

Christliche Gesundheitsarbeit: Zukunftsaufgabe von Kirchen und Gemeinden

Überlegungen anlässlich des 50jährigen Jubiläums einer Tagung zur christlichen Gesundheitsarbeit im Jahr 1964

Inhalt

1. 1964: Die Ärztliche Mission in der Krise	2
2. Entwicklungen im Anschluss an „Tübingen I“	3
3. Die Millenniumentwicklungsziele, neue Initiativen im Gesundheitsbereich und die Gesundheitssituation am Beginn des dritten Jahrtausends	5
4. Die christliche Gesundheitsarbeit am Beginn des 3. Jahrtausends: erneut in der Krise?.....	6
5. Neue Aspekte der Begründung christlicher Gesundheitsarbeit	7
Religious Health Assets: der spezifische Beitrag von Religion und religiösen Gemeinschaften zu Gesundheit	7
Gesundheit als Teil des Missionsauftrags der Kirchen.....	8
6. Die Zukunft: Kirchen, Gemeinden und christliche Organisationen als wichtige Akteure im Prozess der „Post-MDGs“	9
Verbesserung der sozialen Bedingungen für Gesundheit	9
Der universelle Zugang zur Gesundheitsversorgung.....	10
- Stärkung der Basisgesundheitsversorgung (PHC)	10
- Verbesserung der Finanzierung.....	11
- Sicherung des Zugangs zu Medikamenten und zu medizinischer Technologie	12
- Qualifizierung des Gesundheitspersonals	12
7. Christliche Gesundheitsarbeit in den Ländern des Nordens	13
8. Zusammenfassung: Thesen zur christlichen Gesundheitsarbeit.....	14

Christliche Gesundheitsarbeit: Zukunftsaufgabe von Kirchen und Gemeinden

Überlegungen anlässlich des 50jährigen Jubiläums einer Tagung zur christlichen Gesundheitsarbeit im Jahr 1964

Eine Tagung im Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen im Jahr 1964 hat eine Wirkungsgeschichte bis heute. Der Anlass für diese Tagung war eine Identitätskrise der Ärztlichen Mission. In der Mitte des 20. Jahrhunderts kamen grundsätzliche Fragen zu Wesen und Aufgaben der christlichen Gesundheitsarbeit auf und drängten auf eine Antwort. Heute, 50 Jahre nach dieser Tagung stehen wir vor ähnlichen Fragen. Auch wenn niemand so weit geht, die Existenzberechtigung der christlichen Gesundheitsarbeit grundsätzlich in Frage zu stellen, brennt die Frage nach ihrem Wesen und ihren Kernaufgaben vielen auf den Nägeln, innerhalb und außerhalb der christlichen Kirchen.

1. 1964: Die Ärztliche Mission in der Krise

Mit der Zunahme der medizinischen Möglichkeiten in den Ländern des Nordens im Laufe des 19. Jahrhunderts „entdeckten“ die Kirchen ihren Auftrag zu heilen auf neue Weise, nachdem sie ihn in den Jahrhunderten davor überwiegend als Auftrag der Fürsorge für Kranke und Arme gesehen und praktiziert hatten. Sie interpretierten ihn nun in dem Sinne, den Segen der Medizin möglichst allen Menschen zugänglich werden zu lassen. Den Missionaren in den Ländern des Südens erschien es als ein Gebot der christlichen Nächstenliebe, als Teil der „Frohen Botschaft“ den Menschen in den Missionsgebieten die wachsenden medizinischen Möglichkeiten des Nordens Anteil zu geben. Dies war der Anfang der so genannten „Ärztlichen Mission“: Seit dem 19. Jahrhundert gründeten die protestantischen und katholischen Missionsgesellschaften in ihren Missionsgebieten eine Vielzahl von Krankenhäusern und Gesundheitsstationen.

In der Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die christliche Gesundheitsarbeit in Übersee jedoch grundsätzlich hinterfragt. Die christlichen Gesundheitseinrichtungen boten einen relativ hohen medizinischen Standard, der aber in weiten Teilen einem auf das Individuum ausgerichteten westlichen Medizinmodells entsprach und vor allem auf den Aufbau von Institutionen (Krankenhäusern) ausgerichtet war. Dies bedingte enorm hohe Unterhaltskosten und eine Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung aus dem Norden. Als die finanzielle und personelle Unterstützung der Nordkirchen für diese Einrichtungen zurückging, mussten diese Patientengebühren erheben, wodurch arme Menschen von den christlichen Gesundheitsdiensten weitgehend ausgeschlossen wurden. Zunehmend wuchs auch die Einsicht, dass die im Wesentlichen kurativ ausgerichtete kirchliche Gesundheitsarbeit wenig oder gar nicht in der Lage war, die eigentlichen krankmachenden

Faktoren anzugehen. Eine noch so gute Behandlung im Krankenhaus änderte nichts an den schlechten hygienischen Verhältnissen, an der Fehl- und Mangelernährung, an immer wiederkehrenden Malariainfektionen und vor allem beeinflusste sie nicht die Unrechtsstrukturen, die für die Armut als wichtigen krankmachenden Faktor verantwortlich waren. Und schließlich waren viele der nach dem Zweiten Weltkrieg unabhängig gewordenen Staaten daran interessiert, die Gesundheitsversorgung in eigene staatliche Verantwortung zu übernehmen oder zumindest in die Hand der lokalen Kirchen zu geben.¹

Was bedeutete dies für die christliche Gesundheitsarbeit? Musste sie anders konzipiert werden oder sollten die Kirchen ihren Heilungsauftrag ganz abgeben, zum Beispiel an staatliche Gesundheitssysteme?

Deshalb luden der Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK) und der Lutherische Weltbund (LWB) zu einer Tagung ein, die Klarheit bringen sollte im Hinblick auf theologische Grundlagen, Wesen und Praxis der christlichen Gesundheitsarbeit. Diese Tagung fand im Mai 1964 im Difäm in Tübingen statt und wird bis heute als „Tübingen I“ zitiert. Die Teilnehmenden aus dem Bereich von Medizin und Theologie waren sich einig: Die christliche Gesundheitsarbeit ist bezogen auf den Heilungsauftrag Jesu und hat spezifische Merkmale, die sie in mancher Hinsicht von nichtkirchlichen Gesundheitsdiensten unterscheidet. Die wichtigste These der Tübinger Tagung lautete: „Die christliche Kirche hat eine besondere Aufgabe auf dem Gebiet des Heilens. Das bedeutet, dass Einsichten in das Wesen von Heilung gegeben sind, die nur in Verbindung mit dem Glauben an Christus zu gewinnen sind. Die Kirche kann sich ihrer Verantwortung auf dem Gebiet des Heilens nicht entledigen, indem sie diese anderen Organisationen überträgt.“ Darüber hinaus wurde betont, dass Heilung nicht nur Aufgabe der professionellen Gesundheitsdienste sei, sondern die christliche Gemeinde der eigentliche Träger des Heilungsauftrages sei.²

2. Entwicklungen im Anschluss an „Tübingen I“

Diese Tagung und eine weitere im Jahr 1967 („Tübingen II“) waren der Ausgangspunkt für die Gründung der christlichen Gesundheitskommission (Christian Medical Commission, CMC) beim ÖRK (1968). Die CMC initiierte einen weltweiten Diskussionsprozess zu Gesundheit, Heilung und dem Heilungsauftrag der Christen, bei der die Fragen nach dem Proprium christlicher Gesundheitsarbeit zentral waren.

Als Ergebnis dieses Diskussionsprozesses wurde die christliche Gesundheitsarbeit mit dem besonderen christlichen Verständnis von Gesundheit und Heilung begründet: Gesundheit bezieht sich auf das biblische Menschenbild, nach dem der Mensch in Beziehung lebt zu sich, zu den Mitmenschen, zu Gott und zur Schöpfung. Gesundheit und Heilung haben eine körperliche, seelische, geistige und soziale Dimension. Christliche Gesundheitsarbeit geht deshalb über die Anwendung medizinischer Maßnahmen hinaus und bezieht soziale und

¹Vgl. Mc Gilvray, J. (1982): Die verlorene Gesundheit – das verheißene Heil. Stuttgart, 18-23

²A.a.O.

spirituelle Faktoren in die Gesundheitsarbeit ein. Darüber hinaus nimmt sie nicht nur die Gesundheit des Einzelnen in den Blick, sondern das Wohl der ganzen Gemeinschaft. Deshalb hat die Sorge um die Gesundheit auch eine wirtschaftliche und politische Dimension – zum Beispiel sind Maßnahmen zur Verbesserung von Armut ein entscheidender Faktor für die Verbesserung von Gesundheit. Ähnliche Entwicklungen gab es im angelsächsischen Raum. Zum Beispiel hat Prof. Maurice King durch sein viel beachtetes Buch „Medical Care in Developing Countries“³ ebenfalls einen wesentlichen Anstoß zu einem Umdenken in der Gesundheitsarbeit gegeben. Seine Impulse wurden auch von der CMC aufgenommen.

Die CMC war maßgeblich beteiligt an der Entwicklung des Konzepts der Primary Health Care (PHC), das die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1978 in Alma Ata allen Mitgliedsstaaten zur Umsetzung empfahl. Dem Konzept der PHC liegen die christlichen Werte der Solidarität und Gerechtigkeit zugrunde. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind ebenso wichtig wie die Behandlung von Krankheiten. Gleichzeitig soll die Gesundheitsversorgung so basisnah wie möglich erfolgen. Somit entspricht das PHC-Konzept in vieler Hinsicht den Kriterien, die die CMC für die christliche Gesundheitsarbeit entwickelt hatte.

Mit der „Deklaration von Alma Ata“ verbanden sich große Hoffnungen. Alle Länder sollten ihr Gesundheitssystem „revolutionieren“, um so das ehrgeizige Ziel der WHO „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ zu erreichen.

In den 1980er Jahren und danach gab es zwar einzelne Erfolge in der Umsetzung dieses Konzepts, aber der erhoffte weltweite und umfassende Neuanfang blieb aus. Die Gründe dafür waren vielfältig: Wenige Staaten waren bereit, in das neue Konzept zu investieren – Basisgesundheitsdienste wurden oft als „billige Gesundheitsversorgung für die Armen“ missinterpretiert, und die entstehenden gemeindegetragenen Ansätze wurden nicht mit den anderen Ebenen der Gesundheitsversorgung verbunden. Im Gefolge der von der Weltbank und dem Internationalen Währungsfond diktierten Strukturanpassungsprogramme kürzten viele finanzschwache Länder ihre Ausgaben für Gesundheit, was die ohnehin schon labilen Gesundheitssysteme noch zusätzlich schwächte. Und schließlich führte im südlichen Afrika die rasante Verbreitung von HIV und Aids zu einer Belastung der Gesundheitssysteme, der sie in keiner Weise gewachsen waren.

In dieser Situation setzten Staaten und Geldgeber statt auf den Auf- und Ausbau einer horizontalen umfassenden Gesundheitsversorgung mehr und mehr auf vertikale Programme und Kampagnen, die – meist ohne Einbezug der lokal vorhandenen Ressourcen und Strukturen – relativ schnell zu nachweisbaren und vorzeigbaren Ergebnissen führten, wie etwa Impfkampagnen, Programme zur Nahrungsverbesserung, zur Familienplanung und zur Bekämpfung einzelner Erkrankungen.

Trotz dadurch erzielter Verbesserungen der Gesundheitssituation war das Ziel „Gesundheit für alle“ zur Jahrtausendwende keineswegs erreicht. Die Kluft in der Gesundheitsversorgung zwischen Arm und Reich hatte sich eher noch vergrößert.

³ Maurice King (Ed.), Medical Care in Developing Countries. A Symposium from Makerere, Oxford 1967

3. Die Millenniumentwicklungsziele, neue Initiativen im Gesundheitsbereich und die Gesundheitssituation am Beginn des dritten Jahrtausends

Im Jahr 2000 verpflichtete sich die Weltgemeinschaft darauf, die Armut zu halbieren und definierte acht Millenniumentwicklungsziele (MDGs), die bis zum Jahr 2015 erreicht sein sollen.⁴ MDGs 4,5 und 6 sind direkt auf Gesundheit bezogen, aber auch alle anderen MDGs haben einen Gesundheitsbezug, da Armut, Bildung und Genderfragen einen großen Einfluss auf die Gesundheit Einzelner und ganzer Gemeinschaften haben. Gleichzeitig wurden in den vergangenen zwölf Jahren neue Finanzierungsinstrumente für den Gesundheitsbereich entwickelt, die multi-oder bilateral die Finanzierung von Gesundheit verbessert haben. Herausragendes Beispiel ist der Globale Fond zur Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose, der den Zugang zu HIV Behandlung, neuen Malariamedikamenten und einer Verbesserung der Tuberkulose Bekämpfung gefördert hat. Daneben spielen große Stiftungen wie die Bill & Melinda Gates Stiftung oder auch große bilaterale Finanzierungsinstrumente wie PEPFAR (US President's Emergency Plan for AIDS Relief), eine wichtige Rolle. Die weltweite Verpflichtung auf die MDGs und die gewaltige Erhöhung der Gelder für den Gesundheitsbereich führten zu messbaren Erfolgen: Die Kindersterblichkeit wurde reduziert, der Anstieg der HIV-Infektionen ging zurück, der Zugang zu Medikamenten wurde sehr stark verbessert und auch im Bereich der anderen MDGs konnten Erfolge erzielt werden. Aber nach wie vor sind wir weit entfernt vom Erreichen des universellen Zugangs zu Gesundheit, wie er im Rahmen von Alma Ata gefordert wurde.

Dazu tragen unter anderem folgende Faktoren bei:

- Trotz der erzielten Erfolge öffnet sich die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter und das nicht nur zwischen Nord und Süd, sondern auch in den Ländern des Südens.
- Durch die Konzentration auf einzelne Krankheiten und vertikale Programme wurden lokale Gesundheitssysteme nicht genügend gestärkt oder sogar geschwächt.
- Die Versorgung von Müttern und Kindern stellt in vielen Gegenden immer noch eine große Herausforderung dar.
- Es fehlt an Finanzierungsinstrumenten, die lokal verankert sind und die Gesundheitsversorgung sichern, ohne dass Menschen durch Krankheit in die Armut getrieben werden, sind oft nicht vorhanden. Zwar haben sich viele vor allem afrikanische Staaten in der Abuja Erklärung verpflichtet, 15% des BNE für Gesundheit einzusetzen, aber in der Realität sind sie noch weit davon entfernt.
- Die Konzentration auf einige wenige Krankheiten führte dazu, dass andere vernachlässigt wurden: Die WHO zählt 17 Krankheiten zu den so genannten

⁴Millennium Development Goals: <http://www.undp.org/mdg/>

„Neglected Tropical Diseases“, die heute Millionen von Menschen betreffen.⁵ Für diese fehlen effektive Maßnahmen der Prävention und Behandlung bzw. sie werden nicht umgesetzt.

- Chronische und psychische Erkrankungen nehmen weltweit zu, werden aber noch nicht adäquat in den Blick genommen. Diese Erkrankungen spielen gerade im demographischen Wandel auch in Ländern mittleren und niedrigen Einkommens eine immer größere Rolle.

4. Die christliche Gesundheitsarbeit am Beginn des 3. Jahrtausends: erneut in der Krise?

Nach wie vor nehmen die Kirchen wesentliche Aufgaben im Gesundheitsbereich wahr – weltweit und ganz besonders in wirtschaftlich armen Ländern bzw. Regionen. Im südlichen Afrika werden – je nach Land – 20 bis über 40 Prozent der Gesundheitsversorgung von den Kirchen getragen. Auch in Europa sind Gesundheitsdienste in kirchlicher Trägerschaft unverzichtbar.

Dennoch steht die christliche Gesundheitsarbeit heute vor großen Herausforderungen. Zu diesen gehören:

- In den Ländern des Südens: Fehlende Finanzierungsmechanismen für kirchliche Gesundheitseinrichtungen führen dazu, dass diese bis heute Patientengebühren erheben werden, die für arme Menschen eine Barriere sind.
- In vielen Ländern des Südens gibt es gut ausgebildete medizinische Fachkräfte, aber aufgrund mangelnder Anreize können kirchliche Institutionen diese kaum rekrutieren, sondern verlieren sie an internationale Nichtregierungsorganisationen oder auch Regierungseinrichtungen. Dazu kommt: Kirchliche Gesundheitsdienste versorgen oft ländliche und schwer zugängliche Regionen und es ist schwierig, Menschen zu gewinnen, die dort arbeiten wollen
- Aufgrund des Mangels an qualifiziertem Personal und an Strukturen können früher geltende Qualitätsstandards in vielen kirchlichen Einrichtungen nicht mehr erhalten werden.
- Gemeindebasierte Gesundheitsarbeit wird in vielen Gegenden aktiv praktiziert, aber der Anschluss an das formale Gesundheitssystem ist nicht immer gegeben. Kirchen und staatliche Systeme müssen lernen, miteinander zu arbeiten und die Stärken der jeweiligen Partner zu nützen.
- In den Ländern des Nordens: Kirchliche Einrichtungen sind in einer Identitätskrise, da sie Teil des medizinischen Systems sind, in dem zunehmender Kostendruck die

⁵ http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en

Kriterien der Effizienz und Effektivität oft wichtiger erscheinen lässt als die menschliche Zuwendung.

Auf Grund dieser Entwicklungen stellt sich – ähnlich wie zur Mitte des vorigen Jahrhunderts – erneut die Frage nach einer Begründung und nach der Praxis der weltweiten christlichen Gesundheitsarbeit. Diese beiden Fragenbereiche werden im Folgenden beleuchtet.

5. Neue Aspekte der Begründung christlicher Gesundheitsarbeit

Die Ergebnisse der Arbeit der CMC in den 1970er und 1980er Jahren sind nach wie vor eine wichtige Basis für die Begründung der christlichen Gesundheitsarbeit: Gesundheit ist nicht ausschließlich durch einen medizinischen Ansatz zu erreichen, sondern wird durch soziale, politische und spirituelle Faktoren mit bestimmt.

Im Folgenden werden zwei weitere Ansätze zur Begründung christlicher Gesundheitsarbeit vorgestellt: das Konzept der „Religious Health Assets“ und die Bekräftigung des Heilungsauftrags durch die Missionstheologie.

Religious Health Assets: der spezifische Beitrag von Religion und religiösen Gemeinschaften zu Gesundheit

Seit 2003 erforscht und dokumentiert das „International Religious Health Assets Program“⁶ den Beitrag von Religionen und religiösen Gemeinschaften zur Förderung von Gesundheit in Staaten bzw. Gesellschaften mit sozialwissenschaftlichen Methoden. Das Forschungsprojekt ist an der Universität von Kapstadt, Südafrika, beheimatet. IRHAP prägte den Terminus „Religious Health Assets“. „Asset“ – eigentlich ein Begriff aus der Ökonomie, der Vermögenswerte bezeichnet – steht für die Stärken, Potentiale, Ressourcen von Religionen und religiösen Gemeinschaften für Gesundheit, und zwar für die öffentliche Gesundheit (public health). IRHAP erforscht die Health Assets verschiedener Religionen, ist also nicht auf den christlichen Bereich beschränkt.

Bei den Religious Health Assets werden zwei Gruppen unterschieden: Tangible Religious Health Assets sind materielle Ressourcen, wie etwa kirchliche Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitsdienste, Bildungsangebote. Daneben kommen aber auch immaterielle Ressourcen – Intangible Religious Health Assets – in den Blick. Die Begriffe der tangible bzw. intangible assets entstammen der Bilanzbuchhaltung: Während tangible assets die Grundstücke und Geräte eines Unternehmens umfassen, gehören zu den intangible assets Erfindungen, Verfahren oder Patente, die für den Erfolg des Unternehmens wesentlich sind. Intangible Religious Healths Assets wären demnach gesundheitsrelevante Einstellungen, Haltungen, Kommunikationsformen und Erfahrungen, die in religiösen Gemeinschaften gepflegt und weitergegeben werden. Diese umfassen zum Beispiel die Vermittlung von Sinn und Hoffnung, das Zugehörigkeitsgefühl, Hilfsbereitschaft, das Gebet, die Motivation, ein

⁶Früher: ARHAP, African Religious Health Assets Program; homepage: <http://www.arhap.uct.ac.za/>

tiefer Sinn für Barmherzigkeit. Mit dem Konzept der Health Assets können Beziehungen zwischen religiöser Praxis und gesundheitlichen Wirkungen beschrieben werden, wobei es nicht um den individuellen Gesundheitszustand der Mitglieder religiöser Gemeinschaften geht, sondern um den Beitrag der Religionsgemeinschaft zur Gesundheit der Bevölkerung. Wichtig ist, dass die Gesundheitsförderung durch Religionen und religiöse Gemeinschaften nicht auf den Betrieb medizinischer Einrichtungen eingrenzt wird, sondern als komplex und mehrdimensional betrachtet wird.⁷

Die Arbeit von IRHAP bestätigte im Grunde die Ergebnisse des von der Christian Medical Commission geführten weltweiten Diskussionsprozesses zum Verständnis von Gesundheit und Heilung: Gesundheit ist mehr als körperliches Wohlbefinden und zu Gesundheit tragen spirituelle und soziale Faktoren (= Religious Health Assets) wesentlich bei.

Der Arbeit von IRHAP ist es mit zu verdanken, dass die WHO besonders in zwei Bereichen den Beitrag von Spiritualität und religiöser Gemeinschaften würdigt – dies sind die Maßnahmen angesichts der HIV&Aids-Pandemie sowie die Umsetzung des Konzepts der primären Gesundheitsversorgung.

Gesundheit als Teil des Missionsauftrags der Kirchen

In den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde in der ökumenischen Bewegung der Einsatz für Gerechtigkeit und Befreiung als zentral für die christliche Mission erachtet und damit das Heilungsthema zumindest implizit genannt. Explizit aber wurden Heilung und Gesundheit als Dimension von Mission kaum thematisiert. Die Missionserklärung des ÖRK aus dem Jahr 1982 („Mission und Evangelisation. Eine ökumenische Erklärung“) geht auf Heilung und Gesundheit nicht ein.

Seit den 1990er Jahren allerdings ist das Heilungsthema innerhalb der Kirchen von großer Bedeutung – als Antwort auf die wachsende Suche der Menschen nach individueller Heilung, die Ausdruck postmoderner Gesellschaften ist. Neben anzustrebenden gesellschaftlichen Veränderungen sind Menschen auch auf der Suche nach individuellem Wohlbefinden. Es waren zunächst die Pfingstkirchen und charismatischen Gruppen, die diese Heilungssehnsucht aufnahmen. Seit der Weltmissionskonferenz in Athen (2005) ist das Thema aber auch in den so genannten traditionellen Kirchen präsent und Kirchen und Gemeinden entdecken ihren Heilungsauftrag neu.

Dementsprechend hat die neue Missionserklärung des ÖRK („Gemeinsam für das Leben: Mission und Evangelisation in sich wandelnden Kontexten“⁸), die im Jahr 2013 approbiert wurde, Heilung als wesentliche Dimension des kirchlichen Auftrags bestätigt. In Paragraph

⁷vgl. hierzu z.B. Difäm – German Institute for Medical Mission (2006): Religion, Faith and Public Health. Documentation on a Consultation. Tübingen; Cochrane, J.R.; Schmid, B.; Cutts, T. (ed) (2011): When Religion and Health Align. Mobilizing Religious Health Assets for Transformation. Pietermaritzburg

⁸Download:[ÖRK-Missionserklärung 2013](#)

50 der Missionserklärung ist festgehalten: „Initiativen für Heilung und die Ganzheit des Lebens von einzelnen Menschen und von Gemeinschaften sind eine wichtige Ausdrucksform der Mission“.

Es ist zu hoffen, dass dieses Statement in der Missionserklärung Einfluss haben wird auf die Struktur des ÖRK in den kommenden Jahren: Die Gesundheitsarbeit des ÖRK sollte dringend gestärkt werden.

6. Die Zukunft: Kirchen, Gemeinden und christliche Organisationen als wichtige Akteure im Prozess der „Post-MDGs“

Auf internationaler Ebene wird heute intensiv diskutiert, wie die MDGs nach 2015 weiter geführt werden können und welche Wege zu einer nachhaltigen Entwicklung führen. In diesem Prozess sollte die Verbesserung der Gesundheit einen wichtigen Stellenwert haben.

Es ist allgemein anerkannt, dass eine nachhaltige Verbesserung der weltweiten Gesundheitssituation nur gelingen kann durch einen Ansatz auf verschiedenen Ebenen. Die sozialen Bedingungen für Gesundheit müssen verbessert werden und der Zugang zur Gesundheitsversorgung soll allen Menschen in gleicher Weise offen stehen. Für die Gesundheitsarbeit der Kirchen wird es in Zukunft entscheidend sein, auf allen Ebenen Partner des formalen Gesundheitssystems zu werden: Während die kirchliche und staatliche Gesundheitsarbeit in der Vergangenheit nicht selten konkurrierend waren, müssen sie viel mehr als bisher zusammen arbeiten und sich gegenseitig unterstützen. Nur so kann die christliche Gesundheitsarbeit relevant bleiben und ihre oben genannten aktuellen Herausforderungen bestehen. Voraussetzung ist natürlich, dass die Regierungen ihre Führungskompetenz dafür einsetzen, um Gesundheitsrichtlinien zu erstellen und umzusetzen.

Verbesserung der sozialen Bedingungen für Gesundheit

Die Vermeidung von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit sind heute ganz wesentlich abhängig von den sozialen Bedingungen, unter denen Menschen leben. Zu den wichtigsten Faktoren, die zu Krankheiten beitragen und die sich oft wechselseitig verstärken, gehören: Armut und deren Folgen, Mangel an sauberem Wasser und Hygiene, Geschlechterungerechtigkeit, fehlende oder unzureichende Bildung.⁹

Der Bekämpfung von Armut und der Förderung der Geschlechtergerechtigkeit kommt heute – weltweit – eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsförderung zu: Viele Menschen sind in einem Kreislauf von Armut und Krankheit gefangen. Armut bedingt schlechte Ernährung, mangelnden Zugang zu Hygiene und zu sauberem Wasser, zu Informationen bezüglich

⁹Vgl. hierzu: WHO (2008): Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva

gesundheitsfördernden Verhaltens. Armut ist oft „weiblich“: Frauen sind proportional häufiger und stärker betroffen als Männer. Deshalb haben alle Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Menschen und besonders von Frauen, zum Beispiel durch Einkommen schaffende Maßnahmen oder die Vergabe von Kleinkrediten, einen wichtigen langfristigen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen.

Der Einsatz für Gerechtigkeit und damit für eine Verbesserung der sozialen Bedingungen für Gesundheit ist schon immer ein wichtiger Bereich, in dem die Kirchen ihre Verpflichtung zu Lobby und Advocacy für die Armen und Benachteiligten wahrnehmen. In Zeiten, in denen in vielen Ländern die Mittel- und Oberschicht über zunehmenden Wohlstand verfügt, müssen die Kirchen Fürsprecher sein für diejenigen Menschen, die in Gefahr sind, in Armut gefangen zu bleiben.

Der universelle Zugang zur Gesundheitsversorgung

Für die Zeit nach 2015 wird das Konzept des universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage) auf globaler Ebene diskutiert. Ähnlich der Forderung nach „Health for ALL by the Year 2000“ sollen alle Menschen Zugang haben zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung mit den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, ohne dadurch einem Armutsrisiko ausgesetzt zu sein.

Die WHO betrachtet den universellen Zugang zu Gesundheit als ein Menschenrecht und identifiziert vier Bereiche, die auf dem Weg dazu in den Blick genommen werden müssen: das Gesundheitssystem, die Finanzierung der Gesundheitsleistungen, der Zugang zu Medikamenten und medizinischer Technologie, gut ausgebildete und motivierte Mitarbeitende im Gesundheitswesen. In allen diesen Bereichen können und müssen die Kirchen Partner des formalen Gesundheitssektors werden. Sie können auf diese Weise einen entscheidenden Beitrag zum Erreichen des universellen Zugangs leisten.

- Stärkung der Basisgesundheitsversorgung (PHC)

Der Weg zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung muss – darüber besteht prinzipielle Einigkeit – über eine Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme gehen.

Die Empfehlung von Alma Ata, Gemeinden aktiv in die Gesundheitsarbeit einzubeziehen, wird heute wieder aufgenommen.¹⁰ Anstatt Programme von außen an – passiv bleibende – „Empfangende“ heranzutragen, sollen Menschen vor Ort in die Planung und Durchführung von Gesundheitsprogrammen einbezogen werden. Denn diese wissen am ehesten und am besten, wo ihre eigentlichen Bedürfnisse liegen, und sie haben durchaus Ideen, wie und mit welchen Ressourcen die Gesundheit der Gemeinschaft verbessert werden kann. In jeder

¹⁰Wie etwa im WHO Health Report 2008: Primary Health Care Now more than ever. The World Health Report 2008, WHO 2008

Gemeinde gibt es Stärken, auf denen Programme aufgebaut werden können, wie etwa motivierte Menschen und Gruppen, günstige Strukturen und natürliche Ressourcen. Diese gilt es zu sehen und zu nutzen.

Die Kirchen sollten den Ruf nach einer Wiederbelebung von Basisgesundheitsdiensten als Chance begreifen und aufgreifen und Promotoren der Umsetzung des Konzepts sein. Denn sie verfügen – wie keine andere Organisation – über ein weit verzweigtes soziales Netz und bieten ideale Strukturen zur Umsetzung von Primary Health Care. Dies gilt in besonderer Weise zum Beispiel für das südliche Afrika, wo nach wie vor etwa 90 Prozent der Menschen jede Woche mindestens ein Mal eine religiöse Veranstaltung besuchen. Wenn die kirchliche Verkündigung Gesundheitsthemen aufgreift, wird die Mehrheit der Bevölkerung erreicht. Und da die kirchliche Autorität nach wie vor breit akzeptiert ist, kann sie der Gesundheitsbotschaft einen entsprechenden Nachdruck verleihen. Die Infrastruktur der kirchlichen Gemeinschaften ist idealer Ausgangspunkt für gemeindegetragene Gesundheitsdienste, zumal in ihnen motivierte Menschen anzutreffen sind, die sich für das Wohl der Gemeinschaft einsetzen.

Difäm hat in den vergangenen Jahren sowohl in Malawi wie auch in Deutschland positive Erfahrungen gesammelt mit dem Einbezug von kirchlichen Gemeinden in die Gesundheitsarbeit: In Malawi wurde im Einzugsgebiet zweier kirchlicher Gesundheitszentren ein Projekt zur Wiederbelebung von Primary Health Care begonnen. Das Engagement der Frauen und Männer in zwölf Dörfern und der Projektverlauf bestätigten, dass Gesundheit ganz wesentlich durch nicht-medizinische Faktoren wie die Motivation von Menschen, das Gebet und soziale Beziehungen mitbestimmt wird und dass sie selbst viel zu Gesundheit beitragen können.

In Deutschland wurden im Projekt „Kirchengemeinden und Depression“ Gemeindemitglieder in einen Prozess zur Inklusion von Menschen mit Depressionen in Kirchengemeinden einbezogen. Am Beispiel des Krankheitsbildes Depression wurde gezeigt, dass kirchliche Gemeinden als soziales Netz und als Orte des gelebten Glaubens auch in Deutschland viel und spezifisch zu Gesundheit beitragen können.

- **Verbesserung der Finanzierung**

Niemand soll, wenn er krank wird, in die Armutsfalle geraten. Das muss ein zentrales Anliegen sein und sollte den Aufbau von Gesundheitssystemen prägen. Ob über Steuergelder oder bestimmte Versicherungssysteme, globale Finanzierungsinstrumente oder andere Kanäle: In jedem Land muss es gelingen, den Zugang zu Gesundheit über ein faires Finanzierungssystem zu schaffen.

Nach Angaben der WHO kann das durch Krankheit bedingte Armutsrisiko nur minimiert werden, wenn der Anteil der Direktzahlungen nicht mehr als 15-20 Prozent der Gesundheitseinnahmen ausmacht. Im Sinne einer gerechten Gesundheitsversorgung müssen deshalb die Patientengebühren entweder abgeschafft oder mindestens reduziert und auf

eine nachhaltige Finanzierung aus staatlichen und privaten Geldern umgelagert werden. Besonders bedeutend ist der Auf- und Ausbau von Versicherungssystemen, aber auch die Erfüllung der staatlichen Zusagen, mindestens 10-15 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens in Gesundheit zu investieren.

Hier haben vor allem die Dachorganisationen der christlichen Gesundheitsarbeit wichtige Aufgaben und Möglichkeiten. Im südlichen Afrika setzen sich die Christian Health Associations/Organizations dafür ein, dass Menschen durch Krankheit nicht in die Armutsfalle geraten. In einigen Ländern gibt es ein „Memorandum of Understanding“ zwischen den christlichen Gesundheitsdiensten und den Gesundheitsministerien, durch das die Staaten sich verpflichten, kirchliche Gesundheitsdienste über das staatliche Gesundheitsbudgets zu fördern, sodass diese die Patientengebühren niedrig halten können und bestimmte Leistungen auch kostenlos anbieten können. Gute Erfahrungen dazu gibt es zum Beispiel in Kenia und in Ghana.

Der Aufbau von Krankenversicherungen ist ein wichtiger Bereich kirchlichen Engagements. Denn eine Krankenversicherung basiert auf dem genuin christlichen Wert der Solidarität und der Verpflichtung zum Schutz der Schwachen.

- **Sicherung des Zugangs zu Medikamenten und zu medizinischer Technologie**

In den vielen Ländern sind essentielle Medikamente sehr eingeschränkt oder nur in schlechter Qualität verfügbar. Indien und China sind heute die Hauptproduzenten von Generika, die zu einem bezahlbaren Preis auf den Markt kommen. Auch einige Länder Afrikas haben inzwischen mit der Produktion von Medikamenten begonnen und stellen essentielle Medikamente vor Ort her. Das Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN) wurde als Zweig der CMC im Jahr 1981 gegründet und trägt seither entscheidend zu einer Verbesserung des Zugangs zu Medikamenten bei – durch Verbesserung der Infrastruktur und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Kirchliche Zentralapotheken in Kenia, Uganda oder Malawi beschaffen Medikamente aus dem In- und Ausland, führen Qualitätsprüfungen durch und versenden auch Medikamente in Nachbarländer.

Aber auch hier wird es eine vermehrte Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen geben müssen im Rahmen der Qualitätssicherung und der Kontrollen aber auch der Beschaffung von Medikamenten. Daneben muss der Preis von Medikamenten so kontrolliert werden, dass er auch armen Menschen Zugang schafft und sie nicht auf lokalen Handel mit Medikamenten sehr schlechter Qualität angewiesen sind.

- **Qualifizierung des Gesundheitspersonals**

Im Sinne einer langfristigen Verbesserung der Gesundheitssysteme und der medizinischen Versorgung sollten lokale Fachkräfte in den Ländern des Südens ausgebildet und weiter gebildet werden. Seit langem engagieren sich die Kirchen im Bereich der medizinischen

Ausbildung und sie sollten diese Aufgaben auch in Zukunft gewissenhaft wahrnehmen – in Abstimmung und in Zusammenarbeit mit staatlichen Einrichtungen der Ausbildung.

Des Weiteren wird es darauf ankommen, Programme zu entwickeln, die der Abwanderung medizinischer Fachkräfte im Allgemeinen und aus kirchlichen Einrichtungen im Besonderen entgegenwirken. Es müssen Anreize geschaffen werden, dass zum Beispiel junge Fachkräfte motiviert werden, auch in ländlichen Regionen zu arbeiten und ihre Qualifikation dort einzubringen.

Für alle diese vier aufgeführten Bereiche gilt: In Ergänzung zum Engagement der lokalen Kirchen und kirchlichen Organisationen ist eine weltweite Solidarität der Kirchen eine wichtige Möglichkeit auf dem Weg zum universellen Zugang zu Gesundheit. Diese zeigt sich in Beratung, im Wissenstransfer, in der gegenseitigen Begleitung und nicht zuletzt in der finanziellen Unterstützung der ressourcenarmen Glieder der weltweiten Kirche durch reiche Kirchen.

7. Christliche Gesundheitsarbeit in den Ländern des Nordens

In den 1960er Jahren wurden die Fragen nach dem Wesen und den Aufgaben der christlichen Gesundheitsarbeit vor allem im Hinblick auf die Gesundheitsarbeit in den Ländern des Südens gestellt. Dementsprechend wurden die Ergebnisse der Tagung in Tübingen im Jahr 1964 in den Industrienationen nur in ganz speziellen Kreisen rezipiert wie etwa den christlichen Organisationen der weltweiten Gesundheitsarbeit. Für die Gesundheitsarbeit in den wirtschaftlich reichen Ländern wurden sie als nicht relevant erachtet, da hier Gesundheit und Heilung weitgehend als Domäne der naturwissenschaftlich orientierten Medizin galten. Man war überzeugt, die Gesundheitsprobleme medizinisch „in den Griff“ zu bekommen.

Inzwischen aber hat sich die Situation gewandelt: Zum einen kam es zu einer Ernüchterung in Bezug auf die Möglichkeiten der naturwissenschaftlich orientierten und hochtechnisierten Medizin. Zwar gab es enorme Fortschritte in der Behandlung und Heilung akuter und infektiöser Erkrankungen, aber chronische Krankheiten (z.B. Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis) und vor allem psychische Erkrankungen nehmen zu und sind mit den Mitteln der modernen Medizin oft allenfalls zu lindern. Zum anderen setzt sich auch in den Industrienationen immer mehr die Erkenntnis durch, dass Gesundheit und Heilung komplexe Geschehen sind und einen mehrdimensionalen Ansatz erfordern. Die Heilungssehnsucht der Menschen unserer Zeit wird durch die moderne Medizin nur zum Teil aufgenommen.

Wichtig ist auch der soziale und demographische Wandel in den Industriestaaten: Auch in diesen nimmt die Armut bei bestimmten Bevölkerungsschichten zu und Menschen fallen durch die sozialen Netze. Die älter werdende Bevölkerung stellt neue Herausforderungen an

Pflege und Versorgung bei insgesamt zunehmender Vereinsamung und fehlenden sozialen Netzwerken. Hier wird es bedeutend sein, dass die christlichen Gemeinden ihren Heilungsauftrag wahrnehmen.

In Ergänzung zu einer optimalen medizinischen Versorgung können in der christlichen Gesundheitsarbeit ergänzende heilende Faktoren zum Tragen kommen, nämlich „Religious Health Assets“ wie die intensive Zuwendung zu den Kranken, der Einbezug existentieller Fragen in der Behandlung, die Offenheit für die positive Wirkung spiritueller Faktoren auf den Krankheitsverlauf sowie die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk lokaler Kirchengemeinden. Diese Faktoren prägen die Arbeit vieler christlicher Krankenhäuser und lassen so eine Atmosphäre entstehen, die von den Patienten als besonders und als „heilsam“ erfahren wird.

Anders als zur Zeit von „Tübingen I“ besteht heute eine neue Offenheit gegenüber dem christlichen Heilungsansatz – die Kirchen sollten dies als Chance („Kairos“) sehen und das Gesundheitsthema aufgreifen anstatt esoterischen Kreisen zu überlassen.

8. Zusammenfassung: Thesen zur christlichen Gesundheitsarbeit

Seit ihren Anfängen ist die christliche Kirche ihrem Heilungsauftrag nachgekommen, indem sie sich in besonderer Weise für Kranke und Arme einsetzte. Die Arbeit, die in christlichen Einrichtungen und von christlichen Organisationen im Gesundheitsbereich heute geleistet wird, steht in der Tradition des christlichen heilenden Handelns und ist geschätzt als Ausdruck der Nächstenliebe und der Zuwendung zu Armen und Kranken.

Aber sowohl für die christliche Gesundheitsarbeit in den Ländern des Südens wie auch im Norden haben sich die Rahmenbedingungen in den letzten Jahrzehnten wesentlich geändert: In ihren Anfängen leistete die Ärztliche Mission Pionierarbeit und trug wesentlich bei zum Aufbau einer Gesundheitsversorgung in Ländern, wo es eine solche noch nicht gab. Die Situation hat sich geändert und heute ist die christliche Gesundheitsarbeit ein „Player“ unter vielen anderen. In den Ländern des Nordens sind christliche Einrichtungen wie alle anderen dem Diktat der Ökonomie der Konkurrenz verschiedener „Gesundheitsanbieter“ ausgesetzt.

Nach wie vor besteht kein Zweifel am christlichen Auftrag zu heilen – auch und gerade am Beginn des 3. Jahrtausends können christliche Kirchen, Gemeinden und Organisationen entscheidend zu Gesundheit beitragen. Aber die christliche Gesundheitsarbeit muss sich den heutigen Bedingungen stellen und anpassen.

Als Ergebnis aus den vorangegangenen Ausführungen und Überlegungen werden folgende Thesen zur Diskussion gestellt:

- a. Die Sorge für Gesundheit und Heilung ist Teil des Missionsauftrags der Kirche und der Beitrag der Kirchen zu Gesundheit ist auch heute unersetzlich – weltweit.
- b. Die christliche Gesundheitsarbeit kann einen wesentlichen Beitrag leisten zu Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich und zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung leisten. Hier ist nach wie vor der Ansatz einer umfassenden Basisgesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Gemeinden wichtig.
- c. Auch wenn der Staat das Primat hat, ein Gesundheitssystem aufzubauen, so sind Kirchen wichtige Partner und müssen ihre Stimme für ein gerechtes Gesundheitssystem, das auch Armen den Zugang gewährt, erheben. Kirchen konkurrieren nicht mit dem Staat im Aufbau von Krankenhäusern und Gesundheitsstationen, sondern ergänzen staatliche Systeme. Kirchliche Krankenhäuser müssen gestärkt werden, damit sie durch qualifizierte medizinische Arbeit zur Erfüllung des christlichen Heilungsauftrags beitragen können.
- d. In den Ländern des Nordens besteht eine neue Offenheit gegenüber christlicher Gesundheitsarbeit. Die Kirchen sollten diese als Chance begreifen und die „Religious Health Assets“ nach innen und außen bewusst machen und in der Praxis fördern.

Dr. Beate Jakob, Difäm
Januar 2014