

Gesundheit in der Einen Welt

Heft 4 2004 · 55. Jahrgang

Nachrichten
aus
der Ärztlichen
Mission



Kongo

Bessere Krankenversorgung für Mutter und Kind

Irak

Wir schaffen es alleine nicht

Aids in Südafrika

Interview mit Nonkosi Khumalo

Kenia

Arzneimittelqualität verbessern

Seminar für Ausreisende

Fit für die Tropen: Wenn kein Arzt vor Ort ist



DIFÄM
Gesundheit in der Einen Welt

Wir können den Menschen Hoffnung geben

Manche Menschen haben etwas an sich, das uns fasziniert. Und oft wollen wir anderen, die diese Menschen nicht persönlich kennen, mitteilen, warum uns jemand besonders beeindruckt. Das Außergewöhnliche an diesen Menschen zu beschreiben, fällt uns oft gar nicht leicht und so helfen wir uns mit Bildern oder Vergleichen. „Sie ist eine Perle“; „Wenn ich sie oder ihn sehe, ist es, als ginge die Sonne auf.“ – Dies sind Versuche, etwas über beeindruckende Menschen auszusagen.

Etwas auszusagen über das Faszinierende an Jesus – vor dieser Aufgabe standen auch die Autoren des Neuen Testaments, die Jesus erlebt hatten. Denn sie wollten für die Menschen, die Jesus nicht begegnet waren, in Worte fassen, wie Jesus war und wirkte. Jesus hat viele Menschen zutiefst beeindruckt. Und etwas ganz Besonderes an Jesus war seine Haltung des Dienens. Jesus wollte nicht herrschen, nicht Macht ausüben, sondern dienen. Ein Bild für Jesus, das besonders dem Evangelisten Matthäus wichtig ist, ist das Bild

des Knechtes Gottes, der in den so genannten Gottesknechtsliedern des Propheten Jesaja zentral ist.

Jesaja sagt vom Knecht Gottes: „Das geknickte Rohr wird er nicht zerbrechen und den glimmenden Docht wird er nicht auslöschen.“ (Jesaja 42,3). Dieser Satz beschreibt auf faszinierende Weise das Wesen und Wirken Jesu.

Wer oder was ist gemeint mit dem Bild vom geknickten Rohr und vom glimmenden Docht – damals und heute?

Zur Zeit Jesu gab es viele Menschen, die als geknickte Rohre oder glimmende Dochte beschrieben werden konnten und sich als solche fühlten. Zum Beispiel wurden Menschen, die an Aussatz litten, eigentlich schon als Tote betrachtet. Menschen, die als Sünder galten, fanden niemanden, der sie aufrichtete. Frauen fühlten sich häufig vor dem Zusammenbruch und kurz vor dem Erlöschen.

Auch heute gibt es genug Menschen und Situationen, auf die das Bild vom geknickten Rohr und vom glimmenden Docht zutrifft:

Wer kennt nicht das Gefühl, geknickt, deprimiert zu sein? Wer kennt nicht Menschen, die unter dem Leistungsdruck unserer Gesellschaft zusammenbrechen? Frauen, die schwer tragen an all ihren vielen Aufgaben als Mütter, Hausfrauen und Berufstätige?

Und wer fühlt sich nicht manchmal erschöpft, ausgebrannt? Wer kennt nicht Situationen, in denen es eigentlich keinen „Funken Hoffnung“ mehr gibt? Auch das Bild vom glimmenden Docht entspricht durchaus unserer Realität – auch

in unserer Welt geht in vieler Hinsicht das Licht aus, herrscht Hoffnungslosigkeit.

Wie handelt Jesus in diesem Bild?

Von Jesus als dem Knecht Gottes wird gesagt: „Das geknickte Rohr wird er nicht zerbrechen und den glimmenden Docht wird er nicht auslöschen.“ Hier kommt eine ganz grundsätzliche Haltung Jesu zum Ausdruck: Jesus betrachtet Menschen, die sozusagen „am Ende“ sind und Situationen, in denen anscheinend „nichts mehr zu retten“ ist, nicht vorrangig unter dem Aspekt des Scheiterns. Nein – Jesus sieht bei allem und jedem auf das, was heil geblieben, was gut ist, was noch lebendig ist.

Das geknickte Rohr nicht zerbrechen und den glimmenden Docht nicht auslöschen – dies ist eine für Jesus zutiefst charakteristische Lebenshaltung. Diese Lebenshaltung setzt heilende Kräfte frei und entfacht das Leben dort, wo es zu erlöschen droht. Und so sagt Jesus auch uns heute: Euch, die ihr gebrochen und oft ohne Hoffnung seid – Ich verurteile und zerbreche euch nicht, ich eröffne euch neue Lebensmöglichkeiten.

Welche Herausforderung bedeutet Jesu Verhalten für uns heute?

Wie oft teilen wir vorschnell ein in Gewinner und Versager. Wie oft gilt nur der, der keine Schwächen, keinen „Knacks“ zeigt, der seine Verwundbarkeit geschickt zu verbergen weiß?

Menschen unter dem Aspekt des Scheiterns zu sehen, kann verheerende Folgen haben. Diejenigen, denen vermittelt wird: „Du bist nichts wert“, sind in Gefahr, sich selbst aufzugeben und dann auch wirklich zu versagen. Kinder, die von ihren Eltern die Botschaft mit auf den Lebensweg bekommen: „Aus dir wird ja nie etwas“, verinnerlichen diese Botschaft mög-



cherweise so, dass sie wirklich scheitern.

Umgekehrt kann es wie ein Wunder wirken, wenn ein depressiver Mensch, zutiefst geknickt und ausgebrannt, einen Menschen hat, der ihm zur Seite steht und ihm hilft, das zu sehen, was in seinem Leben gelungen ist, was trotz allem gut ist.

Wie ist die Arbeit des Difäm zu sehen?

In der Nachfolge Jesu das geknickte Rohr nicht zu zerbrechen und den glimmenden Docht nicht auszulöschen, ist die Basis unserer Arbeit. Denn viele Menschen haben kaum eine Chance auf eine gute Zukunft: keinen Zugang zu den notwendigsten Medikamenten; in Krisengebieten ohne das Allernötigste zum Überleben, unterdrückt und leidend, von Aids gezeichnet – sind sie nicht alle geknickte Rohre und glimmende Döchte?

In unserer Arbeit geht es darum, diesen Menschen beizustehen, mit ihnen und für sie zu hoffen, zum Fürsprecher für sie zu werden und sich für sie einzusetzen.

Dass es hier ganz wesentlich um diese Haltung geht, verdeutlicht ein Beispiel: Auf einer Einladung zu einem Afrika-Tag war der Kontinent Afrika mit seinen Umrissen als Totenschädel dargestellt. Wenn wir Afrika so betrachten und dieses Bild vermitteln, dann geben wir diesem Kontinent keine Chance, dann zerbrechen wir und löschen wir aus. Bei aller Not in Afrika ist es notwendig, auch auf das zu blicken, was in diesem Kontinent an Gutem angelegt ist, welcher Reichtum an menschlichen Fähigkeiten und an Ressourcen vorhanden ist, das zu sehen, was viele bewundernswerte Frauen und Männer dort leisten.

Die Menschen in vielen Ländern, die geknickte Rohre und glimmende Döchte sind, brauchen uns, die sich für sie einsetzen und ihnen Hoffnung geben anstatt sie aufzugeben.

Beate Jakob

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Sätze einer Menschenrechtlerin aus Südafrika und eines Professors aus den USA konfrontieren uns in diesem Heft mit der Frage, ob die Kirchen und Glaubensgemeinschaften und ob wir Christen/innen wirklich ganz unsere Aufgaben und Möglichkeiten entfalten, die wir auf dem Gesundheitsgebiet haben.

Professor Gary Gunderson, Pfarrer aus Atlanta, sagt dazu: „Es ist ganz offensichtlich, dass das in vielen Fällen die religiöse Gemeinschaft kann.“ Damit meint er, dass rund zwei Drittel der Krankheiten vermieden werden könnten, wenn sich das individuelle und das soziale Verhalten ändern würde. Können die religiösen Gemeinschaften wirklich dazu beitragen? Mit Partnern in Afrika und Europa ist Professor Gunderson entschlossen, dieser Frage nachzugehen. Das Difäm ist daran beteiligt und brennend daran interessiert, die Antwort offen zu legen und neue Wege der Umsetzung zu finden.

Zurückhaltender ist das Urteil der Südafrikanerin Nonkosi Khumalo auf die Frage, welche Rolle die Arbeit und die Stimme der Kirchen in der Aidsbekämpfung spielen. Sie bescheinigt den Kirchen ihres Landes, dass sie sich der schwierigen und wichtigen Arbeit der Pflege und Begleitung von Aidskranken in der letzten Lebensphase widmen. Aber sie erinnert auch daran, dass die Kirchen einen noch umfassenderen Ansatz in Prävention, Behandlung und Begleitung akzeptieren und praktizieren könnten. Im Difäm teilen wir dieses Urteil und versuchen Kirchen, Gemeinden und Einzelpersonen bei diesem Akzeptieren und Praktizieren zu helfen.

Sehr herzlich möchten wir Ihnen danken, dass Sie mit dem Difäm und in Ihrer eigenen Umgebung die Spannung zwischen der Wirklichkeit, der Möglichkeit und Erwartung tragen. Möge Gott uns helfen, seine unbegrenzten Möglichkeiten immer wieder neu zu entdecken.

Mit sehr herzlichen Grüßen aus der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus und dem Difäm



Ihr Rainward Bastian



INHALT

Irak	4
Wir schaffen es alleine nicht...	
Difäm-Tipp:	
Biss mit Folgen	7
Fit für die Tropen	7
Menschen brauchen Ihre Hilfe	8
Kongo: Krankenhaus in Not	
Was Ihre Spenden bewirken	9
Kenia	10
Arzneimittel in Topqualität	
HIV/Aids in Südafrika	11
Interview mit Nonkosi Khumalo	
Krankenhaus und Gemeinde	12
Ein Gesundheitsprogramm über Glaubensgrenzen hinweg	13
Portrait:	
Jochen Bitzer	14
Erfahrungsaustausch	15
Impressum	16

Beilagen:
Brennpunkt Aids
Difäm-Weihnachtskarte

„Wir schaffen es alleine nicht ...“



Die österreichische Ärztin Eva-Maria Hobiger brachte im Juni 2004 bereits zum fünften Mal mit Unterstützung des *Difäm* lebenswichtige Medikamente für die Krebsabteilung des Ibn Ghazwan Mutter-Kind-Hospitals in Basra, Südirak, auf den Weg. Für November ist der nächste Transport geplant. Wie schwer es ist, Arzneimittel in den Irak zu bringen, wird in ihrem erschütternden Bericht deutlich.

Ein befreites (?) Land

Viel später als geplant begann unsere Irakkreise erst im Juni 2004, weil sich die Sicherheitslage im Irak enorm verschlechtert hatte. Vorher nahm keine Spedition einen Auftrag nach Basra an. Ende Mai schließlich erhielt ich von der jordanischen Spedition grünes Licht. Die Sicherheitslage war zwar genauso schlecht wie zuvor und auf der Strecke zwischen der jordanisch-irakischen Grenze und Basra verschwanden nicht selten die LKWs samt Fahrer und Ladung – trotz alledem, der Entschluss war bald gefasst: Wir fahren!

Zahllose Warnungen musste ich missachten, vor meiner Abreise erhielt ich fast täglich eine e-Mail aus dem Irak, nicht zu kommen, für Ausländer/innen wäre es jetzt zu gefährlich. Trotzdem glaubte ich, das Risiko berechnen zu können.

Vor allem aber wusste ich mich denen verpflichtet, für die wir arbeiten: kranke Kinder und deren Eltern; verzweifelte Ärzte/innen, die helfen wollen und nicht können; Menschen, die keine Hoffnung mehr haben.

Am 3. Juni wurden die Hilfsgüter von der *Difäm*-Arzneimittelhilfe geliefert, und so schickten wir am 7. Juni nahezu sechs Tonnen Medikamente, medizinisches Material und Geräte auf die lange Reise. Am 15. Juni bestieg ich gemeinsam mit dem Ingenieur Bashar Hindo das Flugzeug in Richtung Amman, von dort ging es dann weiter nach Bagdad. Die Stadt machte einen völlig verwahrlosten Eindruck, Abwässer in den Straßen, bestialischer Gestank, Müllberge überall...

Frieden und Sicherheit – wann endlich?

Die Versorgungslage in den Spitälern sei miserabel, meinten die Ärzte: die „Kemadia“, das zentrale Medikamentenlager, das das ganze Land beliefert, funktioniere nur noch sehr mangelhaft, im Gesundheitsministerium gäbe es noch immer keine verlässlichen administrativen Strukturen, der Verteilungsschlüssel für die Provinzen sei schlecht. Im Allgemeinen erhielten die Krankenhäuser höchstens 25 Prozent des tatsächlichen Bedarfs. Die Versorgung chronisch

Krank sei kaum möglich. Ein großes Problem stelle die Erstversorgung der Verletzten dar, die ständig durch die Bombenattentate in die Kliniken kommen. Man käme mit den Operationen nicht nach und auch das Material reiche nicht. Ein beliebter Sport wäre derzeit das Kidnappen von Ärzten verbunden mit Lösegeldforderungen. Das Ergebnis sei, dass viele den Irak verlassen. Eine Katastrophe für die Versorgung der Bevölkerung, denn bereits in den letzten Jahren sind viele hoch qualifizierte Fachkräfte abgewandert.

Die allgemeine Unzufriedenheit und der Groll gegen die Besatzungsmacht steigen zusehends. Die Iraker fühlen sich betrogen, statt Demokratie kam die Anarchie. Gibt es etwas, das sich in Bagdad verbessert hat, seit ich im November da gewesen bin, frage ich meinen Fahrer. „Nein“, meint er nach kurzem Nachdenken, „mir fällt nichts ein, alles wird nur noch schlechter.“ Aber mir fällt etwas ein: Mein Handy funktioniert in Bagdad und ich kann sogar nach Österreich telefonieren. Ob das Mobiltelefonnetz aber für die Iraker ein vorrangiges Bedürfnis war, möchte ich dahingestellt lassen. Fragt man die Menschen hier, was sie sich am dringlichsten wünschen, so lautet die Antwort unisono: „Wir wollen endlich Frieden und Sicherheit haben“.

In diesen Tagen bekomme ich ein wenig Ahnung, was es für die Einwohner bedeutet, seit 15 Monaten mit dieser schlechten Sicherheitslage zu leben, mit täglichen Bombenanschlägen, Mord, Raub, Entführungen, Erpressung, aber

Die zehnjährige Zainab auf der Kinderonkologie. Ein Tumor bereitet ihr große Schmerzen.



auch mit nervösen amerikanischen Soldaten, die ziellos um sich schießen. Der irakische Regierungsrat, von den Amerikanern eingesetzt, genießt ebenfalls kein großes Prestige in der Bevölkerung. „Wir werden von 24 Räufern regiert“ lautet die weit verbreitete Meinung.

Hin und wieder hört man aber auch Geschichten, die optimistisch stimmen: Vor einer Kirche war ein Sprengkörper explodiert und hatte ein Loch in die Fassade gerissen. Daraufhin kamen spontan Leute aus der Nachbarschaft, Christen und Muslime, mit Werkzeugen und Ziegel und gemeinsam wurde der Schaden wieder repariert. Auch das gibt es im Irak und vielleicht öfter als wir hören.

Basra

Die Lage verschlechtert sich zunehmend. Die Wasserversorgung ist mangelhaft, 60 Prozent der Bevölkerung wird aus dem Fluss Shatt el Arab mit Wasser versorgt, der neben Bakterien auch viele Giftstoffe enthält. Schwere Durchfallerkrankungen und damit die Unterernährung von Kindern sind die Folge.

Wir können auch dieses Mal im Haus des Erzbischofs wohnen. Die Armenapotheke funktioniert noch, wenn auch nur tagsüber. Am nächsten Tag gehen wir zum Mutter-Kind-Hospital. Am Eingang wachen fünf Polizisten und wir werden aufgehalten. Dann gehen wir auf „unsere“ Abteilung, die Kinderkrebsstation. Dr. Mohammed und Dr. Asaad sind überrascht uns zu sehen. Sie hatten nicht richtig daran geglaubt, dass wir kommen würden.

Im November 2004 wird die Difäm-Arzneimittelhilfe einen weiteren Transport mit Krebsmedikamenten, Antibiotika und medizinischem Hilfsmaterial für das Mutter-Kind-Hospital starten.

Die Abteilung hatte seit Kriegsbeginn kein einziges krebshemmendes Medikament vom Gesundheitsministerium erhalten. Wenn unsere Hilfslieferungen nicht gewesen wären, wären ausnahmslos alle kleinen Patienten/innen gestorben. Seit Monatsbeginn hatten sie neun neu diagnostizierte krebskranke Kinder aufgenommen. Die Abteilung platzt aus allen Nähten. Die achtjährige Nura, die wir im November kennen lernten, kommt uns entgegengeläufig. Sie ist schmaler geworden, hat tiefe Ringe unter den Augen und blaue Flecken übersäen ihre Arme. Dr. Asaad erklärt, dass ihre Behandlung nicht erfolgreich verlaufen ist. Als Nura im Vorjahr kurz nach dem Krieg erkrankte, konnten die Eltern sie nicht regelmäßig zur Chemotherapie bringen, der Weg war zu unsicher. Und so kam die Erkrankung wieder. Es tut weh, Nura anzusehen: Nura kann nicht mehr geheilt werden. Sie ist ein Opfer des Krieges – doch wird sie nie in der Kriegstatistik auftauchen.

Aber wir erfahren auch Erfreuliches: Den meisten Kindern vom letzten Mal geht es sehr gut. Hanin, Saad, Ali, Ahmed, Maha, Rana – sie alle sind gesund. Diese Nachrichten sind ein Lichtblick in diesen Tagen und bestätigen den Sinn unserer Arbeit. Am 23. Juni kommt auch endlich unser LKW an. 24 Paletten waren zu entladen, und dann sind endlich alle unsere Hilfsgüter in Sicherheit.

Wir machen einen Rundgang durch alle Abteilungen. Die Frühgebundenabteilung ist in einem desolaten Zustand. Die Blutbank jedoch funktioniert gut. Im Labor starten die Laborantinnen unter unserer Aufsicht das neue Hämatologiegerät. Die Leiterin des Krankenhauslabors, Dr. Alia, erzählt mir, wie dankbar alle für dieses Gerät sind. Bis jetzt hätte man alle Blutbilder im Mikroskop ausgezählt. Durchschnittlich 150 Blutbilder sind es täglich, die Klinik hat



Neue Geräte für das Labor vereinfachen die Arbeit erheblich.

eine hohe Ambulanzfrequenz. Dr. Alia meint, die Ärzte/innen würden ein Blutbild nur anordnen, wenn es wirklich unumgänglich ist und so zeigen praktisch alle Blutbilder abnorme Ergebnisse. Und sie er-



Ankunft des Difäm-Hilfstransportes. Fotos: Hobiger

zählt mir noch etwas, das mich wirklich erschüttert: Oft sähe sie Hämoglobinwerte von 3 g/dl, ein Wert, der kaum mehr mit dem Leben vereinbar ist. Der Grund: schwerer Eisenmangel aufgrund der Mangelernährung, weil die Leute kein Geld hätten, sich Fleisch zu kaufen.

Dann heißt es Abschied nehmen. Dr. Jenan meint, ich möge gut auf mich aufpassen, die Kinder hier in Basra würden mich brauchen. Sie dankt allen, die mitgeholfen haben und sie bittet, sie jetzt nicht zu verlassen. „Wir wissen, dass bei Euch im Westen kaum jemand weiß, wie es uns hier wirklich geht. Wir können es allein nicht schaffen, wir brauchen Eure Hilfe!“

Dr. Eva-Maria Hobiger

Aidstherapie – endlich kostenlos verfügbar

Gewicht gewonnen und sich relativ gut erholt. Täglich kommen neue Erkrankte. Aids hat in Malawi dramatische Ausmaße angenommen. Allein im Mulanje-Distrikt sind ein Drittel aller Menschen HIV-positiv. Viele sind durch Aids so schwach und krank, dass sie ihre Felder nicht mehr bearbeiten können. Mangelernährung ist die Folge.

Das Aidsprogramm wird zurzeit von acht Ärzten/innen und zehn Beratern/innen betreut. Das Krankenhaus führt außerdem Projekte zur häuslichen Pflege der Kranken, Hilfe für Waisen und Witwen und Aufklärungsveranstaltungen durch und fördert die Gründung von Selbsthilfegruppen. Seit 1995 unterstützt das *Difäm* die Aidsarbeit der Klinik. *mj*

Leichenblass stolpert ein ausgemergelter junger Mann in die Ambulanz des Hospitals. Seit Monaten leidet er an Durchfall und Husten, sein Körper ist von Geschwüren befallen. Er war schon in verschiedenen Krankenhäusern und bei traditionellen Heilern. Dennoch hat sich sein Zustand immer mehr verschlechtert. Der HIV-Test ergibt: positiv. Doch die Klinik kann nichts für ihn tun. Eine Aidstherapie wird nicht angeboten.

Glücklicherweise gehört diese Geschichte für das *Mulanje Mission Hospital* im Osten von Malawi der Vergangenheit an. Im April 2004 hat es ein kostenloses Programm für die Behandlung mit

Aidsmedikamenten eingerichtet.

Im Juli waren bereits 73 Patienten/innen in Therapie, darunter drei Kinder, die bei der Geburt infiziert wurden. Die meisten Aidskranken haben schnell wieder an

Aids: Eine Querschnittsaufgabe

Anfang Mai 2004 lud das *Difäm* zu einem Seminar über „HIV/Aids-Mainstreaming in der kirchlichen Entwicklungszusammenarbeit“ ein, an der Vertreter/innen der kirchlichen Hilfs- und Missionswerke teilnahmen. Die Tagung diente zu einem Erfahrungsaustausch und zu einer konzeptionellen Weiterentwicklung der Arbeit.

Was bedeutet ‚Mainstreaming HIV/Aids‘ für die Kirchen? „Die Integration von HIV/Aids in alle Bereiche, in denen die Kirche aktiv ist“, war das klare Statement von Bischof Moyo, dem Direktor der ‚*Lutheran Communion in Southern Africa*‘, der das Eingangsreferat hielt. In den lutherischen Kirchen des südlichen Afrika wird dies auf vielfältige Weise versucht. Er selbst spricht z. B. mit einer Gemeinde erst einmal eine Stunde offen über Aids und Sexualität im Gottesdienst, bevor er die

Predigt hält und feiert Gottesdienste, in denen Menschen, die Verwandte und Freunde durch Aids verloren haben, für diese eine Kerze anzünden und sie namentlich erwähnen. Das Schweigen in den Kirchen soll gebrochen werden. Es geht darum, die Krankheit zu bekämpfen und nicht diejenigen, die die Krankheit haben. Menschen, die mit dem Virus leben, sollen in den Kirchen willkommen heißen und unterstützt werden.

Kirchen sollen motiviert werden, sich in der Aidsbekämpfung zu engagieren und damit auch neue Wege zu beschreiten. Kirchenleitungen werden häufig erst durch Besuche bei Kirchen, die offensiv mit Aids umgehen, davon überzeugt, dass auch sie einen großen Beitrag leisten können. Auch die theologische Ausbildung muss der

Aids-Problematik Rechnung tragen und Pfarrer/innen angemessen vorbereiten.

Welche Auswirkungen hat Aids auf kirchliche Organisationen? Wie beeinflussen unsere Einstellung und unser Tun die Ausbreitung des Virus? Diese Fragen, darin waren sich die Seminarteilnehmer/innen einig, gehen den Norden wie den Süden an. Viele Organisationen im Norden sind dabei, ihre eigene HIV/Aids-Position zu bestimmen, Mitarbeitende zu schulen und bei der Entsendung von Fachkräften auf eine adäquate Vorbereitung zu Aids zu achten. HIV/Aids wird mit den Partnerorganisationen vor Ort diskutiert. Diese werden darin unterstützt, sich der HIV/Aids-Problematik auf Organisations- und Programmebene zu stellen. Der Austausch, die Vernetzung und das Lernen voneinander sind von zentraler Bedeutung für diese Arbeit. Weitere Treffen zu dieser Thematik sind deshalb im Norden wie auch in den Ländern des Südens vorgesehen. *Astrid Berner-Rodoreda, HIV/AIDS Koordination Afrika bei Brot für die Welt*

Bild von Babatunde Morgan (Sierra Leone) aus einem Plakatwettbewerb der *Ecumenical Advocacy Alliance*. Das Plakat ist auch im *Difäm* ausleihbar.



Geißeltierchen: Biss mit Folgen

Bei der Tropenkrankheit Kala-Azar handelt es sich um die so genannte viszerale Leishmaniose, die auch innere Organe befällt im Gegensatz zu den kutanen und mukokutanen Leishmaniosen, die lediglich Haut und Schleimhaut betreffen.

Die Leishmaniose findet weite Verbreitung in den tropischen und subtropischen Klimazonen einschließlich der Mittelmeerlande. 90 Prozent aller Fälle treten in Indien, Bangladesch, Brasilien, Nepal und dem Sudan auf. Die WHO hat Mitte 2003 auch im Süden des Irak Leishmaniose-Epidemien beobachtet. Die Difäm-Arzneimittelhilfe verschickte Pentostam® im Gesamtwert von 27.000,- Euro zur Behandlung der Krankheit.

Die Erreger der Leishmaniosen sind verschiedene Arten von Geißeltierchen. Je nach Verbreitungsgebiet erfolgt die Übertragung der Geißeltierchen durch den Biss von kleinen Sand- oder Schmetterlingsmücken. An der Einstichstelle kommt es zu einer Vermehrung der Parasiten und in seltenen Fällen zu einer Verbreitung der Parasiten mit dem Blut- oder Lymphstrom.

Bei der kutanen Leishmaniose rötet sich zunächst die Haut am Ort des Insektenstiches. Später bildet sich eine immer größer werdende Schwellung. Schließlich entwickelt sich ein schmerzloses Geschwür, das nach mehreren Monaten unter Narbenbildung abheilt. Die mukokutane Leishmaniose kann ebenfalls unbehandelt abheilen. Dennoch kann es auch unmittelbar nach der Infektion oder noch Jahre später zu einer Absiedlung der Geißeltierchen in den Schleimhäuten des Nasen-Rachen-Raumes kommen und im Anschluss

daran zu Schäden im Gesicht oder am Hals.

Bei der viszeralen Leishmaniose oder Kala Azar sind vor allem Lymphknoten, Knochenmark und innere Organe betroffen. Erste Hinweise auf die Erkrankung sind Bauchschmerzen, Durchfälle, Gewichtsabnahme und Fieberschübe. Die Erkrankten werden immer schwächer, die Haare sind brüchig, der Körper lagert vermehrt Wasser ein und es treten Blutungen in den Lungen, im Darm und den Schleimhäuten auf. Ohne Behandlung endet die Krankheit nach ein bis zwei Jahren tödlich.

Das Risiko, an einer Leishmaniose im Rahmen einer touristischen Reise zu erkranken, ist gering. Eine Impfung gibt es nicht. Bei Reisen in gefährdete Gebiete kommt deshalb dem persönlichen Schutz vor Insektenstichen große Bedeutung zu. Dies umfasst Insektenstichschutzcreme und das Tragen geeigneter Kleidung. Sandfliegen sind sehr klein. Deshalb müssen besonders feinmaschige oder mit Insektiziden behandelte Moskitonetze benützt werden. Zur Behandlung der Krankheit, die im Falle einer viszeralen Leishmaniose unbedingt erforderlich ist, gibt es wirksame Medikamente. *Jochen Bitzer*



Difäm-Seminare

Fit für die Tropen

Bereits zum zweiten Mal fand der Difäm-Kurs „Wo Frauen keinen Arzt haben“ statt. Ziel ist es, die mit ausreisenden Partner/innen von Fachkräften in der Entwicklungszusammenarbeit auf den Auslandsaufenthalt vorzubereiten. Die Teilnehmenden wurden über die Klassifizierung von Symptomen und die Behandlung eigener Krankheiten unterrichtet und erhielten viele allgemeine Tipps und Informationen. Schwerpunktthemen bildeten Malaria und Aids, Durchfall-, Wurm- und Hauterkrankungen sowie Krankheiten bei Kindern.

Aber nicht nur für Mitreisende ist der Kurs von Interesse. Die 46-jährige Cornelia Lamparth hat daran teilgenommen, weil sie eine Reise nach Ghana plant und dort ein kleines Gesundheitsprojekt durchführen möchte. „Ich erwarte mir von diesem Kurs Hilfestellung, wie ich auf ganz einfache Art und Weise grundlegendes Wis-

sen an andere weitergeben kann und möchte lernen, Krankheiten selbst besser einzuordnen. Beispielsweise würde ich gerne erfahren, welche Arten von Durchfall es gibt und wann man besonders hellhörig werden sollte. Außerdem möchte ich einiges zur Wundenbehandlung lernen.

Cornelia Lamparth fühlt sich hier am richtigen Ort, „weil wir fundiertes Wissen vermittelt bekommen, alle Fragen beantwortet werden und die Referent/innen selbst viele Jahre lang in Übersee gearbeitet haben und wissen, wovon sie sprechen.“ *mj*





Ciriri-Krankenhaus in Not

nommen hat, und Spenden reichen zwar gerade aus, um die Basisversorgung aufrecht zu erhalten, die Arzneimittelversorgung und Ausstattung mit medizinischen Geräten ist jedoch unzulänglich. Operationen finden unter einfachen Bedingungen und großen Risiken statt. Mit geringen Mitteln kann eine langfristige und bessere Versorgung der Kranken erreicht werden.

Es fehlt insbesondere an Matratzen, Betten, medizinischen Geräten, Medikamenten und sanitären Anlagen. Unsere Partnerin in

Beim Betreten des Krankenhaussaales kommt schlechte Luft entgegen. 20 Mütter liegen mit ihren Neugeborenen und kranken Kindern im Bett, manche haben nicht einmal eine Matratze. Auch schwerkranke Kinder und Mütter sind darunter, weil es keine separaten Zimmer gibt. Für die ganze Station sind nur ein Waschbecken und zwei Toiletten mit einer Wasserstelle vorhanden. Die Abwässer laufen offen über das Krankenhausgelände auf die umliegenden Felder und stellen eine große gesundheitliche Gefahr dar. Ein Genesungsprozess ist hier kaum vorstellbar.

Das Krankenhaus Ciriri liegt neun Kilometer von Bukavu entfernt, einer Stadt im Osten der Demokratischen Republik Kongo. Es wurde 1986 von dem deutschen Arzt Gustav Rau gegründet. Die Menschen reisten oft tagelang an, weil Rau sie kostenlos behandelte. Viele der Patienten/innen waren Kinder, die unter Mangelernährung litten. Rau bekämpfte die daraus resultierenden Krankheiten, richtete aber auch eine tägliche Kinderspeisung ein. Das Wohl der Kinder lag ihm besonders am Herzen.

Nach seinem Weggang aus gesundheitlichen Gründen lag die

Arbeit mehr oder weniger brach, das Krankenhaus stand sogar einige Jahre leer. Als vor zwei Jahren Soldaten das Gebäude für ihre Zwecke einnehmen wollten, baten die ehemaligen Mitarbeitenden die katholische Diözese Bukavu um Hilfe.

Die Gelder der katholischen Diözese Bukavu, die das Krankenhaus inzwischen wieder in Betrieb ge-

Bukavu, Maria Masson, ist dringend auf unsere Hilfe angewiesen. Unterstützen Sie uns dabei, die Patienten-Versorgung zu verbessern. Spenden Sie unter dem Stichwort: **Ciriri**

Menschen brauchen Ihre Hilfe!

Mangelernährte Kinder erhalten im Ciriri-Krankenhaus Milch, Getreideprodukte, Obst und Gemüse.
Foto: Gresch-Bruder



Ärztetikett für den Sudan



Immer wieder schickt die *Difäm*-Arzneimittelhilfe auch medizinische Geräte und Medikamente in den Sudan. Eine Lieferung ging mit Stethoskopen, Blutdruck-

messgeräten und 20 Labor- und Ärztetiketteln in das Yambio Hospital. Die Mitarbeitenden freuten sich sehr über die praktische Krankenhauskleidung.

Was Ihre Spenden bewirken

591 – eine Botschaft kommt an

Der achtjährige Amanga aus einem Armenviertel in Kinshasa ist Waise. Seine Eltern sind nacheinander an Aids gestorben. Mit seinen zwei Geschwistern lebt er bei der Familie des ältesten Bruders. Dieser hat aber bereits zwei eigene Kinder. Da er keine feste Arbeitsstelle hat, ist es für die Familie eine große Belastung, zwei weitere Kinder zu versorgen.

Das Schicksal von Amanga ist kein Einzelfall. 15 Millionen Kinder haben weltweit einen oder beide Elternteile durch Aids verloren, rund 800.000 allein in der Demokratischen Republik Kongo. Die Großfamilien sind häufig nicht mehr in der Lage, weitere Waisenkinder aufzunehmen. Viele Waisen leben deshalb auf der Straße oder

bei Geschwistern. An eine Schul- ausbildung ist kaum zu denken.

Doch Amanga hat Glück: Er ist eines der Waisenkinder, die im Bethsaida-Projekt betreut werden. Bethsaida wurde 2001 von Pfar- rerin Biasima Lala in Kinshasa und



dem *Difäm* ins Leben gerufen. Amangas Pflegefamilie erhält Unterstützung für Kleidung, Schulgeld und medizinische Versorgung. Auch Nahrungsmittel werden verteilt, wenn sie gebraucht werden. Um die Kinder vor dem Schicksal ihrer Eltern zu bewahren, wird von Bethsaida Aidsaufklärung organi- siert. So zum Beispiel vom ehren- amtlichen Betreuer Josué Kikombo Lelu, der die Kinder und Jugend- lichen anhand der Zahl „591“ über verantwortlichen Sexualverkehr und HIV/Aids informiert. „591“ bedeutet: Aus 5 Minuten Sexual- verkehr resultieren 9 Monate un- erwünschte Schwangerschaft und 1 HIV-positives Kind. *mj*

Dank des Bethsaida- Projektes können viele Kinder die Schule besuchen. Fotos: *Difäm*

Dankeschön aus dem Kongo

„Heute können wir Ihnen und allen *Difäm*-Mitarbeitenden, die die Mikroskopspende ermöglicht haben, unseren herzlichsten Dank zukommen lassen. Die drei Mikroskope sind von Kinshasa aus gut in Bokungu im äquatorialen Regenwald des Kongo angekommen.“

Wolfgang Leinen,
Direktor BDOM Bokungu-Ikela



Berufsausbildung – Schlüssel für die Zukunft.

Difäm dankt

Ihr Vertrauen unsere Verpflichtung



Auszubildende und Ausbilder sind mit den Mikroskopen sehr zufrieden.

Foto: Leinen



Auch in diesem Jahr wurde dem *Difäm* wieder das Spendensiegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) verliehen. Die Vergabe des Siegels wird an sehr strenge Kriterien geknüpft und bestätigt den korrekten Umgang von Organisationen mit ihren Spenden.

Arzneimittel in Topqualität

Etwa 50 Prozent der Menschen im südlichen Afrika haben keinen Zugang zu wichtigen Arzneimitteln. Hilfssendungen können nur bedingt Abhilfe schaffen. Langfristig gesehen sind Aufbau und Stabilisierung einer lokalen Infrastruktur unerlässlich. Deshalb fördern größere Organisationen, die deutsche Regierung und auch die *Difäm*-Arzneimittelhilfe zunehmend die lokale Produktion von Arzneimitteln. Hierzu gehört auch eine genaue Qualitätskontrolle.

Die Kirchen, in einigen Ländern Afrikas mit bis zu 50 Prozent am Gesundheitssystem beteiligt, sind vielerorts Vorreiter. So existieren in mehreren afrikanischen Ländern sogenannte kirchliche Zentralapotheken, die die Einfuhr und die Beschaffung von Arzneimitteln sicherstellen. Ein Vorbild ist die ökumenische Zentralapotheke *MEDS (Mission for Essential Drugs and Supplies)* in Kenia, von der aus fast alle kirchlichen Gesundheitszentren im Land versorgt werden. Damit versorgt *MEDS* mehr als die Hälfte der kenianischen Bevölkerung.

MEDS wurde 1986 durch eine ökumenische Partnerschaft zwischen der kenianischen Bischofskonferenz und der christlichen Gesundheitsvereinigung *CHAK* ins Leben gerufen. Ziel ist, für die ärmsten Menschen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbes-

sern. Die Zentralapotheke beliefert etwa 90 Prozent aller kirchlichen Krankenhäuser in Kenia, aber auch Nichtregierungsorganisationen in Kenia, am Horn von Afrika und der Region der Großen Seen mit unentbehrlichen Medikamenten und medizinischen Geräten.

Die Zentralapotheke kauft etwa 80 Prozent der Präparate aus kenianischer Produktion ein und überwacht deren Qualität durch ein eigenes Labor mit vier Mitarbeitenden. Die *AMH* hilft *MEDS* zurzeit, das Prüflabor zu optimieren. Im Juli 2004 waren der Laborleiter Joseph Kinyuru Thurania und die Apothekerin Regina Muniya Mbindyo zu Gast im *Difäm*, um die Arbeit eines deutschen Prüflabors für Arzneimittel in Tübingen kennen zu lernen. Der Leiter des Labors, Prof. Harald Hamacher, schulte die beiden eine Woche lang. Regina Muniya Mbindyo erklärt: „Um sicherzustellen, dass die Arzneimittel, die wir an die Krankenhäuser liefern, auch von sehr guter Qualität sind, testen wir sie im *MEDS*-Labor. Wir testen aber nicht nur die Medikamente, die wir selbst liefern, sondern tun dies auch im Auftrag für andere, z. B. für lokale Arzneimittelproduzenten und -lieferanten in Kenia und den Nachbarländern, aber auch für Nichtregierungs- und internationale Organisationen.“

Diese Dienstleistung möchte *MEDS* verstärken. Daher ist das Ziel die *WHO*-Zertifizierung. Joseph Kinyuru Thurania: „Dafür ist die Schulung hier sehr wichtig. Wir lernen, wie wir unser Qualitätsprüfungslabor noch effizienter leiten können. Und wir sehen, wie man hier in Deutschland im Labor die Medikamente testet, welche Ausrüstung und Methoden es gibt, wie man die Geräte in Stand hält und wie man eine gute Dokumentation für eine wissenschaftlich fundierte und effiziente Qualitätssicherung von Arzneimitteln anfertigt.“

Die Qualität der Medikamente wird mit unterschiedlichen Geräten getestet. Geprüft wird z. B., ob die richtige Menge eines Wirkstoff-



Harald Hamacher erklärt den *MEDS*-Labormitarbeitenden die Spezialgeräte.
Fotos: *Difäm*

vorhanden ist, ob es Unreinheiten gibt oder ob das Medikament am Ende des Haltbarkeitsdatums noch gut ist. „Manche Medikamente können bei uns noch nicht getestet werden, weil nicht alle Geräte vorhanden sind. Dann beauftragen wir ein anderes Testlabor,“ so Joseph Thurania.

AMH und *MEDS* sind froh über diese Partnerschaft, denn „wir treten mit unserer Arbeit für die gleichen Ziele ein und helfen uns gegenseitig, indem wir unser Wissen und unsere Erfahrung teilen. Die *AMH* bestellt z. B. bei *MEDS* Arzneimittel für Projekte in Afrika“, so Regina Muniya Mbindyo. „Wir freuen uns schon darauf, das hier Gelernte in Kenia in die Praxis umzusetzen.“

pe/mj

Über 600 verschiedene essentielle Arzneimittel, chirurgisches Zubehör sowie Publikationen sind bei *MEDS* im Lager.



Wer erhält Behandlung, wer nicht...?

Als Nonkosi Khumalo vor viereinhalb Jahren begann, sich bei der *Treatment Action Campaign (TAC)* als Freiwillige zu engagieren, sprach in Südafrika kaum jemand davon, Aidskranke mit antiretroviralen Medikamenten zu behandeln. Die lebensverlängernde Therapie schien unerreichbar. Heute leitet Nonkosi das Behandlungsprojekt der Selbsthilfebewegung. Katja Roll sprach mit ihr über die Chancen und Grenzen der Behandlung von Aidspatienten/innen in Südafrika.

Die *Treatment Action Campaign* startete als Präventionskampagne. Was bewog TAC ein Behandlungsprogramm zu beginnen?

Zwischen Februar und Mai 2003 hatten wir 250 unserer stärksten Aktivistinnen durch Aids verloren. Eine traurige Realität, die die Wirkung unserer Arbeit immens gefährdete. Daher fingen wir im Sommer letzten Jahres damit an, Kranke zu behandeln. Ende des Jahres konnten 25 an Aids Erkrankte mit lebensverlängernden Medikamenten versorgt werden. Heute behandeln wir 80 Personen. Leider deckt dies nur einen Bruchteil des Bedarfs ab. Es gehört zu unserem Alltag, immer wieder entscheiden zu müssen, wer Behandlung erhält und wer nicht.

Nach zähem Ringen kündigte die südafrikanische Regierung 2003 ein staatliches Behandlungsprogramm an. Wie ergänzen sich TAC-Projekte und das öffentliche Angebot?

In den vergangenen Monaten haben wir versucht, Aidskranke in staatlichen Zentren unterzubringen. Diese Programme laufen aber nur sehr schleppend an. Zentrale Hindernisse sind neben den Kosten die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal sowie das Angebot umfassender Schulungen. Viele

Kranke können nicht behandelt werden, weil die Krankenhäuser die Grenzen ihrer Kapazität schon weit überschritten haben. In der medizinischen Versorgung gibt es große regionale Unterschiede. Auf dem Land sind die Arbeits- und Lebensbedingungen für das Gesundheitspersonal unvorstellbar schlecht. Teilweise sind eine Pflegekraft oder ein/e Arzt/Ärztin täglich für mehrere hundert Patienten/innen zuständig.

Die konsequente Einnahme der Medikamente und das Risiko von Resistenzenbildung sind große Herausforderungen für die Behandlung in einfacher Infrastruktur. Welche Erfahrungen hat TAC gemacht?

Resistenzen, die Abwehr gegen die Wirkstoffe, werden – zumindest nach heutigem Stand der Forschung – immer auftreten, auch in Deutschland bei bester medizinischer Versorgung. Eindeutige Informationen über die Wirkung der Behandlung und die Folgen einer Unterbrechung tragen dazu bei, dass die Patienten/innen die Medikamente verantwortungsvoll und korrekt einnehmen. Unsere Ergebnisse sind sehr gut. Im ersten Behandlungsjahr haben die Patienten/innen ihre Therapie zu 95 Prozent korrekt befolgt. Eine Vereinfachung der Behandlung ermögli-

chen Kombinationspräparate. Sie vereinen drei Wirkstoffe in einer Tablette, die zweimal am Tag eingenommen wird. Allerdings stehen sie bisher nur als Nachahmerprodukte zur Verfügung. Deshalb werden sie in den staatlichen Programmen noch nicht eingesetzt.

Welche Rolle spielen die Arbeit und die Stimme der Kirchen in der Aidsbekämpfung?

Die Aidsarbeit der Kirchen konzentriert sich bislang auf die Pflege



Foto: Börner

und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase – eine schwierige und wichtige Arbeit. Allerdings sollten die Kirchen ihre Strukturen und ihr Potenzial nutzen, um die aktive Lebenszeit durch Therapieprogramme zu verlängern und zu verbessern. Wir gehen davon aus, dass die Regierung sich auch in Zukunft nur langsam bewegen wird. Die Kirchen könnten wichtige Partner sein, um viele Menschen zu erreichen. Voraussetzung für den Erfolg ist allerdings, dass die Kirchen einen umfassenden Ansatz in Prävention, Behandlung und Begleitung akzeptieren und praktizieren. Die Stimme der Kirchen und ihr Druck auf die Regierung sind nach wie vor recht leise. Allerdings gibt es in Südafrika einige sehr beeindruckende Ausnahmen. Hoffentlich findet ihr Beispiel den Weg durch die Institutionen.

Katja Roll ist Kampagnenreferentin des *Aktionsbündnis gegen AIDS* mit Sitz im *Difam*. Das Aktionsbündnis ist ein bundesweiter Zusammenschluss von über 70 Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit. Der Ausbau der finanziellen Ressourcen zur weltweiten HIV-Prävention und Aids-Bekämpfung und der weltweite Zugang zur Therapie sind die zentralen Anliegen der Kampagne des Bündnisses.

Krankenhaus und Gemeinde – Orte heilsamer Erfahrungen?

Verschiedene Bereiche können zur Gesundung bzw. Heilung von kranken Menschen beitragen: die Medizin, die psychosomatische und soziale Dimension sowie die spirituelle Dimension. Letztere wird gerade neu entdeckt. Somit ist der Mensch eine „viel-dimensionale Einheit“ und alle heilenden Maßnahmen betreffen immer den Menschen als ganzen. Wie aber können die heilenden Disziplinen, zu denen auch die Theologie zu rechnen ist, miteinander kooperieren, wie können Synergieeffekte zum Wohle der Patienten/innen entstehen?

Um sich über dieses Thema auszutauschen, veranstalteten die *Evangelische Klinikseelsorge Tübingen* und das *Difäm* am 9. Oktober 2004 einen Studientag in der Tropenlinik. Der Einladung folgten etwa 50 Gemeindemitglieder, Mitarbeitende aus dem medizinischen Bereich, der Pflege und sozialen Diensten. Die Vertreter/innen der einzelnen Disziplinen stellten fest, dass sie oft wenig voneinander wissen und nur in

Einzelfällen die Möglichkeit zur Zusammenarbeit wahrnehmen.

In den Gemeinden gibt es viele motivierte Ehrenamtliche, zum Beispiel als „Diakonische Gruppe“, die sehr wertvolle Dienste für Kranke und Hilfsbedürftige leisten, deren Potential aber oft noch gar nicht richtig geschätzt und entfaltet ist. Arbeitsgruppen zu den Themen „Heilende Rituale“, „Krankenhaus bzw. Initiativen und ihre Beziehung zur Gemeinde“, „die Zukunft der

Krankenpflegevereine“ gingen der Frage nach, wie sich die heilende Kraft des Glaubens konkretisiert und wie die Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Strukturen verbessert werden könnte.

Nicht nur, dass es gut war, Vertreter/innen der verschiedenen Bereiche kennen zu lernen – es wurden auch Pläne für die Zukunft entwickelt: Zum Beispiel könnten einzelne Gemeinden eine Art Patenschaft für eine der vorgestellten Initiativen übernehmen. Krankenhaus und Sozialstation könnten mit einem Faltblatt gezielt auf die Möglichkeiten der diakonischen Gruppen hinweisen. Gemeinden könnten darüber nachdenken, wie heilende Rituale, zum Beispiel Salbung und Segnung, praktiziert werden könnten.

Unsere Ziele

Gesundheit erhalten, Krankheit lindern oder heilen, Lebensqualität trotz schwerer Krankheit oder Behinderung fördern – für diese Ziele der Gesundheitsarbeit setzen wir uns in allen unseren Arbeitsbereichen ein, lokal und weltweit. Maßstab und Motivation für unser Engagement ist die christliche Ethik mit ihrer Herausforderung, für die Benachteiligten da zu sein.

Was ist unser Profil, welche Aufgaben und Visionen haben wir? – Diesen Fragen stellten sich die Mitarbeiter/innen von *Difäm* und Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus während eines etwa einjährigen Leitbildprozesses, in dem die 1998 verabschiedeten „Ziele des *Difäm* und seiner Arbeitsbereiche“ überdacht und neu formuliert wurden. Das Ergebnis, „Unsere Ziele“, wurde nun veröffentlicht und der Prozess der Umsetzung in die Wege geleitet.

Bestellen Sie das Faltblatt unter info@difaem.de oder Tel: 07071-206-535.

Wissen hilft Gesundheit zu erhalten

Vorträge in der Tropenlinik

- Volkskrankheit Diabetes: Mittwoch, 8. Dezember 2004
- Entlassung aus dem Krankenhaus – und was dann? Mittwoch, 19. Januar 2005

Die Vorträge finden jeweils um 19 Uhr im Olga-Lechler-Saal der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus statt. Der Eintritt ist frei, Anmeldung nicht erforderlich. Nähere Informationen unter www.tropenlinik.de oder info@difaem.de.



Über die Glaubensgrenzen hinweg

Im Februar dieses Jahres fand im *Difäm* die Tagung „Global Religious Health Assets“ statt. Professor Dr. Gary Gunderson war einer der Teilnehmenden. Er ist Baptistenpfarrer und seit 1992 Direktor des *Interfaith Health Program* der *Rollins School of Public Health* an der *Emory University* von Atlanta, USA. *Difäm*-Mitarbeiterin Birgit Rätzke sprach mit ihm.

Prof. Gunderson: Sie sind Direktor des *Interfaith Health Program*. Wie ist dieses Programm entstanden?

1992 wurde das *Interfaith Health Program* (IHP) gestartet. Die Anfänge liegen aber weiter zurück. Mitte der achtziger Jahre wurde das Carter Center gegründet. Jimmy Carter, der frühere Präsident der Vereinigten Staaten, lud zu einer Konferenz ein, die sich mit der Frage beschäftigte: „Wie viel Prozent der momentanen Krankheiten können verhindert werden?“ Die Antwort lag damals bei 66 Prozent, heute ist es sogar mehr. Die Krankheiten, die vermieden werden können, resultieren aus dem individuellen und das sozialen Verhalten. Wer aber kann diese Krankheiten verhindern? Es ist ganz offensichtlich, dass dies in vielen Fällen die religiöse Gemeinschaft kann. Aus diesem Anlass fand 1989 eine Tagung statt, auf der sich 300 religiöse Führer/innen trafen, vor allem christlichen, aber auch jüdischen und muslimischen Glaubens. Entscheidend ist, dass unser Lernen über Glaubensgrenzen hinweg geschieht. Im Jahr 2000 zog das IHP in die *School of Public Health* um und ist nun Teil des öffentlichen Gesundheitswesens.

Schwerpunkt des IHP ist das Unterrichten. Ich selbst unterrichtete an der *School of Public Health* und am Lehrerseminar. Im Augenblick

entwickeln wir einen gemeinsamen Lehrplan für Kirchenmitarbeiter und Berufe des Gesundheitssektors. Dabei besprechen wir Gesundheitsthemen wie HIV/Aids, Gewalt, Gefäßkrankheiten, Diabetes oder Selbstmord, um nur einige Beispiele zu nennen. Diese Art von Arbeit beinhaltet die Zusammenarbeit der Gemeinden über Glaubensgrenzen hinweg sowie die Kooperation von Kirche und Staat. Im Jahr 1986 begannen wir mit einem *Faith Health Consortium* an fünf Orten in den Vereinigten Staaten. Nicht lange danach sprach uns die Universität von Kapstadt an.

Wie wird das Programm in den USA gefördert?

Das wechselt von Jahr zu Jahr. Momentan erhalten wir Gelder von den Gesundheitskontroll-Zentren und vom Gesundheitsministerium.

Sie sprechen oft von religiösen Gesundheitswerten (*Religious Health Assets*) – Wie beschreiben Sie diese Werte?

Der Gebrauch des Wortes „asset“ heißt, sich auf das zu konzentrieren, was wir tatsächlich haben und worüber eine Entscheidung möglich ist und nicht auf das, was wir nicht haben. Im theologischen Sinne sprechen wir von einem Wert als einem Schatz, den Gott uns gegeben hat.

Sie sind einer der Initiatoren des *African Religious Health Assets Program*. Was sind dessen wesentliche Ziele und wie ist es mit dem *Interfaith Health Program* verbunden?

Das Carter Center hat sehr breit gefächerte internationale Interessen und so bestanden bereits Kontakte mit Kapstadt. An diesem Punkt möchte ich die Eigenständigkeit der afrikanischen Kirche betonen. Ich denke, dass sie fähig ist, ihre Rolle bei der Gesundheit ihrer Gemeinden zu hinterfragen. Das ist der wichtigste Grund, weshalb wir zusammen mit der Universität Kapstadt das *African Religious Health Assets Program* geschaffen haben. Wir betrachten uns als eine Art Juniorpartner in diesem Schaffensprozess. Zusammenfassend könnte man sagen: Wir beraten religiöse Führer in Afrika hinsichtlich zukünftiger Entscheidungen. Zweitens versuchen wir gute Partner zu sein und drittens werden wir wahrscheinlich die Regierungen beraten, so dass sie die religiösen Strukturen einbeziehen.

Welche Erwartungen hatten Sie an die Tagung im *Difäm*?

Mein Interesse betrifft vor allem das Geschehen in Afrika. Norwegen, Frankreich und Deutschland können auf eine lange Verbindung zu den afrikanischen Ländern zurückblicken. Ich wollte über die Erfahrungen unserer norwegischen, französischen und deutschen Partner vor Ort in Afrika hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte informiert werden.



Foto: Gary Gunderson

Gesundheit fördern durch Vernetzung und Beratung

Tief beeindruckt von Filmen über Afrika und Berichten über Ärzte/innen, die in ländlichen Gebieten Kranke versorgten, wurde bei Jochen Bitzer bereits im Kindesalter der Wunsch geweckt, Arzt zu werden und nach Afrika zu gehen. Mit 15 Jahren sammelte er erstmals praktische Erfahrungen am Albstädter Krankenhaus. Heute ist Jochen Bitzer Arzt und Projektreferent im *Difäm*. Er berät und begleitet Gesundheitsprojekte.

Das Praktikum im Alter von 15 Jahren habe ihn überzeugt, dass der Arztberuf genau das Richtige sei, um Menschen in Not zu helfen, erzählt der 41-jährige Jochen Bitzer. In der Folgezeit half er in verschiedenen Krankenhäusern mit und hielt Nachtwachen. Nach dem Abitur arbeitete er drei Monate im Kibbuz in Israel und absolvierte danach seinen Zivildienst beim *Tübinger Verein für schwererziehbare Kinder*.

1986 trat er schließlich sein Medizinstudium in Tübingen an. In dieser Zeit machte er auch ein Praktikum in einer abgelegenen Gesundheitsstation in Kenia – eine wichtige und prägende Erfahrung für ihn. Dort habe er persönlich erlebt, in welchen armen Verhältnissen die Bevölkerung lebt und welche wirksame Gesundheitsarbeit von nur einem Arzt und einigen Pflegekräften sowie mobilen Impfdiensten ausgehen kann.

Nach dem Studium nahm der heute vierfache Vater eine Tätigkeit als Arzt in der Kinderklinik in Tübingen an. „Ich wählte die Kinderheilkunde, weil ich zum einen Kinder sehr gerne mag. Zum anderen, weil Kinder mir als Arzt ohne Berücksichtigung der gesellschaftlichen Stellung begeg-

nen.“ Dann war es endlich soweit: Er reiste mit seinen Kindern und Ehefrau Bärbel nach Papua-Neuguinea aus. Arbeitsort war das 165 Betten umfassende Braun Memorial Krankenhaus in Butaweng. „Ich war einer von zwei Ärzten. Es war ein schwieriges Unterfangen“, erinnert sich Jochen Bitzer. „Aber wir hielten, trotz unregelmäßig eintreffender finanzieller Mittel oder fehlender Medikamente, das Krankenhaus gut am Laufen“. Damals vertieften sich die Kontakte zur *Difäm*-Arzneimittelhilfe, die regelmäßig Medikamente schickte.

Neben seiner Lehrtätigkeit an der angegliederten Krankenpflegeschule, der Organisation baulicher Erweiterungen des Krankenhauses und der Personalführung war Jochen Bitzer hauptsächlich im Bereich Kinderheilkunde und Tuberkulose tätig. Gerade dort machte es ihn oft traurig, „die Patienten immer erst zu sehen, wenn sie schon schwer erkrankt waren. So blieb nur die Behandlung, die jedoch meist erfolgreich war. Zeit für die so bedeutsame Vorsorge blieb jedoch kaum.“, so Bitzer. Über einen Erfolg freut er sich besonders: Sie hatten es geschafft, ein gemeindebezogenes Rehabilitationsprogramm für behinderte Kinder aufzubauen.

Nach der Rückkehr nach

Deutschland merkte er, dass die tägliche Arbeit in einer deutschen Kinderklinik sehr weit von den kleinen Patienten entfernt ist. Darüber hinaus war sein Wissensdurst noch nicht gestillt und er begann berufsbegleitend ein Masterprogramm in International Health. Zwischen den Modulen arbeitete er im Sudan und in Afghanistan beim Aufbau von Basisgesundheitsdiensten mit. Da er seine Stärken in der Erarbeitung theoretischer Konzepte und deren Durchführung erkannt hatte, trat er im Juli 2003 die Nachfolge von Dr. Jutta Pehle als Projektreferent im *Difäm* an. Dort kann er nun seine Erfahrungen wirksam einbringen. Er begutachtet Projektanträge, berät Hilfswerke bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsprojekten. Auch die Beratung und Begleitung von medizinischen Fachkräften, die nach Übersee vermittelt werden, gehört zu seinen Aufgaben. Bitzer erklärt: „Dabei gebe ich ihnen aktuelle internationale Richtlinien und Erfahrungen weiter, die ich selbst oder andere vor Ort bereits gesammelt haben. Dank des großen *Difäm*-Netzwerkes vermittele ich auch hilfreiche Kontakte.“

Der Mediziner, der in seiner Freizeit gerne wandert und klettert, ist froh, dass er hier sein Ziel, Kinder zu heilen und dabei mitzuwirken, das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen, so gut in die Tat umsetzen kann. Für die Zukunft möchte Jochen Bitzer sich verstärkt Themen wie Frauen- und Kindergesundheit im Rahmen der internationalen Gesundheit widmen.

Meike Joa



Der Erfahrungsaustausch ist wesentlich

Am 18. Oktober 2004 fand in Berlin eine Begegnung zwischen dem Generaldirektor der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* Dr. Lee Jong-wook und Vertreter/innen verschiedener Werke der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, darunter auch das *Difäm*, statt. Dr. Rainward Bastian, Direktor des *Difäm*, erläuterte die Anliegen und Aufgaben der religiösen Organisationen in der weltweiten Gesundheitsarbeit und insbesondere bei der Herausforderung HIV/Aids.

Dr. Lee begrüßte den Vorschlag, bei der *WHO* eine verantwortliche Kontaktperson für die Aidsprogramme der religiösen Organisationen zu benennen. Erstmals in seiner Amtszeit habe er eine direkte Begegnung mit einer Einrichtung des Gesundheitsbereichs, die

se bringe und die Frau sich dann nicht schützen dürfe. Im Kampf gegen Aids spielten die religiösen Organisationen eine wichtige Rolle.

Dramatisch sei der Rückgang der Lebenserwartung, die z. B. in Mosambik derzeit unter 40 Jahre sinke. Ebenso bedrückend sei die steigende Zahl der Waisenkinder. Die Aids-therapie für alle Betroffenen sei auch deshalb nötig, damit

Eltern ihre Kinder noch einige Jahre versorgen können.

Auf die Frage Rainward Bastians, auf welche Weise die beteiligten Organisationen ihre Arbeit verbessern könnten, antwortete Dr. Lee mit einem freundlichen koreanischen Lächeln: „Auch wir bei der *WHO* haben keine Patentrezepte.“ Jede beteiligte Organisation habe ihre besonderen Aufgaben und Chancen der Einwirkung. Für die *WHO* sei es wichtig, von den betroffenen Menschen und den engagierten Partnerorganisationen Hinweise und Empfehlungen zu erhalten. Auch sie seien auf Ratschläge angewiesen. Die Verbindung zu den Kirchen und anderen Religionsgemeinschaften sei wechselseitig. Nur in der Ergänzung und Zusammenarbeit können Antworten auf die brennenden Gesundheitsfragen gefunden werden. *Ba*



offen von der spirituellen Dimension von Gesundheit spreche. Er sehe die große Bedeutung dieser Organisationen weltweit, speziell auch im Kampf gegen HIV/Aids.

In Uganda und in vielen anderen Ländern habe sich der Ansatz bewährt, der Treue, Abstinenz aber auch Kondome in den Vordergrund stelle. Aids sei ein äußerst vielschichtiges Gesundheits- und Sozialproblem. Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten des Schutzes seien ebenso wichtig wie Therapie. Sehr entscheidend sei die Gleichstellung von Frau und Mann, es könne nicht angehen dass der Mann die Krankheit nach Hau-

Difäm-Weihnachtskarten

Für Ihren Weihnachtsgruß sowie Veranstaltungen bietet das *Difäm* eine neue Weihnachtskarte mit oder ohne eingedruckte Bildmeditation an. Das diesjährige Motiv aus Kamerun „Die drei Weisen aus dem Morgenland“ haben wir Ihnen

diesem Heft als kleinen Weihnachtsgruß beigelegt. Es ist auch als Dia erhältlich. Wenn Sie diese *Difäm*-Weihnachtskarte für Ihre Gemeinde, eine Veranstaltung oder für Freunde haben möchten, füllen Sie einfach das Bestellformular aus und senden es uns zu. Weihnachtsmotive vergangener Jahre z. B. aus Togo und Palästina können Sie ebenfalls bei uns bestellen.

2004 „Die drei Weisen aus dem Morgenland“, Kamerun



1999 „Wasserfarbenbild“, Togo



2000 „Schülerarbeit aus Palästina“



■ Simbabwe

Ergotherapeutin Jutta Wermelt ist im Oktober 2004 mit dem EED für drei Jahre nach Bulayawo, Simbabwe ausgereist.

■ Kenia

Ärztin Eva Ziegler ist mit *Diguna* im Oktober 2004 nach Nairobi, Kenia ausgereist. Sie arbeitet dort mit den Schwerpunkten Kindergesundheit und Waisen.

■ Laos

Arzt Günther Slesak geht im Dezember 2004 mit *CFI* für drei Jahre nach Laos. Er wird in Vientiane als Projektleiter und medizinischer Koordinator tätig sein.

■ Papua-Neuguinea

Christa Thumser ist nach Finschhafen ins Brown Memorial Hospital zurückgekehrt. Sie ist dort bis 2007 als Ärztin für das *MWB* tätig.

Termine

11. – 13. November:
Tagung in Bad Boll: Aids verändert Theologie positiv

26. – 28. November:
Komm Heiliger Geist, heile und versöhne – Gesundheit und Krankheit, Ökumenische Werkstatt Wuppertal

15. Nov. – 10. Dez. 2004:
Aidsforum Tübingen: u. a. die Ausstellung „Plakate gegen AIDS“ in der VHS Tübingen

1. Dezember 2004:
Weltaidstag: Chat mit dem *Difäm* über Aids in:
www.cityinfonetz.de

Dez. 2004 – Jan. 2005
Ausstellung „Kinder malen für Kinder“ im Universitätsklinikum Tübingen

Difäm-Publikation

Briefe aus Tansania

Bruno Runge
140 Seiten, 10 Euro, ISBN 3-937439-41-2
Hrsg. Deutsches Institut für Ärztliche Mission
IATROS-Verlag Nierstein
Zu bestellen unter info@difaem.de



Die neue zak ist da!

Das *Difäm* hat erstmals eine Zeitschrift für Jugendliche und Konfirmanden/innen herausgegeben. *Zak* steht für „Zusammen aktiv für Gesundheit in der Einen Welt“. *Zak* berichtet darüber, unter welchen Bedingungen Jugendliche und Kinder in wirtschaftlich armen Ländern le-

ben, z. B. im Kongo oder Burundi und wie es mit der Gesundheitsversorgung in diesen Ländern aussieht. Ein Preisrätsel lockt mit attraktiven Gewinnen für die jungen Leser/innen.

Bitte fordern Sie ein oder mehrere Exemplare bei uns an:
info@difaem.de
oder Tel: 07071-206-535.

Kalender 2005

Für das neue Jahr hat das *Difäm* in Kooperation mit anderen evangelischen Missionswerken einen Bildkalender zum Thema „Frauen“

zusammengestellt. Im DIN A3-Format enthält dieser Kalender neben den Bildern für jeden Monat Losungen und Meditationen.



Diesen Kalender können Sie beim *Difäm* bestellen. Er kostet 3,50 € zzgl. Versandkosten.

Seminare

Public Health und Tropenmedizin:
31. Januar – 25. Februar 2005
14. Nov. – 9. Dezember 2005

Labordiagnostik in der Tropenmedizin:
28. Februar – 4. März 2005
7. – 11. November 2005

Das Faltblatt Seminare 2005 können Sie per e-Mail unter info@difaem.de bestellen.

IMPRESSUM

Herausgeber: Dr. Rainward Bastian, Direktor
Redaktion: Dr. Ramona Gresch-Bruder (rgb)
Meike Joa (mj)

Techn./grafische Koordination: Petra Kriegeskorte
Verlag Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
Paul-Lechler-Straße 24 · 72076 Tübingen
Telefon (07071) 206512 · Telefax (07071) 206510
Internet: www.difaem.de · E-Mail: info@difaem.de

Spendenkonto: Ev. Kreditgenossenschaft Stuttgart
406660 (BLZ 60060606)
Postbank Stuttgart 529-700 (BLZ 60010070)

Gestaltung und Satz: WEDO Rolf Bader
Druck: Gustav-Werner-Stiftung, Reutlingen
Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei
Titelbild: *Difäm*
Erscheinungsweise: viermal jährlich