

# 50 Jahre nach Tübingen: Auf der Suche nach dem Proprium christlicher Gesundheitsdienste im 21. Jahrhundert

---

## 1 Hinführung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ihren Weltgesundheitsbericht 2008 mutig betitelt: „Primary Health Care – Now more than ever“ (WHO 2008). 30 Jahre nach der grundlegenden Deklaration von Alma Ata stellte die WHO darin fest, dass die Grundwerte von Primary Health Care (PHC) nach wie vor Relevanz haben, ja im 21. Jahrhundert wichtiger sind als je zuvor. Natürlich gilt es, PHC in das neue Jahrtausend zu übersetzen und an die „challenges of a changing world“ (WHO 2008) anzupassen, ohne dabei die grundlegende Zielrichtung zu verlieren. Im Jahr 2014 feiert die weniger bekannte, jedoch für die christlichen Gesundheitsdienste gleichermaßen relevante Tübinger Erklärung ihren 50. Geburtstag (McGilvray 1979). Es stellt sich die Frage, ob die Tübinger Erklärung eine interessante Episode der Geschichte christlicher Gesundheitsdienste war, oder ob auch für die Tübinger Erklärung der Satz gilt: „Jetzt mehr als je zuvor!“.

In diesem Aufsatz soll darlegt werden, dass die Werte der Tübinger Erklärung heute tatsächlich wichtiger sind als je zuvor. Allerdings müssen sie in das 21. Jahrhundert übertragen und an die sich rapide wandelnden Rahmenbedingungen angepasst werden. Hierzu wird zuerst die historische Entwicklung von der Tübinger Erklärung über Alma Ata bis zu den Millennium Development Goals (MDGs) nachgezeichnet. Anschließend soll die Zeit nach den MDGs reflektiert werden, die mit dem Ziel der Universal Health Coverage (UHC) beschrieben werden kann. Schließlich soll auf Grundlage eines Entscheidungs Instruments untersucht werden, welche Rolle christliche Gesundheitsdienste 50 Jahre nach Tübingen spielen können, was sie auszeichnen sollte und welches Potential sie haben. Die Arbeit schließt mit einem Fazit.

## 2 Von Tübingen zu den Millennium Development Goals

Der Heilungsauftrag in seiner umfassenden Dimension – Leib, Seele und Geist – gehört existentiell zum christlichen Glauben (EKD 1998). Christen haben deshalb fast durchgehend seit der Urgemeinde geheilt, sich um Kranke gekümmert und Institutionen der Nächstenliebe gegründet. Im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert entwickelte sich hierbei der Typ des modernen Krankenhauses, in dem Fachkräfte abgesondert von der „gesunden Welt“ sich um die Kranken kümmerten. Am Anfang war es nach heutigen Maßstäben bescheiden, was zur Leidenslinderung getan werden konnte, aber mit wachsendem medizinischem Fortschritt wurden Krankenhäuser immer mehr zu Großorganisationen mit bewundernswerter Effektivität (Städtler-Mach 1993). Neben der medizinischen Fachkenntnis war besonders die Entwicklung hochwirksamer Medikamente ein zentraler Erfolgsfaktor. Die Mitarbeiter kirchlicher Krankenhäuser konnten endlich Krankheiten heilen und Erfolge gegen Tod und Leiden erzielen, die früher undenkbar waren. Diese beeindruckende Entwicklung wurde auch in die damaligen Missionsgebiete übertragen, wo hingebungsvolle Missionare immer mehr und immer größere Krankenhäuser errichteten. Die ärztliche Mission schien eine Erfolgsgeschichte zu werden (Grundmann 1992)!

In den 1950er und frühen 1960er Jahren wurde jedoch immer öfter hinterfragt, ob diese Konzeption der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern wirklich dem eigenen Leitbild und Auftrag entsprach.

Gerade protestantische Kirchen und Missionswerke sahen ihre eigene Rolle, ihre Erfolge und ihre Zukunftschancen als maßgebliche Leistungsträger des Gesundheitswesens in den „Missionsgebieten“ in den 1950er und 1960er Jahren zunehmend kritisch. Immer öfter suchten sie nach alternativen Konzepten der Gesundheitsversorgung. Erstens wurde erkannt, dass die große Bevölkerungsmehrheit der damaligen Kolonien nicht durch die bestehenden Dienste erreicht wurde. Der langjährige Direktor der Christian Medical Commission (CMC), McGilvray, schreibt rückblickend über diese Zeit: „... these church-related institutions, together with all the other available facilities of Western medicine, were reaching only 20% of the population in these countries and were thus sustaining a grave injustice to the 80% who remained deprived of any services at all“ (McGilvray 1979). Die Kirchen und Missionswerke erkannten, dass die Konzentration auf Krankenhausdienste der Erfüllung ihres Auftrages einer flächendeckenden Missionierung entgegenstand.

Der zweite Kritikpunkt betraf die finanzielle Seite: Die Fallkosten der medizinischen Behandlung in den bestehenden Institutionen wurden immer höher. McGilvray stellt fest: „In den frühen 50 er Jahren gab es eine drastische Kostensteigerung für die medizinische Versorgung“ (McGilvray 1982). Missionsgesellschaften, die am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben wollten und ihre Missionskrankenhäuser mit Laboratorien, Röntgengeräten und modernen Medikamenten ausstatteten, gerieten immer mehr unter Kostendruck. Schließlich konnten sie die Kosten nicht mehr decken.

Drittens wurde immer öfter hinterfragt, ob die in Missionskrankenhäusern praktizierte, rein kurative und Institutionen-basierte Medizin mit dem christlichen Heilungsverständnis vereinbar ist. Es wurde erkannt, dass christliche Gesundheitsarbeit stets auch Präventivmedizin beinhalten muss (Ewert 1990) und nicht vollständig an Ärzte oder Pfleger delegiert werden kann, sondern als Kirche insgesamt wahrzunehmen ist (Scheel 1987).

Diese Fragestellungen wurden auf zwei internationalen Konferenzen in Tübingen diskutiert, die als Tübingen I (19.-24. Mai 1964) und Tübingen II (1.-8. September 1967) weit über kirchliche Kreise hinaus bekannt wurden. Die Delegierten dieser Konferenzen entwarfen eine neue Konzeption kirchlicher Gesundheitsdienste (McGilvray 1982):

- Christliche Gesundheitsarbeit ist immer ganzheitlich. Eine rein physische Heilung widerspricht folglich dem biblischen Menschenbild.
- Sie sollte möglichst viele Gemeindemitglieder involvieren, nicht nur Ärzte und Pfleger.
- Sie sollte präventiv ausgerichtet sein.
- Sie kann nicht losgelöst von anderen Entwicklungsplanungen gesehen werden, sie ist immer interdisziplinär.

Die Beschlüsse von Tübingen I und Tübingen II hatten tiefgreifenden Einfluss auf die weiteren Entwicklungen von Konzepten bevölkerungsnaher gesundheitlicher Versorgung, die später in den neu geschaffenen Begriff der der Gesundheitssystemforschung übergang. Zentrale Größen dieser Entwicklung wie z.B. David Morley, Maurice King, Ken Newell, Jack Bryant und auch Halfdan Mahler kamen aus diesem Kreis oder wurden von ihm beeinflusst. Sie entwickelten ein neues Denken über Gesundheit, das bis heute das Internationale Public Health prägt.

Direkt im Anschluss an die Tagungen folgten Regionalkonferenzen, um die Erkenntnisse und Beschlüsse insbesondere in den Entwicklungsländern bekannt zu machen (z.B. Makumira Consultation 1967) und die Reflexion auf dem spezifischen Kulturhintergrund zu ermöglichen. Diese Arbeit wurde von der CMC ko-

ordiniert und gefördert. Sie stand insbesondere seit 1973 in engem Kontakt zur Weltgesundheitsorganisation, was durch den gemeinsamen Standort Genf erleichtert wurde (Diesfeld 1988, Diesfeld, Falkenhorst et al. 2001). Gerade in diesen Jahren des Aufbruchs, der ersten globalen Diskussionen über Menschenrechte und Grundbedürfnisse sowie der Entkolonialisierung kann die Rolle der CMC für die Entwicklung der internationalen Gesundheitspolitik sowie der WHO nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Auch die Weltgesundheitsorganisation musste erkennen, dass 25 Jahre nach ihrer Gründung (07.04.48) die größten Gesundheitsprobleme nicht abgenommen hatten. Vielmehr wurde die Finanzierung der bereits bestehenden Gesundheitsdienste immer schwieriger. Auf der Suche nach Lösungsstrategien erkannte der damalige Direktor der WHO, Halfdan Mahler, dass die Beschlüsse von Tübingen I und II durchaus für alle Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern relevant waren. In der Folge wurden regelmäßige Konferenzen vereinbart. Die CMC-Zeitschrift CONTACT wurde für einige Jahre zur Pflichtlektüre in der WHO. Die Konzeption der Primary Health Care (PHC), die 1978 (6.-12. September) in Alma Ata vorgestellt wurde (WHO 1978), kann als eine säkulare Weiterentwicklung der Tübinger Erklärungen interpretiert werden, d.h. der „kirchliche Innovationskeim“ ging in internationalen Organisationen, Regierungen, Universitäten und insbesondere im Bereich der Entwicklungshilfe auf (Newell 1978). In Deutschland war insbesondere seit Anfang der 1970er Jahre die enge Zusammenarbeit von Universität Heidelberg, Deutschem Institut für Ärztliche Mission und Missionsärztlichem Institut eine wichtige Triebkraft.

„Primary Health Care“ ist eine „aktualisierte Bezeichnung für Hygiene, erweitert um gesundheitspolitische Forderungen im weitesten Sinn des Wortes und um ein stark partizipatorisches Element“ (Diesfeld and Bichmann 1989). Primary Health Care ist somit eine Konzeption der Gesundheitspolitik. Es handelt sich also nicht um die erste Stufe der Pyramide der Gesundheitsdienste, sondern um eine umfassende Philosophie, die allen gesundheitspolitischen Entscheidungen auf allen Ebenen zu Grunde liegen sollte. Oberstes Ziel ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, so dass die „Health for All by the Year 2000“ (Alma Ata Deklaration §V) erreicht werden kann. PHC umfasst Elemente der Prävention und der kurativen Medizin, wobei folgende Prinzipien verfolgt werden (WHO 1978):

- PHC richtet sich an den konkreten Bedürfnissen der Zielgruppe aus; PHC verfolgt dabei die Angleichung der Gesundheitschancen verschiedener Bevölkerungsgruppen, d.h., die Zielgruppe ist keine soziale oder wirtschaftliche Elite, sondern die Bevölkerungsmehrheit.
- PHC bezieht grundsätzlich die Gemeinschaft („community“) in die Ermittlung der relevanten Ziele und Maßnahmen mit ein. Die Beteiligten übernehmen damit selbst die Verantwortung für ihre Gesundheit („Community Based Health Care“, CBHC).
- PHC bzw. CBHC bauen primär auf den vorhandenen eigenen Ressourcen auf und berücksichtigen die finanziellen Beschränkungen der Gemeinschaft. In LLDCs (Anmerkung der Red.: die Abkürzung LDC für Least Developed Countries wird oft auch mit LLDC angegeben, um Verwechslungen mit den Less Developed Countries auszuschließen.) impliziert dies eine teilweise Umverteilung der Gesundheitsressourcen auf Basisgesundheitsdienste und Präventionsprogramme.
- PHC fordert, kurative und präventive Maßnahmen möglichst basisnah durchzuführen. Dies impliziert eine zentrale Rolle der Gesundheitserziehung im CBHC/PHC. Die oberen Ebenen der Gesundheitspyramide werden damit nicht ausgeschlossen; ihnen bleiben jedoch diejenigen Fälle vorbehalten, die auf unteren Ebenen nicht behandelt werden können.
- PHC ist ein integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems.
- PHC ist grundsätzlich multisektoral, d.h., die Aktivitäten der Primary Health Care sind voll integriert in die anderen Sektoren menschlicher Entwicklung (z.B. Landwirtschaft, Ausbildung, Wasserwirtschaft).

Die Deklaration von Alma Ata wurde zum Teil als politisch einseitig abgelehnt, da sich in § III ein direkter Bezug zu einer „New International Economic Order“ findet. § X führt die schlechte Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern auf zu hohe Militärausgaben zurück. Werner & Sanders schreiben dazu: „Many of the principles of Primary Health Care were garnered from China and from the diverse experiences of small, struggling non-governmental Community-Based Health Programs (CBHP) in the Philippines, Latin America, and elsewhere. The intimate connection of many of these initiatives to political reform movements explains to some extent why the concepts underlying PHC have received both criticism and praise for being revolutionary“ (Werner, Sanders et al. 1997). Trotzdem wurde die Deklaration von allen Mitgliedsländern der WHO unterzeichnet.

Schnell äußerten jedoch Gesundheitspolitiker ihre Bedenken, da sie die Ziele als utopisch einstufte. Sie forderten eine strikte Prioritätensetzung, d.h. die Konzentration auf wenige Ziele und Maßnahmen, die besonders effizient waren. Die Weltgesundheitsorganisation verfolgte weiterhin ein umfassendes Konzept, die „Comprehensive Primary Health Care“ (CPHC). Andere Institutionen, wie z.B. die UNICEF, befürworteten hingegen die Konzentration auf wenige, leicht bekämpfbare Krankheiten, die „Selective Primary Health Care“ (SPHC). Hierbei erwiesen sich die Mutter-und-Kind-Programme („Mother and Child Health Care“, MCH; GOBI-FFF) als besonders effizient. Die Implementierung des umfassenden PHC-Konzepts der WHO auf Länderebene war hingegen nur bedingt erfolgreich. Zwar gab es vielversprechende Anfangserfolge, jedoch zeigt sich heute, dass die Erwartungen nicht erfüllt wurden (Fleßa 2003). Die WHO und die CMC teilen das Schicksal großer Ideen und geringer Wirkkraft.

Auch wenn dies von Führungskräften kirchlicher Krankenhäuser sowie von Mitarbeitern der Missionswerke bzw. der kirchlichen Entwicklungshilfe teilweise anders gesehen wird, so kann man doch mit gewisser Berechtigung behaupten, dass die christlichen Denker ihre Vorreiterrolle in der Gesundheitssystementwicklung spätestens in den 1980er Jahren verloren haben. Dies hat zum Teil mit der Schwächung der Weltgesundheitsorganisation zu tun, die auch personenbedingt war.

Die Weltbank übernahm in dieser Zeit die Vordenkerrolle im internationalen Gesundheitswesen, was durch den Weltentwicklungsbericht 1993 noch einmal augenscheinlich wurde (Weltbank 1993). Die Weltbank legte hier mit dem Instrument der DALYs (Disability Adjusted Life Years lost) (Murray 1994) eine Bewertungskonzeption für Gesundheitsdienstleistungen vor, die effizienzorientiert war und dem die WHO nichts entgegensetzen konnte. Der DALY mit seiner Reduktion auf die physische Dimension war natürlich meilenweit von dem Denken von Tübingen und Alma Ata entfernt. Aus der theologischen, anthropologischen und teilweise philosophischen Diskussion über das Wesen der Gesundheit und der Gesundheitsdienste wurde ein rationales Effizienzkalkül. Die WHO kämpfte verzweifelt dagegen an, ohne jedoch fachlich oder visionär gegenhalten zu können. Nach erheblichen Auseinandersetzungen übernahm die WHO letztlich den DALY als Maß des Outputs der Gesundheitsdienste.

Christlichen Gesundheitsexperten ist es nach Wissen des Autors nie gelungen, einen maßgeblichen Einfluss auf die Weltbank zu gewinnen. Natürlich möchte niemand bestreiten, dass es bei den Weltbankexperten auch Christen gab, denen ihr Glaube wichtig war. Eine spezifische Ausrichtung der Konzeption des Gesundheitswesens an christlichen Werten lässt sich hingegen nur mühsam erkennen. Es wäre hierbei zu einfach, dem DALY bzw. der Effizienzorientierung eine ethische Fundierung abzusprechen. Vielmehr ist es das Ziel dieser rationalen Vorgehensweise, Ineffizienzen und damit Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden und Prioritäten transparent aufzuzeigen. Da vergeudete Ressourcen nicht mehr zur Erreichung der eigenen Ziele zur Verfügung stehen, hat eine konsequente Effizienzorientierung einen ethi-

schen Wert per se (Fleßa and Greiner 2013). Es ist jedoch ein systematischer Unterschied, ob man über Werte und Ziele diskutiert oder lediglich wirksame Instrumente zur Zielerreichung entwickelt. Die Tübinger Erklärungen und auch die Alma - Ata- Deklaration sind eindeutig wertorientiert, während die Epoche der Technokratie spätestens seit dem Weltentwicklungsbericht 1993 die ethische Diskussion zusehends durch eine Instrumentendiskussion ersetzt hat.

In derselben Zeit kam es zu tiefgreifenden Veränderungen des kirchlichen Gesundheitswesens in industrialisierten Ländern, wo Krankenhäuser verstärkt dem Wettbewerb ausgesetzt wurden (Fleßa 2013). Aus kirchlichen Stätten der Wohltat wurden nun Marktteilnehmer, die um Kunden buhlten. Der Bruch des Selbstverständnisses wurde an anderer Stelle beschrieben und scheint bis heute nicht überwunden (Fleßa 2006).

Deshalb ist es auch kein Wunder, dass kirchliche Organisationen nur bedingt Einfluss auf die Entwicklung der Millennium Development Goals hatten. Zwar waren NGO-Vertreter (unter anderem auch Christoph Benn, der damals noch für das Deutsche Institut für Ärztliche Mission arbeitete) involviert, den holistischen Ansatz von Tübingen sucht man jedoch in den MDGs vergeblich.

Die Entwicklung der MDGs kann auch als frustrierte Reaktion auf das weitestgehende Scheitern der Primary Health Care verstanden werden. Gegen Ende der Planperiode bis zum Jahr 2000 wurde deutlich, dass diese Ziele in den meisten ressourcenarmen Ländern überwiegend verfehlt wurden. Im Jahr 2000 einigte sich die 55. Generalversammlung der Vereinten Nationen auf dem sogenannten Millenniumgipfel auf die Ziele der Entwicklungspolitik zur Bekämpfung extremer Armut bis zum Jahr 2015. Grundsätzlich sind alle Millenniumziele gesundheitsrelevant. Beispielsweise ist spätestens seit R. Virchow (1848) anerkannt, dass die Bekämpfung der Armut von zentraler Bedeutung für die Gesundheit der Menschen ist (Diesfeld 2006). Bildung ist eine Grundlage für effektives Gesundheitsverhalten, und die Gleichstellung der Geschlechter hat sich als Grundlage der Familiengesundheit bewiesen. Die MDGs selbst weisen die Ziele vier, fünf und sechs als primäre Gesundheitsziele aus, während die Ziele sieben und acht in der Spezifizierung gesundheitsrelevante Aspekte enthalten (vgl. Tabelle 1).

*Tabelle 1 Millenniumziele*

Nr.	Ziel	Gesundheitsspezifische Präzisierung
1	Bekämpfung von extremer Armut und Hunger	
2	Primärschulbildung für alle	
3	Gleichstellung der Geschlechter / Stärkung der Rolle der Frauen	
4	Senkung der Kindersterblichkeit	Zwischen 1990 und 2015 Senkung der Kindersterblichkeit von Unter-Fünf-Jährigen um zwei Drittel (von 10,6 Prozent auf 3,5 Prozent).
5	Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Mütter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwischen 1990 und 2015 Senkung der Sterblichkeitsrate von Müttern um drei Viertel.</li> <li>• Bis 2015 allgemeinen Zugang zu reproduktiver Gesundheit erreichen.</li> </ul>
6	Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen schweren Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis 2015 die Ausbreitung von HIV/AIDS zum Stillstand bringen und eine Trendumkehr bewirken.</li> <li>• Bis 2010 weltweiten Zugang zu medizinischer Versorgung für alle HIV/AIDS-Infizierten erreichen, die diese benötigen.</li> </ul>

---

7	Ökologische Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis 2015 die Ausbreitung von Malaria und anderen schweren Krankheiten zum Stillstand bringen und eine Trendumkehr bewirken.</li> <li>• Bis 2015 Halbierung des Anteils der Menschen ohne dauerhaft gesicherten Zugang zu hygienisch einwandfreiem Trinkwasser (von 65 Prozent auf 32 Prozent).</li> <li>• Bis 2020 eine deutliche Verbesserung der Lebensbedingungen von mindestens 100 Millionen Slumbewohnern und -bewohnerinnen bewirken.</li> </ul>
8	Aufbau einer globalen Partnerschaft für Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln zu erschwinglichen Preisen in Entwicklungsländern gewährleisten.</li> </ul>

---

Quelle: (Vereinte Nationen 2010)

Die Bedeutung dieser Ziele liegt zum einen darin, dass erstmals die Politiker der großen Wirtschaftsnationen Verantwortung für die Lebenssituation der Menschen in Entwicklungsländern übernommen haben. Zum anderen wurden die Ziele quantifiziert und mit einer Frist belegt, so dass ihre Erreichung – im Gegensatz zu vielen anderen Zielen der internationalen Politik – gemessen und bewertet werden kann. Der Nachteil besteht darin, dass die MDGs eine erhebliche Engführung des Gesundheitsbegriffs implizieren. Für die MDGs steht die physische Heilung im Vordergrund. Die spirituelle Komponente, der sich die Delegierten von Tübingen verpflichtet fühlen und die in der Alma-Ata-Deklaration zumindest im Verborgenen noch durchschimmert, fehlt hier vollständig.

Vor allem aber implizierten die MDGs einen Rückfall in die vertikalen, d.h. auf eine bestimmte Krankheit ausgerichteten Gesundheitsdienste. Im Jahr 2001 wurde exemplarisch hierfür der sogenannte „Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“ (vgl. [www.TheGlobalFund.org](http://www.TheGlobalFund.org)) gegründet. Der Global Fund zielt unmittelbar auf das Ziel 6 der Millennium Development Goals, was zu einer Vernachlässigung anderer Leiden führte. Es entstanden die sogenannten „neglected diseases“. Eine Konzentration auf wenige Krankheiten, selbst wenn diese für das Gesundheitswesen von hoher Relevanz sind, hätten die Delegierten von Tübingen sicherlich nur kopfschüttelnd wahrgenommen (Fleßa 2008).

Und die christlichen Gesundheitsdienste in Europa? Sie nahmen all dies praktisch nicht wahr. Zwar gab es immer wieder Tagungen, die den Geist von Tübingen beschworen, aber das eigentliche Problem der kirchlichen Gesundheitsdienste wurde hierbei nach Ansicht des Autors nicht angesprochen: der Verlust der Identität. Wenn kirchliche Krankenhäuser in Deutschland keine andere Leistung anbieten können als kommerzielle Konkurrenten, stellt sich die Frage, wozu es sie überhaupt gibt. In manchen kirchlichen Krankenhäusern in Ostdeutschland sind nur noch 20% der Mitarbeiter überhaupt Mitglied einer christlichen Kirche! Es wird unmöglich, dass kirchliche Gesundheitsdienste die Patienten mit dem „heilenden Körper der Gemeinde“ zusammenbringen. Die Reduktion der Verweildauern und die ständige Arbeitsverdichtung führen dazu, dass für alles, was nicht technisch-funktional ist, keine Zeit bleibt.

In den Partnerländern war die Situation lange von Monopolen geprägt. Christliche Krankenhäuser, Dispensarien und Programme waren häufig die einzigen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Ihr Selbstverständnis leitete sich primär davon ab, dass die Armutsbevölkerung sie brauchte und ohne sie Leid und Tod ausgesetzt war. Allerdings steigt – teilweise unbemerkt von den westlichen Kirchen und Missionswerken – auch in den ressourcenarmen Ländern der Konkurrenzdruck. Natürlich gibt es noch das klassische „Missionskrankenhaus auf dem Lande“. Aber der städtische Anteil der Bevölkerung wird immer größer. Studien (IFC 2008) zeigen, dass auch die Armen immer öfter Hilfe bei Privatanbietern von

Gesundheitsdienstleistungen suchen, weil die Behandlung schneller und freundlicher ist. Hinzu kommt ein steigender Kostendruck, da Personal, Medikamente und Geräte stetig teurer werden. Staatliche Unterstützung und Spenden aus den reicheren Ländern reichen oftmals nicht mehr aus. Es gibt Beispiele kirchlicher Krankenhäuser, die schließen mussten, weil sie insolvent waren.

50 Jahre nach den Tübinger Erklärungen stellt sich deshalb die Frage, ob kirchliche Gesundheitsdienste überhaupt eine Zukunft haben, oder ob wir nur die Tradition bewahren, während die Realität längst an Tübingen vorbeigezogen ist. Diese Krise der Existenz und des Selbstverständnisses wird durch eine weitere Entwicklung verschärft: die Universal Health Coverage.

### 3 Universal Health Coverage und die Post-2015 Debatte

Der Begriff „Universal Health Coverage“ (UHC) ist bereits in den 1980er Jahren verwendet worden. Allerdings wurde er erst im neuen Millennium zu einem Konzept politischer Relevanz. Hierzu trug insbesondere der Weltgesundheitsbericht 2010 zu “Health systems financing: the path to universal coverage” (WHO 2010) bei, der auf nachfolgenden Konferenzen (z.B. Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage 2012, Bangkok Statement on Universal Health Coverage 2012, Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector 2012) diskutiert und präzisiert wurden. Auch die UN-Resolution “Transition of National Health Care Systems towards Universal Coverage” (12.12.2012) nahm die UHC als maßgebliche Zielsetzung des Gesundheitswesens auf.

Die WHO definiert auf ihrer Homepage UHC als „ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship“ (WHO 2013). Evans, Hsu & Boerma (2013) verkürzen es auf die Formel: “Universal health coverage is the attainment of good health services de facto without fear of financial hardship“ (Evans, Hsu et al. 2013). UHC ist damit keine Neuauflage einer “Health for All by the Year 2000“, sondern eine Konzentration auf die Gesundheitsversorgung und soziale Absicherung. Es geht um effektive Gesundheitsdienste und um soziale Sicherheit für alle Menschen.

Abbildung 1 zeigt den so genannten UHC-Würfel mit seinen drei Dimensionen. UHC impliziert, dass die ganze Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen erreicht werden soll, d.h. nicht nur die städtische Bevölkerung oder diejenige, die zufällig im Einzugsbereich eines kirchlichen Krankenhauses liegt, sondern alle Menschen eines Landes. Diese Forderung erinnert durchaus an die Tübinger Erklärungen. Zweitens impliziert UHC eine vollständige Erfassung der Basisgesundheitsdienste. Es geht also nicht mehr um spezifische Krankheiten, sondern um das komplette Leistungsspektrum, das als Mindeststandard definiert wird. UHC impliziert eine bewusste Abkehr von der Engführung auf vertikale Programme und eine Stärkung der Gesamtsystems. Drittens bedeute UHC soziale Sicherheit, d.h. Patienten sollen von katastrophalen Auszahlungen geschützt werden. Hierzu sind soziale Sicherungssysteme, insbesondere verpflichtende soziale Krankenversicherungen im Aufbau.

Es gibt gute Chancen, dass UHC nach 2015 die gesundheitsrelevanten MDGs ablösen wird. Hierbei erkennt die UNO die veränderte globale Lage. Die Welt hat sich seit den Tübinger Erklärungen, seit Alma Ata und sogar seit dem Millenniumsgipfel erheblich gewandelt. Immer mehr Länder, die wir früher als Entwicklungsländer bezeichnet haben, zeigen ein äußerst stabiles Wirtschaftswachstum. In vielen Fällen ist das Hauptproblem nicht mehr eine generelle Armut, sondern eine massive Ungleichverteilung zwi-

schen den Sozialgruppen. Nicht wenige Nationen, selbst unter den Least Developed Countries, bauen deshalb solidarische Sozialversicherungen auf und setzen UHC als oberstes Ziel ihres Sozialsystems. Selbst das immer noch bettelarme Kambodscha schreibt in seiner Health Financing Policy hierzu: „The ultimate goal of health financing is to enable provision of optimal quality health services that are accessible to all when needed, within the prevailing socioeconomic and political context. This is also termed universal coverage“ (RGC 2013). Es wird noch Jahre dauern, bis Kambodscha und manche andere Länder die Ressourcen haben werden, um UHC Realität werden zu lassen. Aber die Zielrichtung ist klar.

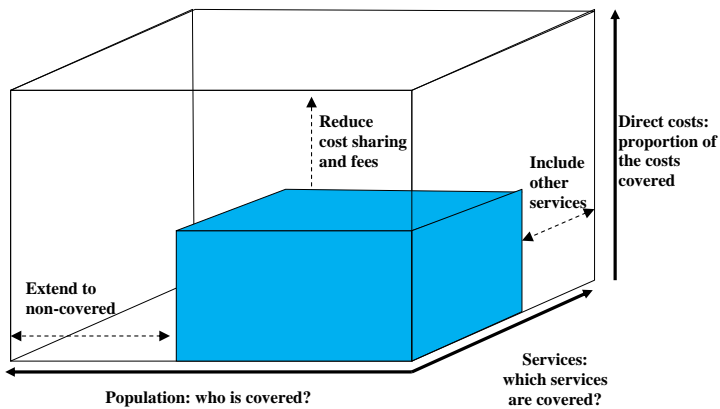


Abbildung 1 UHC-Würfel. Quelle: (WHO 2010)

Angesichts dieser Entwicklungen werden kirchliche Gesundheitsdienste vor eine ganz neue Frage gestellt: Was ist unser Selbstverständnis in aufstrebenden Ländern? Bislang haben viele kirchliche Krankenhäuser in Afrika, Asien und zum Teil auch in Südamerika sich primär darüber definiert, dass sie Wohltaten für die Armen geben, denen sonst ja keiner helfen würde. „Wenn wir nicht da sind, tut keiner was!“ war das unausgesprochene Motto. Die schiere Existenz war bereits Proprium, d.h. seine Besonderheit oder sein Alleinstellungsmerkmal. „Allein weil wir da sind, sind wir auch gut!“

Wenn aber immer mehr Arme zur kommerziellen Konkurrenz gehen und wenn immer mehr Staaten ihren Bürgern (und hier insbesondere der klassischen Zielgruppe der Ärmsten der Armen) soziale Absicherung im Krankheitsfall garantieren, ist zu prüfen, welche Rolle kirchliche Dienste noch im Gesundheitswesen spielen werden. Hier stellen wir die Frage nach dem Proprium – eine Diskussion, bei der sich ein Rückgriff auf die Tübinger Erklärungen durchaus lohnt.

## 4 Analyse des Leistungsangebots

Im Folgenden soll hierzu ein Modell des Leistungsportfolios kirchlicher Leistungen im Gesundheits- und Sozialsektor entwickelt werden. Abbildung 2 zeigt ein mögliches Raster der Analyse des Leistungsangebots. Hierbei ist zu betonen, dass dieses Instrument nicht spezifisch für Krankenhäuser in Entwicklungsländern entwickelt wurde. Vielmehr ist es ein Modell, das auch für deutsche Gesundheitsinstitutionen relevant ist (Fleßa 2014).

Im ersten Schritt erfolgt eine Konkurrenzanalyse, d.h. es wird ermittelt, ob eine Monopolstellung bzw. eine totale oder eine partielle Konkurrenz vorliegt. Falls kein anderes Unternehmen die Dienstleistung anbietet, hat die Bereitstellung durch die kirchlichen Gesundheitsdienste selbstredend eine hohe Priori-



tät. Das klassische Selbstverständnis des kirchlichen Krankenhauses, insbesondere in Entwicklungsländern, ist das des Monopolisten, der „auf weiter Flur“ alleine ist. Jeder braucht ihn – wenn er nicht da ist, sterben die Menschen.

Aber in den Städten – und zunehmend auf dem Land – ist das nicht mehr die Realität. Es besteht Konkurrenz, sodass überprüft werden muss, ob das alternative Angebot quantitativ und qualitativ ausreicht, um die Kundenbedürfnisse zu befriedigen. Hier muss untersucht werden, ob diese Konkurrenten die Einzugsbevölkerung quantitativ und qualitativ ausreichend versorgen können. Auf Gesundheitsmärkten mit ihren strukturellen Unvollkommenheiten gewährleistet der Markt nicht automatisch, dass die produzierte Menge und Qualität ausreichen, um alle existentiellen Bedürfnisse zu decken. Konkurrenz allein impliziert folglich noch nicht, dass ein kirchliches Krankenhaus, Dispensarium oder Gesundheitsprogramm seinen Sinn verliert, aber es stellt eine Anfrage an sein Proprium. Wenn kirchliche Häuser jederzeit ersetzt und von der staatlichen oder kommerziellen Konkurrenz übernommen werden können, ohne dass ein einziger Patient schlechter versorgt wäre, stellt sich die Frage nach dem Proprium anders als für den Fall des Monopolisten.

Auch wenn das Angebot durch die Konkurrenz gering ist, ist aus outputorientierter Perspektive noch keine Notwendigkeit kirchlicher Aktivität gegeben. Vielmehr muss die Unternehmensführung in einem zweiten Schritt bewerten, ob die zu stillenden Bedürfnisse das christliche Engagement rechtfertigen. Beispielsweise gibt es sicherlich ein ungestilltes Bedürfnis nach Diamanten, das keine diakonische Sättigung fordert. Normalerweise sind Bedürfnisse umso dringender, je existentieller sie sind. Die Bedrohung der physischen Existenz und der Würde des Menschen sowie ein Verstoß gegen die Gerechtigkeit hingegen konstatieren einen Mangel, der nach Stillung ruft. Besteht folglich keine Konkurrenz und liegt ein existentieller Mangel vor, so sind kirchliche Einrichtungen gefordert, tätig zu werden. In allen anderen Fällen kann sie die Bedürfnisbefriedigung getrost dem Markt überlassen oder akzeptieren, dass nicht alle Bedürfnisse gestillt werden.

Diese Aussage ist dahingehend einzuschränken, dass diakonische Dienstleistungen regelmäßig Nutzendimensionen beinhalten, die von anderen Anbietern nicht berücksichtigt werden können. Grundsätzlich sind alle Güter (und damit auch Dienstleistungen) Träger von physischen und spirituellen Nutzendimensionen. Sind beide Dimensionen separierbar, so können verschiedene Träger die Dienstleistungen durchführen. Beispielsweise könnte ein kommerzielles Krankenhaus die Appendektomie leisten, während die Krankenhausseelsorge auch ohne eigene kirchliche Einrichtung von Pfarrern und anderen Berufenen übernommen werden kann.

Ist jedoch die spirituelle Dimension nicht von der physischen trennbar, besteht ein großer Anreiz für christliche Gesundheitsdienstleister, auch die physische Dimension zu übernehmen. Dies liegt regelmäßig dann vor, wenn das hierfür notwendige Personal tatsächlich in der Lage und willens ist, nicht nur die technisch-funktionale Dienstleistung (z.B. die Appendektomie), sondern auch die spirituelle Leistung (z.B. das Gebet mit dem Patienten) zu erbringen. Werden physische und spirituelle Leistung hingegen vollständig auf zwei Personen aufgeteilt, ist unter Umständen keine hinreichende Bedingung für ein christliches Engagement gegeben.

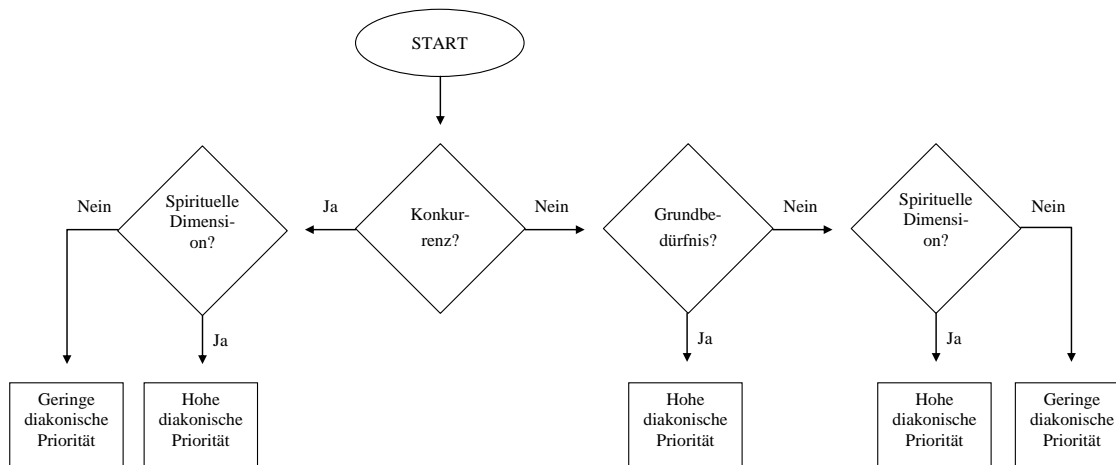


Abbildung 2 Portfolio-Analyse

Aus diesen Erwägungen ergibt sich eine Kategorisierung verschiedener Dienstleistungen nach der Priorität. Leistungen, die existentielle Grundbedürfnisse ansprechen und / oder von der spirituellen Dimension nicht trennbar sind, erfordern eine hohe diakonische Priorität, und zwar auch dann, wenn Konkurrenz die physische Dimension ebenso erstellen könnte wie die Diakonie. Leistungen, die von anderen genauso durchgeführt werden können und / oder keine Grundbedürfnisse ansprechen, können getrost der Konkurrenz überlassen werden.

Es ist an dieser Stelle nicht der Raum, über die Vor- und Nachteile einer leistungsorientierten bzw. fallpauschalierenden Finanzierung des Gesundheitswesens zu diskutieren. Es muss jedoch in der Reflexion über 50 Jahre Tübinger Erklärungen erlaubt sein zu fragen, ob die Entwicklung von den DALYs hin zu den MDGs und später zu den DRGs bzw. PEPP nicht gerade die Nischen eröffnet, in denen sich christliche Gesundheitsdienstleister auf ihren originären Ruf zurückbesinnen können.

## 5 Fazit

Das Modell kann um die Dimension der Cash Flow Dynamik erweitert werden (Fleßa and Westphal 2008). Es genügt jedoch auch schon in seiner rudimentären Form, um einige grundlegende Aussagen über die Zukunft kirchlicher Gesundheitsdienste zu treffen:

Erstens gingen die Erklärungen von Tübingen selbstverständlich von einer Situation aus, wie sie typisch für das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern Anfang der 1960er Jahre war: kirchliche Krankenhäuser leisteten als Monopolisten sehr existentielle Dienste. Wenn sie es nicht übernahmen, tat es keiner, d.h., Menschen litten und starben ohne diese Einrichtungen. Ohne Zweifel gibt es diese Einrichtungen noch immer, und sie leisten Beachtliches. Aber die Realität ist immer öfter die der Konkurrenz: Gerade die städtische Bevölkerung kann wählen, wo sie sich behandeln lässt. Und sie wählt nach subjektiven Qualitätskriterien, wie z.B. Schnelligkeit und Freundlichkeit des Personals. Schiere Präsenz in einem ansonsten unterversorgten Raum ist in Zukunft immer weniger eine Existenzberechtigung oder ein Proprium kirchlicher Gesundheitsdienste.

Zweitens wird die immer stärkere Absicherung der Bevölkerung durch funktionsfähige nationale Institutionen der sozialen Sicherung sowohl die Konkurrenz verstärken als auch das Selbstverständnis kirchlicher Einrichtungen hinterfragen:

- Wer sind wir noch, wenn die anderen es genauso können?
- Wer sind wir, wenn wir dafür vom Staat bezahlt werden wie jeder Lieferant?
- Sind wir – um im biblischen Bild zu sprechen – der Barmherzige Samariter auf der Suche nach den Verlorenen, oder der Wirt, der sich für seine Pflegedienstleistung bezahlen lässt?

Drittens wird die spirituelle Dimension des Heilungsauftrags der Christen an Bedeutung gewinnen. Wenn in zunehmender Konkurrenz und sozialer Absicherung die technisch-funktionale Dimension des Heilens von anderen übernommen werden kann, so muss man sich heute mehr denn je zuvor fragen, was das Besondere an unserem Auftrag ist.

- Heilen wir nur den Körper, oder ist es mehr, was unseren Auftrag ausmacht?
- Wie können wir dieses Proprium, diese spirituelle Dimension in unseren Institutionen des Gesundheitswesens leben, so dass es nicht nur eine geistliche Forderung, sondern praktische Realität wird?

Schließlich führt dies zu einer starken Betonung des individuellen, spirituellen Handelns und Lebens der Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Christliche Gesundheitsdienste müssen sich über die geistliche Persönlichkeit ihrer Mitarbeiter definieren. Ihre Hingabe, ihre Ausstrahlung, ihre Liebe, ihr Gebet und ihre Letztverantwortung vor Gott bilden das maßgebliche Proprium. Aus dieser Sicht gibt es keine spezifisch christlichen Gesundheitsdienste, aber es gibt Christen im Gesundheitswesen. Und es sollte kein Zufall sein, dass in kirchlichen Einrichtungen besonders viele davon wirken. Dies impliziert aber auch, dass der Führung und Förderung dieser Mitarbeiter eine besondere Bedeutung zukommt.

Im Jahr 2014 feiern wir 50 Jahre Tübinger Erklärung. Wir begehen diesen Tag im Wissen, dass es noch zahlreiche kirchliche Gesundheitseinrichtungen und Programme gibt, die in ähnlichen Situationen arbeiten wie vor 50 Jahren. Aber es gibt auch ganz neue Entwicklungen, die uns fragen lassen, wie die Welt von morgen aussehen wird.

- Wird es in 50 Jahren noch kirchliche Gesundheitsdienstleister geben?
- Wenn ja, wie werden sie aussehen?
- Was wird sie auszeichnen?
- Werden sie sich von staatlichen oder kommerziellen Gesundheitsdienstleistern unterscheiden?
- Was wird das Besondere sein, das der Patient (und vielleicht viele andere) dort bekommen?

Das große Thema „Heil und Heilung“ (CMC 1989), dem sich die Tübinger Konsultationen sowie die CMC so intensiv gewidmet haben, wird in den nächsten Jahren aktueller sein als je zuvor. Denn nun wird es nicht mehr darum gehen, unsere Dienste etwas besser zu machen. Es geht für viele Einrichtungen um das blanke Überleben. Nur wenn es gelingt, das Besondere christlicher Heilung und kirchlicher Heilungsinstitutionen zu definieren und für die Menschen des 21. Jahrhunderts transparent darzustellen, werden die kirchlichen Gesundheitsdienstleister überleben.

Die Delegierten von Tübingen haben eine Zukunft christlicher Gesundheitsdienste erträumt, die nicht in der Vergangenheit der Missionsgeschichte stehen blieb, sondern mutig neue Strukturen wagen wollte. Wir stehen heute vor epochalen Veränderungen im kirchlichen Gesundheitswesen weltweit, und es ist nicht klar, in welche Richtung es gehen wird. Es könnte durchaus sein, dass sich Christen auf die persönli-

che Diakonie zurückziehen und dort glaubhaft Nachfolge Christi praktizieren. Es könnte aber auch sein, dass kirchliche Krankenhäuser noch mehr zu Konkurrenzunternehmen ohne eigenes Profil werden. Es ist die Hoffnung des Autors, dass Christen den Mut und den (Heiligen) Geist haben, ein innovatives und ganz anderes Gesundheitssystem zu denken und dann exemplarisch umzusetzen.

Das Besondere an derartigen Prozessen ist ja, dass man vorher nicht weiß, wie das Ergebnis dieses Denkprozesses aussehen wird. Aber eins ist gewiss: Die Entwicklung wird nur dann segensreich sein, wenn sie tief gegründet in der Wahrheit des Evangeliums ist. Dies haben die Unterzeichner der Erklärungen von Tübingen erkannt und in ihre Zeit übersetzt. Ihre Werte, ihre Reflexionen und ihr Mut sind deshalb wichtiger als je zuvor. Und es ist an uns, ihrem Geist treu zu sein und ebenso mutig weiterzugehen.

## 6 Literatur

CMC (1989). Das christliche Verständnis von Gesundheit, Heilung und Ganzheit. Tübingen, Christian Medical Commission.

Diesfeld, H. F. (1988). Gesundheitsproblematik in der Dritten Welt. Darmstadt, Wissenschaftl.Buchgesellschaft.

Diesfeld, H. J. (2006). "Von Rudolf Virchow zu den Millenniums-Entwicklungszielen 2000." Globalisierung–Gerechtigkeit–Gesundheit. Einführung in International Public Health. Bern, Huber: 19-26.

Diesfeld, H. J. and Bichmann, W. (1989). Primary Health Care - Primäre Gesundheitspflege oder Utopie. Medizin in Entwicklungsländern: Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer. H. J. Diesfeld and W. S. Frankfurt am Main, Lang: 120-134.

Diesfeld, H. J., Falkenhorst, G., Razum, O., and Hampel, D. (2001). Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern: Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin et al., Springer.

EKD (1998). Texte zum Schwerpunktthema: Diakonie, 3. Tagung der 9. Synode der EKD (1.-6. November 1998, Münster). Hannover, Evangelische Kirche in Deutschland.

Evans, D. B., Hsu, J. and Boerma, T. (2013). "Universal health coverage and universal access." Bull World Health Organ **91**: 546-546A.

Ewert, D. M. (1990). A new agenda for medical missions. Brunswick, Map Intl.

Fleßa, S. (2003). Gesundheitsreformen in Entwicklungsländern. Frankfurt a.M., Lembeck.

Fleßa, S. (2006). Helfen hat Zukunft : Herausforderungen und Strategien für karitative und erwerbsorientierte Sozialleistungsunternehmen ; mit 10 Tabellen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Fleßa, S. (2008). "Basic health care package without antiretroviral therapy?" Journal of Public Health **16**: 145-150.

Fleßa, S. (2013). Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. München, Oldenbourg.

Fleßa, S. (2014). "Prozess- und Ergebnisprofilierung diakonischer Sozialleistungsunternehmen." Verkündigung und Forschung **angenommen zur Publikation**.

Fleßa, S. and Greiner, W. (2013). Grundlagen der Gesundheitsökonomik. Berlin, Heidelberg, Springer Gabler.

Fleßa, S. and Westpha, J. I. (2008). "Leistungsprogrammplanung karitativer Nonprofit-Organisationen als Instrument des Ethik-Controlling." Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik 9(3): 345-362.

Grundmann, C. H. (1992). Gesandt zu heilen. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.

IFC (2008). The business of health in Africa. Washington D.C., International Finance Corporation.

McGilvray, J. C. (1979). The quest for health. An interim report of a study process. Tübingen, German Institute for Medical Missions.

McGilvray, J. C. (1982). Der verlorene Gesundheit - das verheißene Heil. Stuttgart, Radius.

McGilvray, J. C. (1982). Die verlorene Gesundheit - das verheißene Heil. Tübingen, Deutsches Institut für Ärztliche Mission.

Murray, C. J. (1994). "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years." Bulletin of the World Health Organization 72(3): 429.

Newell, K. (1978). Health by the People. Genf, WHO.

RGC (2013). Health Financing Policy Draft. Phnom Penh, Royal Government of Cambodia.

Scheel, M. (1987). Partnerschaftliches Heilen. Stuttgart, Verlagswerk der Diakonie

Städtler-Mach, B. (1993). Das evangelische Krankenhaus: Entwicklungen-Erwartungen-Entwürfe. Hamburg, Verlag an der Lottbek Jensen.

Vereinte Nationen (2010). Millenniums-Entwicklungsziele Bericht 2010. New York, Vereinte Nationen.

Weltbank (1993). Weltentwicklungsbericht: Investitionen in die Gesundheit. Washington D.C., Weltbank.

Werner, D., Sanders, D., Weston, J., Babb, S. and Rodriguez, B. (1997). Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival with an in-depth critique of oral rehydration therapy. Palo Alto, CA, Healthwrights.

WHO (1978). Alma-Ata 1978: primary health care. Report on the International Conference on Primary Health Care, 6-12. September 1978. Genf, World Health Organisation.

WHO (2008). World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Genf, Weltgesundheitsorganisation.

WHO (2010). Weltgesundheitsbericht 2008. Genf, Weltgesundheitsorganisation.

WHO (2013). "Universal Health Coverage." from [http://www.who.int/health\\_financing/en/](http://www.who.int/health_financing/en/).

## **Steffen Fleßa**

1990: Diplom-Kaufmann, FAU Erlangen-Nürnberg

1990-1995: Dozent für Betriebswirtschaftslehre am Masoka Management Training Institute, Tansania, gesandt vom Missionswerk der Evang. Luth. Kirche in Bayern

1995-1996: Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Lst. für Operations Research, FAU Erlangen-Nürnberg

Juni 1996: Promotion (Dr. rer. pol.), FAU Erlangen-Nürnberg

August 1996 – März 1997: Wissenschaftlicher Berater der Evang. Luth. Kirche in Tansania

April 1997 – September 1998: Wissenschaftlicher Assistent, Lst. für Operations Research, FAU Erlangen-Nürnberg

Oktober 1998 – März 2003: Professor für Betriebswirtschaftslehre, Evang. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Pflegemanagement

Oktober 2000 – September 2002: Dekan des Fachbereichs

April 2003 – November 2004: Professor für Internationale Gesundheitsökonomik am Hygieneinstitut der Universität Heidelberg

Februar 2004: Habilitation in Betriebswirtschaftslehre, FAU Erlangen-Nürnberg

Seit Dezember 2004: Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Besondere Forschungs- und Lehrinteressen:**

Gesundheitsmanagement, insbesondere Anwendung quantitativer Methoden in Gesundheitsbetrieben

Management von Nonprofitorganisationen

Gesundheitsmanagement in Entwicklungsländern