

Martin Scheel

Heilendes Handeln im Umbruch – Ein Zeitzeuge berichtet¹

„Es hat sich etwas ereignet, was über *unsere* Pläne und *unsere* Vorhaben weit hinausführte. Uns wurden übereinstimmende Ansichten geschenkt“, so fasste Bischof Newbegin das Ergebnis einer Tagung, die 1964 in Tübingen stattfand, zusammen. Das Treffen ist unter dem Namen „Tübinger Konsultation“ bekannt geworden. Wir erlebten damals in Tübingen *Kairos*. Wir empfanden, für unsere Gedanken und Arbeiten hatte offensichtlich Gott sein *Ja* gesagt. Anders war uns vieles, was sich damals ereignete und danach geschah, nicht zu erklären. Wenn ich Ihnen heute von dem berichte, was in der Mitte des Jahrhunderts stattfand, so möchte ich von dem, was wir als Handeln Gottes sahen, etwas nachzeichnen. Wenn ich dies mit meiner persönlichen Lebensgeschichte verbinde, dann deshalb, weil das Geschehen dadurch vielleicht lebendiger wird.

Der Weg nach Indien

Nach Beendigung meines Medizinstudiums 1949 sah ich mich nach einer Möglichkeit für einen missionsärztlichen Dienst um. Es waren die ersten Nachkriegsjahre. Das Ende des Krieges hatte weltweit Veränderungen zur Folge, Veränderungen und Auswirkungen, die uns noch lange beschäftigen sollten. Ehemalige Kolonialländer wurden selbstständig, Kriegsfolgen unvorstellbaren Ausmaßes mussten angegangen und beseitigt werden. Für viele aber war in ihrer Einstellung und ihrem Weltbild Entscheidendes zerbrochen. Ein humanistischer Glaube an die Möglichkeiten der Menschen, ihre Zukunft alleine zu gestalten – unser Studium der Medizin vor dem Kriege war weitgehend von humanistischem Optimismus geprägt –,

¹ Vortrag AfW-Missionsärztliches Seminar, Mücke-Flensungen, 26.11.1988.

war zerbrochen. Wir hatten erlebt, dass Menschen Unmenschen werden können. Damit war auch ein Glaube zerbrochen, der Gott als den sah, der ein Gott der Ordnung war. Ein bewahrender Gott, der die Gesetze der Welt einmal schuf. Man sah ihn in der Natur und in den wunderbaren Ordnungen der Natur, also auch in der Naturwissenschaft. In seinem Namen sah man sich tätig, wenn man die Gesetze erforschte oder gegen Unordnungen und Krankheiten wirkte. Man konnte damals sogar auf das Koppelschloss schreiben: *Gott mit uns*. Man hatte sich im Kriege auf der Seite des Gottes gesehen, der der Bewahrende war. Dieser Gott war tot.

Bei all diesen Überlegungen im Gefangenenlager war die Sinnfrage, die Frage nach dem, was wir in unserem Leben dann letztgültig sinngebend tun sollten, aufgebrochen. In diesen ersten Jahren nach dem Krieg ging es aber zunächst um das Leben, oder besser Überleben. Wir hatten Hunger und Kälte zu ertragen.

Die deutschen Missionsgesellschaften hatten zumeist ihre Arbeit in Übersee unterbrechen müssen und begannen langsam damit, ihre Tätigkeit wieder aufzunehmen. Deutsche Missionsärzte waren nicht mehr in den Krankenhäusern tätig, in denen sie vor dem Krieg gearbeitet hatten. Einige wenige Ärztinnen und Ärzte wurden 1949 von amerikanischen Missionen zur Mitarbeit gebeten. Man begann 1949 ganz neu, den Überseeinsatz vorzubereiten. So nahm etwa eine der kleineren deutschen Missionsgesellschaften – die Breklumer Mission mit Sitz in Schleswig-Holstein – nicht nur ihre missionarische Arbeit wieder auf, sondern man plante eine ärztliche Missionsarbeit. Neben einer Arbeit in Indien war man auch in China engagiert.

Als ich mich in Breklum meldete, verpflichtete man mich für China. 1949 wurde die Volksrepublik China proklamiert. Dies bedeutete das Ende aller westlichen Missionsbemühungen in diesem Land. Es war ein Schock für die gesamte Missionswelt. 1949 waren in China etwa 4000 Missionare tätig, die Zahl der Christen betrug über 800000. Zu dieser Zeit arbeiteten Missionsärztinnen und -ärzte sowie Missionsschwestern in 322 Krankenhäusern der Kirche. Es war das Missionsgebiet auf unserer Erde mit dem höchsten Einsatz an Missionaren und missionsärztlichen Kräften. Das war plötzlich alles zerstört. Hilfreich wurde uns damals ein Missionsverständnis,

welches Mission als *Wirken Gottes* sah, Gott als der Handelnde seiner Mission, welchem die Menschen als Helfer, als Treuhänder ausführend zur Verfügung standen. Mission als: *Missio Dei*.

1950 wurden wir für eine Arbeit in Indien geworben. Dort galt es, ein Krankenhaus aufzubauen. Die Region, für die man uns vorsah, war medizinisch nicht versorgt. Der nächste Arzt, der operieren konnte, lebte 200 km von unserem vorgesehenen Einsatzort entfernt. Mussten hier nicht Christen handeln? Wenn wir um den Wert und um die Würde eines jeden Menschen wissen, kann uns die ungerechte Verteilung von Hilfen bei uns und in Übersee nicht unbeteiligt lassen. Gewissenhafte ärztliche Tätigkeit, Qualität christlichen Dienstes waren weltweit bemerkenswert und kennzeichnend für die Arbeit der jungen neu entstandenen und entstehenden Missionskirchen.

Bei meinem Theologiestudium in Tübingen hörte ich den Missionswissenschaftler Prof. MARTIN SCHLUNK. Seine Meinung über ärztliche Mission hat er 1934 folgendermaßen dargelegt: „Man wird weder die Wundermacht Jesu noch die Gnadengabe der Heilung bei seinen Jüngern dazu benutzen dürfen, um aus ihnen unmittelbar den Auftrag zu ärztlicher Missionsarbeit abzuleiten. Der grundlegende Unterschied zwischen dem, was uns aus dem Neuen Testament entgegentritt, und dem Wirken der ärztlichen Mission ist der, dass dort auf die natürlichen Hilfsmittel und Kenntnisse des Arztes verzichtet wird, die hier das wichtigste Arbeitsmittel darstellen. Unsere Ärzte und Missionare haben nicht die Vollmacht der Heilung, haben nicht die Gabe des Wunders. Eine Missionsarbeit ist vollständig und erfüllt ihren Dienst ganz, wenn sie das Evangelium verkündet. Sie erteilt rein religiöse Begründung und Zielsetzung. Ärztlicher Dienst ist kein Wesenszug der Mission im Sinne eines notwendigen, konstituierenden Merkmals. Deshalb hat es auch immer Missionsarbeit gegeben, die ärztliche Fürsorge nicht bedachte und jeden Krankenhausbetrieb von sich fern hielt. Je mehr die Grundsätze unserer Zivilisation sich durchsetzen und der Staat sittliche Funktionen und damit die sozial-hygienische Fürsorge für alle seine Untertanen auf sich nimmt, umso mehr muss sich die Mission auf ihr eigentliches Gebiet, auf die Verkündigung des

Evangeliums beschränken.“ Der Missionsauftrag wird bei Professor SCHLUNK eng auf die verbale Verkündigung des Evangeliums begrenzt.

Im Januar 1951 sind wir nach Indien ausgereist. Über die Frage nach der Deutung und Bedeutung ärztlicher Mission wurde damals in der Zeitschrift für christlich-medizinischen Dienst in Indien viel geschrieben. Ich erkannte bei meiner Tätigkeit im Missionshospital in Nowrangapur sehr bald, dass eine Deutung missionsärztlicher Arbeit als nur etwas Zusätzliches und nicht Wesentliches, wie Prof. SCHLUNK es formulierte, nicht möglich war. Die Patienten, die zu mir kamen, brachten ein Verständnis mit, durch welches die Krankheit religiös gedeutet wurde. Heilung war für sie primär ein religiöses Problem. Man nahm z.B. ganz selbstverständlich an, dass der Arzt bei einer erfolgreich durchgeführten Behandlung natürlich mächtiger war als die Mächte, die die Krankheit verursachten. Dies führte dann zu den seltsamsten Dingen. Man fertigte von mir ein Foto an. Dieses wurde neben die Bilder von Shiwa gehängt. Im Falle einer Erkrankung wurde ich angebetet.

Unser Handeln wurde und wird nicht so gesehen, wie wir es selbst sehen. Man sieht Mächte am Werk. Wenn eine Heilung erfolgt, wird eine stärkere Macht wirksam. Wenn ich bei einem solchen Verständnis mein Handeln nicht deute, nicht erkläre, kommt es zu Missdeutungen oder gar zur Zerstörung von Glauben. Wo aber der Glaube zerstört wird, bleibt kein Vakuum. Ein anderer Glaube wie Materialismus oder Säkularismus zieht ein. Wir erleben dies in unserer Gesellschaft.

Als Christen sprachen wir bei den Patienten davon, dass Jesus es ist, der Geister und Furcht vertreibt, dass er es ist, der heilt. Damit wurde unser Handeln und unsere Verkündigungen eine Einheit. Eine Trennung von Heilung und Verkündigung war auf Grund der Glaubensvorstellungen der Patienten, die zu uns kamen, unmöglich. So begannen wir uns auf unseren biblischen Auftrag zu besinnen. Nach Lukas 10,9 sandte Christus seine Jünger mit den Worten: „Und heilet die Kranken, die daselbst sind, und saget ihnen: Das Reich Gottes ist nahe zu euch gekommen.“

Aufbrechende Fragen

1958 begann ich als Mitarbeiter im Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen. Bald erkannte ich, dass die oben angeschnittenen Fragen um christlich-ärztlichen Dienst und die Frage, was das eigentlich *Christliche* in einem christlichen Krankenhaus sei, nicht nur mich beschäftigten, sondern auch eine Reihe anderer Kollegen. Bald traf sich ein Kreis von Ärzten – zumeist Sonnabendnachmittags, wenn alle frei hatten –, um diese Fragen gemeinsam durchzudenken. 1960 wurde daraus ein Seminar. Wir haben mit Professoren der Medizin und Theologie fünfzehn Jahre lang diese Seminare durchgeführt und Fragen durchgedacht und diskutiert, die diesen Komplex behandelten.

In den Jahren um 1960 erfolgten einschneidende Veränderungen auf Weltebene. Lassen Sie mich kurz aus jenen Tagen berichten:

1960 wurde Nigeria unabhängig, Aus den Missionskirchen wurden unabhängige einheimische Kirchen. Man war zu einem Treffen zusammengekommen und hatte die Rolle der unabhängigen und noch jungen Kirchen in dem gerade neu entstandenen Staat diskutiert. In einigen Bereichen war man ratlos. Es ging um die ehemaligen Krankenhäuser und um die sozialen Einrichtungen wie Waisenhäuser und Schulen, die von Missionsgesellschaften und Missionswerken aus Amerika und Europa aufgebaut und auch weitgehend finanziert worden waren. Diese Einrichtungen gingen nun in die Verantwortung der jungen Kirchen über. Aber es zeigte sich sehr bald, dass man weder die Mittel noch das Personal hatte, diese Arbeiten in eigener Regie zu übernehmen. Vor allem aber waren es Fragen danach, ob für eine Kirche Einrichtungen wie die der Missionshospitäler überhaupt notwendig waren. Konnte man Nächstenliebe, den diakonischen Auftrag, nicht auch anders, weniger aufwendig, umsetzen und zum Ausdruck bringen? Ein damaliger Mitarbeiter der nigerianischen Kirchen schrieb nach diesen Gesprächen an den Weltrat der Kirchen und bat um Mithilfe bei der Klärung dieser Probleme.

Wir alle, die sich mit diesen Fragen beschäftigten, sahen uns gewaltigen Problemen gegenüber gestellt. Hinzu kam noch, dass medizinische Arbeit, wenn sie verantwortlich betrieben wurde, eine ungeheure Kostenexplosion erlebte, die bis heute anhält. Zumeist

hatten sich die Krankenhäuser dadurch finanziert, dass die Patienten die Behandlung bezahlen mussten. Aber die Schere zwischen den tatsächlichen Ausgaben und dem, was von Patienten wie auch vonseiten der Kirche und den unterstützenden Missionsgesellschaften an finanziellen Mitteln aufgebracht werden konnte, wurde immer größer. So erhielt der lutherische Weltbund zum Beispiel sehr viele Anfragen und Bitten um Finanzhilfe. Diese kamen vorwiegend aus Tansania, Uganda und Kenia.

In Genf, beim Weltrat der Kirchen, hatte man bisher kaum über missionsärztliche Arbeit nachgedacht. Man wusste mit unseren Problemen wenig anzufangen. Die Fragen des missionsärztlichen Dienstes im Rahmen von Kirche und Mission siedelte man in eine Abteilung an, die den Kontakt mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) pflegen sollte. 1962 beschloss der lutherische Weltbund zusammen mit dem Weltrat der Kirchen, eine Gruppe von Experten zur Erörterung der Lage und zur Entwicklung möglicher Hilfen einzuladen. Dazu wurden so genannte *Surveys*, Erkundungsreisen, als Vorbereitung veranlasst.

1963 reiste ein norwegischer Kollege, Dr. KAYSER, durch Indien. Ein englischer Kollege, Dr. CHILTEN, und ich wurden gebeten, Nigeria, Uganda und Kenia zu besuchen.

Nicht nur die Fragen der Finanzierbarkeit erwiesen sich als Problem. Die jungen selbstständigen Staaten fühlten sich verpflichtet, ihre Eigenverantwortung im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Sie waren ganz besonders eifrig auf diesem Gebiet, auch aus Prestige Gründen. Welche Zusammenarbeit war hier vonseiten der Kirchen und Missionen möglich, und welche Konsequenzen ergaben sich daraus?

In Nigeria diskutierten wir auf höchster Ebene über diese Situation und Problematik. Wir erkannten sehr schnell, dass institutionelle Medizin (krankenhausorientiert), wie sie aus dem Westen importiert wurde, nur 20 % der Bevölkerung erreichte. Eine weltweite Entwicklung zu einer Versorgung nach westlichem Vorbild war Utopie, besonders wenn man die Armut und die Infrastruktur der Mehrzahl dieser Länder bedachte. Hieran hat sich im Laufe der Jahrzehnte nichts verändert, diese Probleme bestehen nach wie vor. Wir haben auch

sehr intensiv diese Fragen mit den ÄrztInnen, Missionaren und Gemeinden vor Ort diskutiert. Ich erinnere mich an einen Besuch in einem Krankenhaus in Südtansania. Wir erhielten eine Anfrage, den Erweiterungsbau des Krankenhauses zu finanzieren. Außerdem wurden wir um Personalhilfe gebeten. Die einzige Ärztin dort kam mit der Fülle der Arbeit nicht mehr zurecht. Während meines Aufenthaltes habe ich die Statistiken dieses Krankenhauses der letzten zehn Jahre durchgesehen. Ich musste feststellen, für mindestens 70 % der Behandlungen, die durchgeführt wurden, hätte man überhaupt kein Krankenhaus benötigt. Die Erkrankungsfälle waren überwiegend Malaria und Durchfall. Ich besprach die Situation mit der Kollegin.

Sinnvoll wäre es, wenn ausgebildete Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Peripherie in der Lage wären, diese häufig vorkommenden Krankheiten mit einfachen Mitteln zu diagnostizieren und zu behandeln. Folglich gab ich der Ärztin den Rat: Sie solle morgens zu Beginn ihrer Arbeit sich nicht zuerst ihren Patientinnen widmen, sondern ihre Zeit darauf verwenden, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auszubilden. Diese ausgebildeten Kräfte könnte sie dann später in den Außenstationen einsetzen. Sie wären dann in der Lage, den größten Teil der Krankheiten im Frühstadium zu erkennen und auch zu behandeln.

Bei unseren Gesprächen in Tübingen erkannten wir weiter, dass ärztliche Mission oft wenig planvoll aufgebaut worden war. Oft genug begann eine medizinische Arbeit mit einem Missionar auf einer Missionsstation. Auf Grund der Krankheitsnot kamen viele Bittsteller und Bedürftige, die sich Hilfe erhofften und auch fanden. Die Kranken wurden dann von der Missionarsfrau behandelt. Die Frau tat, was sie konnte. Irgendwann wurde dann eine Krankenschwester von der Mission angefordert, und diese wiederum rief nach einem Arzt, der dann ebenfalls bald nach Übersee entsandt wurde. Es endete dann meistens mit dem Bau eines Krankenhauses. Dabei war es tragisch, dass das Dorf, in dem die meisten Menschen lebten, weit entfernt war, sodass die Menschen oft viele Kilometer laufen mussten, um ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Oder bei dem Bau einer Gesundheitsstation oder eines Krankenhauses hatte man so geplant, dass man die katholische

ärztliche Arbeit auf der gegenüberliegenden Straßenseite nicht beachtete.

Die Tübinger Konsultation 1964

Im Mai 1964 kam es zu der Konsultation (Tübinger Konsultation), von der ich am Anfang bereits sprach. Wir fragten zunächst nach dem, was die Bibel über das Wesen von Heilung sagt und was Heilung bei Jesus bedeutete. Lassen Sie mich einige Ergebnisse von dieser Konferenz weitergeben. Sie finden sich auch in einem Studienheft des Ökumenischen Rates mit dem Titel „Auftrag zu heilen“.² „Die christliche Kirche hat eine besondere Aufgabe auf dem Gebiet des Heilens. Das bedeutet, dass Einsichten in das Wesen von Heilung gegeben sind, die nur in Verbindung mit dem Glauben an Christus zu gewinnen sind. Dort war es ein Zeichen des Einbruchs der Kräfte des Reiches Gottes und der Entthronung der Kräfte des Bösen. Die dadurch geschehene Heilung war nichts Statisches, kein wiederhergestelltes Gleichgewicht, sondern eine durch Jesus vollzogene Hineinnahme in die siegreiche Auseinandersetzung des Reiches Gottes mit den Kräften des Bösen. Ein Verständnis von Heilung lediglich im Sinn von wiederhergestelltem Gleichgewicht, von statischer „Ganzheit“, kann weder die Probleme menschlicher Schuld oder des Todes noch der Probleme von Angst und der Bedrohung durch Sinnlosigkeit beantworten, welche Projektionen der Schatten des Todes im menschlichen Leben sind.

Gesundheit im christlichen Verständnis heißt andauernde siegreiche Auseinandersetzung mit den Mächten, die das Sein und die Güte Gottes verneinen. Sie ist Teilhabe an der Invasion in den Bereich des Bösen, wobei der Endsieg nach dem Tode erfolgt, die Kraft dieses Sieges aber in der Gabe des Leben spendenden Heiligen Geistes jetzt schon erkannt wird. Sie ist ein Leben, welches den Tod und die Angst des Todes schon überwunden hat. Sowohl im furchtbaren Schmutz übervölkerter und unterentwickelter Gebiete als auch in der geistigen Einöde der Wohlfahrtsgesellschaft ist sie Zeichen von Gottes Sieg und Ruf in seinen Dienst. Das christliche

² Studien des Ökumenschen Rates Nr. 3, Genf 1966.

heilende Handeln ist primär der Gemeinde als ganzer aufgetragen. Die Gemeinde wirkt heilend, indem sie betet, indem sie jeden Einzelnen mit Liebe umfängt, indem sie durch praktische Taten aufzeigt, dass sie sich um jeden einzelnen Menschen bemüht, und indem sie die Möglichkeiten der Teilhabe an der Sendung Christi schafft.

Die Grundlage dieses heilenden Tuns ist Wort, Sakrament und Gebet. Das spezielle Handeln derer, die in der Handhabung der Mittel moderner Medizin ausgebildet sind, hat seinen besonderen Ort und Wert in der Verbindung mit dem täglichen Leben der Gemeinde.“ So weit aus den Ergebnissen der Tübinger Konsultation.

Hier wird ein Verständnis der biblischen Botschaft zum Thema ‚Heilender Dienst‘ dargelegt, das sich von dem Verständnis, wie wir es bei Prof. SCHLUNK gehört haben, grundlegend unterscheidet. Heilung ausschließlich dem Bereich der naturwissenschaftlichen Medizin zu überlassen, wird, wie ich es bei meiner täglichen Arbeit auch in Indien erlebte, zum Problem. Die Reaktion der Theologie auf den Totalitätsanspruch der Naturwissenschaft war ja die Betonung eines Eigenbereichs. Die Zuständigkeit der theologischen Wissenschaft wurde begrenzt auf den Bereich der Innerlichkeit, der Seele. Es entwickelte sich ein verhängnisvoller Dualismus, eine Aufteilung von Leib und Seele. Dazu sagte Bischof NEWBEGIN in einer Predigt, die er uns einmal in Tübingen gehalten hatte: „Der Auftrag zu heilen, gehört zum Fundament christlicher Kirche. Dort, wo Matthäus über die erste Aussendung der Apostel berichtet, kommt der Auftrag zu heilen zuerst, erst dann folgt der Auftrag der Verkündigung. Die Tatsache, dass böse Geister ausgetrieben und Krankheiten *geheilt* werden, war *Zeichen für die Gegenwart des Reiches Gottes*. Die *Verkündigung* des Wortes war die *Erklärung* dafür. Beides kann nicht voneinander getrennt werden. Es waren und es sind zwei Seiten der gleichen Realität.“

Das bio-medizinische Menschenbild

Es ist bekannt, dass in unserer modernen westlichen Welt diese zwei Aspekte auseinander gerückt sind. In den letzten 200 Jahren wurde

Heilung mehr und mehr als technische Angelegenheit verstanden. Wenn ein Auto Schwierigkeiten macht, bringen wir es zur Werkstatt und erwarten, dass der Mechaniker den Fehler findet und die Sache in Ordnung bringt – vielleicht, indem er ein Ersatzteil einsetzt. Ähnlich sehen wir auch das Hospital als einen Ort, wo Techniker die Schäden unseres Leibes reparieren. Die Verkündigung des Evangeliums wird als etwas angesehen, das in einen ganz anderen Zusammenhang gehört. Nämlich zum Leben der Seele, und dafür braucht man eine ganz andere Technik.

Dass zwei Dinge, die zueinander gehören, auseinander fallen, bedeutet, dass nicht-christliche Vorstellungen über die Werte der Bibel triumphieren. Es ist die alte heidnische Idee, die die klassische Welt beherrschte, dass der Mensch eine zweifache Existenz habe, Leib und Seele.

Das bio-psycho-soziale Menschenbild

In der Bibel gibt es eine solche Dualität nicht. Der ganze Mensch ist Gottes Schöpfung. Die frohe Botschaft Gottes gilt dem ganzen Menschen, nicht nur als Einzelwesen, sondern als Teil der einen Familie Gottes. Bei den Begegnungen mit Heilenden in anderen kulturellen Kontexten haben wir unsere enge Schau heilenden Handelns aufgeben müssen. In Botswana z.B. sagten uns afrikanische Ärzte, dass sie nicht verstünden, wie wir die so wesentlichen sozialen Komponenten von Krankheiten vernachlässigten: den Einfluss der Familie, deren Vorstellungen von dem, was man tut. Die Vernachlässigung der Tabus und des jeweiligen Weltbildes der Patienten. Auch wie wenig im Bereich der westlichen Medizin der Einfluss von Umwelt, Ernährung, Luft, Wasser beachtet werde. Das größte Problem für sie aber sei, wie die westliche Medizin den Einfluss von Gott und seinen Mächten unbeachtet lassen könnte. Wenn man psychische Komponenten und Glaubensvorstellungen in eine Diagnose mit einbezieht, also einen ganzheitlichen Ansatz versucht, müsse das therapeutische Verhalten zwangsläufig anders sein. Da werden Worte und wie ich mit meinem Nächsten umgehe, mit den Umstehenden, den Angehörigen von ganz wesentlicher Bedeutung. Unsere Sprache weiß ja noch

etwas davon. Wir sprechen von kränkenden Worten – da muss es auch heilende Worte geben.

Naturwissenschaftliche Sicht von Gesundheit und Krankheit

Lange Zeit wurde die Medizin als Fach angesehen, das zu den angewandten Naturwissenschaften gehörte, logisch, gesetzmäßig und begreifbar wie die Physik und Biologie. Krankheit und Heilung werden als einfache biologische Sachverhalte und Aufgaben gesehen, mit denen man mit rein naturwissenschaftlichen Mitteln fertig wird. Gesundheit ist in diesem System Freiheit von Störung. Krankheit und Gesundheit werden zu Sachen. Professor Bierich, einer der Teilnehmer dieser Studiengruppe, sagte in einem seiner Vorträge: „Eine Blinddarmentzündung ist biologisch ein klarer Vorgang. Operiert man den Appendix, so ist die Sache abgetan. Ähnliches gilt von Nieren- und Gallensteinen. Entfernt man die Steine, so ist der Patient gesund. Eine akute Lungenentzündung wird zumeist von Pneumokokken verursacht. Vernichtet man sie mit Penicillin, so ist der Patient geheilt. Auf diese Weise können wir nicht nur individuelle Krankheiten aus der Welt schaffen, sondern sogar ganze Seuchen, z.B. Pocken, Kinderlähmung, und Beri-Beri heilen. Dieser Objektivierung von Krankheit und Gesundheit und ihrer Abtrennung vom Subjekt liegt aber ein krasser, simpelster Materialismus zu Grunde.“

Der Patient als Subjekt

Wir müssen leidenschaftlich daran festhalten, dass der Kranke zu jeder Zeit Subjekt ist und als Patient ein leidendes Subjekt ist. Das bio-medizinische Modell sieht den Kranken falsch. Er leidet ja nicht lokalisiert an seiner entzündeten Lunge oder seinem Blinddarm, sondern in toto, total in seiner Gesamtheit. Er hat Furcht, unter Umständen Todesangst. Er ist aus seinem normalen Lebensalltag herausgerissen. Er ist Invalide, d.h. schwach, kraftlos, untauglich, der Hilfe bedürftig. Er benötigt aber nicht allein naturwissenschaftliche, sondern existenzielle Hilfe.

Bei der naturwissenschaftlichen Medizin handelt es sich letztlich nur um einen Ausschnitt aus der Wirklichkeit. Dieses Erkenntnis ist unter den Ärzten sehr wenig verbreitet. Nicht nur werden soziale Probleme, etwa die Frage nach krankmachenden Faktoren in der Gesellschaft oder Umwelt zu wenig beachtet, sondern das Gegenüber, der Mensch, unser Objekt, wird nicht so gesehen, wie er ist – also objektiv, mit Schmerz, Angst, Todesangst und mit seinem lebensgeschichtlichen Hintergrund, bei dem Leid eine Rolle spielt. Heilung ist mehr als nur eine Wiederherstellung von Genuss und Arbeitsfähigkeit.

Die Auswirkungen der Tübinger Konsultation

1965 erschien der Bericht der Tagung unter dem Titel „The Healing Church“. Der deutschsprachige Bericht erschien 1966 unter dem Titel: „Der Auftrag zu heilen“. Das Heft wurde für Genfer Verhältnisse ein Bestseller.

Beim Weltrat der Kirchen berief man einige Gruppen von Experten, die in bestimmten Fachfragen – Medizin, Erziehung, Landwirtschaft – beraten sollten. Das Gremium nannte sich SASP (Special Assistant For Social Projects). Diese Gruppe setzte sich im Wesentlichen aus den Teilnehmern zusammen, die damals in Tübingen mitwirkten. Wir trafen uns dreimal im Jahr an verschiedenen Orten. Es zeigte sich bald, dass dieses Forum für die Fülle der Probleme nicht ausreichend war, und die Anfragen, die im Laufe des Jahres beantwortet werden sollten, von dieser Gruppe nicht bewältigt werden konnten.

1967 wurde die Christliche Medizinische Kommission (CMC = Christian Medical Commission) ins Leben gerufen, deren erster Direktor McGilvray war, der nach seinem Dienst in Genf eine Zeitlang auch im Deutschen Institut für ärztliche Mission mitwirkte. In der Folge haben wir in einer zweiten Konsultation 1967 in Tübingen die theologischen Probleme weiter bedacht. Wir haben auch die Anfragen an die Medizin in einer internationalen Studiengruppe vorwiegend mit Medizin-Professoren aufgegriffen.

Auswirkungen in der Praxis, z.B. Indien

Noch wesentlich wichtiger aber war, dass einige Ärzte begonnen hatten, mit diesen Anregungen der Konsultation Ernst zu machen. So z.B. das Ehepaar Dr. MABEL und RAJ AROLE in Indien. Sie besuchten uns in Tübingen, und wir haben lange über die Fragen, die sie bewegten, nachgedacht. Sie hatten

in einem Missionskrankenhaus gearbeitet. Ihre Arbeit kam ihnen vor, als ob man „Wasser durch ein Sieb schüttele“, wie sie es formulierten. Sie behandelten Leute, die dann nach Hause entlassen wurden. In kurzer Zeit kamen sie erneut zur Behandlung ins Krankenhaus, wieder mit denselben Erkrankungen. Grund waren Durchfallerkrankungen, hervorgerufen durch schlechtes Trinkwasser oder Malaria, weil sich in den Dörfern Tümpel befanden, in denen die Anopheles-Mücken gut brüten konnten.

Die AROLES beschlossen, sich für eine gemeinschaftsbezogene Medizin, wie sie damals von der CMC entwickelt und angeregt wurde, vorbereiten zu lassen. Sie wandten sich an Professor Taylor, ein Mitglied der CMC, der in Baltimore Kurse für Community Health durchführte. Nach ihrer Rückkehr nach Indien wählten sie sich eine Region für den Beginn ihrer Arbeit aus, die besonders große Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung aufwies. Die Infrastruktur war denkbar schlecht. Durch Trockenzeiten kamen Hungersnöte vor, typische Situationen für Not- und Krisengebiete waren an der Tagesordnung. Die AROLES haben zunächst einmal nichts weiter unternommen, als sich mit den Menschen zu unterhalten. Sie haben versucht festzustellen, was überhaupt vor Ort vorhanden war. Ihnen fiel auf, dass die Menschen primär gar nicht einmal an den Erkrankungen interessiert waren. Selbst dann nicht, wenn sie erfuhren, dass sie Ärzte waren, die ihnen ja hätten helfen können. Vielmehr bewegte sie die Frage nach dem Zugang zu ausreichendem Wasser. Die Wasserstellen waren kilometerweit entfernt. Oder auch ganz andere Fragen, die die AROLES zunächst nicht verstanden. Zum Beispiel meinten die Bewohner in bestimmten Gebieten, ihre ganze Not sei dadurch begründet, dass die Tempel nicht mehr die neuste Bemalung hatten. Für Außenstehende waren diese Probleme unverständlich, aber vom Glauben der Menschen aus betrachtet gut nachvollziehbar. Meinten

doch die Menschen, die Missachtung der Götter habe zu Krankheiten geführt.

Das Ehepaar AROLE ging auf die Sichtweisen der Menschen ein. Sie sprachen mit den Bewohnern über die Gegebenheiten, versuchten gemeinsam, die Ursache der Probleme zu ergründen, und suchten nach Möglichkeiten, Lösungen dieser Probleme aus eigener Kraft zu finden. Sie sagten zu, wenn man Hilfe von außen benötige, würden sie sich für diese Hilfe einsetzen, aber erst dann, wenn das Dorf alles getan habe, was man selbst zu tun in der Lage wäre. Einzelne Dörfer gründeten einen Gesundheitsrat.

Gemeinsam wurden nun also Dinge in Angriff genommen. So habe ich miterlebt, wie man z.B. eine Kinderspeisung durchführte. Dafür war das Getreide von den Äckern geerntet worden, die man in gemeinsamer Arbeit angelegt hatte. Es war ein Wall aufgeschüttet worden, in dem das Regenwasser aufgefangen wurde. Durch die Bewässerung dieser Felder hatte man einen Überschuss an Reis geerntet. Dieser Überschuss konnte nun bei den Speisungen weitergegeben werden. Aber jeder musste noch etwas mitbringen, nämlich etwas Feuerholz, denn das war in dieser Gegend sehr rar. Und bei der Speisung wurden die Kinder gewogen. Anhand von Wandkarten, auf denen man die Körpergröße und das Körpergewicht zueinander in Beziehung bringen konnte, ließen sich Aussagen über den aktuellen Ernährungs- und Entwicklungszustand der Kinder machen. Blieben die Kinder in ihrer Entwicklung zurück, musste man intensiv eingreifen. So erfasste man alle Kinder bis zum fünften Lebensjahr. Innerhalb von fünf Jahren hatte man die Kindersterblichkeit auf Null reduzieren können. Zusätzlich wurden Personen aus der Dorfgemeinschaft ausgewählt, die durch die AROLES eine Ausbildung erhielten in Bereichen der Hygiene, Verhütung von Krankheiten, erste Hilfe, Erkennung von häufig vorkommenden Krankheiten und deren Behandlung. Zumeist waren es Frauen, die das besondere Vertrauen des Dorfes besaßen, oft die so genannten „Weisen Frauen“, die auch herangezogen wurden z.B. zur Geburtshilfe. Wichtig war eine gute Kommunikation zu MABEL und RAJ AROLE. Diese ausgebildeten Dorfhelferinnen trafen sich regelmäßig an den Wochenenden mit den AROLES, um von ihren Schwierigkeiten und von den Auswirkungen ihrer Arbeit zu

berichten, nannten die Probleme und Hindernisse. Man tauschte Erfahrungen aus und überlegte neue Ansätze und Wege. Außerdem wurden an diesen Sonntagen Medikamente ausgegeben.

Auf diese Weise hatte man ein System entwickelt, bei dem die Menschen und ihre Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen wurden. Vor allem waren diese Menschen selbst an der Entwicklung und Lösung beteiligt und eingebunden. Dies erwies sich als die Hauptsache. Es war tatsächlich ihre eigene Arbeit. Sie konnten sich in hohem Maße damit identifizieren. Man errichtete ein kleines, ganz einfach gebautes Krankenhaus, das man jederzeit wieder abreißen konnte. Hier war eine medizinische Grundversorgung gewährleistet. Kleine chirurgische Eingriffe konnten durchgeführt werden.

Ich habe Mabel und RAJ AROLE später besucht und konnte die Entwicklung dieser Arbeit mitverfolgen. Ihre Dienste wurden ausgeweitet. Immer mehr Menschen beteiligten sich. Die Arbeit erwies sich als so wirksam, dass die Regierung die AROLES bat, dieses System für das gesamte Gebiet aufzubauen.

Konferenz von Alma Ata (1978)

Über solche und andere Unternehmungen wurde in der offiziellen, regelmäßig erscheinenden Publikation der CMC, „Contact“, berichtet. Bei den Sitzungen der CMC lud man diejenigen ein, die auf dem Gebiet der Community-Arbeit etwas Neues taten. Auf diese Aktivitäten wurde die WHO aufmerksam. Man beschäftigte sich in der Folgezeit intensiv mit der „Community Medicine“ und beschloss, diesen Ansatz stärker zu fördern. Community Medicine sollte ein ganz wesentlicher Programmpunkt der Weltgesundheitsorganisation werden.

1975 erschien bei der WHO ein Buch unter dem Titel „Health by the people“, bezeichnenderweise nicht „Health for the people“, wie es vorher immer noch formuliert wurde, „Gesundheit durch Menschen“, nicht „Gesundheit für Menschen“. In diesem Buch werden zehn Projekte mit einem Community-Health-Ansatz vorgestellt und beschrieben, unter anderem das Projekt der AROLES aus Jamhked, ebenfalls zwei weitere christliche gemeinschaftsbezogene Arbeiten.

Außerdem wurden von der WHO gemeinschaftsbezogene Dienste in den Mittelpunkt einer internationalen Konferenz in Alma Ata (1978) gestellt. Die Deklaration von Alma Ata eröffnete völlig neue gesundheitspolitische Perspektiven und Möglichkeiten. Sie ist für viele Entwicklungsländer die Grundlage ihrer Entwicklungspolitik geworden.

Community Medicine – auch für uns?

Die Erfolge einer gemeinwesenorientierten Medizin sind inzwischen unübersehbar. Sie werden vielleicht einwenden, dies sei für unterentwickelte Gebiete ganz interessant, aber welche Bedeutung hat dies für uns hier in Deutschland? Die Frage nach einer Beteiligung der Gemeinde wie auch der Patienten ist für uns in den Industrienationen ebenfalls ganz wesentlich. Allerdings ist aber wohl zunächst ein Umdenken, eine *Metanoia*, wie es im Neuen Testament heißt, notwendig. Bei Vorstellungen, die eher von einem Recht auf Gesundheit ausgehen, von Konsumdenken und Anspruchshaltungen geprägt sind, wird der Satz Jesu „*Was ihr getan habt einem von den Geringsten, das habt ihr mir getan*“ keine Bedeutung mehr haben.

In Ostdeutschland hat man sich über diese Dinge Gedanken gemacht. Ich möchte Ihnen einige Ergebnisse aus einem Situationsbericht hierzu zusammengefasst mitteilen:

Die sozialistische Gesellschaft unternimmt große Anstrengungen, die objektiven Krankheitsursachen, Ernährung, Wasserversorgung, Hygiene usw. zu verbessern. Zu diesem Zweck sollen die Heilungsmöglichkeiten durch Verbesserung der wissenschaftlichen Medizin, der ärztlichen Versorgung, des Krankenhauswesens und der Heilkuren vervollkommen werden. Es erscheint deshalb auf den ersten Blick ungerechtfertigt, von krankmachenden Faktoren in unserer Gesellschaft zu sprechen. Aber, das psychosoziale Umfeld des Menschen ist nicht nur von gesellschaftlichen Regeln, sondern auch von nicht vorhersehbaren Konflikten, von subjektiven Erfahrungen und von Widersprüchen geprägt, die das Wohlbefinden so stark beeinträchtigen können, dass daraus akute oder chronische Krankheiten entstehen. Es übersteigt die Möglichkeiten sowohl der

wissenschaftlichen Medizin als auch die der gesellschaftlichen Gesundheitseinrichtungen, diese psychosozialen Spannungen im Vorfeld akuter Gesundheitsgefährdung zu beheben. Hier spielen viele subjektive Faktoren und Einstellungen eine Rolle, die als Herausforderung an den christlichen Glauben und seine sozial-ethischen Wirkungen in die Gesellschaft hinein verstanden werden können.

Wir haben uns dem Konsum- und Anspruchsdenken entgegensustellen. Paulus sagt: „*Stellt euch nicht dieser Welt gleich.*“ Von Recht auf Gesundheit kann man doch nur sprechen, wenn man sich dem Gott Jesu Christi unterstellt und in ihm den Schöpfer und Erlöser sieht, der uns einst in seinem Reich beschenken will, was der Seher Johannes in Joh 21 sagt: „*Siehe da, die Hütte Gottes bei den Menschen. Und er wird bei ihnen wohnen, und sie werden sein Volk sein, und er selbst wird ihr Gott sein. Und Gott wird abwischen alle Tränen von ihren Augen, und der Tod wird nicht mehr sein, nicht Leid noch Geschrei noch Schmerz wird mehr sein, denn das Erste ist vergangen.*“

Welche Botschaft haben wir den Leidenden weiterzugeben! Von einem Recht zu sprechen, ohne die Pflichten und Verpflichtungen aus dem Glauben zu sehen, ist wie die Ausstellung eines Schecks von einem leeren Konto. Menschenrechte sind nur als Teil eines Netzes von übereinstimmend angenommenen Verpflichtungen zu bedenken. Umdenken ist aber auch wichtig in Bezug auf unsere Wirklichkeit. In der biblischen Überlieferung, so meinte Propst Falke aus Erfurt, sprach die Wirklichkeit der Schöpfung zu denen, die an den rettenden Gott glauben. Der Glaube vernahm die Sprache des Himmels, des Sonnenscheins und des Regens, der Lilien und der Sperlinge. Unter dem Zugriff neuzeitlicher Wissenschaft und Technik ist *diese* Sprache der Wirklichkeit verstummt. Die Wirklichkeit wurde zur Ansammlung von Dingen. Sie darf nur noch auf *die* Fragen antworten, die der Mensch ihr stellt. Sie kündigt nicht mehr von einem Sinn. Der Mensch diktiert ihr seine Zwecke.

Wenn wir die Sprache des Leidens verstehen lernen, mit der uns die Natur heute bei unserem Produzieren und Konsumieren ins Wort fällt, kennen wir vielleicht einen Zugang zur Wirklichkeit, der mir entspricht und lebensdienlich ist. Vor diesem Hintergrund müssen

wir uns fragen: Sind wir selbst, sind unsere Gemeinschaften, so wie z.B. auch der Arbeitskreis für Weltmission, der ja auch eine Gemeinschaft darstellt, heilende Gemeinschaften? Engagieren wir uns wirklich in der Auseinandersetzung mit denjenigen, die Krankheit um sich verbreiten? Durch Egoismus, Unverträglichkeit, indem sie andere auf Grund anderer Meinungen und Vorstellungen ausschließen? Befehlen wir unsere kranken Mitmenschen und Gesellschaften Gott an? Helfen wir ihnen dabei, ihre wahre Krankheit zu diagnostizieren und Heilkräfte zu entwickeln und zu vermitteln? Sind wir bereit, uns mit der heilenden Kraft Gottes auf die Seite derer zu stellen, die krank sind, die Mangel leiden, unterdrückt sind?

Die Sprache der Liebe heute ist Gerechtigkeit, ist das Recht, das vor Gott gilt. Wie viel ist zu tun, wenn wir uns ansprechen lassen von all dem, was wir in den täglichen Berichten von Notgebieten hören! Wir haben außerordentliche Möglichkeiten, manche Gaben und auch Gnade, die uns geschenkt ist.

Wir haben Anlass zu danken. Zu danken dafür, dass wir die Botschaft neu sehen, dass wir zusammen sehen, was getrennt schien, dass wir ganzheitlich das ganze Evangelium für den ganzen Menschen in der ganzen Welt und Umwelt als frohe Botschaft erkennen. Wir können danken, dass Gott am Werk ist. Es ist seine Mission. Deshalb können wir warten, scheinbare Misserfolge abwarten, betend mittragen, das Leid ertragen. Bonhoeffer hat formuliert: „Der Gott, der mit uns ist, ist auch der Gott, der uns verlässt.“ Er lässt sich aus der Welt herausdrängen ans Kreuz. Gott ist in der Welt ohnmächtig und schwach. Gerade so, und nur so, ist er bei uns und hilft uns. Gott in Christus hilft nicht kraft seiner Allmacht, sondern kraft seiner Schwachheit, seines Leidens.

Christsein heißt: Teilnahme am Handeln und Leiden Gottes in dieser Welt. Das Kreuz ist der Ort, an dem der Allerärmste, der Allergefuchteste, der Allersanftmütigste zu finden ist. Wir sind nicht berufen, uns die Leiden der ganzen Welt aufzubürden, aber das Leiden, das getragen und ertragen wird, kann ein Weg zur Freiheit sein. Die Befreiung im Leiden liegt darin, dass man seine Sache ganz aus den eigenen Händen geben und in die Hände Gottes legen darf. Gott lässt uns nicht los, weder im Guten noch im Bösen.

Wir verkünden Seine Herrlichkeit, indem wir mittragen und mitleiden. Dass wir auf die kleinen Dinge, die Zeichen achten, sie erkennen und sie mit Leben füllen. Dass wir erkennen, durch uns will er sein Reich bauen, zum Lobe seiner Herrlichkeit. Dazu können und dürfen wir durch unser heilendes Handeln mithelfen.

MARTIN SCHEEL (1917-1990) (Dr. med.): Studium der Theologie und Medizin, 1951-57 Aufbau und Leitung Missionskrankenhaus in Nowrangapur/Indien, 1958 Mitarbeit im Deutschen Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen, 1961-82 Direktor des DIFÄM, maßgeblich am Zustandekommen der Tübinger Konsultationen beteiligt (1964 und 1967), zahlreiche Aufsätze und Beiträge in medizinischen und kirchlichen Zeitschriften zu den Themen ‚Ärztliche Mission‘, ‚Heilendes Handeln‘, ‚Medizin und Glaube‘. Eine Auswahl in: Christoffer Grundmann (Hrsg.), „... Christus den Herrn sein lassen“, Ammersbeck bei Hamburg 1993.

Entnommen: Gerd Propach (Hrsg): Geht hin und heilt.-Zeichen der Freundlichkeit Gottes, Porta Studien 20, SMD Edition, Francke Verlag, Marburg 2002