

Die Sorge um die Gesundheit als Teil der pastoralen Aufgabe der Kirche

Magdalene Oberhoffer, Aachen*

1. *Einleitung*

Viele Missionsorden und -gemeinschaften sind in Ländern der Dritten Welt im Gesundheitssektor engagiert. Einige von ihnen, die die Last des heutigen Gesundheitsbetriebs als Insider kennen, werden vielleicht ein Fragezeichen hinter unser Thema setzen wollen. Es ist genau dieses mögliche, ja durchaus berechnete Fragezeichen, das uns heute beschäftigen soll.

Die Frage, ob Arbeit im Gesundheitsbereich heute noch etwas mit Pastoral zu tun hat, hat ihre geschichtlich zu sehenden Ursachen. Kurz gesagt: das in der neueren Missionierungsgeschichte schon Tradition gewordene missionarische Wirken der Kirche im Gesundheitsbereich steht in fast allen klassischen Missionsländern, also in der sogenannten Dritten Welt, vor so eingreifenden Veränderungen, daß ein Hinterfragen, ein näheres Hinschauen zu einer neuen grundsätzlichen Standortbeziehung dringend wird. Vor allem die Oberinnen kirchlicher Einrichtungen, christlich motivierte Chefärzte wie Krankenschwestern von größeren Krankenhäusern und teilweise auch die Ortsbischofe, als die für diese Institutionen letztlich Verantwortlichen, fragen sich, ob der heutige, ihnen oft aufgezwungene Medizinbetrieb noch etwas vom ursprünglichen Auftrag als Zeugnis heilender Caritas aussagt.

Wir gehen hier geschlossenen oder offenen Auges auf ein Dilemma zu, dem wir uns stellen müssen. Dabei geht es nicht nur um die Daseinsberechtigung kirchlich getragener medizinischer Einrichtungen in der Dritten Welt, die in der Vergangenheit Pionierarbeit geleistet haben; es geht vielmehr um das Wie dieses Einsatzes in einer Zeit, in der die äußeren Bedingungen sich in 25 Jahren radikal verändert haben oder wo eine rapide Umgestaltung sich schon abzeichnet. Hier sind die missionierenden Orden und Gemeinschaften zusammen mit der Ortskirche zu einer Konzeptfindung herausgefordert. Deshalb hat der Vorstand des DKMR dankenswerterweise zugestimmt, dieses Problem als Schwerpunktthema auf der nächsten Jahrestagung 1990 zu behandeln.

Mein Beitrag soll daher nur eine Einladung dazu sein, sozusagen ein Impuls. Denn eine eingehendere Behandlung des Themas kann nur fruchtbar werden, wenn die Beteiligten sich schon vorher zu Hause in ihren Gemeinschaf-

* In diesem Beitrag erläutert Frau Dr. med. Magdalene Oberhoffer, langjährige Leiterin des Referates „Gesundheitswesen“ bei MISEREOR, einen Themenvorschlag für die Jahresversammlung des DKMR 1990.

ten an der Vorbereitung beteiligen. Wir sind auf Ihre Mitarbeit angewiesen, denn nur mit Ihrer Erfahrung aus der konkreten Situation, aus Ihren Einsichten von Gesprächen mit Mitarbeitern und anderen Beteiligten (auch den Kranken) und in Überlegung mit der Ortskirche haben wir eine Grundlage, auf der im Sommer 1990 diskutiert und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden kann. An diejenigen, die sich an dem Vorbereitungsprozeß beteiligen wollen, werden im Laufe des Jahres weitere Informationen und Denkanstöße zugeschickt werden.

Im folgenden sollen nur kurz die für eine gründliche spätere Behandlung des Themas wichtigsten Aspekte angedeutet werden.

2. Analyse

2.1. *Entwicklungen in der kirchlichen Gesundheitsarbeit*

Unsere heutige Situation wäre in zweifacher Weise zu analysieren. Zunächst wäre eine Besinnung auf unseren Missionsauftrag als Kirche heute anzustellen, der letztendlich Verkündigung und Zeugnis des Kommens des Reiches Gottes ist. Dieses letztendliche Ziel bestimmt alles, was wir – ob im diakonischen oder pastoralen Handeln – tun. In diesem Auftrag haben religiöse Gemeinschaften und Einzelne ihre Berufung erkannt und ließen sich entsprechend ihrer persönlichen Charismen für ein bestimmtes Arbeitsfeld aussenden. Im Missionsdekret des 2. Vatikanum ist die Arbeit im Gesundheitsbereich unter das christliche Zeugnis mit „ferner“, also nur unter anderem genannt: „Ferner sollen Christen sich an den Anstrengungen der Völker beteiligen, die sich bemühen im Kampf gegen Hunger, Unwissenheit und Krankheit bessere Lebensverhältnisse zu schaffen...“ (Missionsdekret, Artikel 1, 12). Hier wird auf das verkündigende Zeugnis christlichen Heiltums theologisch nicht weiter eingegangen; auch wird kirchliche Arbeit im Gesundheitsbereich unter den zur Implantation der Kirche in den Gemeinden wichtigen Diensten nicht extra erwähnt.

Im Gegensatz zu der ausführlichen Behandlung der christlichen Erziehung wird in diesem Dokument die Leibsorge der Kirche als Hauptinstrument verkündender Barmherzigkeit, also als etwas spezifisch Missionarisches, offenbar nicht allzu hoch veranschlagt. Unsere evangelischen Brüder und Schwestern haben sich zum Thema medizinischer Missionsarbeit spätestens seit den sogenannten ersten Tübinger Konsultationen 1964 die Köpfe zerbrochen. Sie sind inzwischen mit der Forderung nach einer prioritären Basisversorgung für alle Menschen bis in die Weltgesundheitsorganisation vorgedrungen (Erklärung von Alma Ata 1978).

Am 15. April 1989 war der 100. Todestag des Aussätzigenapostels Damian de Veuster. Er kann als Prototyp der sich den Ärmsten unter den Kranken widmenden Missionare gelten. Seinem Ideal heroischer Hingabe an die leiden-

den Menschen sind bis heute viele gefolgt; von den uns bekannten Persönlichkeiten in den Slums von Kairo und Kalkutta bis hin zu den vielen anderen Ungenannten. Bei ihrem Einsatz ist das Spezifikum christlicher Caritas noch deutlich abzulesen.

Doch ist dies keineswegs so eindeutig bei unseren – aus oft ebensolchen primären Nothilfeleistungen erwachsenen – kirchlich getragenen Gesundheitseinrichtungen der Fall. Sie sind uns an Umfang und technischem Anspruch buchstäblich über den Kopf gewachsen. Gerade, weil sie durch missionsmotivierte Frauen und Männer mit ungewöhnlichem persönlichen Einsatz aufgebaut wurden, haben sie sich vielerorts zu Großbetrieben entwickelt, die in der 2. und 3. Gesundheitsversorgungsebene der Bevölkerung eine Schlüsselstellung einnehmen. Diese kirchlich getragenen medizinischen Großinstitutionen machen es durch die Sachzwänge eines gehobenen medizinisch-technischen Niveaus und durch die Eigendynamik eines wachsenden, nicht notwendigerweise mehr karitativ motivierten Personalbestandes unmöglich, das ursprüngliche Charisma, den „Geist“ des Hauses erfahrbar zu machen. Viele unter uns kennen dieses Problem und die sich daraus ergebenden Gewissensnöte, und leiden darunter.

Diese Situation führt logischerweise zu weiteren Fragen, wie:

- Welches Beispiel geben wir?
- Was hinterlassen wir der jungen Ortskirche an kirchlichen Einrichtungen? Wird sie, ohne unsere personelle und finanzielle Hilfe, in Eigenständigkeit unsere vielen Großinstitutionen weiterführen können?
- Haben unsere Krankenhäuser und Gesundheitsstationen noch ekklesiale Bedeutung, d.h. Verkündigungs-Aussagekraft; oder sind sie Dienstleistungsbetriebe geworden, die von beliebigen diplomierten Fachkräften ebenso geführt werden könnten?
- Welches theologische Konzept können wir als Orientierungslatte anbieten? Bemühen wir uns zusammen mit der Ortskirche um ein Konzept für ihr karitatives Wirken hier, heute und vor allem morgen?

Denn die Situation ist ja seit der Ankunft der ersten Missionare in der Neuzeit total verändert und Damian würde heute wie Fr. Dr. Aschoff in Chetput seine Leprösen heilen und in ihre Familie und Gemeinde rückintegrieren können.

2.2. *Entwicklungen im Gesundheitswesen der Dritten Welt*

Als zweites wären die Entwicklungen im Gesundheitswesen weltweit und insbesondere ihre Folgen für die Dritte Welt und für unser missionarisches Apostolat zu untersuchen. Die historischen Geißeln der ärmeren tropischen Länder, wie die Infektionskrankheiten Pest, Cholera, Malaria, Bilharziose

etc., sie alle können heute bei angemessenem Einsatz von Prävention und moderner Chemotherapie grundsätzlich als überwunden gelten. Allerdings gehören dazu Verhaltensveränderungen (Hygiene, Gesundheitserziehung) und Geldmittel, um die nötigen Medikamente zu beschaffen. Deren gerechte Verteilung ist aber ein ganz aktuelles Problem, wenn es um die „Option für die Armen“ im Gesundheitswesen aus weltweiter Sicht geht. Nie zuvor hat es zwischen dem hochgezüchteten medizinisch-technischen Angebot des alles Machbaren in den Industrieländern und dem Mangel an selbst billigsten Basismedikamenten in Ländern der südlichen Welthälfte eine solche Kluft gegeben.

Damit wäre das heute in den Industrienationen gängige Konzept von Gesundheit zu betrachten, das wohlgerne nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ durch die Einführung einer angemessenen medizinischen Grundversorgung anstreben sollte. In Wirklichkeit setzt sich aber ein ganz anderer Trend durch, der durch den wirtschaftlich gesteuerten Transfer von High-Tech in die sogenannten Entwicklungsländer auch vor unseren kirchlich getragenen Institutionen nicht halt macht. Dahinter steht ein Konzept von Gesundheit als etwas technisch Machbarem, ja des einklagbaren Wohlergehens, auf das man wie auf einen Besitz Anspruch hat. Aus unseren Illustrierten und Reklamen geht hervor, wie sehr Gesundheit zum Idol (oft aus vordergründigen merkantilen Interessen) hochstilisiert wird, ja zum Götzen wird, dem man dient und Opfer bringt. Die Perfektion moderner Medizintechnik, vom Organersatz bis zur menschlichen Zeugung in Retorten und zur Genmanipulation werden als Modell einer liberal-atheistisch geprägten Naturwissenschaft voll von unseren westlichen Universitäten übernommen und ins Ausland exportiert. Dort in den wirtschaftlich viel ärmer gestellten Ländern verfolgen sie dasselbe Klassenziel, das ihre in USA und Europa ausgebildeten Spezialisten von dort mitgebracht haben. Bei allen Segen moderner Errungenschaften (z. B. auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfungen und plastischen Wiederherstellungschirurgie) kommt es leider jetzt auch in jenen Ländern zum skrupellosen Einsatz bio-genetischer Manipulationsmöglichkeiten, auch zu kommerziellen Zwecken, ja zur Anwendung moderner Technik zum sittlich Bösen (Beispiel: Ultraschalldiagnostik bei Schwangeren mit der Tötungsabsicht weiblicher Embryos in Indien).

Die Eskalation der Apparatechnik in den Krankenhäusern ist kaum mehr aufzuhalten; einheimische, in den Industrieländern ausgebildete Fachärzte bestehen auf der Anschaffung von Spezialausrüstungen. Die Gesundheitsministerien machen oft unrealistische Auflagen für die Ausstattung unserer kirchlichen Krankenhäuser, ja sie machen teilweise die Anerkennung (und damit die Vergabe von staatlichen Subsidien) davon abhängig (Beispiel: Israel). Ein anderer Trend ist die Eröffnung lukrativer Privatkliniken durch die einheimischen Ärzte, die die Elite ihres Landes gegen teures Geld behandeln. Die Armen bleiben vor der Tür (Beispiel: Nigeria).

So erhebt sich die Frage, wer denn noch die Armen versorgen kann. Das sind heute vor allem in den überbevölkerten Metropolen Lateinamerikas, Afrikas und Asiens oft die staatlichen Großkrankenhäuser, die meist nur unzureichend mit Medikamenten ausgestattet sind und deshalb oft nur eine Minimalbehandlung geben können. Bei dem allgemeinen Mangel ist die Korruption vorprogrammiert. Doch selbst bei ehrlicher Versorgung in einem kirchlich getragenen Krankenhaus sind oft die Behandlungskosten für die ärmeren Patienten unerschwinglich (Beispiel: AIDS-Patienten verkaufen ihren Besitz, um Behandlung finanzieren zu können). Auf der anderen Seite sind die Krankenhäuser bei nicht ausreichenden staatlichen oder Sozialversicherungszuschüssen auf die Einnahme aus Pflege- und Behandlungskosten angewiesen. Manche lassen deshalb die Privatpatienten für die Armen mitbezahlen. Das führt aber zu einem 2-Klassen-System im Krankenhaus, das der christlichen Verkündigung von der Gleichheit aller Menschen vor Gott wenig entspricht.

Nur kurz erwähnt werden sollen die schon in USA und Europa eingeführten Krankenhausketten, die als reine Wirtschaftsunternehmen von Aktiengesellschaften betrieben werden. Auch diese Form der Gesundheitsvermarktung wird vor der Dritten Welt nicht halt machen.

Somit sind wir bei der vielleicht brennendsten Frage in diesem Zusammenhang angekommen:

- Zur Frage der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen
- Zur ehrlichen, angemessenen Verteilung der vorhandenen Güter (Fachwissen, Medizintechnik, Medikamente, Ausstattung).
- Zur Abschaffung des Wuchers im pharmazeutischen Bereich, wo auf Kosten der Armen und Unwissenden enorme Gewinne erwirtschaftet werden (Beispiel: Medikamentenpreise).

Bei dieser Entwicklung ist sicher zu differenzieren: niemand will zu Ende des 20. Jahrhunderts einem Krankenhaus eine Röntgeneinrichtung, ein gutes Labor, selbst ein Ultraschallgerät zur notwendigen Diagnostik versagen. Doch wäre es ein Irrtum anzunehmen, der Abgrund zwischen dem Markt unbegrenzter medizinischer Möglichkeiten und einer anzustrebenden Grundversorgung als Minimalforderung für alle Menschen wird sich von selbst auffüllen, sozusagen als natürliche Folge einer allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Auch hier gilt, daß den Mächtigen ins Gewissen geredet werden muß, daß wir gezielt ein gutes Sozialversicherungssystem (in Gesundheitskooperativen schon begonnen) anstreben sollten. Die angedeuteten Situationen der sozialen Ungerechtigkeit müssen bewußt gemacht und überwunden werden. Es genügt heute nicht mehr, rein assistentiell bei einer guten Krankenversorgung, bei der Bereitstellung von Häusern für die Waisen und Behinderten, auch nicht bei einem flächendeckenden Netz von Dispensarien und mobilen Diensten stehenzubleiben.

3. *Das theologische Konzept*

Dies führt zur Frage nach dem heutigen theologischen Konzept für eine Pastoral des kirchlichen Dienstes im Gesundheitsbereich. „Caritas als Grunddimension des kirchlichen Selbstvollzugs“ (Rahner) muß bei der heutigen Entwicklung im Gesundheitswesen, das durch Professionalisierung und Spezialisierung eine Eigendynamik angenommen hat, ihren Standpunkt neu bestimmen. Denn die Sorge für die Kranken in der Gemeinde ist Teil der Diakonie, der Verkündigung durch praktisch ausgeübte Nächstenliebe. Bei den veränderten situativen Voraussetzungen wäre es Aufgabe der Theologie „die Glaubenspraxis der Kirche in der Welt von heute kritisch zu begleiten“ (R. Zerfaß).

Der einzelne christliche Mitarbeiter, selbst die Gemeinschaften missionierender Krankenpflegeorden sind mit der Konzeptfindung überfordert. Wenn die Theologie die karitativ tätigen Christen begleiten soll, dann ist es höchste Zeit, auch in diesem, schließlich alle Menschen angehenden Bereich (denn alle werden einmal krank, leiden und sterben) ein theologisches aggiornamento einzuleiten. Ebenso wie wir heute nicht ohne eine, sich den säkularen Vorbedingungen stellende christliche Soziallehre auskommen, wie wir uns um eine ethische Einordnung moderner Biogenetik und atomphysikalischer Möglichkeiten bemühen, so sollte auch den vielen hochmotivierten Mitarbeitern in der Leibsorge des Herrn eine theologische Orientierung – im Dialog auch mit den anderen christlichen Kirchen – zur Seite stehen. Denn es geht hier um den Urauftrag der Kirche. Sicher wären die Konzilsdokumente, vor allem auch die Pastoralkonstitution und das Dekret über das Apostolat der Laien sowie spätere päpstliche Aussagen hierzu hinzuzuziehen. Bei einer eingehenderen Behandlung des pastoralen Konzeptes wären u. a. folgende Elemente kennzeichnend für die heutige kirchliche Gesundheitsarbeit:

- die „Option für die Armen“ auch im Gesundheitswesen konsequent durchzuführen, d. h.
- Identifizierung der Kirche (nicht nur für-sorgendes Mitleid) mit den Armen;
- bei der Pastoral in den Gemeinden diese Priorität für die Leidenden predigen und in den Familien und im öffentlichen Leben praktizieren;
- ebenso bei unseren kirchlich getragenen Einrichtungen, im Sinne der ursprünglichen immer noch geltenden Berufung, den am meisten Bedürftigen den Vorrang geben. Dieses Vorgehen bei allen Mitarbeitern bewußt machen und als Grundregel bei Krankenhausaufnahmen und Behandlungen einführen; dieses Prinzip schon in die Krankenpflegeausbildung einbauen;
- in unseren Einrichtungen fachliches Profilierstreben und Konkurrenzdenken zugunsten eines „Klimas der Nächstenliebe“ kultivieren (Beispiel: Fußwaschung Jesu); weg vom rein technischen Modell einer menschlichen

Reparaturwerkstätte mit TÜV-Angebot zu einem das Fachliche dem Humanen unterordnenden Gästehaus (Hôtel Dieu);

- auch auf politischer Ebene, in Gemeinden und bei Regierungsgremien des Gesundheitswesens sich für soziale Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich einsetzen:
 - auf die Einführung einer sozialen Krankenversicherung hinarbeiten (Beispiel: Gesundheitskooperativen);
 - beim Medikamentenankauf preiswerte, essentielle Basismedikamente kaufen; gegen die Einfuhr teurer Spezialpräparate und Anschaffung von Prestigeapparaten auf Kosten der Versorgung der Armen angehen; sich über preisgünstigere, zweckdienliche Krankenhausausrüstung beraten lassen (BEGECA, Misereor, Organisationen für appropriate technology);
- in unseren Gesundheitseinrichtungen Material und Energie sparen; von der Wegwerfkultur der Einmalgebrauchsartikel umdenken und kreativ sparen lernen zur Bewahrung der Schöpfung.

Es ist also ein ganzer Komplex wichtiger Fragen anzugehen, wenn erst einmal das grundsätzliche Konzept in Anwendung der Bergpredigt auf unsere moderne Gesundheitsversorgung klargestellt ist. Dies kann sicher nicht in wenigen workshops bei einer DKMR-Tagung erreicht werden, denn es handelt sich – auch bei uns – um einen Prozeß der Bewußtseinsbildung. Dazu gehört die Gewissenserforschung auf unsere eigentliche Berufung, ebenso wie der Rat von Experten; vor allen Dingen brauchen wir viel Mut, Ausdauer und Vertrauen auf den Heiligen Geist.

So möchte ich Sie einladen, schon jetzt mit diesem Prozeß zu beginnen. Wer interessiert ist, in der eigenen Gemeinschaft oder vor Ort mit den Mitarbeitern und kirchlichen Verantwortungsträgern der Ortskirche hierüber zu sprechen, dem können wir im Laufe dieses Jahres einschlägige Materialien zukommen lassen.