

Beitrag Podiumsdiskussion Dr. Marlies Reulecke am 26.4.14

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wurde gebeten etwas zum kirchlichen Beitrag zur Veränderung der Gesundheitssysteme und -dienste in den Entwicklungsländern in Hinblick auf globale Gesundheitsgerechtigkeit zu sagen.

Der kirchliche Beitrag zur Gesundheitsversorgung hat eine lange Geschichte und der Bau der ersten Krankenhäuser ging nicht zuletzt von Missionaren aus.

Mittlerweile haben sich auch in Entwicklungsländern Gesundheitssysteme entwickelt, die alle Aspekte einer guten Gesundheitsversorgung zumindest theoretisch abdecken.

Die Gesundheitsversorgung obliegt nun eindeutig der Verantwortung des Staates.

Im Prinzip könnte sich die Kirche aus der Gesundheitsversorgung zurückziehen, aber in der Praxis spielt die Kirche noch immer eine sehr wichtige Rolle. Auch wenn sich diese Rolle im Laufe der Zeit entsprechend verändert hat.

Ich spreche hier jetzt hauptsächlich über die Situation in afrikanischen Ländern, da dies mein Arbeits- und Erfahrungsfeld darstellt.

Der Anteil der Kirche an der Gesundheitsversorgung lässt sich nur schwer in Zahlen fassen, da die Datenlage begrenzt ist. Angaben der Kirchen selbst, dass sie zwischen 30 und 70% der Gesundheitsversorgung stellen, sind sicherlich etwas übertrieben. Aber in einigen Ländern, wie zum Beispiel Uganda, Tansania oder der Demokratischen Republik Kongo liegt der Anteil an der Mutter Kind Versorgung bei ca. 50%. In Mali dagegen bei nur ca. 2%.

Wie sieht das kirchliche Engagement im Gesundheitsbereich nun aus?

Neben dem klassischen Missionskrankenhaus, das immer größere Schwierigkeiten hat zu überleben, finden sich unzählige Einrichtungen der Basisversorgung. Impfkampagnen, Schwangerenvorsorge, Geburtsbegleitung und natürlich die Behandlung von Erkrankungen werden angeboten. Darüber hinaus gibt es unzählige Ausbildungsstätten und ein Engagement zu Bereitstellung von qualitativen Medikamenten.

Besonders zu erwähnen sei das Engagement der Kirche gerade auch im HIV Bereich.

Hier geht es neben der medizinischen Versorgung der Betroffenen auch um Aufklärung zur Vorbeugung, und der psychosozialen Betreuung der Infizierten und deren Familien bis hin zum Aufbau von Selbsthilfegruppen und dem Angebot einkommensschaffender Maßnahmen.

Die Rolle der Kirche als Fürsprecher für Benachteiligte kommt hier besonders deutlich zum tragen.

Was zeichnet nun die kirchlichen Dienste aus und wie tragen sie zu globaler Gesundheitsgerechtigkeit bei?

Im Allgemeinen werden christliche Grundwerte wie Mitgefühl vertreten. Mitarbeiter sind oftmals engagiert und es finden sich unverhältnismäßig viele Freiwillige, was eine aktive Beteiligung der Gemeinde darstellt,

Die Kirche vertritt einen holistischen Ansatz, Gesundheit ist mehr als nur ein unversehrter Körper, hier werden auch soziale Determinanten, die Gesundheit beeinflussen in den Blick genommen.

Kirche ist überall vertreten in Stadt und auf dem Land, auch in den unwegsamsten Gegenden bis hin in die kleinsten christlichen Gemeinschaften auf Dorfebene. Hier finden sich auch Gesundheitseinrichtungen. Oftmals die einzige.

Wichtige Zielgruppe stellen Arme, Bedürftige und Ausgegrenzte dar.

Kirche ist vernetzt, im Land und über Grenzen hinweg. Traditionell helfen Kirchen in reichen Ländern Kirchen in armen Ländern.

Kirche ist beständig. Bleibt auch in Krisen und Konflikten. In Kriegsgebieten oftmals die einzigen Einrichtungen, die noch irgendwie funktionieren

Wenn man diese Kriterien betrachtet und den Anteil der Kirche an Gesundheitsdiensten in einigen Ländern, dann wird deutlich, dass die Kirche eine einflussreiche Position einnimmt bzw. einnehmen könnte um Veränderungen anzustoßen und zur Gesundheitsgerechtigkeit beizutragen.

Im Ausleben christlicher Werte engagieren sich kirchliche Dienste bzw. Projekte oftmals über die reine medizinische Versorgung hinaus.

Die Beachtung sozialer Determinanten, die im Rahmen von Globaler Gesundheit zunehmend ins Blickfeld gelangen, ist oftmals selbstverständlich.

Dafür spricht die psychosoziale Betreuung von HIV Betroffenen, oder anderen chronisch Kranken, wie Epileptiker oder Diabetiker.

Aber auch die Zusammenarbeit zwischen Projekten, die den Zugang zu Trinkwasser verbessern oder Nahrungsmittelsicherheit anvisieren, tragen zur Bekämpfung von Unterernährung und Durchfallerkrankungen bei.

Auch bei der Behandlung von Nichtübertragbaren Erkrankungen, wie z.B. Diabetes, die immer mehr in den Fokus gelangen und auch in den Entwicklungsländern am Zunehmen sind, haben kirchliche Einrichtungen eine Vorreiterposition.

Da diese Menschen oftmals besonders bedürftig sind und durch ihre Erkrankung leicht in den wirtschaftlichen Ruin gebracht werden, gehören sie bereits seit langem zur Zielgruppe der Kirchen.

Das hört sich nun alles sehr positiv an und man ist geneigt sich auf die Schulter zu klopfen.

Ich sehe aber auch, dass die Kirche ihr Potential als Fürsprecher für Benachteiligte und Anwalt für Gesundheitsgerechtigkeit noch mehr nutzen könnte und bestimmte Chancen verpasst.

Denn mit all dem was die Kirche als global player tut und wie sie sich engagiert, könnte sie einen sehr großen Einfluss auf nationale und internationale Gesundheitspolitik bzw. globale Gesundheitsgerechtigkeit ausüben.

Dem steht oftmals eine Uneinigkeit entgegen und ein mangelndes organisiert sein. In einigen Ländern wie in Ghana, Sambia etc. gibt es die Christian Health Associations und sie haben dort auch vieles positives bewirkt.

In anderen Ländern vor allem dem Frankophonen Ländern Afrikas spricht die Kirche selten mit einer Stimme. So profitieren in diesen Ländern wie z.B. dem Kongo, kirchliche Einrichtungen immer noch sehr begrenzt von staatlichen Subventionen, wie z.B. der Zahlung von Gehältern.

Aber auch in Deutschland vermisse ich die vereinte Stimme aller kirchlichen Krankenhausträger, die sich gegen Personalabbau und zunehmender Kommerzialisierung unseres Gesundheitssystems ausspricht.

Ein anderer Faktor ist ein Mangel an Policies.

Die positiven Ansätze, die ich gerade beschrieb, wie z.B. soziale Determinanten zu beachten, sich für chronisch Kranke mit übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten einzusetzen, geschieht oftmals punktuell aus einer Notwendigkeit heraus Not zu lindern. Aber es fehlt häufig die Systematik.

So dass positive Ansätze nicht genügend für Lobbying auf nationaler oder internationale Ebene eingesetzt werden können.

Kirchliche Einrichtungen sind oftmals auf Geber für bestimmte Programme, wenn es z.B. um die Versorgung chronisch Kranker geht, angewiesen.

Die Erkenntnis, dass Gesundheitsversorgung die alle, auch Arme, einschließt, nur mit Subventionen von außen funktioniert, könnte noch stärker politisch eingesetzt werden.

Und ganz zum Schluss möchte ich auch auf verpasste Chancen hinweisen, die ich persönlich sehr bedauerlich finde.

Einige wichtige Themen werden nur sehr ungenügend angesprochen.

Da denke ich besonders an das Thema Familienplanung, wo die Kirche meiner Meinung nach eine wichtige Rolle spielen könnte, wissenschaftlich fundierte Methoden Mütter und Kindersterblichkeit zu senken, zu promovieren.

Gerade in Afrika, wo sich die höchste Mutter und Kindersterblichkeit findet. Stattdessen wird das Thema eher gemieden.

Frauen sind noch immer weltweit in unterschiedlichem Ausmaß benachteiligt und werden oftmals nicht gehört. Hier könnte sich die Kirche verstärkt einsetzen. Gerade wenn es um Gewalt gegen Frauen geht, von der weltweit über ein Drittel aller Frauen betroffen ist, hält sich die Kirche zu stark zurück. Dies trifft auch vor allem in Afrika zu, wo Priester kulturelle Gegebenheiten auch wenn sie gegen Menschenrechte verstoßen nicht genügend in Frage stellen.

Globale Gesundheitsgerechtigkeit ist aber nur möglich, wenn diese große Gruppe von Benachteiligten in den Blick genommen wird. Auch hier müsste die Kirche basierend auf ihren christlichen Werten Vorreiter sein.