvernehmen darüber, dass die Definition der Weltgesundheitsorganisation, die Gesundheit als „... einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen, seelischen und gesellschaftlichen Wohlbefindens und nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ versteht, um die spirituelle Dimension erweitert werden muss. Es wurde auch anerkannt, dass der Gesundheitszustand in engem Zusammenhang mit Armut steht. „Letztlich ist Gesundheit eine Folge der | Gerechtigkeit“ (Regionaltagung des indischen Subkontinents) und verlangt somit nach einer Korrektur der derzeitigen ungerechten Verteilung der Gesundheitsdienste. Nach einer Reihe von Tagungen wurde eine neue Arbeitsdefinition vorgeschlagen, nach der Gesundheit „... eine dynamische Seinsart des Individuums und der Gesellschaft [ist]; ein Zustand des körperlichen, geistigen, seelischen, geistlichen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Wohlbefindens, der Harmonie mit den anderen, mit der materiellen Umwelt und mit Gott“.

Die Aufspaltung des Menschen in Leib, Geist und Seele ist eine wesentliche Auffassung, die eng mit dem Christentum verbunden ist. Das war nicht immer so. Wie ist es zu dieser Aufspaltung gekommen? „Geschah es durch das Eindringen der griechischen Philosophie mit ihrer Trennung von Leib und Seele in das christliche theologische Denken? ... Gegen Ende des 2. Jahrhunderts gab es in der [christlichen] Theologie keine wirkliche geistige Auseinandersetzung mit der Heilung“ (Karibische Regionaltagung). Das gilt nicht für die Ostkirche. Während des

ägyptischen Seminars wurde ihre Auffassung so formuliert: „Der Mensch ist ein Ganzes; er ist Treffpunkt von Geist und Materie... er kann nicht gesondert als Geist oder Leib verstanden werden. Er ist beides.“ Das entspricht gewiss der biblischen Botschaft. Wie anders hätte Gott uns begegnen wollen als in einem inkarnierten menschlichen Leib? Kern der Heilung ist die Wiederherstellung dieser Einheit.

Die ayurvedische<sup>1</sup> und die Unani-Heilmethode mit ihrer Lehre von den Körpersäften beruhen auf Ausgeglichenheit und Harmonie. Das traditionelle afrikanische Gesundheitsverständnis beruht ebenfalls auf der Harmonie unter den vielen Elementen und Dimensionen des Lebens der einzelnen Menschen; dazu gehörten ihre Umwelt, die örtlichen Gottheiten und die Geister der Ahnen. Gerät eines dieser Elemente aus dem Gleichgewicht, dann wird der Mensch krank. In den melanesischen Gesellschaften stehen die Auffassungen über die Natur und die Ursachen der Krankheit in engem Zusammenhang mit den Vorstellungen über die Ahnen und die Geisterwelt: „... äußere Krankheitssymptome entstehen nicht nur aus der gestörten Harmonie in den Beziehungen zwischen Menschen und Geistern, sondern auch aus dem Konflikt zwischen einzelnen und Gruppen.“ Religion wurde definiert als „... etwas, das mit dem umfassenden Wohlbefinden einer Gemeinschaft zu tun hat“. So verstanden ist Religion ganz gewiss das Kernstück der Glaubensüberzeugungen der traditionellen Gesellschaften in Afrika und in vielen Teilen des Pazifik und durchdringt alle Bereiche des Lebens. In der Sprache der Tonga bedeutet „Gesundheit“ Fülle des Lebens und die Fähigkeit zu richtigem Handeln.

„Harmonie mit Gott, der Natur, den Mitmenschen und mit sich selbst ist für die Asiaten von grundlegender Bedeutung... In den meisten Kulturen sind die Beziehungen von wesentlicher Bedeutung für das Wohlbefinden“ (Südostasiatische Regionaltagung). Nach der traditionellen Auffassung der Afrikaner „ist ein Mensch | gesund, wenn es ihm gelingt, Rechtschaffenheit und Harmonie in der Familie und in der Gemeinschaft zu bewahren... und gute Kinder großzuziehen“ (Botsuana). Die Balinesen glauben, dass der Mensch für seine körperliche Kraft einen Magen, für seine intellektuellen Fähigkeiten den Kopf (oder den Verstand) und für das spirituelle Leben das Herz braucht. Sie verstehen den Leib als eine körperliche und spirituelle Einheit und haben es nicht schwer, diese mit dem Christentum zu vereinbaren. Die klassische chinesische Philosophie betrachtete den Leib als das Ebenbild des Universums; der Mensch kann nicht von der Natur abgetrennt werden, denn er unterliegt denselben Gesetzen. Handelt man diesen Gesetzen zuwider, dann stört man die Harmonie, und Disharmonie äußert sich in Krankheit.

Es wurde gesagt, dass für Jesus Gesundheit nicht das Ziel war, sondern ein Mittel, das „den Menschen hilft, Sinn und Zweck des Lebens zu erkennen“. Darum „können nicht Ärzte oder Krankenhäuser die eigentliche Grundlage für die Gesundheit schaffen“ (Mittelamerikanische Regionaltagung). Dies wurde im Zusammenhang mit der Notwendigkeit geäußert, dass die Menschen ermutigt werden müssen, an der Erhaltung ihrer Gesundheit mitzuwirken und sich nicht allein auf eine Kaste von Professionellen zu verlassen. In den Anfängen der CMC wurde Gesundheit definiert als „etwas, das mit der Ganzheit aller Menschen zu tun hat; etwas das nicht von oben oder von außen auferlegt werden kann... Wir müssen sehr vorsichtig sein, wenn wir anderen unsere Vorstellung von Gesundheit nahe bringen... Es geht uns nicht darum, Gesundheit zu *schaffen*, sondern Gesundheit *möglich zu machen*, damit der Spender aller Gesundheit sie uns schenken kann“.

---

<sup>1</sup> Nach Ayur Veda, alte indische Heilmethode – Anm. d. Übers.



## Heilen

Im Neuen Testament ist an der Heilung die ganze Gemeinschaft und nicht nur ein einzelner Patient beteiligt; so wurde beispielsweise der oder die Kranke von Freunden zu Jesus gebracht, oder es versammelte sich um Jesus eine Menge Volks, um zuzusehen. Heilen war ferner in der Bibel Symbol für das Vorhandensein von Krankheiten im weiteren Sinne (z.B. Blindheit gegenüber Gut und Böse, Taubheit gegenüber der Schrift). Christliches Heilen ist ein fortwährender Prozess der „Austreibung des bösen Geistes und der Wiederherstellung des guten Geistes“ (Regionaltagung des indischen Subkontinents); er besteht in der „Wiederherstellung des körperlichen, geistigen, seelischen und gesellschaftlichen Wohlbefindens und der Harmonie mit Gott... heilende Erinnerung“ (Afrikanische Regionaltagung), die „in stärkerem Maße von menschlicher Nähe als von dem Einsatz von Technologie ausgeht“ (Pazifik). Im asiatischen Kontext gehört zur Heilung Erleuchtung oder innere Umkehr, ein Gefühl für Frieden und Schlichtheit. Bei der ersten Tübinger Konferenz und bei den nachfolgenden CMC-Konsultationen wurde ausdrücklich davon gesprochen, dass wirkliche Heilung stets ein Zeichen des Wirkens Gottes ist, das entweder durch ein Wunder sichtbar wird, durch die Kraft des Leibes, welcher selbst ein Teil des göttlichen Schöpfungsaktes ist, sich selbst zu heilen, oder durch Heilung und Pflege, die von anderen vermittelt werden. In Trinidad, Botsuana und Honduras wurde angedeutet, dass es vielleicht für die Kirchen an der Zeit ist, die Rolle der Liturgie und der Riten im Heilungsprozess neu zu durchdenken. Für römisch-katholische Gläubige, für | die Anhänger verschiedener afrikanischer und melanesischer ethnischer Religionen und für Mitglieder evangelikaler Denominationen überall in der Welt sind Schuldbekennnisse, Riten der Vergebung und der Versöhnung ebenso wie für viele psychiatrische Patienten echtes Heilungsgeschehen. Eine Gruppe aus Samoa stellte ein bewegendes Beispiel dafür dar, wie diese Riten sinnvoll mit den Sitten und mit der Vorstellungswelt am Ort kombiniert werden können. Die wachsende Bedeutung charismatischer Bewegung, die häufig in den großen protestantischen Kirchen ein Element der Spaltung bildet, kommt offenbar einem realen Bedürfnis von immer mehr Menschen nach einer Alternative zu der unpersönlichen „kalten“ Gesundheitspflege und zu den Kirchen entgegen, die spontanen, ungezügelter Äußerungen von Freude und Hoffnung, Kummer und Sorge keinen Raum geben. Berührung ist beispielsweise ein wesentliches Element vieler traditioneller Heilmethoden. Im Grunde genommen ist das in der Geste des Handauflegens enthalten, die in den meisten charismatischen Gruppen und auch in anderen Kirchen praktiziert wird. „Vor allem wir Christen müssen uns trauen, Emotionen zuzulassen..., weil wir uns dadurch von anderen unterscheiden können. In den Vereinigten Staaten haben wir die Fähigkeit, die Kunst oder den Willen verloren, jemanden zu berühren. Wir haben Angst davor, weil Berührung so sehr mit Sexualität assoziiert wird. Es gehört aber dazu, Emotionen zu zeigen – eine Berührung kann heilsam sein.“ Das sagte ein Sozialarbeiter, der auf dem Gebiet der Rehabilitation tätig und selbst behindert ist, in Trinidad.

Diese Tagungen haben eine bohrende Frage aufgeworfen. Bedeuten die Worte, die von den Kirchen und von den Angehörigen der Heilberufe benutzt werden, für normale Gemeindeglieder dasselbe? Beispielsweise das Wort „Heilen“? Wird es im allgemeinen Sprachgebrauch nicht häufig mit „Behandlung“ verwechselt? Vielleicht ist dieser Unterschied nicht deutlich genug geworden, weil der Rolle des Leidens nicht genug Beachtung geschenkt worden ist? Dies war ein zentrales Thema der Konsultation über Leben und Sterben, die 1981 in Bossey stattfand. Robert Lambourne, ein Arzt, hat viel über Heilen im christlichen Kontext geschrieben. Seine Arbeiten waren zu Anfang für die Bestimmung des Kurses der CMC von großer

Bedeutung; deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass viele der Konzepte unserer Studie auf Lambourne beruhen. Er meinte beispielsweise, dass die Medizin keine andere Heilslehre habe als die unmittelbare, vollständige Beseitigung der Krankheit. Nach christlicher Überzeugung haben Angst, Schmerz, Leid und Opfer eine paradoxe Rolle, denn sie „stehen vollkommen im Widerspruch zu Gottes Willen und sind dennoch das eigentliche Mittel zu seinem letztlichen Triumph“. Nach orthodoxer Heilungsphilosophie gibt es Dinge, die abgesondert und beseitigt werden müssen. Teilnehmer der sudostasiatischen Tagung äußerten den folgenden Gedanken: „Als Christen müssen wir Leid beenden, wo immer wir können, und es mit allen uns Menschen zu Gebote stehenden Mitteln lindern. Als Christen müssen wir auch glauben, dass Leid annehmen Teil unseres Glaubens ist, der uns stärken kann.“ | Während dieser Dialog in so vielen Teilen der Welt geführt wird und unser Verständnis von Gesundheit und Heilen zugenommen hat, haben noch zwei andere uns vertraute Begriffe eine neue Bedeutung angenommen und neues Licht auf den Heilungsprozess geworfen. Es handelt sich um *Versöhnung* und *Hoffnung*. Die Menschheit muss lernen, Luft und Wasser zu achten und verantwortungsbewusst mit ihren erneuerbaren und nicht-erneuerbaren Ressourcen umzugehen. Heilung zwischen den Staaten kann nicht ohne Versöhnung beginnen, die aus gegenseitiger Achtung und Fürsorge entspringt. Innerhalb der Gemeinschaften muss die Zerrissenheit durch die Entwicklung und Anwendung von Formen der Beziehungen zwischen Menschen versöhnt werden, die Heilung und Fürsorge vermitteln. Das wird nirgends deutlicher als in dem Bemühen um die Versöhnung von Gegensätzen innerhalb von Familien mit dem Ziel, eine neue Grundlage für die gegenseitige Sorge und Unterstützung zu schaffen. Auch jeder von uns bedarf als einzelner der Versöhnung in uns selbst, um von Gefühlen der Schuld und der Unzulänglichkeit und von unbewältigtem Kummer freizuwerden, die uns daran hindern, unsere Möglichkeiten voll zu nutzen. Es ist eindeutig festgestellt worden, dass auch dieser Vorgang wichtig ist, um körperliche Leiden, Infektionen und Krankheitsprozesse zu heilen. Und unsere Versöhnung mit Gott durch Jesus Christus ist Grundbedingung für die Wiederherstellung der spirituellen Gesundheit, die uns zu Werkzeugen der Versöhnung in all den anderen Beziehungen machen kann. Und an dieser Stelle beginnt die Hoffnung. Hoffnung hat ihre tiefsten Wurzeln im Vertrauen einer mit ihrem Gott versöhnten Seele. Sie ist die Grundlage, auf der der Mensch seine Lebenskräfte mobilisieren und zu den Bemühungen um Versöhnung von Spannungen und Missbehagen ringsum etwas beitragen und daran mitwirken kann. So, wie Versöhnung wichtig ist für Heilung, ist offenbar Hoffnung grundlegend für Gesundheit.

### **„Wholeness“ – Ganzheit**

Dieser Ausdruck, so nützlich er im Englischen auch ist, lässt sich nicht so leicht in andere Sprachen übersetzen; und deshalb kann er nicht in den Sprachgebrauch des ÖRK eingehen. Doch der Begriff Ganzheit ist etwas ganz Reales; er ist Bestandteil von Glaubensüberzeugungen und Wertordnungen überall in der Welt, wie wir bei der Gegenüberstellung von Definitionen für „Gesundheit“ schon festgestellt haben. Der Koran spricht ebenso von Ganzheit wie die heiligen Bücher des Judentums und des Hinduismus. Sie ist Kernstück der ältesten, mündlich überlieferten Ur-Religionen. In Indien bedeutet sie „*shanti*“ mit Gott, und das umfasst Vergebung, Versöhnung, das Gefühl der Zugehörigkeit, Harmonie und inneren Frieden. „Ganz“ sein „ist ein dynamischer Prozess, zu dem gehört, dass man wachsen und auf andere eingehen kann, dass andere einem etwas bedeuten, dass man für sie sorgen kann (Karibik). Der gleiche Gedanke wurde auch auf der Tagung in Botsuana geäußert, wo

Ganzheit als „Prozess“ beschrieben wurde, „bei dem ein Mensch auf bestimmte Grenzen stößt und sie mit Gottes Gnade überwindet“, beispielsweise im Falle von Krankheit, einer Behinderung, Ungerechtigkeit etc. Die Gruppe „verständigte sich darüber, dass sie nicht in der Frage übereinstimmt“, welcher Aspekt | der Ganzheit besonders hervorgehoben werden sollte, Vollkommenheit oder Harmonie. Die afrikanischen Teilnehmer befassten sich ebenfalls mit diesem Begriff, und zwar aus der Sicht der Angehörigen der Heilberufe; dabei betonten sie vor allem, dass es notwendig ist zu glauben, sich Zeit zu nehmen, um den Patienten zuzuhören und mit ihnen zu beten. „Im Vordergrund muss die Vermittlung von Ganzheit stehen, nicht von Effizienz“, sagten sie. Ein Theologe von den Westindischen Inseln stellte die Ganzheit in einen direkten Zusammenhang mit der Gesundheit: „Können wir denn [ihre] Bedeutung wirklich verstehen, wenn wir den Menschen nicht in seiner Einbindung in alle seine persönlichen Beziehungen sehen? ... Eines der Grundkonzepte, die uns die Bibel über den Menschen vermittelt, ist seine Totalität... Gesundheit ist total.“

In der industrialisierten Welt findet der Begriff der ganzheitlichen oder holistischen Medizin (im Englischen unterscheiden sich die beiden Ausdrücke nur durch den Anfangsbuchstaben) immer größere Aufnahme. Wie das sprunghaft ansteigende Interesse an charismatischer Heilung, stellt auch dies eine Alternative zu dem immer unpersönlicher werdenden, elitären, in Fachbereiche aufgesplitterten und hoch spezialisierten Gesundheitssystem dar, das der Technologie ein so großes Gewicht gibt. Auch in Ländern, in denen der Staat die Arztkosten übernimmt, steigen die Gesundheitskosten in alarmierendem Maße. Im Rahmen des Workshops über „Das heilende Amt der Kirche“, der 1979 in Bossey stattfand, beschrieben die jeweiligen Direktoren zwei ganzheitliche Kliniken, in denen die Krankenhausseelsorger neben den Schwestern, Ärzten, den Laboranten und gelegentlich auch Laienmitarbeitern als „Partner zum Beten“ gleichberechtigte Mitglieder des Pflorgeteams sind.

## **Die Kirche**

Wenn die religiösen Überzeugungen eines Menschen eine innere Angelegenheit sind, dann bietet die christliche Kirche nach den bisherigen Ergebnissen der CMC-Umfrage ein sehr stark nach außen gerichtetes Bild. Es bestand Einigkeit darüber, dass sie mehr sein muss als ein Versammlungsort zu Gottesdienst und Gemeinschaft; sie muss auch ein Betätigungsfeld für das Miteinander-Teilen und das Sorgen füreinander und für die Gemeinschaft, deren Teil sie ist, sein, und auf diese Weise den Menschen helfen, ihre Möglichkeiten zu entdecken und sie zu ermutigen, diese zu entfalten, und Versöhnung unter den Konfessionen zu stiften.

Außerdem verfügt die Kirche über ein reiches Potential für die Gesundheitspflege. Beispielsweise gibt es in Lateinamerika „keine Basis unter den Menschen, die sich mit den Kirchen messen könnte... [es gibt] tausende von Gemeinden – katholische, evangelische, Pfingstgemeinden – überall – ... Millionen von Jüngern Jesu Christi..., die sich Gott und ihren Nächsten verschrieben haben..., die Kirchen müssen hier ihre Verantwortung erkennen und wahrnehmen; die in der Gesundheitspflege Tätigen müssen das zur Kenntnis nehmen und die Kirchen in ihre Überlegungen einbeziehen“. |

Bei der Regionaltagung in Neu-Delhi stimmten Christen, die als eine Minderheit in einem Meer anderer Religionen leben und Gottesdienst feiern, ausdrücklich darin überein, dass die Kirchen in der Gesundheitspflege und in der Gemeinwesenentwicklung mit anderen Religionen zusammenarbeiten müssen. „Die Kirche soll eine Gemeinschaft von Gläubigen sein, die sich für das Wohl jedes Menschen und seiner Umwelt einsetzt, ...ein Ort der Begegnung, an dem ihre Glieder

in allen Bereichen ihres Lebens gestärkt werden, an dem alle gleich wertvoll sind und an dem alle zwar geeint sind, jedoch nicht wieder als Männer und Frauen in der Masse untergehen, sondern als Person geachtet werden“ (Honduras).

Die südostasiatische Tagung formulierte folgende Erklärung: „Die Kirche muss ihre Verpflichtung für die Menschheit erneut bekräftigen und Vorhaben unterstützen, die den Menschen zugute kommen. Diese Verpflichtung kann dadurch manifestiert werden, dass die Kirche ihre Ressourcen in den Dienst der Menschen vor allem in den ländlichen Gebieten stellt, in denen die Mehrheit der Asiaten lebt.“ Konkret heißt das, dass die Kirche Ausbildungsmöglichkeiten für gemeinschaftsbezogene Gesundheitsdienste (einschließlich der Vermittlung von Kenntnissen einheimischer Heilmethoden) schaffen, dass sie die kirchlichen Krankenhäuser in dem Sinne umorganisieren muss, dass Menschen für die Arbeit in gemeinschaftsbezogenen Gesundheitsprogrammen ausgebildet werden, in denen sie mit Akupunktur, Akupressur und Heilkräutern umgehen werden. Auch die kirchlichen Schwesternschulen sollten diese Neuorientierung auf gemeinschaftsbezogene Gesundheitspflege, insbesondere in den ländlichen Gebieten, widerspiegeln. Hinsichtlich der kirchlichen Einrichtungen äußerten mehrere Regionaltagungen, dass diese an ihre Verpflichtung erinnert werden müssten, ihre Mitarbeiter gerecht zu entlohnen.

„Hat die Kirche in den Ländern Südasiens, in denen das Konzept des Wohlfahrtsstaates mehr und mehr akzeptiert wird, noch eine Rolle zu spielen?“ fragte ein indischer Pfarrer. Bei allen Regionaltagungen, bei denen die Frage des Verhältnisses von Kirche und Staat aufgeworfen wurde, war die Antwort ein entschiedenes „Ja“. Die Kirche kann Übergangslösungen anbieten, bis die Gesellschaft ihre Verantwortung übernimmt. Sie muss eine stützende Funktion haben, darf aber andererseits, wie die mittelamerikanische Zusammenkunft warnend hervorhob, dem Staat keine Handhabe bieten, „sich seiner Verantwortung ohne weiteres zu entziehen“. Die staatlichen Gesundheitsbudgets legen in der Regel das Schwergewicht auf die städtischen Gebiete und auf große Krankenhäuser. Es gibt eine Menge Lücken, die die Kirche schließen kann; viele Menschen – insbesondere in den ländlichen Gebieten sowie alte und behinderte Menschen – werden vom staatlichen Gesundheitswesen vor allem in den Entwicklungsländern nicht erfasst. Für Orte, an denen kirchliche Krankenhäuser wegen der steigenden Kosten ihre Tätigkeit einstellen müssen, wurde als Alternative die Eingliederung in den staatlichen Gesundheitsdienst gesehen (afrikanische Tagung); es wurde jedoch die Besorgnis laut, dass diese Krankenhäuser ihre christliche Identität verlieren könnten. Als Alternative können die Kirchen gemeinschaftsbezogene elementare Gesundheitsprogramme unterstützen, wie dies beispielsweise auf den Philippinen geschieht. |

Es herrschte Einigkeit darüber, dass in Ländern wie Indien, Pakistan und Indonesien, in denen die Christen eine Minderheit sind, im Interesse eines guten Verhältnisses zum Staat vermieden werden muss, dass in der Gesundheitspflege und in Gemeinwesenprojekten Doppelarbeit geleistet wird. Die Teilnehmer erklärten, dass jedoch die verschiedenen christlichen Konfessionen untereinander zusammenarbeiten sollten.

Die Kirchen sollten soweit wie möglich mit den Regierungen zusammenarbeiten – dies ist eine der klaren Aussagen, die bisher aus der Studie gewonnen worden sind. Natürlich sind manche Regierungen gegenüber einer Zusammenarbeit aufgeschlossen; sie bringen den Auffassungen der Kirchen Wohlwollen entgegen und erkennen ihre Arbeit an. Andere Regierungen lehnen die Kirche ab oder sind korrupt, oder es sind unterdrückerische Regime; mit ihnen verbietet sich von

vornherein die Zusammenarbeit von Kirche und Staat. Hier erhebt sich die Frage: Was sollen die Christen tun, wenn die herrschenden Machtstrukturen Mitgliedern der Gesellschaft, den Armen, den Frauen oder Angehörigen einer Minderheitsreligion (wie des Christentums) oder einer politischen Ideologie das Recht streitig machen, ihre Meinung zu äußern? Die Konsequenz ist klar: Die Umstände „zwingen uns dazu, uns in das schwierige Gebiet der Politik zu begeben... Wir betrügen uns selbst, wenn wir uns unserer politischen Verantwortung entziehen wollen“ (Mittelamerika). Das wirft eine weitere Frage auf: Wie steht es mit der Verpflichtung vieler Christen zur Gewaltfreiheit? Zu dieser Frage, die bei der Pazifik-Tagung gestellt worden ist, führen Hinweise auf die Erfahrungen in Lateinamerika und die „Theologie der Befreiung“. Theologien sind kein Exportartikel, erwiderte ein Theologe aus Papua-Neuguinea. „Sie spiegeln unterschiedliche Situationen wider. Wir müssen sie uns nicht unbedingt zueigen machen... Gewalt muss immer unser letztes Mittel sein.“

### **Gemeinde**

Dieser Begriff ist schwierig, denn er ist mit ganz bestimmten und konkreten kirchlichen Strukturen verbunden. Die Gemeinde sollte ein Ort sein, an dem Menschen Gemeinschaft empfinden mit Männern und Frauen, die ähnliche Interessen und Auffassungen haben und mit denen sie ihre christlichen Überzeugungen verwirklichen können. Auch in der zerstreuten Kirche in den Industriegesellschaften, in denen die Großfamilie heutzutage bestenfalls noch aus der Erinnerung bekannt ist und in denen viele von ganz woanders herkommen, finden wir noch Gemeinden, in denen diese Menschen Gottesdienst feiern und intensive Gemeinschaft finden können, auch wenn sie nur lockere Beziehungen zu den institutionellen kirchlichen Strukturen haben.

Die Spaltungen innerhalb der christlichen Kirche haben die afrikanische Tagung dazu veranlasst, die Gemeinde als „eine Gruppe von Gläubigen“ zu definieren, „die gemeinsam Gottesdienst feiern – gegenwärtig noch im allgemeinen innerhalb ein und derselben Konfession, in Zukunft wird sie [die Gemeinde] aber hoffentlich alle Christen in einem bestimmten Gebiet umspannen, um eine einzige dienende und sorgende Gemeinschaft zu bilden“. Ferner wurde angeregt, dass die Kirchen als Institution und als einzelne Gemeinden sich weniger um Mittelbeschaffung, Gebäude und Machtstrukturen kümmern sollten. |

Es wurde darauf hingewiesen, dass die meisten Gemeinden in ihrer Mitte genügend personelle Reserven haben, um interdisziplinäre Gesundheitsteams zusammenstellen zu können – Krankenschwestern, Ärzte, medizinische Hilfskräfte, Pfarrer, Menschen mit Erfahrungen in Ernährungsfragen und im Gartenbau, Hebammen und Menschen, die einfach gut zuhören können. Es müssen außerdem keine neuen Begriffe erfunden werden, um den einfachen Formen, in denen die Gemeinden Jahrhunderte lang füreinander gesorgt haben, Glanz zu verleihen: Krankenbesuche in Krankenhäusern und bei Menschen, die das Haus nicht verlassen können; die Betreuung der Kinder, wenn ein Angehöriger gestorben ist; Zubereitung und Austeilung von Speisen – alle die schlichten Aufgaben, die die Familien zusammenhalten und die Gemeinden zusammenschließen, Aufgaben, die in der Regel von Frauen wahrgenommen werden.

### **Heilungsauftrag/heilendes Amt**

Wenn man sich mit diesen beiden Begriffen befasst, muss man zwischen dem unterscheiden, was war und bis zu einem gewissen Grade noch ist, und dem, was sein soll. Bei verschiedenen Tagungen wurde mit der christlichen Kirche schwer ins

Gericht gegangen. „Die Geschichte lehrt uns, dass die Kirche mit spanischen und portugiesischen Eroberern nach Amerika gekommen ist, die den doppelten Auftrag hatten, zu erobern und zu bekehren“ (Mittelamerikanische Tagung). ... „Eines der schädlichsten Unterfangen der Missionsbewegung war ihr kulturelles Gemetzel in Afrika“, erklärte ein Mann aus Kamerun, der zur afrikanischen Regionaltagung gekommen war. „Unsere Namen wurden als heidnisch bezeichnet“, sagte er, „unsere Tänze wurden verboten, ...alles, was das kulturelle Leben unseres Volkes ausmachte, wurde mit tödlichen Folgen verflucht. Die Missionstheologie führte viel eher zur Domestizierung als zur Befreiung.“ Auf der pazifischen Regionaltagung schilderte ein Pfarrer aus Melanesien seine große Angst während der Zeit im theologischen Seminar, wo „Gott, der ewig liebende und mächtige, zu einem mächtigen kolonialen Unterdrücker entstellt worden war... Wenn auch unsere Unfähigkeit zu heilen zum Teil unseren traditionellen Kulturen zuzuschreiben ist, so muss doch auch ein gewisses Maß an Verantwortung dafür bestimmten theologischen und seelsorgerlichen Vorstellungen des Christentums angelastet werden, die wir übernommen haben“.

Nach alledem und nach allem, was die CMC in den 14 Jahren ihres Bestehens beobachten konnte, hat es den Anschein, dass die Kirchen in der Ersten Welt die Dritte Welt mit Institutionen – Schulen und Krankenhäusern – belastet haben, die sie nicht erhalten können. Infolgedessen überschlagt sich die Kirche darin, Ärzte auszubilden, anstatt die Ortsgemeinden dazu zu befähigen, grundlegende Fragen aufzuwerfen, wie etwa: In welcher Beziehung stehen der Bau einer Toilette und die Ausrottung von Würmern zueinander? Dadurch, dass wir verzerre, auf Institutionen ausgerichtete und nicht auf unserem Boden gewachsene Vorstellungen vom Heilungsauftrag haben, haben wir den Menschen die Möglichkeit genommen, sich selbst zu heilen; haben wir ihr Vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten und die der anderen, auf die ortsüblichen Heilmethoden einschließlich der Volksmedizin untergraben und zugleich die Aufnahmefreudigeren korrumpiert. |

Haben Christen in Heilberufen – Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhauspersonal, Angehörige der Heilhilfsberufe, Hilfskräfte in Krankenstationen, das Personal in den Krankenhaus-Aufnahmestationen – eine besondere Verantwortung für das Heilen, weil sie Christen sind? Diese Gruppe war auf allen Regionaltagungen gut repräsentiert; die spirituelle Dimension ihrer Beziehungen zu den Patienten wurde ebenso wie ihre Fähigkeit zum Heilen besonders hervorgehoben. „Heilen ist ein viel umfangreicherer und vielschichtigerer Prozess, an dem der Patient als ein ganzheitliches Wesen beteiligt ist...; man muss zuhören..., um nicht nur zu verstehen, was gesagt worden ist, sondern auch, was nicht gesagt worden ist...; die Lebenskraft wird aktiviert, wenn zwischen Arzt und Patient eine Beziehung hergestellt wird...; sie trägt zur Heilung bei“, bestätigte ein Arzt, der einem großen Krankenhaus in Indien vorsteht. Ärzte, Krankenschwestern und Krankenhauspersonal bedürfen wiederum der Unterstützung, der Ermutigung und des Gebets ihrer Gemeinden, die ihnen helfen, sich den schweren Entscheidungen, die ihnen häufig abverlangt werden, zu stellen.

In einer frühen Ausgabe von CONTACT wurden wir daran erinnert, dass „wir uns zwar unserer Verantwortung für alle bewusst sein müssen, dass wir aber nicht für alles verantwortlich sind“. Das ist für viele in Heilberufen Tätige, die an den Problemen, die sie zu bewältigen haben, verzweifeln können, sehr wichtig. „Wir brauchen Mittel, um unbequem, aber nicht verzweifelt mit unserer Verantwortung leben zu können...; nur Gott kann die Verantwortung für alles ganz auf sich nehmen.“ Vielleicht hat die Studie auch deutlicher gemacht, dass in christlichen Krankenhäusern und Arzt- und Schwesternschulen Veränderungen notwendig sind,

um andere Verhaltensweisen und Arbeitsmethoden zwischen Ärzten und Patienten zu fördern (in denen der Patient weniger zum Empfänger der Pflege gemacht wird, sondern eine aktive Rolle bei der Wiederherstellung seiner Gesundheit spielt); andere Verhaltensweisen und Arbeitsmethoden auch zwischen Ärzten und Schwestern und anderen Mitgliedern des Pflorgeteams (einschließlich der Krankenhausseelsorger). Allmählich begreifen wir, dass die Kirchen ihre Zuwendungen und ihre Überlegungen mehr gemeinschaftsbezogenen Programmen zugute kommen lassen müssen, die sich mit Problemen der Gemeinschaft befassen, als großen Institutionen.

In einem Artikel, der in einer der letzten CONTACT-Ausgaben erschien, wurde unter dem Titel „Die Kirchen und Ungerechtigkeiten auf dem Gesundheitssektor“ ein neuer Weg vorgeschlagen, auf dem die Kirchen in den entwickelten Ländern nationale Kirchen in der Dritten Welt unterstützen können. Mit Unterstützung argentinischer Kirchen hat der Verfasser, ein Teilnehmer an der mittelamerikanischen Tagung, ein großes Projekt für elementare Gesundheitspflege und ein Ausbildungsprogramm zur Förderung gemeinschaftsbezogener Gesundheitsarbeit in einer ländlichen Provinz mit hohem indianischen Bevölkerungsanteil aufgebaut. Er forderte nachdrücklich zu größerer Interaktion zwischen nationalen Kirchen und örtlichen Gemeinschaften, und hier vor allem mit deren Randgruppen, sowie mit der weltweiten christlichen Gemeinschaft | anstatt mit einzelnen Geberkirchen auf und trat für eine Beteiligung ein, die eher aus Solidarität als aus Wohltätigkeit entspringt.

Einer der Hauptredner der karibischen Regionaltagung führte aus, dass die „ärztliche Mission kein Werkzeug für die Evangelisation ist...; sie hat ihren Wert in sich selbst; wenn das nicht der Fall ist, lohnt sie sich nicht. Die Qualität des christlichen Auftrags zur Gesundheitspflege kann nicht an der Modernität ihrer Ausrüstung gemessen werden. Die Verpflichtung zu christlicher Gesundheitspflege ist nicht dadurch abgegolten, dass ein paar kranke Menschen geheilt werden, weil sie ein Krankenhaus aufsuchen können...; sie besteht gegenüber der ganzen Gemeinschaft“.

Der erste Direktor der CMC gibt zu verstehen, dass „wir, um ein starkes Äquivalent für die 'ärztliche Mission' zu entwickeln, nicht irgendein modernes Äquivalent für das 'Heilen durch Glauben' brauchen, sondern zeitgemäße Beweise für Heilungen, Beweise dafür, dass Freiheit und Hoffnung aus dem Glauben erwachsen“. Bei der mittelamerikanischen Tagung sprach ein Redner die Frage der Missionen an und forderte nachdrücklich eine „Überprüfung der ethischen Aspekte unserer christlichen Einrichtungen wie Krankenhäuser und Kliniken im Blick auf ungerechte Verhältnisse... Ich will den Gesundheitsdienst der Missionen, der von den Kirchen in der Vergangenheit geleistet worden ist, nicht herabsetzen. Ich glaube jedoch, er war die Reaktion auf einen wichtigen Augenblick in der Geschichte unseres Kontinents, seine Begründer errichteten Krankenhäuser, Kliniken etc., sahen darin aber keine unantastbaren oder ewigen Einrichtungen“.

Die Attraktivität höherer Gehälter und komplizierter Einrichtungen und Technologie locken Tausende ausgebildeter Ärzte und Krankenschwestern in der Dritten Welt aus ihren Heimatländern an Arbeitsplätze in den Industriestaaten oder in die reichen Ölländer am Golf. Um nur ein Beispiel zu nennen: Auf den Philippinen erhalten 62% aller Sterbenden keine ärztliche Versorgung. Aber 68% der Ärzte und 88% der Krankenschwestern sind ausgewandert, um in ausländischen Krankenhäusern, zumeist in Ländern wie den USA, Kanada und den Golfstaaten, zu arbeiten. Viele dieser Schwestern und Ärzte sind Christen. Können die Kirchen denn nicht stärker auf Sinnggebung und christliche Dienstbereitschaft hinwirken, um den Verlockungen der Konsumgesellschaft und ihren Werten Widerpart zu geben?

Ebenso, wie die Ausbildungsstätten für Ärzte und Krankenschwestern aufgefordert wurden, ihre Lehrpläne umzugestalten und mehr Gewicht auf menschliche Werte und auf die Ethik der Gesundheitspflege zu legen, wurden auch die theologischen Seminare aufgerufen. Schon bei der ersten Tübinger Konferenz bedauerten einige Teilnehmer, dass in der theologischen Ausbildung so wenig von dem christlichen Heilungsverständnis sichtbar oder ausdrücklich vermittelt wird. Offensichtlich sind auf diesem Wege seit 1964 keine großen Fortschritte erzielt worden. Vor einigen Jahren wurde im Presbyterianischen Theologischen Seminar in Guatemala | ein neuer Ansatz für ein „Amt durch das Volk“ entwickelt. Danach wählen die Ortsgemeinden Gemeindeglieder zu Pfarrern, die an ihren Heimatorten in Fortbildungskursen ausgebildet werden. Bei der mittelamerikanischen Regionaltagung wurde dieses Projekt wie folgt beschrieben: „Auf diesem Wege lernen wir, wie die verschiedenen Gaben im Leibe Christi entwickelt werden müssen, weshalb Kirchen mit einheimischen Führungskräften dynamisch sind und wie Professionalismus vermieden werden kann... Wir verstehen das Modell des 'Amtes durch das Volk' als eine Herausforderung...; wir haben [in Mittelamerika] gelernt, dass die Gemeinschaften selbst die Verantwortung für... die Gesundheit wahrnehmen können... Die Forderung lautet: 'Amt durch das Volk'...“

Bei allen Regionaltagungen wurde beschrieben, welche verschiedenen Formen das heilende Amt haben kann. Dazu gehören beispielsweise Erziehungsprogramme und Bewusstseinsbildungsprojekte (ein ganzes Spektrum wurde genannt, von Alphabetisierungs- und Erste-Hilfe-Kursen bis zu Bibelstudien im Sinne der Theologie der Befreiung und Vorlesungen über einheimische Religionen), Dienstprojekte (Kliniken, Kindergärten, Haushaltshilfe für ältere Menschen), Sammlung von Informationen, Gespräche mit staatlichen Stellen oder Interessenvertretungen bei den Gesetzgebungsorganen. In Lateinamerika, wo Militärregime und Misstrauen häufig jede Zusammenarbeit mit dem Staat ausschließen, sind engagierte und integere Führungskräfte ungeheuer wichtig; darum wurden auch Ausbildungslehrgänge für Führungskräfte als ein weiteres Projekt angeregt, das von den Kirchen in Angriff genommen werden könnte.

Elementare Gesundheitspflege war ein Schlüsselthema aller Regionaltagungen. Männer und Frauen, die solche Programme mit ins Leben gerufen haben oder in der Ausbildung von Mitarbeitern für die elementare Gesundheitspflege tätig sind, hatten einige äußerst wertvolle, realistische Gedanken beigesteuert. Bei der afrikanischen Konsultation erklärte ein Kinderarzt, dass die elementare Gesundheitspflege ein Weg sei, „für die Mehrheit der Bevölkerung in den Entwicklungsländern Gesundheitsdienste bereitzustellen“. Die Diskussionsgruppe zum Thema „Elementare Gesundheitspflege“ bei dieser Tagung stellte fest, dass „die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit überall dort, wo Menschen leben, eine vordringliche Maßnahme“ sei. Grundlegendes Ziel der elementaren Gesundheitspflege ist es, Menschen zu motivieren und ihnen Methoden an die Hand zu geben, damit sie selbst ihre gesundheitlichen Probleme meistern können. Krankenhausärzte in diesen Ländern leiden unter Frustrationen, weil die meisten Krankheiten, mit denen sie konfrontiert werden, zu verhüten waren und unmittelbar mit Armut in Verbindung stehen. Kurzfristige kräftige Geldspritzen können dieser Lage nicht abhelfen.

Elementare Gesundheitspflege umschreibt ein System, in dem die Menschen an der Feststellung ihrer Bedürfnisse und an der Bestimmung der Prioritäten zur Befriedigung dieser Bedürfnisse, die sich im weitesten Sinne auf Gesundheit beziehen, mitwirken. Sie hören auf, passive Empfänger der Pflege zu sein, und werden zu aktiv Beteiligten an der Pflege für sich und andere. Ärzte und |



Schwestern werden nicht überflüssig, aber die Menschen gewinnen ihr Selbstvertrauen zurück, das durch jahrelangen Professionalismus zerstört worden ist. Christus stärkte seine Führerrolle dadurch, dass er sie mit der des leidenden Knechtes verband. „Ihr heißet mich Meister und Herr und saget recht daran, denn ich bin's auch... Wenn nun ich euch die Füße gewaschen habe, so sollt ihr auch euch untereinander die Füße waschen“ (Joh. 13,13). Natürlich kommt dem Heilenden eine führende Rolle zu, die leicht missbraucht werden kann. Ist das durch die Mitwirkung anderer abzuschwächen, und konnte das nicht „Partizipation“ in ähnlichem Sinne sein, wie sie in der Eucharistie geschieht?

Ihrem Wesen nach muss elementare Gesundheitspflege in der Gemeinschaft verankert sein, „von dort ausgehen, wo die Menschen mit ihren Bedürfnissen und Nöten sind“, in den Dörfern, in denen die Bewohner einen der ihren auswählen, ihn zum Gesundheitsfürsorger ausbilden lassen und eine Krankenstation einrichten. In Afrika, wo mehr als 80% der Bevölkerung in ländlichen Gebieten leben, wurde Priorität für die Ausbildung von Mitarbeitern in Heilhilfsberufen gefordert, wobei besonderes Gewicht auf ein ganzheitliches Konzept gelegt und den Krankenschwestern eine größere Rolle im Gesundheitswesen eingeräumt wurde. Bei der südostasiatischen Tagung befasste sich die Diskussionsgruppe über elementare Gesundheitspflege damit, wie wichtig es ist, nicht-medizinische Fachkräfte wie Lehrer, Bauern, Ernährungsexperten, Gemeinwesenarbeiter und Eltern in diese Programme einzubeziehen, da Gesundheit von viel mehr als von der vorhandenen ärztlichen Betreuung abhängig ist. Geeignete Nahrungsmittel und sauberes Wasser – um nur zwei „grundlegende Erfordernisse“ zu nennen – stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den wirtschaftlichen, sozialen und politischen Bedingungen. Im Rahmen dieser Studie wurde diese Wechselbeziehung bei verschiedenen Gelegenheiten herausgestellt; daneben zeigte sich auch, wie wichtig es ist, gemeinschaftsbezogene Gesundheitsprogramme mit Projekten zu verbinden, die den Menschen ein höheres Maß an finanzieller Unabhängigkeit verschaffen. An derartigen Projekten wurden in Neu-Delhi Handwerksgenossenschaften, Geflügelzucht, Fischfang und bessere Anbaumethoden genannt. Mit höheren Einkommen haben es die Familien leichter, die Kosten für ärztliche Hilfe aufzubringen, wenn sie sie benötigen.

Werden sich die Programme der elementaren Gesundheitspflege vielleicht einmal selbst tragen? Das lässt sich noch nicht beantworten, obwohl viel danach gefragt wird. Der Beweis ist nicht schlüssig. Dennoch ist klar, dass die elementare Gesundheitspflege unterstützt werden *sollte* – vom Staat, von den Kirchen, von der großen christlichen Gemeinschaft –, denn sie erscheint als der beste Weg, der zum jetzigen Zeitpunkt den meisten Menschen ein Höchstmaß an Gesundheitspflege gewährleistet. Diese Unterstützung konnte in Form von finanziellen Mitteln, Mitarbeitern und Ausbildungsmöglichkeiten für diejenigen, die die Programme der elementaren Gesundheitspflege verwalten und personell besetzen, und durch die Hilfe für (sekundäre) Dienstleistungen geleistet werden. In Indien werden die staatlichen Zuwendungen in der Regel für Krankenhäuser und für den Einkauf von Impfstoffen verwandt, nicht für kleine gemeinschaftsbezogene Gesundheitsprogramme. Für weniger aufwendige Projekte wurden in | Delhi folgende Vorschläge unterbreitet: Sie sollen auf die häufigsten Krankheiten ausgerichtet werden; das Schwergewicht soll auf Hygiene und Krankheitsvorbeugung gelegt werden; es sollen hauptsächlich Impfstoffe und Medikamente verwandt werden, die vom Staat und von Spenderorganisationen kostenlos oder zu niedrigen Preisen bereitgestellt werden; es sollen in größerem Umfang einheimische Heilmittel angewandt (in dem Bemühen um billigere, am Ort hergestellte Medikamente mit

breitem Spektrum) und auf eine bessere Verwaltung geachtet werden (Anwendung angepasster Technologie). Solche Konzepte können dazu beitragen, ein Programm abzuschwächen, mit dem die Programme der elementaren Gesundheitspflege in vielen Ländern zu kämpfen haben, nämlich die Abhängigkeit von auswärtigem Kapital und ausländischem Personal.

Das alles lässt sich unter dem Schlagwort „Eigenständigkeit“ zusammenfassen, ein weiterer Begriff, der häufig in Verbindung mit Interdependenz gebraucht wird. Um eigenständig zu sein, müssen Menschen ihre Bedürfnisse kennen, sagte der Arzt eines gemeinschaftsbezogenen Gesundheitszentrums in Trinidad. In diesem Zusammenhang wurde darüber diskutiert, welche Bedürfnisse wirklich grundlegend und ob „alle grundlegenden Bedürfnisse auch angemessen sind“.

Partizipation der Menschen in gemeinschaftsbezogenen Programmen ist offensichtlich Voraussetzung für deren Erfolg. Darüber hinaus ist sie jedoch auch eine Möglichkeit für eine gerechtere Verteilung der Grundvoraussetzungen für Gesundheit – Nahrungsmittel, Wasser etc. Sie bietet den Menschen ferner Gelegenheit, die Mechanismen der Gemeinwesenorganisation und die Macht kennen zu lernen, die dadurch „normalen“ Menschen übertragen wird, und ist somit ein Schlüssel, mit dem sie die Türen ihrer Abhängigkeit öffnen können.

Lässt sich die elementare Gesundheitspflege auch auf spirituelle und psycho-soziale Störungen ausdehnen? Die Mitarbeiter in der Gesundheitspflege müssen während ihrer Ausbildung in die Grundbegriffe der geistlichen Heilung eingewiesen werden, empfahlen Teilnehmer der afrikanischen Konferenz, damit sie geistliche Fürsorge gewähren können, „aber sie nicht aufzwingen“. Alle – die Gemeinschaft, Gemeindepfarrer und traditionelle Heiler – müssen in solchen Fällen mit herangezogen werden. In Botsuana wurde die Einrichtung einer afrikanischen Ausbildungsstätte für Initiatoren von elementarer Gesundheitspflege vorgeschlagen.

Bei der Pazifik-Tagung wies die Gruppe, die sich mit der elementaren Gesundheitspflege beschäftigte, darauf hin, dass „die Kirche auf der Ebene der einzelnen Gemeinschaften außerordentlich wirkungsvoll sein kann, weil sie über eine Infrastruktur verfügt...; sie ist die am besten geeignete Organisation, Veränderungen in den Verhaltensweisen zu bewirken, die zur Gesundheit führen, [denn] die Familien sind für die Gesundheit unmittelbar verantwortlich“. Dieser Gedanke wurde kürzlich bei einem Seminar über elementare Gesundheitspflege in Fidschi herausgearbeitet, bei dem die Dorfpfarrer unter denjenigen genannt wurden, die wegen ihrer einflussreichen Stellung in den Gemeinschaften an der Schaffung solcher Programme mitwirken sollten. Die Pazifik-Tagung erklärte weiter, dass sich die Kirche nur im Namen der Gemeinschaft und auf deren Verlangen politisch betätigen sollte, indem sie direkte Schritte bei Regierungen unternimmt. Unter anderem sprach sie die Empfehlung aus, dass die Pazifische Konferenz der Kirchen und der ÖRK die pazifischen Regierungen nachdrücklich auffordern mögen, eine Beratungsgruppe für Fragen der elementaren Gesundheitspflege einzusetzen, die an der Planung und Abwicklung derartiger Programme in der Region mitwirken und diese Anstrengungen unterstützen soll.

*Entwicklung:* Sind die Menschen in entwickelten Ländern unbedingt gesünder als in den weniger entwickelten Ländern? Bei der Regionaltagung der Karibik äußerten Teilnehmer die Ansicht, dass es sich hier möglicherweise vielmehr um eine Frage von Wachstum und Entwicklung als des Wachstums *im Gegensatz zur* Entwicklung handle. Der Begriff hat physische, biologische, soziale und spirituelle Elemente, meinten sie, und sie stellten fest, dass „Situationen denkbar sind, in denen Leben – schlichtes Überleben – die ausschließliche Sorge eines Menschen ist“. Ein kirchlicher Amtsträger aus Trinidad warnte davor, den Entwicklungsstand eines Landes an

seiner wirtschaftlichen Wachstumsrate zu messen. „Soziale und menschliche Indikatoren sind nicht ohne weiteres messbar“, sagte er, „und finden nicht immer die Beachtung, die ihnen zukommt“. Er schloss mit der Aufforderung, Indikatoren wie Bildung, Gesundheitspflege, sauberes Wasser, Wohnungssituation und Ernährung nicht zu übersehen.

Gelegentlich wird „Entwicklung“ mit komplizierter Technologie gleichgesetzt, die nur den ohnehin schon privilegierten Teilen der Bevölkerung zugute kommt. Die „grüne Revolution“ mit ihrem verbesserten Saatgut, das zusätzliche Ausgaben für künstliche Düngemittel verursacht, ist nur ein Beispiel dafür. Darum sind *Projekte* an sich nicht unbedingt eine Antwort, erklärte ein katholischer Priester, der seit 20 Jahren unter Stammesvölkern in Indien tätig ist und festgestellt hat, dass die Anstrengungen Außenstehender in den Dörfern keine wirklichen Veränderungen bewirken. Danach begann er mit seinem kleinen Team, einfach danach zu fragen, was die Menschen für sich für notwendig halten, und er ermutigte sie, innerhalb ihrer örtlichen Situation für die Befriedigung ihrer besonderen Bedürfnisse zu sorgen. Die Leute entdeckten allmählich ihre Kraft. „Anders kann man die Menschen nicht dazu bewegen, sich ihr Recht zu verschaffen“, sagte er. „Geld von außen ist nicht notwendig. Der Staat ist gezwungen worden, die uns rechtlich zustehenden Gesundheitseinrichtungen zu schaffen. Die Menschen verändern sich...“ Bei der Pazifik-Tagung wies eine Sprecherin des Gesundheitsdienstes der Aborigines in Victoria, Australien, darauf hin, dass die Aborigines einzig und allein „Veränderungen wollen, die mit den bereits bestehenden Strukturen ihrer eigenen Gesellschaft vereinbar sind“.

*Veränderung* ist das Kernstück der „Entwicklung“, es ist jedoch zu fragen, Entwicklung für *wen*? Die Einstellungen müssen sich ändern, erklärte jemand anders, der unter Stammesvölkern in Indien arbeitet. „Bloße Austeilung von Gerechtigkeit und Gesundheitsdiensten an Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Wertordnungen bewirkt im Grunde noch nichts“, fuhr sie fort. „Wir wollen ihnen nicht unsere Wertordnung aufzwingen.“ |

Die Tagung in Delhi definierte Entwicklung als „einen dynamischen Prozess der Veränderung...; sein letztes Ziel ist eine gesunde, heile Gesellschaft“, die sich durch Harmonie und Frieden auszeichnet. Und sie fuhr fort: „Sie hat jedoch auch Raum für Abhängigkeit im Sinne von wechselseitiger Abhängigkeit, die von gegenseitigem Nutzen und sozial gerechtfertigt ist. Der Entwicklungsprozess setzt bei uns selbst als einzelnen an; er führt zur Offenheit für Veränderungen, der dann Veränderungen in den Einstellungen folgen.“ Die Teilnehmer an der afrikanischen Regionaltagung sahen jeden einzelnen Haushalt als Ausgangspunkt für die Entwicklung sowie als „die wichtigste grundlegende Einheit der Gesundheitspflege [an]... [für die] alle, einschließlich der Behinderten, gleiche Verantwortung tragen“. Aus den Tagungen heraus wurden folgende Leitlinien für kirchliche Entwicklungsprojekte vorgeschlagen: Hilfe bei der Festlegung der Bedürfnisse der Gemeinschaft durch Sammlung von Informationen; Einrichtung von Gesundheitszentren mit dem Schwergewicht auf Krankheitsverhütung; Förderung von Erziehungs- und Ausbildungsprojekten aller Art (für Frauen, Jugendliche, Gesundheitsfürsorger), Förderung von Heimarbeit und Herstellung kostengünstiger Medikamente mit breitem Spektrum. Bestimmte Formen der Entwicklung werden ausgeschlossen: Investitionen in kostspielige Gebäude (insbesondere Krankenhäuser); englisch- oder französischsprachige Schulen; Großstadtprojekte (außer für die Bewohner von Elendsvierteln); Ausbildungshilfen für Ärzte (stattdessen Konzentration auf Heilberufe) sowie Doppelarbeit.

Ebenso, wie noch so umfangreiche Gesundheitspflege niemanden vor dem Sterben bewahrt, schafft Entwicklung noch kein *menschenwürdiges* Leben. Sie wird uns nur ein Stück weiterhelfen. Im Zusammenhang mit der menschlichen Komponente der

Entwicklung regte ein früherer Vorsitzender der CMC an, wir sollten von der Vorstellung absoluter Werte und wirtschaftlicher Parameter in der Entwicklung abrücken und stattdessen unsere Gedanken auf *Prozesse* richten, auf das „Miteinander-Teilen auf dem Wege in die Richtung, die diejenigen gewählt haben, die auf dem Wege sind...“.

*Traditionelle/einheimische Heilmethoden:* Das Thema der traditionellen Heilmethoden kam bei allen Regionaltagungen zur Sprache. Bei einigen wurde es auf die Anerkennung des Wertes der Heilkräuter beschränkt, die eine leicht zugängliche, nicht kostspielige und häufig sehr wirkungsvolle Alternative zu teuren importierten Medikamenten darstellen. In Trinidad wurde klar zwischen okkulten und nicht-okkulten Heilmethoden unterschieden, obgleich es gelegentlich schwer fällt, eine genaue Trennungslinie zu ziehen. Die Debatte über dieses brisante Thema uferete sehr leicht in Vergleiche von Glaubens- und Wertsystemen aus und führte zu der Frage, in welchem Umfang bestimmte einheimische Heilmethoden (insbesondere bei der Behandlung von Geistes- und Gemütskrankungen) mit dem Christentum vereinbar sind. Die Missionare wurden wegen ihrer „kulturellen Arroganz“ gescholten, mit der sie nichtokkulte Heilmethoden ablehnten; diese Haltung besteht sogar noch unter den einheimischen Kirchen in Afrika bis zum heutigen Tage fort. |

Die Regionaltagungen befassten sich ebenso mit alter, schriftlich fixierter Medizin, wie der chinesischen, der ayurvedischen und der Unani-Medizin, wie mit der ebenso alten ursprünglichen, mündlich überlieferten einheimischen Medizin, die noch heute in Afrika, unter den Aborigines in Australien, den Maoris auf Neuseeland und den Indianern in Nord- und Südamerika praktiziert wird. Das Gleichgewicht – zwischen körperlicher Verfassung und der Beziehung zu Gott, zu den Nachbarn und Vorfahren – bilden das Kernstück dieser beiden Richtungen. Da sind zum einen die überlieferten, auf pflanzlichen, tierischen und mineralischen Substanzen basierenden Heilmittel, Akupunktur und Akupressur, Heilmassage, Diät, Atem- und andere Gymnastik.

Daneben gibt es die okkulten Methoden – Teufelsaustreibungen, Riten, welche Reinigung durch Schuldbekennen, Absolution und Versöhnung symbolisieren und bewirken (die massiv daran erinnern, was die christliche Kirche praktizieren könnte und auch häufig praktiziert, insbesondere die römisch-katholischen, die orthodoxen und die pfingstkirchlichen Riten) sowie die Zauberei. Riten können dazu dienen, die Ursache einer Krankheit und eines Unbehagens zu erkennen; oder sie können darauf gerichtet sein, einen Schuldigen zu bestrafen. Nach Ansicht des Kirchlichen Gesundheitsrates von Papua-Neuguinea ist das zweite Ziel reine Hexerei. Dies ist einer der Gründe, weshalb der Schritt zu einer Legalisierung der traditionellen Medizin nicht vorbehaltlos unterstützt werden kann, solange der Unterschied nicht geklärt ist. Das dürfte jedoch schwer fallen, da in Papua-Neuguinea ebenso wie in großen Teilen Afrikas, Südostasiens und des Pazifik Religion und Gesundheit untrennbar miteinander verbunden sind. Wie eine Krankenschwester von den Tonga-Inseln anregte, sollte das Christentum den Menschen helfen, von der Furcht vor Zauberei und Verwünschungen frei zu werden. Wenn Christen zu traditionellen, okkulten Heilmethoden greifen, geraten sie in Wissenskonflikte, und dann bleiben die Methoden unwirksam, erklärte ein Pfarrer aus Papua-Neuguinea, der selbst ein traditioneller Heilkundiger ist.

In vielen Ländern hat die traditionelle Medizin bereits Anerkennung gefunden und genießt einen legalen Status. In Lesotho und Ghana beispielsweise haben sich Mediziner, die traditionelle Heilmethoden anwenden, zusammengeschlossen, und in vielen Ländern sind traditionelle Geburtshelfer anerkannt; und vom Staat und von kirchlichen Organisationen eingerichtete Ausbildungslehrgänge bauen auf ihren

Fertigkeiten auf.

Ein Redner berichtete vor der Tagung in Botsuana, dass zwei Jahrzehnte Autonomie nicht viel verändert hätten: „Afrikanische kirchliche Amtsträger begegnen den traditionellen Heilkundigen mit ebensolchem Argwohn und Misstrauen wie vor ihnen die Missionare... Trankopfer, Beschwörungsformeln, Fürbitte, Opfer, Schuldbekennnisse, Reue und körperliche Berührung sind ebenso wesentliche Elemente afrikanischer traditioneller Heilkunst, wie Röntgenstrahlen für die moderne Allopathie wichtig sind. „Die Christen wurden nachdrücklich aufgefordert, der traditionellen Medizin gegenüber aufgeschlossen zu sein, sie zu studieren und einen| Dialog mit denjenigen zu führen, die sie praktizieren. Nachdem die Teilnehmer in Papua-Neuguinea unterschiedlicher Auffassung darüber waren, wie die Bedeutung des Opfern in der melanesischen Kultur formuliert werden könne, stellten sie fest, „dass hinsichtlich der Rolle der Geister in der traditionellen Heilung Verwirrung herrscht... Das Bemühen der Menschen, Ganzheit zu erlangen, und ihre Beziehungen zu Gott sind voller Geheimnis und Vieldeutigkeit... In unserer Beunruhigung über die Opfer, die Christen traditionellen Geistern darbringen, meinen wir, für ein Konzept eintreten zu müssen, das den menschlichen Bedürfnissen und Grenzen Rechnung trägt“.

Auf der Pazifik-Tagung wie auch auf anderen Regionaltagungen wurden die theologischen Seminare und die Christen in Heilberufen nachdrücklich aufgefordert, nicht nur auf ein tieferes Verständnis der traditionellen Heilmethoden, aus denen ein großer Teil unserer heutigen Allopathie hervorgegangen ist, sondern auch auf eine fruchtbare Partnerschaft zwischen diesen beiden großen Richtungen der Heilkunst hinzuwirken. |

Dies sind nur einige wenige der Begriffe und Vorstellungen, die auf den Regionaltagungen diskutiert wurden und mit denen wir uns im Rahmen des CMC-Studienprogramms seit nunmehr fast fünf Jahren auseinandergesetzt haben. Diese Auseinandersetzung hat – und das ist vielleicht gut so – nicht zu abschließenden Ergebnissen geführt. Die Diskussion wird möglicherweise in der nächsten Studien- und Konsultationsphase im Anschluss an die ÖRK-Vollversammlung fortgesetzt werden, und es steht zu hoffen, dass sie auch auf der Gemeindeebene stattfindet und Menschen in aller Welt in einen Erneuerungsprozess einbezieht, der uns alle dem Ziel, heilende Gemeinschaften zu werden, einen Schritt näher bringt.

## **Der Gesundheitsbegriff aus biblischer und theologischer Sicht**

Nach der Sichtung des Materials, das ihm Rahmen dieser transkulturellen Untersuchung zum christlichen Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit zusammengestellt worden ist, ist es nunmehr möglich, mit der Formulierung der Erkenntnisse zu beginnen, die uns dabei helfen können, die biblischen und theologischen Vorstellungen von Gesundheit, an welchen sich die Kirche in ihrem heilenden Amt orientieren sollte, zu verstehen und zu klären.

Was bisher gesagt und geschrieben worden ist, lässt eine bemerkenswerte Entwicklung des Gesundheitsverständnisses erkennen. Während man zu Beginn der Studie noch von einem landläufigen Gesundheitsbegriff ausging, wonach Gesundheit eine Art individueller Eigenschaft ist und man sich somit auf die einzelne Person zu konzentrieren habe, so hat sich mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Ursachen von Krankheit in der Gemeinschaft und letztlich im Kosmos liegen; dass die individuelle Krankheit nur im Zusammenhang mit der Krankheit der Gemeinschaft und des Kosmos, also etwa mit der Gebrochenheit der Gesellschaft, zu verstehen ist. Obgleich diese Auffassung gerechtfertigt erscheint und obgleich sie eindeutig

biblisch zu begründen ist, können sich die meisten Menschen nicht vorstellen, dass Gott ein so gewaltiges Unterfangen wie die Heilung des Kosmos in der gleichen Weise angeht wie die Krankheit, die Infektion, die Neurose usw. eines jeden einzelnen Menschen. Unsere eigene Gesundheit können wir sehen, fühlen und anfassen. Wir wissen, wie es ist, krank zu sein; wir empfinden Schmerz und kommen weniger gut zurecht. Deshalb fällt es uns so schwer, derartigen theologischen Aussagen mehr als lediglich intellektuell beizupflichten. |

Dennoch ist vom biblischen Gesundheitsbegriff her eine „Umkehr“ erforderlich; wir müssen unser Menschenbild, unser Verständnis von der Welt im Heilsplan Gottes, umdenken. In jüngster Zeit hat sich die – theoretische – Auffassung durchgesetzt, dass *Psyche* und *Soma* voneinander abhängig sind; dennoch verhalten wir uns noch immer so, als gehe es bei der Erlösung nur um die Seele, bei der Heilung nur um den Körper des Menschen. Folglich geht ein kranker Mensch weiterhin zum Arzt, wenn er medizinische Behandlung braucht, und zum Geistlichen, wenn er seelischen Zuspruch sucht. Viele Menschen halten es noch immer für sonderbar, wenn sie sehen, dass beide Disziplinen manchmal zusammenarbeiten. Insbesondere in Ländern mit kostenlosem Gesundheitsdienst begeben sich viele Menschen mit gesundheitlichen Problemen, die eher seelische als somatische Ursachen haben, zunächst in ärztliche Behandlung. Es ist daher außerordentlich wichtig, dass wir uns den biblischen Gesundheitsbegriff, demzufolge Körper und Seele nicht voneinander zu trennen sind, weil das Leben eine Ganzheit und das Geschenk des lebensspendenden Gottes ist, zu eigen machen und nach ihm leben. Wenn wir nach dem Willen des Schöpfers leben und seine Erwartungen erfüllen, dann finden wir Gesundheit. Wir müssen den Zusammenhang zwischen den Dingen wieder sehen, damit sich diejenigen, die mit der Aufgabe des Heilens betraut sind, dem deterministischen Denken widersetzen können, das den Menschen in zwei Teile spaltet, und damit sie die einzelne Person nicht mehr so behandeln, als sei sie unabhängig von der Gemeinschaft, in der sie lebt.

„Gott hat uns das Amt der Versöhnung gegeben“ (2.Kor 5,18f.), schreibt ein Kameruner, der unserem Kontaktnetz für die Studie angehört. „Das Bekennen spielt eine sehr wichtige Rolle – das Bekennen von Wut und Streitigkeiten, die Ablehnung von Wut. [...] Afrikaner betrachten die Religion nicht in erster Linie als Sache des Individuums, sondern der Gemeinschaft, in der sie leben. [...] Die Kirche in Afrika muss sich bemühen, diesem Verständnis von Familie christlichen Inhalt zu geben, damit sich Christen tatsächlich – und nicht nur verbal – als Brüder und Schwestern fühlen; eine Entsprechung ist in der afrikanischen Großfamilie zu finden, in der ein (anderswo verloren gegangenes) Gefühl der Zusammengehörigkeit besteht.“ Hinsichtlich der Rolle des Rituals in Afrika schreibt unser Mitarbeiter aus Kamerun, ein Großteil der kulturellen Traditionen finde seinen Ausdruck im (persönlichen wie gemeinschaftlichen) religiösen Ritual, in dem das Opfer, ähnlich wie in der hebräischen Praxis des Sühneopfers, eine zentrale Rolle spielt.“ In unserer traditionellen Kultur sind rituelle Opferungen üblich“, fährt er fort und stellt die Frage, weshalb die Kirche in den fast zwei Jahrhunderten, die seit der Christianisierung Afrikas vergangen sind, unfähig gewesen ist, dieses Vakuum zu füllen. Solange sich das nicht ändere, „werden die Menschen in Afrika sich zwar zum Christentum bekennen, aber sie werden sich nicht an christliche Geistliche und an Ärzte wenden, um Sicherheit und Sinnerfüllung zu finden, sondern an ihre eigenen Priester und Heilkundigen, die selbst aus den afrikanischen Kulturen hervorgegangen sind. Die christliche Kirche in Afrika wird sich dieser Herausforderung stellen müssen.“ |

Ein anderer Korrespondent der CMC-Studie ist Leiter einer kirchlich geförderten ganzheitlichen Klinik in der Karibik, deren Arbeit eine Vorstellung von dem gibt, was

er meint, wenn er vom heilenden Amt spricht; dieses Amt sei „weder als Modeerscheinung noch als nostalgische Rückkehr zum ursprünglichen Christentum zu betrachten. [...] Der Dualismus von Seele und Körper ist biblischem Denken fremd, das biblische Menschenbild ist ganzheitlich.“ Das Grundproblem des Menschen sei die Entfremdung von Gott. Sie mache ihn anfällig für Krankheit und für zerstörerische Schuldgefühle. Das Heilswirken Christi durch Vergebung und Erlösung, so heißt es weiter, sei ein Zeichen des Reiches Gottes. Liebe sei die „wichtigste Triebfeder des Heilens“; Liebe erfordere Fürsorge, und diese wiederum Gerechtigkeit (in diesem Falle: gerechte Verteilung der Gesundheitsversorgung). Das Amt des Heilens sei ein Akt des Gehorsams, durch den die Kirche „zu einer Gemeinschaft von Gläubigen [werde], die sich betroffen fühlen und die tätig werden, wenn es ein Problem gibt. [...] Innerhalb der Kirche gibt es im wesentlichen drei Möglichkeiten zum Heilen: Medikamente, Beratung, Gebet; alle drei sind der Kirche von Gott anvertraut worden. [...] Wenn sie diese Ressourcen nicht verantwortungsbewusst einsetzt“, so heißt es abschließend, „dann missachtet sie den Willen Gottes“.

Die wunderbaren Heilungen sind Zeichen und Vorgeschmack des Reiches Gottes gewesen. Dies ist weitaus mehr als ein flüchtiger Blick in die Zukunft, es gilt auch für unsere Jüngerschaft in der Gegenwart. In seinem Brief an die Galater geht es Paulus um die Verwirklichung des Reiches hier und jetzt durch ein Leben im Geist. Er gibt uns ein Beispiel für das Heilen, wenn er schreibt: „Liebe Brüder, wenn ein Mensch etwa von einem Fehl übereilt würde, so helfet ihm wieder zurecht mit sanftmütigem Geist, ihr, die ihr im Geist lebt“ (Gal. 6,1). Das Wort, das er für 'wieder Zurechthelfen' verwendet, *kataridzo*, ist der medizinische Fachterminus für die Einrichtung eines gebrochenen Knochens. Hier geschieht die Heilung durch die 'Einrichtung' oder Wiederherstellung der Gemeinschaft zwischen einem Menschen und Gott und zwischen Menschen – durch die Wiederherstellung einer Beziehung, die durch die Sünde zerbrochen war.

Die Ergebnisse der Regionaltagungen weisen erstaunliche Gemeinsamkeiten in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit und Ganzheit auf. Das gilt sowohl für Tagungen, die das Thema aus biblischer Perspektive oder aus der Sicht anderer Kulturen angingen als auch für Tagungen, die auf den praktischen Erfahrungen derer basierten, deren Gesundheitsverständnis auf der Erkenntnis beruht, dass Gesundheit auch eine Frage der sozialen Gerechtigkeit ist und als solche gefördert werden muss, und dass die Bevölkerung aktiv bei ihrer eigenen Gesundheitspflege mitwirken muss. Diese Gemeinsamkeiten bauen auf dem Begriff des *Schalom* mit seiner großen Bedeutungsvielfalt – Friede, Wohl, Wohlergehen, Harmonie, geistig-seelisches Wohlbefinden usw. – auf. In diesem Sinne gibt es Ähnlichkeiten zwischen den Zielen der Befreiungstheologie in Lateinamerika, der Weltsicht des afrikanischen Heilkundigen und der überaus großen Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen | für die Inselbewohner des Pazifik. Entscheidend ist jeweils die Ganzheit des einzelnen Menschen in der Gemeinschaft. Dieser Gedanke kehrte immer wieder, ungeachtet des Veranstaltungsortes oder der ethnischen Zusammensetzung der Regionaltagung. Den Teilnehmern aus dem Westen wurde häufig deutlich – und es ermahnte sie zu mehr Bescheidenheit –, dass sie ein viel zu materialistisches Bild von der Wirklichkeit haben. Sie neigen dazu, Analogien aus der unbelebten Welt der Dinge heranzuziehen, die gewisse Ordnungsstrukturen widerspiegeln, während in anderen Kulturen im allgemeinen Analogien aus der belebten Welt der Menschen und der zwischenmenschlichen Beziehungen benutzt werden. In anderen Kulturen ist es normal, Krankheit unsichtbaren geistigen Kräften und Beziehungsstörungen, wie Eifersucht und Hass, zuzuschreiben. Die

unsichtbaren Kräfte müssen besänftigt und die Beziehungen wiederhergestellt werden, wenn Heilung erfolgen soll. Dies ist mit einer anderen Wirklichkeit vergleichbar, die die zwei Jünger auf dem Weg nach Emmaus entdeckten: Sie erkannten den Fremden nicht, bis er das Brot brach, und „da wurden ihre Augen geöffnet“.

Einer der wichtigsten Beiträge zur Studie stammt von einem Theologieprofessor aus Jamaika. Er erschloss den inhaltlichen Reichtum des *Schalom*-Begriffs in Bezug auf Gesundheit und Ganzheit auf gesellschaftliche Harmonie und Gerechtigkeit. Die Heilungen unseres Herrn müssen im Zusammenhang mit dem Verständnis von *Schalom* gesehen werden. „Sie waren Zeichen der Gegenwart und der Macht des Reiches Gottes unter den Menschen und Zeichen der Niederlage des Reiches des Bösen. [...] Als Johannes unsicher war, ob Jesus wirklich der Messias sei, wurde ihm Jesu Heilswirken als Beweis genannt (vgl. Mt. 11,1ff.).“

In dem Masse, wie wir Gesundheit, Heilen und Ganzheit in einem umfassenderen Sinne verstehen, werden sie zu einem deutlicheren Ausdruck der Zeichen, die von Anbeginn da gewesen sind. Sie werden Ausdruck des Willens Gottes für seine Schöpfung. Wir fangen an, sie zu erkennen, wenn wir die Bedeutung von Beziehungen verstehen lernen. So hängen Heilung und Erhaltung der Gesundheit in hohem Maße ab von der Entwicklung einer harmonischen Beziehung zu uns selbst, die uns in die Lage versetzt, unsere Identität zu finden und in der Endlichkeit unseres Lebens einen Sinn zu sehen und sie zu akzeptieren; sie hängen auch ab von der Entwicklung einer positiven Beziehung zu unseren Mitmenschen und zu Gott. Dies erfordert ferner auch eine harmonische Beziehung zu unserer natürlichen Umwelt, und zwar eine Beziehung, die das ökologische Gleichgewicht erhält und die die Zerstörung der Atmosphäre und die Verschmutzung von Meeren, Flüssen und Seen vermeidet. All dies macht deutlich, dass Versöhnung ein zentraler Wert im Bereich von Heilen und Gesundheit ist.

Damit nicht der Eindruck entsteht, ein solches Verständnis vom heilenden Amt sei aufgrund seines umfassenden Ansatzes kaum jemals in die Praxis umzusetzen, ist im Rahmen der Studie versucht worden, Möglichkeiten herauszuarbeiten, wie der Heilungsauftrag in der heutigen Zeit konkret erfüllt werden kann. Zunächst sollte man nicht vergessen, dass der Weg des Heilens beschwerlich | ist und seinen Preis fordert. Im Alten Testament wird eine Gemeinschaft gezeigt, die Gottes Gesetz trotz der Mahnungen der Propheten, die den *Schalom* verkündeten und um das geistig-seelische Wohl der Menschen in einer Zeit des Ungehorsams und der Krise bemüht waren, beständig missachtete. Paulus sagt klar und deutlich, dass am heilenden Amt Christi nur teilhaben kann, wer die „Gemeinschaft seiner Leiden“ teilt (Phil. 3,10). So ist dies auch für die Kirche keine leichte Aufgabe. Es setzt eine Gemeinschaft voraus, die weiß, dass sie der Heilung bedarf, und die die göttliche Vergebung für ihre eigene Uneinigkeit anstreben und sich unablässig um Überwindung dieser Uneinigkeit bemühen muss. Andernfalls kann die Welt der Kirche zu Recht entgegenhalten: „Arzt, hilf dir selber“.

All dies zeigt, dass die Kirche sich ihres heilenden Amtes nicht länger entziehen kann, indem sie diese Aufgabe voll auf das professionelle Gesundheitspersonal abwälzt, denn die wesentlichen Krankheiten des Menschen sind Krankheiten des Geistes. Diejenigen, die krank sind, kommen aus einer physischen und gesellschaftlichen Umgebung, die der Heilung bedarf. Dies macht es notwendig, dass unsere Fähigkeit, Gesundheit sowohl zu geben als auch zu empfangen, wächst, und ein solches Wachstum ist nur durch Befreiung und Erneuerung – die Gaben der Erlösung – möglich. Genau hier finden wir die Bedeutung von Ganzheit – Wiederherstellung von Harmonie, Versöhnung und Einssein von Menschen



untereinander und mit Gott in Jesus Christus. Heilung, die den Menschen ganz macht, ist eine Heilung, die ihn zusammen mit all seinen Nächsten in eine wahre Gemeinschaft integriert, im Einssein mit Christus und der guten Erde, die der Vater den Menschen gegeben hat.

Aus biblischer Sicht sollte uns vor allem die Förderung der Gesundheit (im Sinne des *Schalom*) am Herzen liegen, anstatt dass wir uns auf Funktionsstörungen konzentrieren. Dies entspricht jedoch nicht der Prioritätensetzung der Medizin, für die Krankheit oft der Gegenstand ihres eigentlichen Interesses ist. Der *Schalom* hingegen will eine Umkehrung dieser Prioritäten, so dass die Verwirklichung von Gesundheit und Heil für die ganze Gemeinschaft als Hauptzweck und die Fürsorge für die Kranken als Mittel zu diesem Zweck und nicht als Selbstzweck angesehen wird. |

## Was haben wir im Laufe der Studie/Untersuchung entdeckt?

- In den Anfängen der CMC hat einer unserer Mitarbeiter einmal während eines theologischen Reflexionsprozesses formuliert: „Technologie hat es mit Problemlösung zu tun und Theologie damit, wie wir mit den Problemen leben können.“ Wir haben entdeckt und als richtig erkannt, dass Theologie in den verschiedenen Teilen der Welt mal bewusst, mal unbewusst in die Praxis umgesetzt – *gelebt* – wird zum Wohl der Armen, der Behinderten, der an den Rand Gedrängten. Indem wir diejenigen, die diese Theologie betreiben, in den verschiedenen Regionaltagungen zusammengebracht haben, haben wir sie aus ihrer Isolation herausgeholt, ihnen Impulse, Ermutigung und Inspirationen vermittelt und ihnen Gelegenheit gegeben, innewohnen und neue Perspektiven zu gewinnen. Dies allein wäre schon Grund genug gewesen, diese Konsultationen durchzuführen. Viele dieser Männer und Frauen arbeiten als engagierte Christen im Bereich von Gesundheit und Entwicklung, auf der Grundlage einer impliziten oder vorausgesetzten Philosophie sowie von Überzeugungen, die sie nie zuvor ausgesprochen hatten, weil ganz einfach keine Gelegenheit da gewesen war, mit anderen über diese Dinge zu diskutieren. Gleichzeitig haben diese Begegnungen auf regionaler Ebene ein echtes und aufrichtiges Bemühen erkennen lassen, neu darüber nachzudenken, was Gesundheit und Heilen im Hinblick auf die konkrete Lebenssituation der Teilnehmer und vor dem Hintergrund ihrer eigenen Überzeugungen und Aufgaben bedeuten.
- Die Regionaltagungen haben eine spürbare Akzentverlagerung von *uns* auf unsere *Nächsten* und besonders auf unsere armen Nächsten erkennen lassen.
- Im Mittelpunkt des Konzepts der elementaren Gesundheitsversorgung steht die Selbstbeteiligung der Menschen an der Gesundheitsarbeit. Ferner wird dadurch die Führungsrolle entmythologisiert, und zwar sowohl des medizinischen Personals auch als des größeren Kreises anderer Professioneller; und gleichzeitig werden die Menschen ermutigt, Vertrauen zu haben in den „Gott, der in einem jeden von uns wohnt“.
- Während der ganzen Zeit hat die CMC versucht, innerhalb der Kirchen einen Denkprozess über Gesundheit und die Implikationen des heilenden Amtes der Kirche in die Wege zu leiten. In den Kontakten mit den Kirchen, in der CMC-Veröffentlichung CONTACT und jetzt auf den Regionaltagungen wurden grundsätzliche – theologische, gesellschaftliche, politische und philosophische – Fragen aufgeworfen. Im Rahmen des Ökumenischen Rates der Kirchen ist einer

Verlagerung im Denken bestimmter Geberkirchen und auf der Empfängerseite deutlich geworden: von großen Krankenhäusern zu gemeinschaftsbezogenen Gesundheitsprogrammen und zur verstärkten Ausbildung von Hilfs- und Fachpersonal.

- „Die Regionaltagungen haben dazu beigetragen, religiöse, kulturelle und rassische Vorurteile, wo immer sie bestehen, zu beseitigen.“ Dies waren die Worte eines der CMC-Kommissionsmitglieder. An jeder Konsultation nahmen Katholiken teil, bei denen | es sich zumeist um Mitarbeiter in örtlichen Gesundheitsdiensten handelte. Ferner kamen Vertreter evangelischer Kirchen, die nicht Mitglieder des ÖRK sind, sowie Muslime, Hindus und Wortführer ethnischer Minderheiten, die über ihre aus ihrem Glauben abgeleiteten Überzeugungen, Werte und Heilmethoden sprachen. Aborigines und Maoris standen ihren weißen Mitbürgern aus Australien und Neuseeland anklagend gegenüber; Afrikaner waren mit weißen Missionaren konfrontiert und sprachen vom weiterhin anhaltenden Kampf gegen die seit langem bestehenden Ungerechtigkeiten. Wir wissen jetzt nach diesen Tagungen etwas mehr über Versöhnung.
- Die Tagungen haben ferner zu einer Reihe von Ergebnissen am Rande geführt. Anfang dieses Jahres hat eine Gruppe von Krankenschwestern aus Malaysia die Philippinen und Pflegepersonal aus Birma Gesundheitsprojekte in Indonesien und auf den Philippinen besucht. Sie alle hatten sich auf der südostasiatischen Regionaltagung in Bali kennen gelernt.

Einige der Teilnehmer an den Regionaltagungen haben seither an anderen internationalen Konferenzen teilgenommen und dort die Botschaft und die Schlussfolgerungen unserer Tagungen eingebracht. In einigen Fällen waren sie von der CMC gesandt worden. So nahm z.B. eine Teilnehmerin aus Mittelamerika an der internationalen Tagung der Hebammen in Mexico City teil. Sie selbst ist verantwortlich für die Koordinierung eines Programms für Gesundheitspfleger in Honduras. Der Leiter des Rehabilitationsprogramms, der an der Tagung in der Karibik teilnahm, hielt letztes Jahr einen Vortrag auf der Konsultation über Menschsein und Ganzheit von Behinderten, die unter der Schirmherrschaft des ÖRK im November 1981 in Sao Paulo stattfand.

In Indonesien wurden im Anschluss an die südostasiatische Regionaltagung zwei Konsultationen abgehalten. Eine befasste sich mit dem heilenden Amt der Kirche und griff die Schlussfolgerungen von Bali auf. Einige der führenden kirchlichen Persönlichkeiten Indonesiens sowie Professoren und Lehrer am Theologischen Seminar nahmen daran teil. Die zweite Konsultation war dem umfassenderen Thema der *Diakonia* gewidmet und ging auf die Rolle der Kirche in der Entwicklung und der Solidarität mit den Armen sowie auf direkte Gesundheitsfragen ein. Als ein Ergebnis beschloss die Generalsynode, sich in ihren Programmen der nächsten vier Jahre prioritär um ein neues Verständnis der *Diakonia* zu bemühen.

Die kirchlich geförderte ganzheitliche Klinik auf Jamaika, die auf der Tagung in der Karibik und dem Workshop über „Das heilende Amt“ in Bossey beschrieben wurde, diente anderen Denominationen inzwischen als Vorbild bei der Errichtung acht ähnlicher Kliniken in anderen Teilen des Landes. Die Baptistenkirche, die auf diesem Gebiet Pionierarbeit geleistet hat, hat sich inzwischen an weitere Baptistengemeinden in ganz Jamaika gewandt, um sie darüber zu informieren, wie sie ihr heilendes Amt ohne Arzt oder Krankenschwestern ausüben können, und sie zu ermutigen, in ihre christlichen Erziehungsprogramme auch Kurse in Gesundheit, Hygiene und Selbsthilfe aufzunehmen. „Wir haben angefangen, die | Besprechung von persönlichen, familiären und gefühlsbedingten Problemen im Rahmen unserer

'Diskussions- und Gebetsgruppen' zu ermutigen... Das Ganzheitsmodell mit seinen integrierenden Strukturen ist eine von mehreren Ideen aus Trinidad, die unter den Baptisten hier ihre Früchte tragen wird“, schreibt ein Mitglied der Gemeinde aus Kingston.

In Papua-Neuguinea ist „Gesundheit“ in den Lehrplan der Bibelschule der Provinz Madang aufgenommen worden, und die Schulleitung rechnet damit, dass sie bereits 1984 junge Frauen mit soliden Kenntnissen in der Gesundheitspflege und Ernährung entlassen kann. „Sie werden mit den Krankenschwestern in unseren Gesundheitszentren sowie in den Entbindungs- und Kinderkliniken arbeiten“, schreibt die Direktorin eines dortigen kirchlichen Gesundheitsprogramms. Kurse über Gesundheit, Heilen und Ganzheit werden den Studenten in ihrem vierten Jahr am Raronga Theological College in Rabaul (ebenfalls Papua-Neuguinea) angeboten. Der diese Kurse leitende Professor hatte an der Regionaltagung im Pazifik teilgenommen.

Für einige war die Teilnahme an einer Regionaltagung eine ungeheure Erfahrung, beinahe so etwas wie eine Offenbarung, und sie kehrten mit einer völlig neuen Vorstellung vom heilenden Amt nach Hause zurück. Einige Monate nach der Tagung in Neu-Delhi schrieb uns eine Ärztin, die Ordensschwester ist, welche Veränderungen die Tagung in ihrem Leben hervorgerufen hat. Jahrelang hatte sie nun schon unter Stämmen in einem entlegenen Winkel Indiens gearbeitet und sich ständig bemüht, die gesundheitlichen Grundbedürfnisse der Menschen zu befriedigen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Während der Tagung oder kurz danach widerfuhr ihr nun eine Bekehrung: Sie war auf einmal überzeugt davon, dass der einzige Weg, diese Menschen und ihre Bedürfnisse zu verstehen und von ihnen akzeptiert zu werden, darin bestand, dass man bedingungslos ihr Leben teilte. Sie verließ daraufhin die einfache Unterkunft, die sie mit anderen Ordensschwestern geteilt hatte, und lebte von nun an in einer der Dorfhütten. Da lebt sie ohne ihre medizinischen Geräte und ihre westliche Tracht, arbeitet auf dem Feld, holt Wasser und Brennmaterial, teilt mit den anderen Dorfbewohnern die wenigen Nahrungsmittel, und hat so die Wirklichkeit der Stammesangehörigen zu ihrer eigenen gemacht, die sie jeden Augenblick und mit ihrem ganzen Sein erfährt, und so wächst das Vertrauen und Verstehen.

Wir sind uns bewusst, dass es gewiss auch weniger dramatische Veränderungen in den Herzen von Männern und Frauen gegeben hat, die durch diesen Studienprozess zusammengekommen sind. Aber alles ist nicht erzählt worden. Diese „Bekehrungen“ werden vielleicht eines Tages Veränderungen hervorrufen – in einer Gemeinde, einer Gemeinschaft oder in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Die oben genannten Beispiele sind nur einige von den „Nebeneffekten“ der Studie, die uns hier in der CMC bekannt geworden sind. Wir hoffen, dass wir noch mehr über Projekte und Erfahrungen hören, die direkt oder indirekt mit unserer Suche nach einem christlichen Verständnis von Gesundheit, Heilen und Ganzheit zu tun haben. |

## **Empfehlungen**

Wir wollten mit dem Material, das im Laufe der Studie zusammengekommen ist, keine Bücherregale füllen. Vielmehr sollte damit zum Nachdenken und Handeln in den Ortskirchen und Gemeinschaften angeregt und vielleicht auch neue Wege gefunden werden, wie die Kirchen ihr Amt des „Heilens, Sorgens und Teilens“ erfüllen können. Jetzt, da die Berichte der verschiedenen Tagungen in schriftlicher Form und säuberlich aufgestapelt vor uns liegen, geht es darum, dass wir sie verschicken, damit sie in möglichst viele Hände gelangen. Wir müssen noch wirksamere Methoden finden, um die Ergebnisse der CMC-Umfrage bekannt zu

machen, und ganz besonders darauf hinarbeiten, dass die Kirchenbehörden und die Gemeinden zum Handeln übergehen. Hierbei dürfen wir nicht vergessen, dass Millionen von Christen ausgeprägte mündliche Traditionen haben. Die Empfehlungen, Geschichten und Beispiele, die aus den Regionaltagungen hervorgegangen sind, müssen den Kirchen in den am Ort gesprochenen Sprachen sowie in anderer Form als dem geschriebenen Wort verfügbar gemacht werden. Es ist Sache der Kirchen und Kirchenräte einer Region zu entscheiden, welche Kommunikationsform ihre Gemeinden am meisten anspricht. Besondere Beachtung muss auch den medizinischen Fakultäten und den Mitarbeitern in der theologischen Ausbildung geschenkt werden.

Unter den Teilnehmern an den verschiedenen Konsultationen waren Personen mit außergewöhnlichen Begabungen und Erfahrungen. Wir dürfen den Kontakt zu ihnen nicht verlieren, sondern müssen sie auch in Zukunft für unsere Programmevaluierungen einspannen, sie als Ausbildungsleiter oder Kommunikatoren in regionalen Workshops einsetzen oder sie um Artikel für CONTACT bitten. Das Aktion/Reflexion-„Kontaktnetz“ der CMC zählt inzwischen über 300 Mitglieder, die wir als Mitglieder unserer großen CMC-Familie ansehen. Daraus erwachsen Rechte und Pflichten auf beiden Seiten.

Ein schwacher Punkt im gesamten Studienprozess ist die Nacharbeit. Der kleine Mitarbeiterstab der CMC war mit der Planung und Durchführung neun großer Konsultationen in vier Jahren mehr als ausgelastet. Da auch die Konsultationsteilnehmer beträchtliche anderweitige Verpflichtungen haben, mussten die guten Vorsätze, untereinander und mit der CMC in Genf Kontakt zu halten, oftmals hinter dringenderen Verpflichtungen zurücktreten. Jetzt, da vorläufig keine Tagungen mehr stattfinden, müssen wir alle, und allen voran die CMC selbst, systematisch die persönlichen Kontakte mit den wichtigsten Teilnehmern an unseren Konsultationen, mit ihren Gemeinden sowie mit den betreffenden nationalen oder regionalen Kirchenräten wiederherstellen. Wir werden noch einmal an die Empfehlungen der verschiedenen Konsultationen erinnern und versuchen, die Teilnehmer sowie ihre Kirchen und Gemeinschaften anzuregen, ihre Verwirklichung auf Ortsebene auszuprobieren. Einige der Empfehlungen seien hier noch einmal genannt: |

Gründung von Komitees für die Nacharbeit und Veranstaltung von Tagungen über die Rolle der Kirche bei der Aufgabe des Heilens, durchgeführt von einer Kerngruppe der ursprünglichen Teilnehmer; Möglichkeiten untersuchen, wie das Anliegen des Heilens und traditionale Vorstellungen im Rahmen der kirchlichen Liturgie besser zum Ausdruck gebracht werden können; Richtlinien für Gesuche an internationale Einrichtungen aufstellen, aus denen klar hervorgeht, dass Gesundheitsprojekte, die wirtschaftliche Unterstützung erfordern, „basisorientiert sein und auf Eigenständigkeit hinzielen müssen“; eine für einen ganzen Kontinent zuständige Dienststelle einrichten, welche die Aktivitäten der verschiedenen kirchlichen Gesundheitseinrichtungen koordiniert; sich direkter für soziale Gerechtigkeit und Menschenrechte einsetzen, auch wenn das eine eindeutigere politische Stellungnahme bedeutet; Möglichkeiten untersuchen, wie die im Rahmen der CMC-Studie gewonnenen Erkenntnisse und aufgeworfenen Fragen einem breiteren Publikum (in anderer Form als durch das geschriebene Wort) sowie theologischen Seminaren und medizinischen Ausbildungsstätten (vielleicht in Form eines Studienführers, der den jeweiligen nationalen oder regionalen Gegebenheiten angepasst wird) zugänglich gemacht werden können.

Vom *Gegenstand* der Studie her drängt sich noch eine weitere Empfehlung auf: Möglicherweise müssen wir uns noch eingehender mit bestimmten Konzepten

befassen, die mit Gesundheit und Heilen zu tun haben und die für den christlichen Glauben von zentraler Bedeutung sind. Diese Konzepte haben mit der Beziehung zwischen Sünde und Krankheit zu tun, mit der Rolle des Leidens in unserem Leben und mit der Frage, was Ganzheit in der Familie, der Gemeinschaft und der Nation bedeutet. Vielleicht müssen wir uns auch noch näher mit der Frage nach dem Wesen des Menschen befassen und uns fragen, ob Ganzheit auf Erden verwirklicht werden kann. Eine Möglichkeit, diesen Fragen nachzugehen, wäre, eine Auswahl von Teilnehmern der Regionaltagungen zusammenzubringen, damit sie sich weiter mit diesen Fragen und Anliegen befassen.

## **Offene Fragen**

In dem Bemühen, bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten biblische und moralische Vorstellungen mit medizinischen Techniken in Einklang zu bringen, hat die Christliche Gesundheitskommission viel versprechendes Neuland betreten. Bei dem Versuch, dieses ausgedehnte Neuland gemeinsam zu beackern, haben sich die praktischen Erfahrungen und theoretischen Erkenntnisse von Männern und Frauen in aller Welt, die CMC durch Besuche von Mitarbeitern, auf brieflichem Wege und durch die Regionalkonsultationen kennen gelernt hat, als große Hilfe erwiesen. Wie so vieles, was gesagt worden ist, stellt auch diese Phase der Studie nur einige wenige Schritte auf dem Weg einer langen, fortdauernden Suche dar. Die CMC-Studie/Untersuchung ist keinesfalls ein fertiges Produkt, und wenn sie es wäre, hätte sie ihr Ziel verfehlt. Es bleiben viele Fragen bestehen, auf die es keine eindeutigen Antworten gibt, und einige, die sich wahrscheinlich gar nicht beantworten lassen. So zum Beispiel:

„Warum musste das gerade mir passieren?“ Diese Frage wird häufig gestellt, wenn jemand krank wird oder wenn etwas geschieht, was Leiden und Tod nach sich zieht. Vielleicht sollten wir uns in einer künftigen Studie um ein neues Verständnis von Leiden, Schmerz und Verlust bemühen.

Welche Beziehung besteht zwischen Sünde und Heilen? Zwischen Versöhnung und Heilen?

Wie können wir von Ganzheit sprechen, wenn wir zu manchen Zeiten und an manchen Orten eine künstliche oder aufgezwungene „Einheit“ zerstören müssen? Können Ganzheit und Einheit nicht sogar in manchen Fällen ungesund sein?

Bei der Bestimmung einer körperlichen Krankheit oder der Gebrechen einer kranken Gesellschaft sind häufig mehrere Diagnosen möglich. Wie können wir sicher sein, dass die einzelnen Diagnosen zutreffen, und wie reagieren wir bei Nichtübereinstimmung?

Mit dem Vormarsch der Industrialisierung und aufgrund der Tatsache, dass immer mehr Menschen in die großen Städte ziehen und die Welt in zunehmenderem Maße ein interdependentes Dorf wird, verschwinden die traditionellen Gesellschaften allmählich. Wie können wir die Werte dieser Gesellschaften erhalten und daraus lernen, ohne sie zur Folklore zu machen?

Von großer Bedeutung sind überzeugende Führungspersönlichkeiten; auch sie brauchen eine sorgfältige Ausbildung. Wie werden solche Führer ausgewählt, und wie bilden sich ihre Fähigkeiten, ihr Engagement und ihre Motivation heraus?

Viele der Erklärungen, die während der Regionaltagungen abgegeben worden sind, sowie zahlreiche sich daraus ergebende Empfehlungen würden tief greifende Veränderungen der Sozial- und Wirtschaftsstrukturen notwendig machen, und zwar Veränderungen, die den gegenwärtigen Machtinhabern schwer fallen würden. Solchen Veränderungen wird in vielen Fällen Widerstand entgegengesetzt werden, so dass die Verwirklichung eines großen Teils der Empfehlungen Kampf, Gewalt

oder sogar Menschenleben erfordern wird oder vorausahnen lässt. Wie kann dies mit dem christlichen Einsatz für Versöhnung und Gewaltfreiheit vereinbart werden?

Was ist Gemeinschaft? Welche Formen nimmt sie in einer Welt an, in der so viele Kräfte auf ihre Zerstörung hinarbeiten? Wie können wir angesichts der sich lockernden Familienbindung, der Orientierungslosigkeit, die Veränderungen begleitet, und der politischen Unruhe, die notwendigen Veränderungen vorausgehen kann und die sich nicht minder negativ auf die Gemeinschaft auswirkt – wie können wir angesichts all dieser Faktoren ein Gemeinschaftsgefühl fördern (in Anerkennung der Tatsache, dass Gemeinschaft als ein Bündel dynamischer Beziehungen zu verstehen ist)?

Welche Beteiligungsmöglichkeiten haben Menschen, die ihre wirklichen Bedürfnisse artikulieren und nicht die Wünsche derer reproduzieren, die traditionsgemäß oder aufgrund wirtschaftlicher oder politischer Macht das Sagen in einer Gemeinschaft haben?

Eine heilende Gemeinschaft zu definieren bedeutet noch lange nicht, eine zu sein. Das liegt vielleicht daran, dass wir Menschen sind und als solche ebenso anfällig für Gier und Ehrgeiz und Niederträchtigkeit wie für Bakterien und Viren. Manchmal fällt es uns schwer, unserem Nächsten gegenüber wenigstens höflich zu sein; von Nächstenliebe kann kaum die Rede sein. Wie können wir unsere Antipathien überwinden und Ehrgeiz und Rücksichtslosigkeit unter Kontrolle halten? Haben wir genügend über die Existenz des Bösen und seine vielfältigen Formen nachgedacht?