

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN FREIKIRCHLICHEN KONTEXTEN

Ralf Dziewas

1. ERÖFFNUNG DER PERSPEKTIVE

In Deutschland wird unter dem Begriff »Freikirchen« eine große Vielfalt von altkonfessionellen und in der Neuzeit entstandenen Kirchen und Gemeindebünden zusammengefasst, die gegenüber den evangelischen Landeskirchen und der römisch-katholischen Kirche historisch bedingt im deutschen Kontext als Minderheitenkirchen leben, während sie in anderen Teilen der Welt durchaus Mehrheitskirchen sein können.¹ Die meisten von ihnen gehören zur protestantischen Konfessionsfamilie und sind in Deutschland als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder in Vereinsform organisiert.² Die seit dem 19. Jahrhundert in Europa etablierten evangelischen Freikirchen haben sich 1926 zur besseren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und zur Vertretung ihrer Interessen gegenüber den Mehrheitskirchen und dem Staat in der Vereinigung evangelischer Freikirchen (VEF) zusammengeschlossen.³ Aber auch außerhalb der VEF gibt es ein breites Spektrum von freikirchlichen Einzelgemeinden und Gemeindeverbänden, die teils sehr heterogen sind. Dazu gehören Gemeindeverbände unterschiedlicher konfessioneller Prägung, die z. B. als Migrantengemeinden russlanddeutsche, afrikanische, lateinamerikanische oder asiatische Mitglieder betreuen,⁴ und junge Gemeindegründungsprojekte,

¹ Vgl. LARSEN (2000). Detaillierte Analysen zu konfessioneller Verteilung in Deutschland bietet HENKEL (2001). Grafiken und Details zu den Freikirchen in Deutschland finden sich bei HENKEL (1999).

² Einen konfessionskundlichen Überblick bietet GELDBACH (2005).

³ Mitgliedskirchen in der VEF sind die Arbeitsgemeinschaft Mennonitischer Gemeinden, der Bund Evangelisch-Freikirchlicher Gemeinden, der Bund Freier evangelischer Gemeinden, der Bund Freikirchlicher Pfingstgemeinden, die Evangelisch-methodistische Kirche, Die Heilsarmee, die Kirche des Nazareners, der Mülheimer Verband Freikirchlich-Evangelischer Gemeinden, die Gemeinde Gottes, der Freikirchliche Bund der Gemeinde Gottes, die Anskar-Kirche und Foursquare Deutschland. Gastmitglieder sind die Evangelische Brüder-Unität Herrnhuter Brüdergemeine und die Freikirche der Siebenten-Tags-Adventisten.

⁴ Dabei sind in diesen ethnisch geprägten Gemeinden häufig Familien unterschiedlicher konfessioneller Prägung in Deutschland in einer Gemeinde zusammengeschlossen, sodass die denominationelle Zuordnung dieser Gemeinden oft unklar bleibt. Ver-

die versuchen, milieuspezifische Angebote für spezielle, oft jüngere Gruppen der Bevölkerung anzubieten. Insofern bildet das freikirchliche religiöse Spektrum schon aus konfessionskundlicher Perspektive einen bunten Flickenteppich unterschiedlicher Gemeinden und Konfessionen.⁵ Hinzu kommt, dass viele dieser Konfessionen kongregationalistisch verfasst sind, also den Gemeinden vor Ort eine weitgehende Autonomie in der Gestaltung des Gemeindelebens zusprechen, sodass auch innerhalb einer konfessionellen Einheit oft eine große Vielfalt von Glaubensüberzeugungen, ethischen Vorstellungen und gelebten Gemeindekonzepten existiert.⁶

Für den Bereich des freikirchlichen Gemeindelebens ist das Thema Gesundheitsförderung bisher nicht grundsätzlich bearbeitet worden. Allerdings liegen aus dem Bereich der freikirchlichen Diakonie ausgearbeitete und publizierte Konzepte vor, denn einige freikirchliche Diakoniewerke haben das Thema im Kontext der Bemühungen um eine eigene Profilbildung nutzbar gemacht. Außerdem gibt es aus dem freikirchlichen Kontext wissenschaftliche Untersuchungen zu den Möglichkeiten, einen Burnout im pastoralen Dienst zu vermeiden. Darüber hinaus begegnet das Thema indirekt in der freikirchlichen Theologie, weil viele der deutschen Freikirchen ihre Wurzeln unter anderem in der Heiligungsbewegung haben und daher mitunter eine konservativ-traditionelle Ethik christlicher Lebensführung vertreten, die manche Gesundheitsrisiken minimiert. Dass darüber hinaus das kontinuierliche und verbindliche intergenerationelle religiöse Miteinander freikirchlicher Gemeinden für die in diesen Kontext eingebundenen Mitglieder und Gemeindefreunde selber salutogenetische Konsequenzen haben dürfte, ist für den Kontext der Freikirchen bisher allerdings weder empirisch untersucht noch grundsätzlich theologisch reflektiert worden.⁷

Angesichts der großen Vielfalt unterschiedlicher freikirchlicher Gemeinden und Konfessionen kann der vorliegende Beitrag die Bedeutung des Sa-

bindendes Moment ist in diesen Fällen vor allem die sprachliche und kulturelle Gemeinsamkeit des Herkunftslandes. Vgl. Kibkalt (2013).

⁵ Der Religionswissenschaftliche Medien- und Informationsdienst e.V. (REMID) nennt für 2011 eine Gesamtzahl von ca. 1,5 Millionen Mitgliedern, die in Deutschland Freikirchen und protestantischen Sondergemeinschaften angehören. Zu den Freikirchen der VEF gehörten 2013 insgesamt 259.550 Mitglieder (<http://remid.de/protestantismus/>, abgerufen am 06.02.2015).

⁶ Zur Binnendifferenzierung in kongregationalistischen Gemeindebünden vgl. Dziewas (2010), Verbindlichkeit.

⁷ Über die Gesundheitseffekte sozialer Einbindung in religiöse Gemeinschaften informiert in einer großen Metastudie aus dem amerikanischen Kontext MATTHEWS (2001). Inwieweit die hier zusammengestellten empirischen Forschungsergebnisse allerdings auf den deutschen Kontext übertragbar sind, bleibt zu erforschen. Jedoch ist zumindest für den freikirchlichen Kontext, der in Deutschland oft ähnliche Gemeindestrukturen aufweist, wie die protestantischen Konfessionen in den USA, eine ähnliche Wirkung religiöser Gemeinschaft zumindest wahrscheinlich. Vgl. zu diesem Zusammenhang aus evangelisch-methodistischer Perspektive ESCHMANN (2013), 117f.

lutogenesekonzeptes für den freikirchlichen Kontext nur im Überblick und anhand konkreter Beispiele veranschaulichen. Die folgenden Überlegungen zur Gesundheitsförderung im freikirchlichen Kontext konzentrieren sich daher zunächst auf die Reflexion der bisher publizierten freikirchlichen Gesundheitsförderungskonzepte aus diakonischen Einrichtungen und die Potentiale, die das Salutogenesekonzept für die Ausbildung einer freikirchlichen Profilbildung im diakonischen Kontext bietet. Darüber hinaus werden dann die für den Kontext des pastoralen Dienstes erhobenen salutogenetischen Erkenntnisse aus freikirchlichen Kontexten referiert und Aspekte der Gesundheitsförderung im Alltag freikirchlicher Diakonie und Gemeindegarbeit reflektiert, um anschließend auch die Defizite im Blick auf die Theologie der Gesundheitsförderung im freikirchlichen Kontext aufzuzeigen.

2. ZENTRALE THEMEN UND DEBATTEN

Einen umfangreicheren, auch theologisch reflektierten Diskurs zur Gesundheitsförderung gibt es im freikirchlichen Kontext nur mit Bezug auf das Profil der institutionellen freikirchlichen Diakonie, in der Auseinandersetzung um notwendige Strukturen des pastoralen Dienstes und in Diskussionen um den Heilungsauftrag der christlichen Gemeinde.

2.1 Gesundheitsförderung als Element freikirchlich-diakonischer Profilbildung

Auch wenn die in der VEF zusammengeschlossenen Freikirchen in Deutschland nur einen Teil des freikirchlichen Spektrums ausmachen, sind diese doch überproportional diakonisch aktiv. Vor allem die größeren Freikirchen sind vielfach Träger diakonischer Einrichtungen im Gesundheitswesen, deren Existenz sich zum Teil noch der Zeit der Mutterhausdiakonie verdankt.⁸ Die meisten freikirchlichen Einrichtungen sind zudem über den Verband freikirchlicher Diakoniewerke Mitglieder im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung (EWDE), da die traditionellen Freikirchen in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg Mitglieder des Hilfswerks der Evangelischen Kirche in Deutschland wurden und damit dann auch zu den Gründungsmitgliedern des

⁸ Im Verband freikirchlicher Diakoniewerke (VfD) sind in Deutschland 8 freikirchliche Mutterhäuser und 133 diakonische Einrichtungen organisiert, in denen insgesamt 20.754 Mitarbeitende beschäftigt sind, die einen Gesamtumsatz von 1,598 Milliarden Euro erwirtschaften (<http://www.evangelische-freikirchen-diakonie.de/statistik-1-januar-2012.php>, abgerufen am 06.02.2015). Hinzu kommen viele freikirchliche diakonische Einrichtungen, die Mitglieder in nichtdiakonischen Wohlfahrtsverbänden sind.

Diakonischen Werkes der EKD und schließlich des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung gehörten.⁹

Vor allem im Bereich der Krankenhäuser und Altenhilfeeinrichtungen in freikirchlicher Trägerschaft ist der Ansatz der Salutogenese genutzt worden, um die freikirchlich-diakonische Profilbildung zu stärken. Nach dem Wegbruch der von den Diakonissenmutterhäusern gestellten Schwesternschaften und nach der Übernahme ehemals atheistisch geprägter Kliniken und Seniorenheime in den neuen Bundesländern bot sich das Konzept der Gesundheitsförderung als weltanschaulich neutrales Konzept an, um auch mit nichtfreikirchlichen Mitarbeitenden ein freikirchliches Profil zu entwickeln, das sowohl für die freikirchlichen Trägergemeinden als auch für die neu hinzu gekommene Mitarbeiterschaft anschlussfähig sein konnte.

Es war schon immer eine der zentralen Herausforderungen freikirchlicher Einrichtungen gewesen, mit nur wenigen freikirchlichen Mitarbeitenden dennoch eine freikirchlich-konfessionelle Identität ihrer diakonischen Einrichtungen zu entwickeln, ohne den besonderen Status als Minderheitenkirchen dabei allzu sehr in den Vordergrund zu stellen. Eine starke Ausprägung und Kommunikation der freikirchlichen Spezifika hätte aufgrund bestehender Vorbehalte gegen religiöse Sondergemeinschaften eher Wettbewerbsnachteile auf dem Gesundheitsmarkt mit sich gebracht, da im bipolar evangelisch-landeskirchlich bzw. römisch-katholisch geprägten kirchlichen Setting der Bundesrepublik sowohl bei den Kunden und Klienten als auch bei den politischen Entscheidungsträgern und Finanzgebern zumindest eine grundsätzlich Skepsis gegenüber freikirchlichen Trägern und Dienstleistungsanbietern unterstellt werden musste. Daher wandten sich einzelne freikirchliche Diakoniewerke weltanschaulich neutralen Konzepten wie der Gesundheitsförderung zu, um ihre eigene Identität zu profilieren.

Es waren sowohl Einrichtungen in baptistischer wie auch adventistischer Trägerschaft, die zu den Wegbereitern der Idee der Gesundheitsförderung im deutschen Krankenhauswesen gehörten. So war der langjährige Geschäftsführer der zur Evangelisch-Freikirchlichen Gemeinde Berlin-Schöneberg gehörenden Immanuel Diakonie, Elimar Brandt, 10 Jahre der Vorsitzende des Deutschen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK), dem deutschen Zweig des Health Promoting Hospital (HPH)-Netzwerks der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Unter seiner Leitung war vor allem das Berlin-Brandenburger Regionalnetz in den 1990er Jahren innovativer Motor verschiedener neuer Konzepte der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. So erarbeiteten freikirchliche und kommunale Einrichtungen gemeinsame Stan-

⁹ Innerhalb des EWDE sind die Freikirchen mit ihren Diakoniewerken zudem in der Diakonischen Arbeitsgemeinschaft der evangelischen Kirchen organisiert, in der seit 1957 das diakonische Miteinander von Landeskirchen und Freikirchen abgestimmt wird. Vgl. zur Bedeutung der Freikirchen für die Gründung des Diakonischen Werks SCHÖBER (1997).

dards sowie ein Qualitätshandbuch für die Gesundheitsförderung im Krankenhaus.¹⁰ Die Einrichtungen der Immanuel Diakonie entwickelten eine Health Promoting Hospital-Balanced Scorecard zur strategischen Umsetzung salutogenetischer Konzepte der Patientenversorgung in Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen, die auch international rezipiert wurde.¹¹

2.2 Gesundheitsförderung als Herausforderung im pastoralen Dienst

Im Kontext der freikirchlichen Gemeindegarbeit wurde das Anliegen der Salutogenese vor allem im Kontext der Burnoutprävention im pastoralen Dienst thematisiert. Da in den meisten, kongregationalistisch verfassten Freikirchen die Pastoren in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zu den Ortsgemeinden stehen und nur wenig durch kirchliche Strukturen vor dem Erwartungsdruck ihrer Gemeinden geschützt werden, stehen freikirchliche Hauptamtliche im pastoralen Dienst vor besonderen Herausforderungen.¹² Sie sollen zugleich für ihre Gemeinden ein Gegenüber sein, das leitet, befähigt und die gemeindliche Entwicklung erfolgreich gestaltet, andererseits sind sie aber nicht durch einen Amtsstatus aus der Gemeinschaft der Gemeinde herausgehoben, sondern als Angestellte der Gemeinden von diesen abhängig und gleichzeitig vielfältigen, einander zum Teil widersprechenden Erwartungen ausgesetzt.¹³ Diese Konstellation bringt eine erhöhte psychische Belastung und ein deutlich höheres Burnout-Risiko mit sich, das einerseits durch die Bereitschaft, sich im Dienst zu verausgaben und sich selbst dabei zu überfordern, befördert werden kann, andererseits aber auch durch Verhaltens- und Erlebnismuster, die Resignationstendenzen bei Misserfolg wahrscheinlicher machen.¹⁴ Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine Studie zum Burnout bei Pastoren der Evangelisch-methodistischen Kirche (EmK). Auch hier stehen Streit und Konflikte in und mit der Gemeinde sowie zu große Erwartungen an den Pastor oder die Pastorin an der ersten Stelle der benannten Stressoren.¹⁵ Hinzu kommen bei Pastorinnen und Pastoren aller Freikirchen ein im Vergleich

¹⁰ BRANDT (2001).

¹¹ Vgl. BRANDT / SCHMIDT ET AL. (2005).

¹² Vgl. dazu aus dem Kontext der Evangelisch-Freikirchlichen Gemeinden NEESE (2009) und DZIEWAS (2009). Eine aktuelle empirische Untersuchung zu den gesundheitsbezogenen Herausforderungen des pastoralen Dienste gibt es aus dem Bund Freier evangelischer Gemeinden: VOLTMER / THOMAS / SPAHN (2010). Dass der pastorale Dienst in der nichtkongregationalistischen evangelisch-methodistischen Kirche, in der die Pastoren weniger stark von den Mitgliedern der Ortsgemeinden abhängig sind, dennoch ähnliche Burnouttrisiken birgt, zeigt die empirische Studie von ESCHMANN / HAMMER ET AL. (2012). Die besonderen Belastungen von Pastorinnen in freikirchlichen Gemeinden, die zum Teil noch nicht lange die Frauenordination praktizieren, reflektiert ROSSOL (2009).

¹³ Vgl. DZIEWAS (2009), 216-219.

¹⁴ Vgl. VOLTMER / THOMAS / SPAHN (2010), 496-501.

¹⁵ Vgl. ESCHMANN / HAMMER ET AL. (2012), 43.

zu landeskirchlichen Geistlichen deutlich niedrigeres Gehalt und aufgrund der kaum vorhandenen innerkirchlichen Hierarchie fehlende Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen.¹⁶

Für die Burnout-Prävention wurde in den empirischen Untersuchungen im freikirchlichen Kontext vor allem auch die Ressource der Spiritualität untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Pastorenschaft in der EmK spirituelle Elemente wie Gebet, Bibellesen und Einkehrtage noch vor den auch sonst als salutogenetische Faktoren wahrgenommenen Aspekten wie Sport, Familie und Partnerschaft, Freizeit oder Wertschätzung als positive Ressource benannte.¹⁷ Allerdings ließ sich in der deutschen Studie mit Pastoren der Freien evangelischen Gemeinden nur ein negatives religiöses Coping als relevant für eine schlechtere psychische Gesundheitssituation nachweisen, nicht jedoch der aus anderen Studien belegte Zusammenhang zwischen stärkerer Spiritualität und geringerem Burnout-Risiko.¹⁸ Von daher zielten auch die aus diesen Studien abgeleiteten konkreten Maßnahmen und Forderungen eher auf strukturelle Veränderungen bei den Arbeitszeitregelungen und Gehaltsrichtlinien,¹⁹ sowie auf eine bessere Vorbereitung auf die Belastungen des Dienstes in der Ausbildungsphase und eine Verbesserung der Feedbackkultur.²⁰

2.3 Gesundheitsförderung als Teil des Heilungsauftrags der christlichen Gemeinde

Es gehörte zu den traditionellen Formen freikirchlichen Gemeindelebens, dass nicht nur im Kontext der gottesdienstlichen Fürbitten der Kranken gedacht wurde, sondern dass daneben das individuelle und persönliche Gebet um Heilung praktiziert wurde, bei dem pastorale und nichtpastorale Leitungsmitglieder der Gemeinde die Kranken aufsuchten, um für sie zu beten. Dies konnte mit Bezug auf die biblische Handlungsanweisung in Jak 5,14-16 auch mit einer Salbung mit Öl verbunden sein. Diese Tradition wurde jedoch in den meisten Freikirchen im 20. Jahrhundert zunehmend weniger praktiziert, da die Salbung mit Öl meist nur nach ausdrücklicher Bitte des erkrankten Gemeindegliedes erfolgte und die Kranken diese Handlung immer seltener erbat. Eine Neuentdeckung dieser rituellen Form der Zuwendung zum Kranken ging in den Freikirchen einerseits von der Krankenhausseelsorge aus und andererseits von der Bewegung der Geistlichen Gemeindeerneuerung.

Im Kontext der freikirchlichen Klinikseelsorge wurde die von Walter J. Hollenweger auf dem Ersten Ökumenischen Kirchentag in Berlin vorgestellte anglikanische Form des Salbungs- und Segnungsgottesdienstes positiv aufge-

¹⁶ Vgl. für alle Teilgruppen der pastoralen Dienste außerhalb der Sonderdienste in der EmK ESCHMANN / HAMMER ET AL. (2012), 35-41.

¹⁷ Vgl. ESCHMANN / HAMMER ET AL. (2012), 43.

¹⁸ Vgl. VOLTMER / THOMAS / SPAHN (2010), 502.

¹⁹ Vgl. ESCHMANN / HAMMER ET AL. (2012), 68.

²⁰ Vgl. VOLTMER / THOMAS / SPAHN (2010), 504.

nommen und in freikirchliche Klinikgottesdienste eingebracht.²¹ Während im Kontext der Klinikseelsorge die Salbung als rituelles Handeln an einzelnen Kranken im Mittelpunkt blieb, wurde die Praxis der Salbung mit Öl von der überkonfessionellen Geistlichen Gemeindeerneuerung in den Kontext des allgemeinen Heilungsauftrag der Kirche integriert und zum Angebot an alle Leidenden, Kranken und Belasteten ausgeweitet, denen im Kontext von Heilungs- und Segnungsgottesdiensten dieses Ritual angeboten wurde.²² Während die im pfingstlich-charismatischen Kontext verbreiteten Heilungsgottesdienste ursprünglich stark auf die besondere Gabe einzelner »Heiler« fokussiert waren und theologisch in den verschiedenen nicht-pfingstlichen Freikirchen daher nur vereinzelt aufgenommen wurden, haben die neuen rituellen Formen des Heilungs- und Segensgebetes größere Verbreitung auch in den traditionellen Freikirchen gefunden. Dabei wird die spirituelle Wirkung gemeindlicher Rituale als ein Element christlicher Zuwendung zu den Kranken wahrgenommen und theologisch eingebettet in andere Formen des christlichen Gesundheitsdienstes.²³ Da das Anliegen einer breiteren Berücksichtigung spiritueller Ressourcen im Gesundheitswesen auch in weiten Kreisen der Freikirchen Zustimmung gefunden hat, waren und sind Freikirchler in verschiedenen Bereichen und Aktivitäten engagiert, in denen das allein auf die leibliche Gesundheit ausgerichtete medizinische System um die spirituelle Dimension eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses im Sinne der Salutogenese-konzeption erweitert werden soll.²⁴

3. POTENTIALE

Will man die besonderen Potentiale der Gesundheitsförderung aus dem freikirchlichen Kontext hervorheben, finden sich diese einerseits im strategischen Krankenhausmanagement, im Umgang mit nichtkirchlichen Mitarbeitenden in der Diakonie, sowie in der typisch freikirchlichen Integration der Seelsorge in die medizinischen Behandlungsabläufe. Außerdem liegen sie in

²¹ Vgl. STOREK (2005), 46-51.

²² Vgl. zur theologischen Begründung RUST (2013), 121-133.

²³ Dabei kann dann in den verschiedenen Formen der Zuwendung zu den Kranken auch ein spezifischer Beitrag der christlichen Gemeinden im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung nach der Definition der WHO gesehen werden. Vgl. RUST (2013), 121f.

²⁴ So sind Freikirchler in verschiedenen Gremien und Publikationen der Christen im Gesundheitswesen engagiert (z. B. im Kontext des Deutschen Gesundheitskongresses und der Zeitschrift *ChrisCare*) und haben sich aktiv an diakonischen Initiativen wie dem Projekt »DiakonieCare«, des Diakonischen Werkes der EKD beteiligt, das praktische Konzepte zur Stärkung von existentieller Kommunikation und spirituellen Ressourcen in der Pflege entwickelt hat. Vgl. STOCKMEIER / GIEBEL / LUBATSCH (2012 und 2013).

einer besonderen Betonung der Migrantenfreundlichkeit und der Corporate Social Responsibility sozialer Einrichtungen.

3.1 Gesundheitsförderung im freikirchlichen Krankenhausmanagement

Am deutlichsten sind freikirchliche Impulse in die strategische Umsetzung der Gesundheitsförderung im Krankenhausbereich eingeflossen. Dadurch, dass eine Reihe von freikirchlichen Kliniken als Wegbereiter im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser fungierten, sind für diesen Bereich auch die elaboriertesten Konzepte der Gesundheitsförderung entwickelt worden. So hat die evangelisch-freikirchliche Immanuel Diakonie über mehrere Jahre hinweg die strategische Umsetzung des Health Promoting Hospital Konzeptes durch die kombinierte Anwendung eines EFQM-Qualitätsmanagements mit einer HPH-Balanced Scorecard vorangetrieben und die dabei gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse sowohl auf den Konferenzen des Deutschen als auch des Internationalen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO regelmäßig zur Verfügung gestellt.²⁵ Basis der Gesundheitsförderungsstrategie der Immanuel Diakonie war dabei die Vereinbarung von 18 Unternehmenswerten, die die Orientierung am WHO-Konzept der Ottawa-Charta mit traditionellen baptistischen Wertvorstellungen verbanden.²⁶ Um diese Werte der Gesundheitsförderung strategisch in den Alltag aller Kliniken und Alteneinrichtungen der Immanuel Diakonie zu implementieren, wurde eine Balanced Scorecard entwickelt, die in allen vier Dimensionen (Finanzen, Kunden, Prozesse, Innovationen) konkrete Ziele und Messwerte für die Umsetzung der Gesundheitsförderung in den Alltag der Einrichtungen vorsah.²⁷ Zu jedem Ziel gab es interdisziplinäre und einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppen, die für die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Zielerreichung verantwortlich waren. Die auf diese Weise unternehmensweit implementierte Strategie der Gesundheitsförderung wurde zudem grafisch visualisiert und so der Mitarbeiterschaft der Einrichtungen anschaulich vermittelt.²⁸ Die zweite, nach fünf Jahren überarbeitete Version dieser Balanced Scorecard zeigte, dass manche Ziele in den ersten Jahren bereits erreicht werden konnten und durch neue ersetzt wurden, andere über einen längeren Zeitraum weiterverfolgt werden mussten.

Da die Balanced Scorecard ein eher Top-Down ansetzendes strategisches Managementinstrument ist, hat die Immanuel Diakonie parallel dazu ein Qualitätsmanagement nach dem Standard der European Foundation for Quality

²⁵ Vgl. zur Entwicklung der HPH-Balanced Scorecard und ihrer Kombination mit einem Qualitätsmanagement nach dem EFQM-Modell GROENE / BRANDT ET.AL. (2009), bes. 269.

²⁶ Vgl. dazu DZIEWAS (2005).

²⁷ Vgl. GROENE / BRANDT ET AL. (2009), 264.

²⁸ Vgl. GROENE / BRANDT ET AL. (2009), 265-267.

Management durchgeführt, in das auch zweijährliche Mitarbeiterbefragungen zur Umsetzung der gesundheitsbezogenen Unternehmenswerte und regelmäßige externe Patienten- und Bewohnerbefragungen einfließen. So konnten auch die Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiterschaft und die Wahrnehmungen der wichtigsten Zielgruppen der Einrichtungen in die strategische Umsetzung der Gesundheitsförderung einfließen. Das insgesamt sehr ambitionierte Strategiekonzept mit seinen vielen einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppen wurde aufgrund des wachsenden finanziellen Drucks im Gesundheitswesen und nach einem Wechsel in der Führung der Immanuel Diakonie im Zuge der Umsetzung der zweiten Balanced Scorecard nur noch deutlich schlanker weitergeführt, hat aber insgesamt gezeigt, dass die Verbindung (frei-)kirchlicher Grundwerte mit dem Anliegen der Gesundheitsförderung ein geeignetes Konzept sein kann, um eine gesundheitsförderliche diakonische Unternehmenskultur zu entwickeln.²⁹

3.2 Gesundheitsförderung und die Einbindung nichtkirchlicher Mitarbeitender in (frei-)kirchliche diakonische Kontexte

Das in der Ottawa-Charta von 1986 gebündelte Konzept der Gesundheitsförderung hat für diakonische Kontexte den Vorteil, dass es ein weltanschaulich neutrales Konzept ist, das noch vor der Überwindung des West-Ost-Gegensatzes als weltweites WHO-Konzept erarbeitet und verabschiedet wurde.³⁰ Es ist daher für nichtkonfessionelle Mitarbeitende der neuen Bundesländer ebenso anschlussfähig wie für kirchlich sozialisierte Mitarbeitende aus dem Bereich der alten Bundesrepublik. Dabei ist das zugrunde liegende Salutogeneseverständnis so ganzheitlich angelegt, dass sich auch die spirituellen Bedürfnisse von Patienten, Bewohnern und Klienten als Elemente der Gesundheitsförderung einbinden und thematisieren lassen. Darüber hinaus kommt auch die in der Ottawa-Charta festgelegte Verpflichtung der Einrichtungen zur sozialen Verantwortung für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung dem Ansatz kirchlicher Diakonie und Caritas entgegen, die ihre diakonisch helfende Arbeit immer als Teil des kirchlichen Dienstes an der gesamten Gesellschaft verstanden haben und deshalb nicht nur wirtschaftlich profitable Aufgaben der Gesundheitsversorgung übernahmen.³¹

Alle drei Aspekte greifen aber auch traditionelle Anliegen freikirchlicher Träger diakonischer Einrichtungen auf. Diakonische Hilfe sollte vor allem konkret Betroffene erreichen, darüber hinaus aber auch die Mitarbeitenden zu einer Dienstgemeinschaft verbinden, deren gemeinsames diakonisches Handeln als tatkräftiges Zeugnis der Liebe Gottes zu den Menschen erkennbar sein sollte. Häufig wurde daher diakonisches Handeln zugleich als missionarisch wirksames Zeugnis gegenüber einer den Freikirchen kritisch gegen-

²⁹ Vgl. GROENE / BRANDT ET AL. (2009), 269.

³⁰ Vgl. den Text der Ottawa-Charta in: KICKBUSCH (2006), 167-172.

³¹ Vgl. DZIEWAS (2010), Kommunikation, bes. 101f.

überstehenden Öffentlichkeit verstanden. Diese enge Verbindung von Diakonie und missionarischen Bemühungen hat allerdings auch in den Freikirchen in der Gegenwart zunehmende Kritik erfahren, da sich bei den freikirchlichen Trägern die Einsicht mehr und mehr durchsetzte, dass jede enge Verbindung von diakonischem Handeln und evangelistischer Verkündigung als Instrumentalisierung der Diakonie missverstanden werden kann und damit negative Vorurteile gegenüber Kirche an sich – und gegenüber missionarisch aktiven Freikirchen im Besonderen – heraufbeschwört.³² Hier bot das Konzept der Gesundheitsförderung eine gute Möglichkeit, nach innen und außen die Anliegen freikirchlicher Diakonie auf eine Art und Weise zu kommunizieren, die nichtgläubige Mitarbeitende nicht vereinnahmte und dennoch den Fokus auf das Wohl der Menschen außerhalb der Einrichtungen im Blick behielt. So konnte man aus dem Konzept der Gesundheitsförderung eine gemeinsame Wertebasis formulieren, die zum einen die Anliegen freikirchlicher Träger aufnahm, wie z. B. die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse bei der medizinischen Behandlung oder die Gestaltung religiöser Angebote bei gleichzeitiger Wahrung der Religionsfreiheit, als auch den Wünschen der zum größten Teil nicht freikirchlich orientierten Mitarbeiterschaft entgegen kam.³³

3.3 Gesundheitsförderung und Seelsorge

Das Salutogenese-Konzept der WHO-Gesundheitsförderung ist aufgrund seines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses offen für die Einbeziehung spiritueller Bedürfnisse in die Gesundheitsförderung, ohne dabei zwischen Hilfebedürftigen, Helfenden und Außenstehenden zu trennen. Alle Menschen haben ein Recht darauf, in ihrem Lebens- und Arbeitskontext zu einem »höhere[n] Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit [...] und [...] damit zur Stärkung ihrer Gesundheit« befähigt zu werden, »um ein umfassendes körperli-

³² So formuliert der Bund Evangelisch-Freikirchlicher Gemeinden in seinen 16 Qualitätsstandards für Gemeindediakonie gleich an zweiter Stelle: »2. Diakonie als uneigennützigere Hilfe: Gemeindediakonie verfolgt das Ziel, Menschen zu helfen, nicht neue Mitglieder für eine Gemeinde zu gewinnen. Gemeindediakonie verzichtet daher auf eine enge Verknüpfung von diakonischer Hilfe und evangelistischen Bemühungen und stellt sicher, dass die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen stets freiwillig bleibt.« <http://www.baptisten.de/mission/mission-live/diakonie/diakonie-qualitaetsstandards>, aufgerufen am 16.02.2015.

³³ So haben viele freikirchliche Träger, anders als die landeskirchlich geprägten Einrichtungen, von Anfang an bewusst darauf verzichtet, von ihrer Mitarbeiterschaft eine Kirchenmitgliedschaft zu fordern, und statt dessen die Zustimmung zu den gemeinsam erarbeiteten Unternehmenswerten in den Mittelpunkt der Personalentwicklung gestellt. Dies geschah zumeist deshalb, weil die Freikirchen als Verfechter der Glaubens- und Gewissensfreiheit traditionell besonderen Wert auf die Freiwilligkeit der Kirchenmitgliedschaft legten, und so vermeiden konnten, dass Mitarbeitende nur deshalb Kirchenmitglied wurden, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren, bzw. die eigenen Karrierechancen in der kirchlichen Einrichtung zu verbessern.

ches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen«³⁴. Das bedeutet für die einen die Freiheit und Befähigung zur Integration religiöser Aktivitäten in ihren Lebensalltag und die Nutzung religiöser Ressourcen zum Coping in schwierigen Lebenssituationen. Für andere Personen sind hingegen die Freiheit von religiöser Beeinflussung und das Recht auf ein Leben ohne religiöse Bindungen für die Gestaltung ihres Lebens zentral. Da jedoch in diakonischen Behandlungs- und Betreuungssettings die Betroffenen nicht immer über sich selbst entscheiden können, bedarf das Erkennen und Befriedigen religiöser Bedürfnisse bzw. die Unterstützung nichtreligiöser Formen der Bewältigung von Lebensproblemen einer hohen Sensibilität und Kompetenz bei allen Beteiligten im Behandlungs- bzw. Betreuungsprozess. Dies hat dazu geführt, dass sich die freikirchlichen Diakoniewerke immer wieder dafür engagiert haben, Formen der religiösen Anamnese zu entwickeln bzw. Kompetenzen in Spiritual Care und religiösem Coping zu vermitteln, die die Mitarbeiterschaft zu einem individuell ausgerichteten, angemessenen Umgang mit den verschiedenen religiösen Bedürfnissen der Klienten, Patienten und Bewohner befähigen sollen.³⁵

Anders als in der Klinikseelsorge der evangelischen Landeskirchen sind die Seelsorgenden in freikirchlichen Diakoniewerken zumeist Angestellte des jeweiligen Trägers und damit in das Mitarbeiterteam der Kliniken und Alten- einrichtungen integriert. Dies ermöglicht einerseits eine engere fachliche Einbindung der Seelsorge in den Behandlungsprozess, bis hin zur Integration religiöser Anamnese und seelsorgerlicher Unterstützung in die klinischen Behandlungspfade³⁶, verhindert aber andererseits eine Positionierung der Seelsorgenden allein auf der Patientenseite. Die geringere institutionelle Unabhängigkeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger verlangt daher, dass es zu den definierten Aufgaben der Seelsorge im Behandlungsprozess gehört, den kritischen Blick auf den Behandlungsverlauf zu wahren und die Vertretung der Interessen des Patienten zu übernehmen, um auf diese Weise zum Gelingen einer erfolgreichen und zugleich ethisch vertretbaren Behandlung und Begleitung im Gesundheitswesen beizutragen. Je stärker dies zu ihrem offiziellen Auftrag gehört, umso besser ist die Möglichkeit der Seelsorgenden, sowohl als kompetenter Teil des Teams akzeptiert zu werden, als auch die Perspektive der Betroffenen an strukturell passender Stelle einbringen zu

³⁴ So die Definition der Gesundheitsförderung als Prozess der Befähigung in der Ottawa-Charta (zitiert bei KICKBUSCH (2006), 169).

³⁵ Vgl. zum Verständnis von Spiritual Care in einem evangelisch-freikirchlichen Diakoniewerk STIEGLER (2012), 249-254.

³⁶ Wissenschaftlich evaluiert wurde dieses Anliegen im Rahmen eines DFG-Forschungsprojektes zur seelsorgerlichen und psychologischen Begleitung von Herzpatienten, die in einer bizenitrischen Studie am Evangelisch-Freikirchlichen Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau und an der Universitätsklinik der Friedrich-Schiller Universität Jena durchgeführt wurde. Vgl. ROSENDAHL / TIGGES-LIMMER ET AL. (2009) und ROSENDAHL / TIGGES-LIMMER ET AL. (2013), 35-44.

können. Dadurch können die Seelsorgenden sowohl zum Empowerment des Teams beizutragen, als auch dem Patienten zu einer ihm angemessenen Behandlung verhelfen.

3.4 Gesundheitsförderung und Migrantenfreundlichkeit

Stärker als in allen anderen Konfessionfamilien gehört der Wunsch nach Religionsfreiheit zu den prägenden Merkmalen der geschichtlich gewachsenen Identität der Freikirchen.³⁷ So waren es vor allem die täuferischen Kirchen, die aufgrund eigener Verfolgungserfahrungen das Recht auf Religionsfreiheit für jedermann forderten und dieses Recht auch in die ersten freiheitlichen Verfassungen integrierten.³⁸ Dieser ursprüngliche Impuls einer radikalen Glaubens- und Religionsfreiheit ist jedoch im deutschen Freikirchentum nicht durchgängig im Fokus der Gemeindeaktivitäten geblieben. Gerade in evangelikaln Gemeindebünden sind angesichts der wachsenden Migrationsbewegungen mitunter auch deutliche Vorbehalte gegenüber einer Öffnung der deutschen Gesellschaft für muslimische oder asiatische Religiosität formuliert und das traditionelle Bild eines allein von christlichen Werten geprägten Abendlandes hochgehalten worden.³⁹ Trotzdem ist für die meisten diakonischen Projekte in freikirchlicher Trägerschaft bezeichnend, dass sie eine hohe Offenheit für die Beschäftigung nicht kirchlich gebundener Mitarbeitender und damit dann auch eine Offenheit für Mitarbeitende aus anderen religiösen und kulturellen Hintergründen zeigen, weil sie als Freiwilligkeitskirchen auf jeden Fall vermeiden wollen, dass eine Kirchenmitgliedschaft allein oder überwiegend aus Gründen der Arbeitsaufnahme in einer diakonischen Einrichtung oder zur Optimierung von Berufsperspektiven eingenommen wird. Wo allerdings auch nicht kirchlich gebundene und religiös nicht christlich geprägte Mitarbeitende eingestellt werden, fördert dies dann mittelbar auch die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationserfahrung, da eine interkulturell und interreligiös zusammengesetzte Arbeiterschaft eher in der Lage ist, die Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse von Migranten zu verstehen und ihre Behandlung so auszurichten, dass die gewählten Therapiemaßnahmen auch als hilfreich erlebt und angenommen werden können.⁴⁰

Neben diesen von traditionellen Überzeugungen geprägten Verhaltensweisen der Freikirchen hat in den letzten knapp zwanzig Jahren vor allem die

³⁷ Vgl. GELDBACH (2005), 50.

³⁸ Vgl. zur historischen Bedeutung der Freikirchen für das moderne Recht auf Religionsfreiheit GELDBACH (2005), 50-94.

³⁹ Dies bedeutet allerdings nicht, dass die deutschen Freikirchen besonders ablehnend gegenüber Migranten gewesen wären, sondern dass diese Bevölkerungsgruppe eher als Ziel missionarischer Bemühungen, denn als Partner im interreligiösen Dialog gesehen wurde.

⁴⁰ Zur Bedeutung interkultureller Kompetenz für Migrantenfreundlichkeit im Gesundheitswesen vgl. KARL-TRUMMER / KRAJIC ET AL. (2006). Das einzige deutsche Krankenhaus in diesem EU-Projekt war eine freikirchliche Klinik. Vgl. dazu LIESKE (2006).

zunehmende Beschäftigung mit missionalen Gemeindeentwicklungskonzepten dazu geführt, dass viele freikirchliche Gemeinden ihre lokale diakonische Arbeit auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ausgerichtet haben.⁴¹ Da gerade Menschen mit einer Flüchtlingsbiographie und fehlenden Sprachkenntnissen auch im Gesundheitswesen stark benachteiligt sind, ja ihnen mitunter elementare medizinische und psychologische Hilfe verwehrt bleibt, weil sie nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügen, um diese zu beantragen, braucht die Gesundheitsförderung von Migranten einen kultursensiblen und toleranten Umgang mit den spezifischen religiösen und gesundheitsbezogenen Bedürfnissen von Klienten, Patienten, Bewohnern und Hilfebedürftigen. Oftmals erhalten diese erst durch kompetente Unterstützung den ihnen eigentlich unmittelbar zustehenden Zugang zu Leistungen des deutschen Gesundheitssystems. Daher fördert die Einbindung von Migranten in das verbindliche Miteinander eines freikirchlichen Gemeindelebens nicht nur deren Sprachkenntnisse, sondern verbessert auch ihre Gesundheitschancen, weil die Betroffenen durch einheimische Gemeindeglieder bei Arztbesuchen, Klinikaufenthalten oder bei Anträgen bei Krankenkassen oder Ausländerbehörden Unterstützung erhalten.

3.5 Gesundheitsförderung als Element der Corporate Social Responsibility

Das Konzept der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta verpflichtet Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Verbesserung der Gesundheitschancen der Bevölkerung im Umfeld der Einrichtung. Das in Kliniken und Altenhilfeeinrichtungen sowie anderen diakonischen Werken vorhandene Gesundheitswissen soll zum Empowerment nicht nur derer dienen, die die Leistungen einer Einrichtung in Anspruch nehmen. Es geht auch um eine gezielte Außenwirkung der Einrichtung in den öffentlichen Raum hinein, um die Gesundheitschancen aller Menschen in dieser Region zu erhöhen.⁴² Dies kann in vielfältigen Formen von Kooperationen geschehen. Eine Klinik mit einer geburtshilflichen Abteilung kann z. B. in Zusammenarbeit mit einer Kirchengemeinde jungen Eltern, denen noch die Kompetenz zur Versorgung ihres Neugeborenen fehlt, ehrenamtliche Unterstützung vermitteln, um die Gesundheitschancen des Säuglings zu verbessern. Eine Beratungsstelle kann

⁴¹ Im Gegensatz zu missionarischen Konzepten zielt die missionale Gemeindeentwicklung nicht auf die Bekehrung von Menschen durch Evangelisation, sondern auf ein erneuertes Miteinanderleben, das in Wort und Tat Zeugnis von der Liebe Gottes gibt. Nach diesem Ansatz wird auch in freikirchlichen Gemeinden zunehmend die gleichberechtigte Zusammenarbeit mit Menschen unterschiedlicher Religiosität und kultureller Prägung praktiziert und ein zum Glauben an Christus einladendes Gemeindeleben angestrebt, das eine intensive interkulturelle Gemeinschaft ermöglicht. Besonders einflussreich ist im freikirchlichen Kontext diesbezüglich REIMER (2011).

⁴² Vgl. dazu den Abschnitt »Die Gesundheitsdienste neu orientieren« der Ottawa-Charta, zitiert bei KICKBUSCH (2006), 170f.

in den Schulen der Stadt Informations- und Präventionsmaßnahmen organisieren, um Schüler über Risiken von Alkohol- und Drogenkonsum, Essstörungen, Aids oder Rauchen zu informieren oder es werden gemeinsame Trainings gegen Mobbing und Rassismus und für gewaltfreie Konfliktlösung durchgeführt. Entscheidend ist dabei für das ganzheitliche Konzept der Gesundheitsförderung, dass Netzwerke entstehen, in denen die verschiedenen Akteure einer Kommune miteinander an der Verbesserung der Lebenssituation aller Bürger arbeiten.

Für freikirchliche Träger diakonischer Einrichtungen im Gesundheitswesen haben derartige Formen der Außenwirksamkeit traditionell eine besondere Bedeutung gehabt. Da sie als Minderheitskirchen in Deutschland immer wieder auf Vorbehalte trafen und sich mitunter eines Sektenverdachts erwehren mussten,⁴³ haben freikirchliche Diakoniewerke und ihre Trägergemeinden häufig sehr aktiv ihre soziale Verantwortung im kommunalen Umfeld wahrgenommen, um die bestehenden Vorurteile auszuräumen und zu einem positiven Image für die eigene Glaubensgemeinschaft in der Öffentlichkeit beizutragen. Im Rahmen einer freikirchlichen Unternehmensidentität, die auf dem Konzept der Gesundheitsförderung basiert, kann dieses Engagement für die Gemeinschaft vor Ort sowohl religiös als auch weltanschaulich neutral begründet und kommuniziert werden. Dies erleichtert die Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Institutionen und die Mitarbeit auch von nichtkirchlichen und konfessionell nicht freikirchlich orientierten Ehrenamtlichen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass spezifisch freikirchliche Werte und Anliegen offen kommuniziert werden, sie verlieren im Kontext einer im Gesundheitsförderungsansatz begründeten Zusammenarbeit aber ihre abgrenzende Wirkung und werden als spezifisch religiöse Ausdrucksformen eines gemeinsam geteilten Interesses am Gesundheitswohl der Bevölkerung erkennbar. Und dieser Grundwert, bestmögliche Gesundheitschancen für alle anzustreben, ist dann das tragende Element der Netzwerkarbeit über alle religiösen Unterschiede und Weltanschauungsfragen hinweg.

4. DESIDERATE

4.1 Gesundheitsförderung als Herausforderung freikirchlicher Gemeindegemeinschaft

Bisher wenig reflektiert ist im Kontext des Themas Gesundheitsförderung die salutogenetische Wirkung typisch freikirchlicher Gemeinde- und Kirchenstrukturen für die Mitglieder und Freunde freikirchlicher Gemeinschaften. Die deutschen Freikirchen besitzen als Freiwilligkeitskirchen eine überwiegend aktiv in das Gemeindeleben eingebundene Mitgliederschaft. Oftmals über-

⁴³ Zu den geschichtlichen Hintergründen dieser Vorbehalte und Verdächtigungen vgl. GELDBACH (2005), 124-191.

steigt die Zahl derer, die kontinuierlich an den Veranstaltungen der Gemeinde teilnehmen, die Zahl der eingetragenen Mitglieder. Hinzu kommt, dass viele Freikirchen noch soziale Räume sind, in denen Menschen unterschiedlichen Alters generationsverbindend ihr religiöses Leben miteinander gestalten, voneinander lernen, miteinander feiern und in ihr kommunales Umfeld hinein wirksam werden. Dieser verbindliche soziale Zusammenhalt verbunden mit spezifischen Erwartungen an einen entsprechenden christlichen Lebensstil wirkt direkt gesundheitsfördernd auf alle Beteiligten, auch wenn dies oft wenig bewusst und noch weniger reflektiert ist.⁴⁴

Allerdings gibt es im breiten Spektrum der Freikirchen auch Elemente einer destruktiven Religiosität, wo in einigen freikirchlichen Sondergemeinschaften eine enge soziale Kontrolle die Verwirklichung von freien Lebenskonzepten einschränkt, ein übersteigertes Heiligkeitsideal einen Selbstausschluss aus gesellschaftlichen Bezügen bedingt oder mit Verweis auf die Wirkmacht spiritueller Heilung gar eine Ablehnung medizinischer oder psychologischer Hilfe propagiert wird.⁴⁵ Eine solche Spiritualität kann, vor allem, wenn sie Angst erzeugt und das Selbstwertgefühl von Menschen beschädigt, unmittelbar krank machen.⁴⁶ Ein selbstkritisch reflektierter Umgang mit den Gesundheitsfolgen der eigenen traditionellen Prägungen ist allerdings noch nicht in allen freikirchlichen Kreisen selbstverständlich.

4.2 Freikirchliche Theologie von Krankheit und Gesundheit

Viele der in Deutschland aktiven Freikirchen haben ihren Ursprung in der Erweckungs- und Heiligungsbewegung des 19. Jahrhunderts und einige von ihnen sind in ihren ersten Jahrzehnten eng verbunden gewesen mit diakonischen Initiativen und Werken, die sich der Arbeit gegen Prostitution, Alkohol- und Tabakmissbrauch widmeten. Zusammen mit Einflüssen aus dem angelsächsischen Puritanismus und einer eher reformiert-evangelischen theologischen Prägung erwachsen in den deutschen Freikirchen Traditionslinien, die einen gesundheitsgefährdenden Umgang mit Rauschmitteln und eine promiskuitiv gelebte Sexualität als sündhaft verurteilten und innergemeindlich sank-

⁴⁴ Stabile Sozialstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze gehören zu den generalisierten Widerstandsressourcen, die es Menschen erleichtern, trotz Gesundheitsbelastungen ihre eigene Gesundheit zu erhalten und zu stärken. Vgl. dazu FRANKE (2006), 161f. Zu den verschiedenen Wirkfaktoren, die dazu beitragen, dass die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaften mit einer erhöhten Lebenserwartung und einer besseren durchschnittlichen Gesundheit korreliert, vgl. MATTHEWS (2001), 57-70.

⁴⁵ Derartige negative Folgewirkungen spezieller und mitunter übersteigter religiöser Frömmigkeit finden sich zwar eher am extremen Rand pfingstlich-charismatischer bzw. fundamentalistisch-evangelikaler Freikirchen und Gemeindebünde, gerade diese aber erzielen immer wieder mit ihren Sonderlehren eine hohe Aufmerksamkeit in den Medien und prolongieren dadurch traditionelle Vorurteile gegenüber den Freikirchen.

⁴⁶ Vgl. LÄMMERMANN (2006), 258.

tionierten.⁴⁷ Dies konnte bei Verstoß gegen die als wahrhaft christlich angesehene traditionelle Ethik bis zum Ausschluss aus der Gemeinde als letztem Sanktionsmechanismus gehen.⁴⁸ Es verwundert nicht, dass derartige Konzepte einer Erziehung der Gemeinde zu einem Leben ohne Ausschweifungen positive Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus und die durchschnittliche Lebenserwartung der Mitglieder haben können. Jedoch wird dies in der freikirchlichen Gemeindeliteratur nur selten als Argument zur Motivierung eines gesundheitsbewussten Lebensstils eingesetzt. In der theologischen Reflektion ging es stets vor allem um die Vermeidung von Sünden, nicht um die Optimierung von Gesundheitschancen.

Im Kontext pfingstlicher oder charismatisch geprägter Gemeindefrömmigkeit wurde dann allerdings mitunter aus einer Theologie der Gesundheit und Heiligung des Körpers der Umkehrschluss gezogen, dass Krankheit und körperliche Handicaps Ausdruck oder Folge von Sünde sein können. Daher könnten sie auch durch die Macht der Vergebung und durch Wunder wirkende Heilungskräfte des Glaubens überwunden werden.⁴⁹ Diese Vorstellung, verbunden mit einer Theologie besonderer Geistesgaben, zu denen auch die Gabe der Heilung gehörte, führte dann dazu, dass in manchen Freikirchen Heilungsgottesdienste und Sonderveranstaltungen mit besonders begabten Heilerinnen und Heilern Teil des Gemeindelebens wurden.⁵⁰ Jedoch zeigt sich gerade bei der Deutung von Krankheit und Leid nach wie vor die bunte Vielfalt freikirchlicher Frömmigkeit. Während manche vor allem die heilende Macht des Glaubens in das Zentrum der Frömmigkeit stellen, integrieren andere seelsorgerlich und liturgisch reflektierte Formen von Salbungs- und Segnungshandlungen, um die Solidarität der Glaubenden mit den Leidenden und den Zuspruch der Gnade Gottes für die Kranken symbolisch erlebbar zu machen.⁵¹

Sicherlich haben die Freikirchen an dieser Stelle auch eigene theologische Traditionen in den ökumenischen Dialog zu einer Theologie der Gesundheitsförderung einzubringen. Dazu müssten sie jedoch zunächst die durchaus vorhandenen positiven Aspekte ihrer vielfältigen Frömmigkeitstraditionen zu einer reflektierten Theologie weiterentwickeln, die in Bezug auf die Gesundheitsförderung nicht nur ethisch-normativ argumentiert, sondern die Befähigung

⁴⁷ Vgl. zur Entstehungsgeschichte der Freikirchen in Deutschland VOIGT (2004).

⁴⁸ Vgl. SWARAT (1993), 725-726. Allerdings ist die Sanktionierung abweichenden Verhaltens in den letzten Jahren auch in den Freikirchen deutlich rückläufig, da in der Vielfalt der modernen Multi-Options-Gesellschaft auch die Vielfalt innerhalb der Gemeinden zugenommen hat, was einmütige Entscheidungen zu ethischen Konfliktthemen zunehmend schwierig, wenn nicht unmöglich macht. Vgl. dazu DZIEWAS (2011), bes. 119-122.

⁴⁹ Vgl. FRANZ (2005).

⁵⁰ Den Einfluss der pfingstkirchlichen Frömmigkeit auf die anderen Kirchen skizziert OLPEN (2014), zu den Freikirchen bes. 91.

⁵¹ Beide Aspekte verbindet RUST (2010).

gung zu einem Lebensstil in den Mittelpunkt stellt, der dem guten Willen Gottes für die Menschen entspricht. Freikirchliche Gemeinden als fromme Milieugemeinden scheinen mit der Vielfalt menschlicher Lebensentwürfe in der pluralistischen Gesellschaft mitunter noch überfordert zu sein, sodass auch bei ihnen immer wieder evangelikal-konservative Stimmen laut werden, deren Ethik vor allem an einer Stabilisierung traditionell konservativer Wertvorstellungen und Lebensbiographien interessiert zu sein scheint.⁵² Statt diesen Bestrebungen nachzugeben, sollten die Freikirchen ihre Potentiale zur Gesundheitsförderung theologisch begründen und im diakonischen und gemeindlichen Kontext auf eine offene Kommunikation ihrer Lebensentwürfe setzen, ohne andere Lebenskonzepte abzuwerten. Sie könnten dadurch ihrer christlichen Verantwortung gerade dort noch stärker gerecht werden, wo sie für diejenigen, die in anderen gesellschaftlichen Kontexten noch Ausgrenzung erleben, offen sind und ihnen in wertschätzender Zuwendung begegnen.⁵³ Das würde aber eine Theologie und Ethik gelingender Sexualität und eine Würdigung eines Strebens nach körperlichem Wohlbefindens voraussetzen, die eher quer zu den beschriebenen puritanischen und erwecklichen Traditionsströmen der Freikirchen stehen. Und es bräuchte dazu eine Theologie des Leidens, die die Zerbrechlichkeit menschlicher Existenz in ihren biologischen und psychischen Grenzen ernst nimmt. Es gilt, die Erkenntnis festzuhalten, dass Krankheit und Leid nicht als Sündenfolge, sondern als Herausforderung für den christlichen Glauben und das gemeindliche Handeln wahrzunehmen sind, damit jede christliche Gemeinde das ihre dazu beiträgt, dass möglichst jeder Mensch dazu befähigt wird, das Höchstmaß der ihm möglichen Gesundheitschancen zu verwirklichen. Aber das ist eine bleibende Herausforderung, die sich nicht nur den Freikirchen, sondern jeder christlichen Gemeinschaft stellt, und die auch im ökumenischen Dialog theologisch noch nicht ausreichend diskutiert ist. Es ist aber vor allem eine Herausforderung, die nur gemeinsam mit all denen bewältigt werden kann, die sich für Gesundheitsförderung engagieren. Freikirchliche Gemeinden könnten sich mit ihren Kompetenzen noch stärker als bisher einbringen in Netzwerke der Gesundheitsförderung. Für eine derartige Offenheit zur Zusammenarbeit mit der ganzen Breite gesellschaftlich engagierter Gruppen bieten gerade die neueren Ansätze missionaler Gemeindegearbeit anschlussfähige theologische Grundlagen.

⁵² Dies zeigen zumindest manche Beiträge in der aktuellen Diskussion um die Themenfelder Homosexualität und Gender, wie z. B. die Handreichung der Geistlichen Gemeindeerneuerung im BEFG zum Thema Gender Mainstreaming, Neu-Anspach 2014.

⁵³ Vgl. BRUSKE (2009), bes. 100.

5. FAZIT

Eine dezidiert freikirchliche Theologie der Gesundheitsförderung ist bisher nicht publiziert worden. Verschiedene freikirchliche Konzepte zur Umsetzung salutogenetischer Erkenntnisse aber existieren bereits im diakonischen Kontext freikirchlicher Träger. Für den Bereich der pastoralen Dienste ist ein klares Problembewusstsein vorhanden, aber es fehlt noch an überzeugenden Konzepten für eine Umsetzung gesundheitsförderlicher Strukturen. Darüber hinaus enthalten spezifische Traditionen der verschiedenen Freikirchen das Potential, das Anliegen der Gesundheitsförderung zukünftig noch stärker als bisher im gemeindlichen Leben und im gesellschaftlichen Wirken der Freikirchen zu verankern.

6. LITERATUR

- BRANDT, ELIMAR (Hg.), Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Ein Handbuch zur Einführung des EFQM-Modells für Excellence, Neuwied / Kriftel 2001
- BRANDT, ELIMAR ET AL., Implementing the Health Promoting Hospitals Strategy through a combined application of the EFQM Excellence Model and the Balanced Scorecard (BSC), in: GRÖNE, OLIVER / GARCIA-BARBERO, MILA (Hg.), Health promotion in hospitals: Evidence and quality management, Country Policies, Systems and Services. Division of Country Support WHO Regional Office for Europe, Barcelona 2005, 84-102
- BRUSKE, WOLF, Lesbisch, schwul und fromm, in: ZThG 14 (2009) 70-102
- DZIEWAS, RALF, Ganzheitlich heilen. Eine missionarische Herausforderung für die Diakonie, in: EVANGELISCHES MISSIONSWERK IN DEUTSCHLAND (Hg.), »Komm, heiliger Geist, heile und versöhne!« Auf dem Weg zur Weltmissionskonferenz in Athen 9. bis 16. Mai 2005 (Weltmission heute 59), Hamburg 2005, 93-107
- DZIEWAS, RALF, Kommunikation des Erbarmens. Zum Proprium der Diakonie in der modernen Gesellschaft, in: DZIEWAS, RALF (Hg.), Gerechtigkeit und Gute Werke – Die Bedeutung diakonischen Handelns für die Glaubwürdigkeit der Glaubenden, Neukirchen-Vluyn 2010, 93-111
- DZIEWAS, RALF, Pastorinnen und Pastoren zwischen Bund und Gemeinde. Die Spannung von Amtsverständnis und Gemeindeerwartungen als Anfrage an den deutschen Baptismus, in: ZThG 14 (2009), 206-229
- DZIEWAS, RALF, Verbindlichkeit im Kongregationalismus, in: HAILER, MARTIN / HAFNER, JOHANN EVANGELIST (Hg.), Binnendifferenzierung und Verbindlichkeit in den Konfessionen (Beiheft zur Ökumenischen Rundschau 87), Frankfurt a.M. 2010, 243-265
- DZIEWAS, RALF, Warum Gemeinden sich verändern. Theologische und soziologische Überlegungen zur Wandlungsfähigkeit von Ortsgemeinden im Kongregationalismus, in: HAUBECK, WILFRID / HEINRICHS, WOLFGANG (Hg.), Gemeinde der Zukunft. Zukunft der Gemeinde. Aktuelle Herausforderungen der Ekklesiologie (Theologische Impulse 22), Witten 2011, 105-137
- ESCHMANN, HOLGER ET AL., Macht der Dienst uns krank? Zur Frage nach potentiell krankmachenden Strukturen im kirchlichen Dienst. Eine Untersuchung der Kommission für ordinierte Dienste der Süddeutschen Konferenz der EmK (EmK-Forum 39), Frankfurt a.M. 2012

- ESCHMANN, HOLGER, Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen aus theologischer und humanwissenschaftlicher Sicht, in: ThGespr 37 (2013), Heft 3, 107–120
- FRANKE, ALEXA, Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern 2006
- FRANZ, ANDREAS: Die missionarische Dimension der Heilung aus pfingstlich-charismatischer Perspektive, in: EVANGELISCHES MISSIONSWERK IN DEUTSCHLAND (Hg.), »Komm, heiliger Geist, heile und versöhne!« Auf dem Weg zur Weltmissionskonferenz in Athen 9. bis 16. Mai 2005 (Weltmission heute 59), Hamburg 2005, 108-117
- GELDBACH, ERICH, Freikirchen – Erbe, Gestalt und Wirkung (Bensheimer Hefte 70), Göttingen 2005
- GIEBEL, ASTRID / LUBATSCH, HEIKE / MEUSSLING-SENTPALI, ANNETTE (Hg.), DiakonieCare. Existentielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Pflege. Curriculum und Arbeitshilfe zur Organisationsentwicklung, Neukirchen-Vluyn 2013
- GROENE, OLIVER ET AL., The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation, in: International Journal for Quality in Health Care (2009), Heft 4, 259-271
- HENKEL, REINHARD, Atlas der Kirchen und der anderen Religionsgemeinschaften in Deutschland. Eine Religionsgeographie, Stuttgart 2001
- HENKEL, REINHARD, Die freikirchliche Landschaft. Untersuchungen über die räumliche Verteilung der Freikirchen, in: Freikirchenforschung 9 (1999), 214-263
- KARL-TRUMMER, URSULA ET AL., Das »Migrantenfremdliche Krankenhaus«: Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt, in: DEUTSCHES NETZ GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER GEM. E.V. (Hg.), 2. Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser / »Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus / Krankenhaus mit Zukunft«. Konferenzdokumentation, Berlin 2006, 108-112
- KICKBUSCH, ILONA, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Unter Mitarbeit von Daniela Maag, Gamburg 2006
- KISSKALT, MICHAEL, Konfessionelle Alterierungsprozesse in der Fremde – am Beispiel afrikanischer Migrationsgemeinden in Deutschland, in: DZIEWAS, RALF / KISSKALT, MICHAEL (Hg.), Identität und Wandel. Konfessionelle Veränderungsprozesse im ökumenischen Vergleich, Leipzig 2013, 116-137
- LÄMMERMANN, GODWIN, Einführung in die Religionspsychologie, Neukirchen-Vluyn 2006
- LARSEN, TIMOTHY, Art. Freikirchen I. Kirchengeschichtlich, in: BETZ, HANS DIETER ET AL. (Hg.), Religion in Geschichte und Gegenwart, Bd. 3, Tübingen 2000, 323-326
- LIESKE, BEATE, Der Prozess der interkulturellen Öffnung (IKÖ). Ein Erfahrungsbericht aus dem Immanuel-Krankenhaus Berlin Wannsee, DEUTSCHES NETZ GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER GEM. E.V. (Hg.), 2. Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser / »Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus / Krankenhaus mit Zukunft«. Konferenzdokumentation, Berlin 2006 113-115
- MATTHEWS, DALE A., Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin, Herder 2001
- NEESE, FRIEDBERT, Pastoren sind anders – Gemeinden auch. Das Leben eines Baptistenpastors zwischen Freiheit und Zwang, in: ZThG 14 (2009), 230-243
- OLPEN, BERNHARD, Pfingstliche Frömmigkeit in der Spannung zwischen Geistunmittelbarkeit und gesamtkirchlicher Tradition, in: NEUMANN, BURKHARD / STOLZE, JÜRGEN (Hg.), Aus dem Glauben leben. Freikirchliche und römisch-katholische Perspektiven, Paderborn 2014, 83-101

- REIMER, JOHANNES, Multikultureller Gemeindebau. Versöhnung leben, Marburg 2011
- ROSENDAHL, JENNY ET AL., Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By.pass study), Results of a pragmatic trial based on patients' preference, in: Psychotherapy Psychosomatics 82 (2013) Heft 1, 35-44
- ROSENDAHL, JENNY ET AL., Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By.pass study): Study design and research methods, in: American Heart Journal 158 (2009), 8-14
- ROSSOL, CARMEN, Zwischen Akzeptanz und Ignoranz. Erfahrungen und Beobachtungen zum Dienst von Pastorinnen im BEFG, in: ZThG 14 (2009), 261-269
- RUST, HEINRICH CHRISTIAN, »Heilt Kranke!« (Mt 10,8). Zur Heilungskompetenz der Gemeinde Jesu Christi, in: ThGespr 37 (2013), 121-133
- RUST, HEINRICH-CHRISTIAN, Eine Kirchengemeinde begleitet Kranke, in: ChrisCare 1 (2010), Heft 3, 18-19
- SCHOBER, THEODOR, Über die Anfänge, in: DIAKONISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT EVANGELISCHER KIRCHEN (Hg.), 1957-1997. 40 Jahre Diakonische Arbeitsgemeinschaft evangelischer Kirchen. Vertretung der »Freikirchen« im Diakonischen Werk der EKD, Stuttgart 1997, 11-20
- STIEGLER, STEFAN, Spiritual Care – eine Handlungsfrage, in: STOCKMEIER, JOHANNES / GIEBEL, ASTRID / LUBATSCH, HEIKE (Hg.), Geistesgegenwärtig pflegen. Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf, Band 1: Grundlegung und Werkstattberichte, Neukirchen-Vluyn 2012, 249-254
- STOCKMEIER, JOHANNES / GIEBEL, ASTRID / LUBATSCH, HEIKE (Hg.), Geistesgegenwärtig pflegen. Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf, Band 1: Grundlegung und Werkstattberichte, Neukirchen-Vluyn 2012, Band 2: Studien und Projektergebnisse, Neukirchen-Vluyn 2013
- STOREK, BERNHARD, »Die Guttat zu ölen« (Martin Luther). Erfahrungsbericht eines Krankenhausseelsorgers, in: EVANGELISCHES MISSIONSWERK IN DEUTSCHLAND E.V. (Hg.), Von der heilenden Kraft des Glaubens. Ein Arbeitsheft für Gemeinden und Gruppen, Hamburg 2005, 46-51
- SWARAT, UWE, Art. Gemeindezucht c) in Freikirchen, in: ELThG 2 (1993), 725-726
- VOIGT, KARL HEINZ, Freikirchen in Deutschland. 19. und 20. Jahrhundert (KGE III/6), Leipzig 2004
- VOLTMER, EDGAR / THOMAS, CHRISTINE / SPAHN, CLAUDIA, Spiritualität, Gesundheit und berufsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster von Pastoren der Freien Evangelischen Gemeinden, in: PTh 99 (2010), 488-505