

Hintergrundinformation Gesundheit

1. Begriff

Der Begriff der Gesundheit ist der Kristallisationspunkt individueller und kollektiver, wissenschaftlicher, gesellschaftlicher und politischer Erwartungen und Aspirationen. Im üblichen Sprachgebrauch ist ein Mensch entweder gesund oder krank. Der Sinn dieser Dichotomie liegt nicht in der genauen Beschreibung der individuellen seelischen und körperlichen Verfassung, sondern in einer praktischen Zuordnung. Wer krank ist, ist nicht arbeitsfähig, ist behandlungsbedürftig, hat (sofern er versichert ist) Anspruch auf Krankenbehandlung und könnte, wenn es im öffentlichen Interesse ist, sogar gegen seinen Willen behandelt werden. Gesund ist im Umkehrschluss, wer keiner Krankenbehandlung bedarf und den an ihn oder sie gestellten physischen, psychischen, sozialen und beruflichen Erwartungen entsprechen kann. In der modernen Medizin ist nicht der Gesundheits-, sondern der Krankheitsbegriff leitend: Ihr Ziel ist die Erforschung von Krankheitsursachen, die (individuelle) Heilung und die (kollektive) Bekämpfung von Krankheiten. Diese Orientierung an der Störung (Pathologie) ist als einseitig kritisiert worden.

Die verschiedenen Versuche, einen positiven Begriff von Gesundheit zu gewinnen, haben allerdings mit Ausnahme der Leitbegriffe der Weltgesundheitsorganisation (dazu unten mehr) nur begrenzte Resonanz gefunden. Dies ist phänomenal wohl darauf zurückzuführen, dass Gesundheit für den gesunden Menschen kein vordringliches Thema ist. Der Philosoph Hans Georg Gadamer hat in diesem Sinne von der "Verborgenheit der Gesundheit" gesprochen. Der französische Chirurg René Leriche hat das Bonmot geprägt, Gesundheit sei das Schweigen der Organe. In diesem Satz wird auch deutlich, dass Gesundheit traditionell vor allem als ein Zustand des Körpers begriffen wird, was von verschiedener Seite als "somatische Fixierung" kritisiert worden ist. Gesundheit kann also auch als seelische Gesundheit oder - mehrdimensional - als bio-psycho-soziale Verfassung verstanden werden. Begriffs- und ideengeschichtlich ist aber auch zu berücksichtigen, dass der Begriff der Gesundheit in enger Berührung mit anderen Leitbegriffen wie Ganzheit (engl. Health - Wholeness) oder Heil (lat. salus) steht und damit weltanschauliche Implikationen und Bezüge in verschiedene Disziplinen einschließt. Zum Leitbegriff des persönlichen und gesellschaftlichen Lebens ist Gesundheit erst in der Moderne geworden.

1.1. **Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen (...) Wohlbefindens (Präambel der WHO-Verfassung)**

Die bekannteste positive Definition von Gesundheit findet sich in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946: Dort wird Gesundheit als „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein

das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ definiert¹. An dieser Definition, über deren Ursprünge wenig bekannt ist, hat sich viel Kritik entzündet, die vielfach den politischen Ort und Zweck der Definition vernachlässigt hat. Zweifellos versteht sich die Definition der Gesundheit in der Präambel der WHO als Setzung eines supranationalen *politischen* Zieles und klammert andere Aspekte von Gesundheit aus. Mit dieser Zieldefinition werden Staaten und Gesellschaften aufgefordert, sich gesundheitspolitisch nicht nur auf die Bekämpfung von Krankheiten oder gar die Krankenversorgung zu beschränken, sondern Gesundheit umfassend zu verstehen und zu fördern. An diesem Ziel sollen sich neben dem Gesundheitswesen auch andere gesellschaftliche Bereiche, z.B. das Bildungswesen oder der Arbeitsschutz, orientieren. Dabei gilt für die WHO und ihre Mitgliedsstaaten der Grundsatz, dass jeder Mensch unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung und wirtschaftlichen bzw. sozialen Lebensbedingungen „ein Grundrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ hat.² Diese Spezifizierung wird vielfach im Sinne eines hybriden gesundheitlichen Maximalismus' gedeutet, demzufolge alles medizinisch Mögliche auch getan werden müsse. Für die Weltgesundheitsorganisation mit ihrem Blick auf die globale Situation ist diese Interpretation jedoch kaum plausibel. Gemeint ist vielmehr, dass es ein individuelles Recht auf Gesundheit gibt, und dieses Recht nicht willkürlich eingeschränkt werden kann, obwohl es de facto vielen Einschränkungen unterliegt.

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

Der häufig kritisierte gesundheitliche Maximalismus hat seine Basis vor allem in den Gesundheitssystemen entwickelter Länder, in denen weitgehende medizinische Leistungsangebote breiten Kreisen der Bevölkerung zur Verfügung stehen und Gesundheit vor allem als das Ergebnis medizinischer Interventionen (miss)verstanden wird. Unter solchen Voraussetzungen erhält die Rede vom erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit den politischen Sinn, dass in jedem Behandlungsfall ein Maximum an Interventionen erforderlich ist.

¹ Vgl. Präambel der Verfassung der WHO: <http://who.int>

² Vgl. a.a.O.

1.2. Gesundheit und Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta der WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation ist diesen Tendenzen nicht zuletzt mit der „Ottawa Charter for Health Promotion“ (1986) entgegengetreten, in der die Gesundheitsdefinition von 1948 vertieft wird.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“³

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

Während die Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als gesellschaftliche und politische Aufgabe formuliert, wird mit dem Leitbegriff der *Salutogenese* ein ähnliches Ziel im Blick auf die individuelle Gesundheit gesetzt. Die Leitfrage der - auf den israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurückgehenden - Salutogenese lautet: Mit welchen - vornehmlich seelischen - Ressourcen können Individuen schwerste gesundheitliche Herausforderungen bewältigen?⁴

³ Ottawa Charter for Health Promotion (1986), http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf; deutsche Übersetzung: <http://www.dak.de/content/filesopen/Ottawa-Charta.pdf>

⁴ Zur Salutogenese hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) eine umfassende - auch praxisorientierte - Publikation vorgelegt, die auf ihrer Website www.bzga.de zum Download zur Verfügung steht.

1.3. Gesundheit und Behinderung

In jüngster Zeit hat die WHO einen weiteren bedeutenden Beitrag zum Verständnis von Gesundheit geleistet, indem sie ein neues Klassifikationssystem zur Beschreibung von Gesundheitsproblemen und Behinderungen entwickelt hat. Die „*International Classification of Functioning, Disability and Health*“ (ICF) ist eine begriffliche Grundlage, um verschiedene „Komponenten“ von Gesundheit zusammenhängend zu betrachten.⁵

Ausgangspunkt der ICF ist die Überlegung, dass Menschen unterschiedliche Möglichkeiten haben, mit einem anhaltenden Gesundheitsproblem umzugehen. So bedeutet der Verlust eines Beins für den einen auch den Verlust des Arbeitsplatzes, während der andere mit Hilfsmitteln und anderer Unterstützung weiterhin ein einigermaßen normales Leben führen kann. Krankheiten, Unfälle usw. behindern das „Funktionieren“ (functioning) des individuellen Lebens in unterschiedlichem Maße, je nachdem über welche (körperlichen und geistigen, sozialen, materiellen und ideellen) Ressourcen die oder der Betroffene verfügt. Zweck des Klassifikationssystems ist es, möglichst neutral und genau aufzunehmen, unter welchen Störungen und Einschränkungen ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem leidet und über welche Fähigkeiten und Ressourcen er verfügt.

2. Kontroverse Positionen

2.1. Gesundheit als Gut; Bedeutung des Gesundheitswesens

Von großer sozialetischer Bedeutung ist die Frage nach dem Stellenwert der Gesundheit im Rahmen der Sozialpolitik und der gesellschaftlichen Entwicklung. Wichtige Weichenstellungen in dieser Diskussion sind von der Philosophin Martha Nussbaum und dem Ökonomen und Philosophen Amartya Sen geprägt worden. Nussbaum spricht von der Gesundheit als einem "transzendentalen Gut", das nicht ein Gut unter anderen ist, sondern den Genuss und die Nutzung anderer Güter erst ermöglicht. Dies gilt nicht nur im individuellen Leben, in dem Gesundheitsprobleme ein wesentliches Hindernis, z. B. im Bildungswesen oder Berufsleben darstellen, sondern, wie Sen gezeigt hat, auch für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung von Gesellschaften und Staaten: Nach dieser Auffassung ist die Gesundheit individuell, aber auch auf der Ebene Bevölkerung eine Grundvoraussetzung für soziale und wirtschaftliche Entwicklung.⁶ Während diese Diskussion sich vor allem auf Entwicklungs- und Schwellenländer bezieht, gibt es in den entwickelten Ländern auch eine Debatte über eine möglicherweise notwendige *Begrenzung* der Gesundheitsversorgung.

⁵ Text und Hintergründe der ICF in deutscher Sprache bietet das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

⁶ Vgl. Martha Nussbaum/Amartya Sen (Hg.): *The Quality of Life*, Oxford 1993.

Ein wesentlicher Impuls zu dieser Diskussion kommt von dem amerikanischen Mediziner und Medizinethiker Daniel Callahan, der sich dafür ausspricht, die gesundheitliche Versorgung alter Menschen nicht mehr mit dem vorrangigen Ziel der Lebensverlängerung und dem Instrumentarium der High-Tech-Medizin zu verfolgen, sondern eine weniger invasive und weniger kostspielige Medizin mit einer besseren Pflege zu verbinden.⁷ Callahan argumentiert auf mehreren Ebenen: Er stellt in Frage, ob im hohen Alter Lebensverlängerung ein vorrangiges Ziel sein sollte oder ob sich alte Menschen nicht vielmehr darauf konzentrieren sollten, mit ihrer Lebenserfahrung den jüngeren Generationen zur Seite zu stehen. Er problematisiert die Belastungen, die mit dem Einsatz von High-Tech-Medizin für alte Menschen verbunden sind und verweist parallel auf die Defizite im Bereich der Pflege. Schließlich verweist er auch auf die enormen Kosten für die Sozialversicherungssysteme, die durch maximale Medizin im Alter entstehen. Aber nicht nur im Blick auf das Alter, sondern im Hinblick auf die gesamte gesundheitliche Versorgung wird in vielen Ländern über die "Priorisierung" von gesundheitlichen Leistungen diskutiert. Damit ist gemeint, dass vorrangig solche gesundheitlichen Leistungen erbracht - und von den Sozialversicherungssystemen finanziert - werden sollen, die einen unstrittigen hohen Nutzen und eine gute Kosten-Nutzen-Relation haben.⁸

Diese Überlegungen berühren sich mit einer anderen wissenschaftlichen Perspektive, der modernen Public-Health-Forschung, die den Beitrag des Medizinsystems zur durchschnittlich guten Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger entwickelter Länder relativiert. Größeren Einfluss als medizinische Leistungen und Produkte haben demnach die Lebens- und Arbeitsbedingungen (Ernährung, Bewegung, Arbeitsschutz, Tabak- und Alkoholkonsum etc.).⁹ Auf dieser Argumentationslinie liegt eine Umorientierung der Gesundheitspolitik, aber auch der Gesundheitsstrategien von der Behandlung zur Prävention von Krankheiten und zur Schaffung gesunder Lebensverhältnisse. In diesen Zusammenhang gehört auch die geltende beunruhigende Erkenntnis, dass Menschen mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung nur eingeschränkt an den Gewinnen an Lebenszeit und -qualität partizipieren, die ihre besser gestellten Mitbürgerinnen und Mitbürger in den letzten Jahrzehnten haben realisieren können. Bei insgesamt steigender Lebenserwartung und einer höheren Zahl von behinderungsfreien Lebensjahren steigt die gesundheitliche Ungleichheit. Diese ist - von England ausgehend - in den letzten Jahren in fast allen europäischen Ländern problematisiert worden.¹⁰

In den skizzierten Diskussionszusammenhängen besteht ein weitreichender Konsens dahingehend, dass ein universaler Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung im allgemeinen Interesse ist. Welchen Umfang dieser Krankenversicherungsschutz

⁷ Daniel Callahan: *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Washington 1995.

⁸ Vgl. hierzu exemplarisch: Heiner Raspe, Thorsten Müller: *Priorisierung. Vom schwedischen Vorbild lernen*, in: *Deutsches Ärzteblatt* (106) 2009, A 1036.

⁹ Vgl. Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hg.): *Das Public Health Buch*, München 2003. Michael Marmot/Richard Wilkinson (Hg.): *The Social Determinants of Health*, Oxford 2006.

¹⁰ Einen Überblick über die von der EU koordinierten Aktivitäten gibt die Website <http://www.health-inequalities.eu/>

haben soll und in welchem Verhältnis Leistungen zur Krankenbehandlung zu präventiv wirksamen Leistungen im Bildungs- und Sozialwesen stehen sollten, ist aber - zumindest theoretisch - eine offene Frage. In der Praxis wie auch im politischen Bereich gelingt es bislang den Akteuren der Krankenversicherung und -versorgung, ihre Tätigkeit als "Gesundheitswesen" zu reklamieren und damit Ressourcen zu binden.

2.2. Gesundheitsförderung und Prävention; das Präventionsdilemma

Wenn die Gesundheit der Bevölkerung nur zum Teil auf den Einsatz von Impfstoffen und Arzneimitteln, ärztliche und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung, auf chirurgische Eingriffe und den Einsatz von Medizintechnik zurückzuführen ist, stellt sich die Frage, wie die anderen - sozialen und sozioökonomischen - Einflussfaktoren gesteuert und gestaltet werden können. Eine europäische Expertenkommission, die die sozialen Determinanten der ungleichen Gesundheit in den EU-Mitgliedsstaaten untersucht hat, hat ihre Arbeit mit einem Appell zu einer veränderten Sozial- und Bildungspolitik verbunden: Die hohen gesundheitlichen Risiken, denen Kinder in der Unterschicht ausgesetzt sind, sollten nicht durch medizinische Strategien, sondern im Zuge der Bekämpfung der Kinderarmut und einer veränderten Bildungspolitik verringert werden. Die gesundheitliche Ungleichheit ist für Sozialepidemiologen wie Michael Marmot oder Andreas Mielck ein Skandalon, weil sich in der gesundheitlichen Verfassung die soziale Ungleichheit im wörtlichen Sinne verkörpert.¹¹ Unterhalb dieser Makroperspektive, die letztlich auf eine Veränderung der Gesellschaft insgesamt zielt, geht es in der Präventionsarbeit wesentlich darum, risikospezifische Strategien zu entwickeln, die nicht nur die kleine Gruppe derer erreichen, die bereit sind, ihr gesundheitliches Verhalten zu verändern, sondern auch die große Mehrheit, bei denen Maßnahmen der Verhaltensprävention nicht erfolgreich sind. Dabei ist grundsätzlich unstrittig, dass verbreitete gesundheitliche Risiken vom Verhalten der Individuen und ihren Lebensverhältnissen abhängig sind.

Während Maßnahmen der *Verhaltensprävention* darauf zielen, dass die Individuen ihre Einstellungen und ihr riskantes Verhalten (z. B. Tabakkonsum, Bewegungsarmut) individuell ändern, setzt die *Verhältnisprävention* bei den so genannten "Settings" an, in denen die Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Der Raucherentwöhnungskurs in der Volkshochschule ist Verhaltensprävention, das Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden Verhältnisprävention. Mit Maßnahmen der Verhaltensprävention werden in der Regel nur Menschen erreicht, die zu einer Verhaltensänderung bereits hoch motiviert sind - und selbst unter diesen günstigen Voraussetzungen ist die Erfolgsquote erstaunlich niedrig. Verhältnisprävention gelingt praktisch nur dort, wo Menschen sich regelmäßig in einem bestimmten Setting, z. B. dem Betrieb, der Schule, dem Kindergarten aufhalten. Dabei wirken nicht nur institutionelle Normen und Sanktionen (wie beim Rauchverbot), es wer-

¹¹ Michael Marmot: Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten, 2. Ausgabe, Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation 2004. <http://www.euro.who.int/document/e81384g.pdf>; Andreas Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern 2005.

den auch gesundheitsförderliche Ressourcen bereitgestellt (z. B. ein ausgewogenes Mittagessen) und es werden zudem auch individuelle Hilfen (z. B. bei Alkoholabhängigkeit, bei der Wiedereingliederung nach Unfällen oder Krankheiten) gewährt. Eine wichtige offene Frage in der Verhältnisprävention ist, wie die Menschen erreicht werden, die außer ihrem Wohnquartier kaum institutionalisierte Beziehungen haben; zu dieser Gruppe zählen vor allem Rentner und Langzeitarbeitslose.

Als Präventionsdilemma wird die Problematik diskutiert, dass von Präventionsmaßnahmen innerhalb einer Gruppe von Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken jeweils diejenigen am meisten profitieren, die über vergleichsweise große sozio-ökonomische und kulturelle Ressourcen verfügen - und deren gesundheitliche Risiken nicht zuletzt aufgrund ihrer Ressourcen eher niedrig sind. Eine strategische Leitfrage in der Präventionsarbeit lautet deshalb: Wie können die Menschen mit den höchsten gesundheitlichen Risiken erreicht und unterstützt werden? Diese Frage hat einen sozialetischen Aspekt (Orientierung am jeweils höchsten Bedarf), sie betrifft aber auch die Wirksamkeit und Relevanz von Präventionsmaßnahmen: Denn wenn Präventionsmaßnahmen nur bei den "Bessergestellten" wirksam wären, wären sie keine Antwort auf die oben beschriebene sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit.¹²

3. Evangelische Perspektiven

3.1. Gesundheit und Religiosität

Seit etwa zwanzig Jahren werden vor allem in den USA empirische Studien über den Zusammenhang von Gesundheit und Religiosität mit der Arbeitshypothese durchgeführt, dass individuelle Religiosität einen positiven Einfluss auf die individuelle Gesundheit und die Bewältigung von Krankheiten hat. Dabei geht es nicht vorrangig um religiös motivierte Lebensstile, deren gesundheitliche Relevanz unstrittig ist, z. B. der Verzicht auf Tabak und Alkohol. Vielmehr zielen die Forschungen darauf, die genuinen Auswirkungen der Glaubenspraxis, der Religiosität oder Spiritualität zu beschreiben. So gibt es Studien über die Auswirkungen von Fürbittengebeten, Gebeten und Seelsorge am Krankenbett sowie Studien zur Lebenserwartung und -qualität religiöser Menschen, bei denen die o. g. Lebensstilfaktoren kontrolliert werden. Die wissenschaftliche Diskussion wird u. a. von einer sehr großen privaten Stiftung (Templeton Foundation) gefördert, der es um wissenschaftliche Nachweise positiver Bezüge zwischen Religiosität und Gesundheit geht.¹³

¹² Ulrich Bauer, Das Präventionsdilemma, Wiesbaden 2005.

¹³ Einen Überblick über diese Studien gibt Beate Jakob in: Peter Bartmann, Beate Jakob, Ulrich Laepple, Dietrich Werner: Gesundheit, Heilung und Spiritualität im deutschen Kontext. Impulse zur Zukunft des heilenden Dienstes von Kirche und Diakonie. Die Studie ist auf der Website des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (DIFAEM) zugänglich. www.difaem.de/sammlung_grundsatztexte/grundsatzdokument_gesundheit.pdf

Von der Debatte über den Einfluss individueller Religiosität auf die Gesundheit zu unterscheiden, ist eine andere, ebenfalls in Amerika, aber auch in Afrika geführte Diskussion über *religiöse Gemeinschaften* als gesundheitsförderliche Faktoren. Die Leitfrage lautet hier: Über welche gesundheitlichen Ressourcen verfügen religiöse Gemeinschaften - und wie können sie sie besser aktivieren? Als Ressourcen gelten hier nicht nur materielle Ressourcen, z. B. Gesundheitseinrichtungen in der Trägerschaft einer Gemeinde, auch nicht nur soziale Ressourcen, z. B. die erhöhte Zahl von regelmäßigen Kontakten, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinde ergeben, sondern auch die geistigen und geistlichen Haltungen und Rituale. So werden hier z. B. das Gebet für Kranke, die Segnung und Salbung von Kranken oder die Bereitschaft, sie uneingeschränkt als Glieder der Gemeinde anzusehen als genuin religiöse Ressourcen angesehen. Im südlichen Afrika stehen die Forschungen im Kontext der HIV/AIDS-Epidemie sowie eines unterentwickelten Gesundheitswesens, aber auch einer durchaus ambivalenten Rolle der Kirchen, und zielen darauf, das gesundheitliche Potenzial religiöser Gemeinschaften so zu beschreiben, dass sie in den staatlichen Gesundheitsprogrammen berücksichtigt werden.¹⁴

Auch in Europa gibt es inzwischen Gespräche über das Verhältnis von Gesundheit und Religiosität, das allerdings andere hermeneutische Voraussetzungen hat. Wenn die evangelischen Krankenhausseelsorger eine aktuelle Programmschrift mit dem Titel "Die Kraft zum Menschsein stärken" überschreiben, so machen sie deutlich, dass Seelsorge und Gebet aus ihrer Sicht nicht in erster Linie der Gesundung der Krankenhauspatienten dienen, sondern den Patienten bei der Deutung und Führung seines durch Krankheit wie auch immer eingeschränkten Lebens unterstützen sollen.¹⁵ Diese Deutung ihres professionellen Handelns entspricht der klassischen Aufgabenverteilung, die in den akademischen Bezugsdisziplinen Medizin und Theologie reflektiert und begründet wird. Danach hat es die Theologie ausschließlich mit der Seele des Menschen zu tun, während die Medizin sich auf seinen Körper konzentriert. Diese Arbeitsteilung ist noch nicht grundlegend revidiert worden, auch wenn die Medizin die Psychosomatik zu ihren Fächern zählt und umgekehrt die meisten Seelsorger über eine psychologisch fundierte Zusatzausbildung verfügen. Die offenen Fragen im Grenzgebiet zwischen einer ganzheitlichen psychosomatischen Medizin und einer humanwissenschaftlich und psychologisch erweiterten Theologie betreffen die Deutung der genuin religiösen Vollzüge. Kann man das Gebet um Gesundheit als menschliche Praxis ohne Gottesbezug angemessen verstehen, oder muss man sich auf eine religiöse Interpretation der Wirklichkeit einlassen? Sollen die Haltungen und Rituale der verschiedenen Religionen als gleichartig angesehen werden - trotz der gravierenden inhaltlichen Unterschiede? Ist die Annahme eines quasi empirischen Wirkungszusammenhangs zwischen religiöser Praxis und moderner Krankenbehandlung im Sinne des christlichen Gottesverständnisses (Gottes Freiheit, Unsichtbarkeit Gottes)? Und ist Hei-

¹⁴ Christoffer Grundmann: Health Assets of Religious Practices and Convictions: The impact of the immaterial, in: ARHAP International Colloquium 2007, Cape Town, South Africa, March 13-16, 2007, Collection of Concept Papers, S. 31-34.

¹⁵ http://www.kirche-mv.de/fileadmin/Downloadtexte/Krankenhausseelsorge_ekd_2004.pdf

lung im biblisch-christlichen Sinne deckungsgleich mit Therapieerfolgen im modernen Sinne?

Auch wenn die genannten Fragen methodisch schwer zu beantworten sind, lassen sie sich im christlichen Kontext nicht abweisen. Denn das Christentum ist mit Geschichten individueller Gesundung (den Heilungsgeschichten des Neuen Testaments) so untrennbar verbunden, dass man es als "therapeutische Religion" bezeichnet hat. Dass Kranke zu heilen oder zumindest zu besuchen, zu pflegen und zu begleiten sind, ist in der Tradition aller christlichen Kirchen fest verankert. In der Moderne und insbesondere parallel zur Entwicklung der modernen Medizin ist es in vielen Ländern zur Ausweitung christlich geprägter Arbeit im Gesundheitswesen gekommen.

3.2. Christliche Arbeit im Gesundheitswesen

Eine wesentliche Voraussetzung für die christliche Arbeit im Gesundheitswesen ist das hohe Ansehen der Heil- und Pflegeberufe in den christlichen Kirchen. So ist die Wahl des Arztberufes seit ältester Zeit akzeptiert und ebenso alt sind Anfänge einer institutionalisierten Krankenpflege. Hingegen versteht es sich nicht von selbst, dass die Kirchen(gemeinden) selbst Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen. In vormoderner Zeit waren die Träger von Krankenhospizen z. B. Klöster oder mildtätige Stiftungen oder die Kommune selbst. Auch die Entstehung der modernen Diakonie im 19. Jahrhundert erfolgt - institutionell gesehen - neben der damals noch in den Staat inkorporierten Kirche in Gestalt freier Rechtsträger. Dass Kirchengemeinden und kirchliche Träger Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen, setzt u.a. voraus, dass sie rechtlich selbstständig sind, personelle und materielle Voraussetzungen für die Arbeit im Gesundheitswesen bereitstellen können und von Seiten des Staates entsprechend legitimiert sind, was häufig mit staatlichen Zuwendungen verbunden ist. Christliche Träger im Gesundheitswesen sind häufig in Situationen entstanden, in denen der Staat nicht bereit oder nicht in Lage war, bestimmte Gesundheitsdienste zu unterhalten und christlichen Trägern entsprechenden Freiraum ließ und Aufgaben übertrug. Diese Rahmenbedingungen gelten für die Entstehung der großen Krankenhäuser und Behindertenhilfeeinrichtungen in Deutschland, Schweden oder den USA des 19. Jahrhunderts, aber auch für die Missionskrankenhäuser in den Entwicklungsländern im zwanzigsten Jahrhundert. Dabei entwickelten die Einrichtungen, die in Deutschland der evangelischen Diakonie oder römisch-katholischen Caritas zugeordnet werden, spezifische Profile und Kompetenzen, die auch noch nach Jahrzehnten die Arbeit in diesen Feldern prägen. So werden auch heute noch Epilepsiekranken in Deutschland überwiegend in Einrichtungen der Diakonie behandelt, z. B. in den von Bodelschwinghschen Anstalten oder der Diakonie Kork in Kehl (Baden) - auch wenn, medizinisch gesehen, Welten zwischen der Pflege und Begleitung unheilbar kranker Menschen im 19. Jahrhundert und der heutigen Therapie und sozialen und beruflichen Integration von epilepsiekranken Menschen liegen.

In der Verbindung zwischen christlicher, auch konfessioneller Motivation und Trägerschaft der Hilfe, der Professionalisierung der Hilfeformen und ihrer sozialstaatlich abgesicherten Finanzierung ist in Diakonie und Caritas ein Verständnis christlicher Arbeit im Gesundheitswesen entstanden, das die Institutionalisierung und permanente Modernisierung der Hilfen betont. Aber diese Entwicklung ist keineswegs ohne Alternativen: In staatlichen Gesundheitssystemen, z. B. in Schweden oder Großbritannien, sind die meisten konfessionellen Einrichtungen schon lange in staatliche Trägerschaft überführt worden, während in anderen entwickelten Ländern die kirchlichen Aktivitäten im Bildungswesen diejenigen im Gesundheitswesen bei weitem übertreffen. Das Beispiel Englands zeigt, wie sich eine Kirche ohne zahlreiche Gesundheitseinrichtungen in eigener Trägerschaft dem Gesundheitsthema zuwendet, nämlich mit einem sehr viel größeren Gewicht auf Spiritualität und Ritual. "A Time to Heal", eine von der Kirche von England angenommene Denkschrift zu den Gesundheitsaufgaben der Kirche, definiert christliches Handeln im Gesundheitswesen gerade nicht als Trägerschaft moderner Gesundheitseinrichtungen, sondern als spirituelle und liturgische Aufgabe.¹⁶ Im Unterschied betont die EKD-Studie "Soziale Dienste als Chance" den Gesundheits- und Sozialsektor als großen und notwendigen Arbeits- und Wirtschaftssektor und sieht besondere Chancen für Aktivitäten in kirchlicher Trägerschaft.¹⁷

3.3. Gesundheit, Heil und Heilung: praktische Orientierungen zwischen Bibel und moderner Medizin

Gesundheit kommt als eigenständiger Begriff in der Bibel nur selten vor. Auch in den Heilungsgeschichten des Neuen Testaments, in denen Menschen wieder gesund werden, ist die individuelle Gesundheit kein eigenständiger Wert, sondern Teil eines größeren Sinnzusammenhangs, der mit Begriffen wie "Leben" (Joh 10,10) oder "Heil" (griechisch *soteria*) umschrieben wird (Mk 10,52; Lk 7,50). Dabei geht es wesentlich um die Wiederherstellung der Gemeinschaft mit Gott und der menschlichen Umwelt, für die die individuelle Heilung ein Zeichen ist. Dieser biblische Horizont berührt sich kaum mit dem Horizont moderner naturwissenschaftlicher Medizin, in dem das Gewebe und die Organe des individuellen Körpers und die Wiederherstellung ihrer Funktionen im Mittelpunkt stehen. Biblisches und medizinisches Heilungsverständnis sind auf sehr unterschiedliche Weise aufeinander bezogen worden: Innerhalb der europäischen Universität ist es zur strikten Funktionsabgrenzung zwischen den beiden "höheren" Fakultäten Theologie und Medizin gekommen. Ein reines Nebeneinander von christlichem und medizinisch-naturwissenschaftlichem Menschenbild, das nicht selten mit der materialistischen Weltanschauung verbunden wird, ist jedoch auch als unbefriedigend und widersprüchlich empfunden worden.

¹⁶ Vgl. A Time to Heal. A Contribution towards the Ministry of Healing, London 2003. Ein deutscher Auszug aus dem Dokument ist unter http://www.difaem.de/index.htm?sammlung_grundsatztexte/Dokumente_uebersicht.htm verfügbar.

¹⁷ Soziale Dienste als Chance. Eine Studie der EKD-Kammer für soziale Ordnung (2002). <http://www.ekd.de/EKD-Texte/44625.html>

Gänzlich zugunsten eines geistigen und geistlichen Heilungs- und Gesundheitsverständnisses aufgelöst wird diese Spannung von der im 19. Jahrhundert entstandenen Religionsgemeinschaft "Christliche Wissenschaft" (Christian Science)¹⁸, die die materielle Dimension der Gesundheit bestreitet und medizinische Interventionen ablehnt. Auch die Pfingstkirchen des frühen zwanzigsten Jahrhunderts verzichten auf Medizin; sie vertrauen auf Heilung durch den Geist Jesu. Eher auf Vermittlung zwischen Materie und Geist setzt die anthroposophische Medizin, die geistesgeschichtlich einer esoterisch-christlichen Gnosis zuzuordnen ist. Sie unterscheidet verschiedene Dimensionen des Leibes und diagnostiziert Krankheiten als sehr individuelle Prozesse, die jedoch durchaus auf der körperlichen bzw. leiblichen Ebene - z. B. mit Arzneimitteln und Heil-Eurythmie - beeinflusst werden können.¹⁹

Ein relativ neuer Vermittlungsversuch ist die "Christliche Heilkunde", die von der ökumenischen Bewegung "Christen im Gesundheitswesen" entwickelt wird. Die Christen im Gesundheitswesen üben Gesundheitsberufe im modernen Gesundheitswesen aus und sehen sich zugleich im Auftrag Jesu, zu heilen. Ziel der Christlichen Heilkunde ist der "heile, nicht der unversehrte Mensch", als Grundlage ihres "Heilungsdienstes" sieht sie Gottes Schöpfungsordnung und sein versöhnendes Handeln an. Im Unterschied zur anthroposophischen Heilkunde vertreten die Christen im Gesundheitswesen einen methodischen Pluralismus, der neben der Schulmedizin auch komplementärmedizinische Angebote verschiedener Herkunft einschließt. Das spezifisch Christliche zeigt sich in der Arzt-Patienten-Beziehung, in der die Gottesbeziehung zur Sprache kommen kann.²⁰

Während bei diesen - im einzelnen sehr unterschiedlichen - Ansätzen die Gesundung und die Lebenskräfte einzelner Menschen, die sich in Behandlung begeben, im Mittelpunkt steht, ist der Begriff der Heilung in der neueren ökumenischen Diskussion auch auf soziale Konflikte und ihre teils traumatischen Folgen bezogen worden. In den Dokumenten der Weltmissionskonferenz von Athen 2005 wird ein umfassender Heilungsdienst der Kirche reklamiert, der sich auf die großen sozialen Katastrophen - die AIDS-Pandemie, Gewalt und Völkermord, Armut und Entrechtung - bezieht. Ihnen soll die Kirche als "heilende Gemeinschaft" (healing community) gegenüberreten.²¹ Die Weltmissionskonferenz, der in der Mehrzahl protestantische, anglikanische und orthodoxe "Mainstream"-Kirchen angehören, antwortet mit dieser Aufwertung des Heilungsbegriffes nicht zuletzt auf die Herausforderungen durch charismatische Gemeinden und Kirchen in Lateinamerika und Afrika, für die Heilung im Sinne individueller Gesundung das Kennzeichen vollmächtigen Christentums ist. Die Weltmissionskonferenz bezieht Heilung hingegen mehr auf die großen sozialen Lebensrisiken und nimmt die Kirchen als schützende und versöhnende Kräfte in Anspruch.

¹⁸ Vgl. <http://www.christian-science-deutschland.de/1-2.htm> [26.05.09]

¹⁹ Vgl. <http://www.anthroposophischeaerzte.de> [26.05.09]

²⁰ Vgl. www.cig-online.de/heilkunde/chr_heilkunde.htm [26.05.09]

²¹ Vgl. www.oikoumene.org/de/dokumentation/documents/other-meetings/mission-and-evangelism/dokumente-athens-2005.html, besonders Dokument 11.

Dieses umfassende - man könnte kritisch auch sagen: entgrenzte - Verständnis von Heilung ist auf dem Hintergrund der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Katastrophen in den Ländern des Südens verständlich: Denn in versagenden Staaten, in Gesellschaften ohne Rechtsordnung, sozialen Ausgleich und gesundheitliche Basisversorgung müssen Kirchen(gemeinden) elementare gesellschaftliche Funktionen der Verständigung, Kooperation und Nothilfe übernehmen. Für die Länder des Nordens ist dies eine heilsame Erinnerung, dass die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung maßgeblich von sozialen und politischen Faktoren abhängig sind, die außerhalb des Gesundheitswesens und des individuellen Strebens nach Gesundheit liegen.

Die Bestrebungen in vielen Kirchen, das Thema der Heilung in den Mittelpunkt ihrer Tätigkeit zu stellen, sind aber auch auf Kritik gestoßen. Der in der Behindertenhilfe der Diakonie beheimatete Theologe Ulrich Bach wendet sich gegen den Trend zur "Heilenden Gemeinde". Er befürchtet, dass das Streben nach individueller Gesundung zur Marginalisierung und Ausgrenzung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten und Behinderungen führt.²² In der neueren ökumenischen Diskussion über das Heilungsthema ist dieser Gedanke von dem kenianischen Theologen Samuel Kabue neu aufgegriffen worden. Nach Kabue, der selbst blind ist, zielt Heilung im spirituellen Sinne nicht auf die Behebung von Gesundheitsproblemen, sondern auf eine Integration der Menschen mit Krankheiten und Behinderung in die Gemeinde, die dadurch geheilt wird und heilsam wirkt.²³

3.4. Gesundheit: Theologische Begriffskritik

In der theologischen Diskussion ist die oben skizzierte Spannung zwischen dem biblischen und modernen naturwissenschaftlich-medizinischen Verständnis von Gesundheit und Heilung aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und kritisiert worden. Die Interventionen der modernen Medizin und Molekularbiologie, die Nutzung von gespendeten Organen und die Manipulation von Erbgut sind als potenzielle Gefährdungen der Menschenwürde gedeutet worden. Dabei wendet sich die Kritik gegen die Instrumentalisierung menschlichen Lebens durch medizinische Interventionen, aber auch dagegen, dass Menschen aufgrund der "Heilsversprechungen" moderner Medizin die Verletzlichkeit, Endlichkeit und Unvollkommenheit menschlichen Lebens verkennen. Ein Gesichtspunkt ist die Überlegung, dass jeder Mensch sich in seinen körperlichen und seelischen Grenzen als Gottes Geschöpf begreifen darf, das als solches ein unbedingtes Lebensrecht hat und keiner gesundheitlichen "Perfektionierung" bedarf.²⁴ Von anderen wird die durch massive

²² Ulrich Bach: "Heilende Gemeinde"? Versuch einen Trend zu korrigieren, Neukirchen-Vluyn 1988.

²³ Samuel Kabue ist Koordinator des Ökumenischen Aktionsbündnisses für Menschen mit Behinderungen (EDAN). Sein Beitrag zur Weltmissionskonferenz in Athen 2005 ist unter <http://www.oikoumene.org/de/dokumentation/documents/oerk-kommissionen/weltmission-und-evangelisation/konferenz-fuer-weltmission-athen-2005/plen-11-mai-dok-nr-1-behinderungen.html> zugänglich.

²⁴ Vgl. Ulrich Eibach: Weil wir dürfen, was wir können...? Bioethische Positionen in der Diskussion. Beiträge einer Tagung der Evangelischen Akademie im Rheinland, Bonn 6./7.10.2006

Interventionen (z. B. Organtransplantation) gewonnene Lebenszeit und -qualität in Frage gestellt.²⁵ Die hohen Erwartungen an die moderne Medizin werden als "Gesundheitskult" und Ersatzreligion kritisiert und demgegenüber wird auf den Sinn eines endlichen Lebens im Horizont Gottes hingewiesen.²⁶

Sofern der Begriff der Gesundheit überhaupt in der genuin theologischen Diskussion verwendet wird, hat man ihn grundlegend modifiziert. So hat Karl Barth von der Gesundheit als "Kraft zum Menschsein" gesprochen, was Ulrich Eibach spezifiziert als "Kraft zur Verwirklichung der dem Menschen aufgegebenen Lebensbestimmung"²⁷; Jürgen Moltmann bezieht sich kritisch auf die Präambel der Weltgesundheitsorganisation, wenn er Gesundheit *nicht* als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern als Kraft, mit ihnen zu leben, deutet.²⁸ Diesen drei Umdeutungen des Begriffes ist erstens gemeinsam, dass Gesundheit nicht mehr als Zustand und Verfassung verstanden wird, sondern als Lebenskraft und Bewältigungskompetenz, zweitens, dass jeder Anspruch auf Wohlbefinden und Beschwerdefreiheit ausgeklammert wird, und drittens, dass eine Sinndimension (Menschsein als Leben in Endlichkeit; Lebensbestimmung des Menschen) vorausgesetzt wird. Wenn man diese Begriffsumdeutungen isoliert betrachtet und wörtlich nimmt, so könnte man Menschen in allen gesundheitlichen Verfassungen sowohl als gesund als auch als krank betrachten - und diese Aussage ist von einem streng theologischen Standpunkt auch sinnvoll und berechtigt.

In dem Maße, in dem sich die theologische Diskussion jedoch in die gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Orientierungsversuche einbringt, wird sie sich nicht auf einen radikalen Einspruch gegen das Streben nach Gesundheit im Sinne umfassenden Wohlbefindens beschränken, sondern wird Vermittlungen zwischen dem Sinn des menschlichen Lebens und physischem, psychischem und sozialem Wohlergehen zumindest zulassen müssen. Im Bezug auf das individuelle Streben nach Gesundheit könnte eine Vermittlung in einer weisheitlichen Beschränkung der Erwartungen und der eingesetzten medizinischen Mittel sowie in einer Aufwertung der spirituellen Praxis liegen, die allerdings nicht auf das Gesundheitsthema fixiert sein sollte. Im Blick auf Gesundheit der (Welt)-Bevölkerung dürfte eine allen Menschen zugängliche gesundheitliche Primärversorgung (Primary Health Care) sowohl den sozialetischen Kriterien (Gerechtigkeit) als auch den Zweifeln an den "Segnungen" einer "Medikalisierung" der Gesellschaft am Besten gerecht werden.

http://www.ekir.de/ekir/dokumente/eair_bio06_Eibach_bearb.pdf; Ulrich Bach: Auf dem Weg in die totale Medizin, Neukirchen-Vluyn 1999.

²⁵ Klaus Peter Jörns: Organtransplantation: Eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, in: Berliner Theologische Zeitschrift, 9. Jahrgang, Heft 1, 1992.

²⁶ Manfred Lütz: Lebenslust. Wider die Diätsadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, München 2002.

²⁷ Ulrich Eibach: Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche (Theologie in Seelsorge, Beratung und Diakonie, Bd.1), Neukirchen-Vluyn 1991, 28.

²⁸ Jürgen Moltmann: Diakonie im Horizont des Reiches Gottes. Schritte zum Diakonatum aller Gläubigen, Neukirchen-Vluyn 1984, 90.

Gesundheit erweist sich in den skizzierten Diskussionslinien als ein komplexes und umstrittenes Gut. Sie ist kein konsumierbares Produkt moderner Wissenschaft und Technologie, aber auch nicht durch gesunde Lebensführung oder Spiritualität allein zu verwirklichen. In der Gesundheit spiegeln sich die sozialen Lebensverhältnisse, aber auch individuelle Anlagen, Einstellungen und Lebensweisen. Allerdings werden diese Faktoren des individuellen Lebens in diesem "Spiegel" nicht klar und proportional abgebildet, sondern in vielfältiger Verzerrung.

Dr. Peter Bartmann

Literatur:

Ahlfs, Wiebke (2005): Gesundheit für alle: Zwischen Kostendruck und Solidaritätsprinzip, Stuttgart: RPE Religion-Pädagogik-Ethik.

Bartmann, Peter/Jakob, Beate/Laepfle, Ulrich/Werner, Dietrich (2008): Gesundheit, Heilung und Spiritualität im deutschen Kontext. Zur Zukunft des heilenden Dienstes in Kirche und Diakonie, 2. Auflage, Tübingen: Verlag Difaem.

Die Studie ist auf der Website des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (DIFAEM) zugänglich.

http://www.difaem.de/sammlung_grundsatztexte/grundsatzdokument_gesundheit.pdf

Jacobi, Rainer (Hg.) (1997): Zwischen Natur und Kultur. Neue Konturen medizinischen Denkens, Berlin: Duncker und Humblot.

Kostka, Ulrike (2000): Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion, Münster.

Marmot, Michael (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten, 2. Ausgabe, Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.

<http://www.euro.who.int/document/e81384g.pdf>

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2. Auflage, Bern: Huber.

Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hg.) (2003): Das Public Health-Buch, München: Urban und Fischer.

Zeitschrift für Pädagogik und Theologie 61 (2009) Heft 1 (Themenheft Krankheit/Gesundheit)