

Gesundheit in der Einen Welt

Difäm

Heft I / 2016

Im Fokus: Menschen auf der Flucht



S. 4

**MIT RESPEKT UND
VIEL EMPATHIE**

Über die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in einer Erstaufnahmestelle.

S. 11

**ZWISCHEN TRAUMA
UND AUFBRUCH**

Nach der Ebola-Epidemie braucht Westafrika stabile und nachhaltige Gesundheitssysteme.

S. 14

**ZUKUNFTSCHANCEN
FÜR TAUBE KINDER**

Gute Schulbildung ist für Kinder mit Behinderung eine große Chance auf ein selbstbestimmtes Leben.



Liebe Leserin, lieber Leser,

kaum ein anderes Thema hat uns im vergangenen Jahr so intensiv bewegt wie der Zustrom von mehr als einer Million Menschen nach Deutschland. Und das Jahr 2016 wird geprägt sein von der Herausforderung, diesen Menschen und weiteren Ankömmlingen ein Leben in Würde zu ermöglichen.

Als Difäm wollen wir unsere Erfahrung in der weltweiten Gesundheitsarbeit sowie die Expertise der Kolleginnen und Kollegen in der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus für eine gute Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge hier vor Ort einbringen. Bei einem „Runden Tisch Flüchtlingsarbeit“, dem Mitarbeitende des Difäm und der Tropenlinik sowie in der Flüchtlingsarbeit aktive Ärztinnen und Ärzte angehören, überlegen wir, wie die medizinische Versorgung der Flüchtlinge effektiv gestaltet werden kann. Deswegen haben wir Ärzte, die sich in diesem Bereich bereits engagieren, interviewt.

Ebenso wie die unmittelbare Not derer, die bei uns Zuflucht suchen, beschäftigt uns auch die Frage, wie Menschen langfristig ein Leben in Sicherheit und unter guten Bedingungen in ihren Heimatländern ermöglicht werden kann. Eine gute Gesundheitsversorgung trägt zu einem Leben in Würde bei und reduziert das Armutrisiko der Menschen. Deshalb ist die Difäm-Gesundheitsarbeit ein wichtiger Baustein zur Beseitigung von Fluchtursachen. Beispielhaft dafür berichten wir über unsere Arbeit in den Ebola-Regionen Westafrikas und in Malawi.

Wir wünschen Ihnen Gottes Segen für dieses beginnende Jahr und danken Ihnen sehr für Ihr Interesse an unserer Arbeit.

Im Namen des Redaktionsteams,

Ihre *Beate Jakob*

Dr. Beate Jakob

FEBRUAR 2016

IM FOKUS: MENSCHEN AUF DER FLUCHT

IMPULS

Jetzt ist nicht die Zeit zu jammern 3

IM FOKUS

Mit Respekt und viel Empathie 4

„Wir sind doch alle Menschen!“ 6

Nur ein geringes Risiko 7

Lebendig bleiben 8

Im eigenen Land auf der Flucht 10

AUS ALLER WELT

Zwischen Trauma und Aufbruch 11

 In Eigenleistung 12

RUND UMS SPENDEN

Zukunftschancen für taube Kinder 14

MELDUNGEN UND TERMINE

Veranstaltungen, Publikationen etc. 16



JETZT IST NICHT DIE ZEIT ZU JAMMERN

Der 30. Juli 1981 ist in die Geschichte Gambias eingegangen. An diesem Tag vor bald 35 Jahren hat es in meinem Land einen Putschversuch gegeben, der meine bis dato friedliche Heimat von Grund auf veränderte. Vor diesem Datum hätten wir nicht einmal im Traum daran gedacht, irgendwo anders als in diesem Land leben zu wollen. Nun aber mussten wir erleben, wie scharfe Munition und schwere Waffen den vielen Jahren des Friedens und der Harmonie ein Ende setzten. Innerhalb einer einzigen Woche verloren in unserer Stadt mehr Menschen ihr Leben als sonst innerhalb eines ganzen Jahres. Inmitten all dieser Gewalt war mein geliebtes Gambia auf einmal der letzte Ort, an dem ich leben wollte – und ich hatte sehr gute Gründe dafür!

Es ist keine Sünde und kein Verbrechen, von einem Land in ein anderes zu fliehen, um dort Zuflucht zu suchen vor wirtschaftlichen Missständen, vor Naturkatastrophen oder auch vor menschengemachten Katastrophen wie Völkermord oder Krieg. Die Bibel erzählt immer wieder von Menschen, die auf Gottes Geheiß ihr Land verlassen haben und nach grüneren, sichereren Weiden Ausschau halten mussten – wie zum Beispiel die Heilige Familie, die nach Ägypten flieht (Matth. 2, 13-15) oder das Volk Israel, das aus Ägypten auszieht (2. Mose 14).

Für die Menschen in den Zufluchtsländern, die in relativem Frieden und Wohlstand leben, kann die Aufnahme einer hohen Anzahl von Flüchtlingen und Wirtschaftsmigranten aus fremden Ländern und Kulturen zur Heraus-

forderung werden. So etwas kann Gesellschaften aus dem Gleichgewicht bringen und in der Bevölkerung Wut, Zorn, ja sogar offene Fremdenfeindlichkeit hervorrufen.

Für die Christen in Europa stellt die aktuelle Einwanderung von Menschen aus vorwiegend muslimischen Ländern aber auch eine großartige Gelegenheit dar, die Liebe Jesu Christi zu bezeugen. Die vielen Flüchtlinge suchen Trost und Schutz vor den Verwüstungen des Krieges. Sicherlich besteht auch die Gefahr, dass die Kirche versagt und es nicht schafft, authentisch und konkret im Namen Jesu Christi zu handeln. Wenn die Liebe innerhalb der Kirchen Europas aber wahrhaftig und echt ist, wäre es möglich, dass wir die größte geistliche Erweckung erleben dürfen, die es in der jüngeren Geschichte in Europa gegeben hat!

Doch wenn sich die Menschen in den Kirchen nur mit sich selbst, den Unannehmlichkeiten und der schlechten Presse beschäftigen, könnten die europäischen Christen diese großartige Chance verpassen, die gute Nachricht von Jesus Christus durch ihr Leben zu bezeugen. Für die Kirchen in Europa ist jetzt nicht die Zeit zu jammern und zu klagen. Jetzt ist die richtige Zeit, die Liebe Jesu Christi weiterzugeben an die Menschen aus aller Welt, die in Europa Zuflucht suchen!

Matthias George ist Pfarrer der Evangelical Church of Gambia (ECG). Seinen Unterhalt verdient er durch ein kleines Unternehmen, das sich mit IT-Technik befasst.



Ein Flüchtlingsmädchen kommt zum Impfen in die Sprechstunde zu Dr. Susanne Ziegler.



MIT RESPEKT UND VIEL EMPATHIE

Die Ärzte Dr. Susanne und Dr. Ulrich Ziegler arbeiten in der Landes-Erstaufnahmestelle (LEA) in Meßstetten. Als Allgemeinmediziner mit besonderer Erfahrung in Gynäkologie und Kinderheilkunde versorgt das Ehepaar Schwangere, impft Kinder und kümmert sich um kranke Flüchtlinge. Ulrich Ziegler ist Mitglied im Difäm und war viele Jahre im Verwaltungsrat tätig.

Wie sind Sie zu dieser Arbeit gekommen?

Die Gemeinde Meßstetten hat im Herbst 2014 dem Betrieb einer LEA unter der Voraussetzung zugestimmt, dass kranke Flüchtlinge nicht die schon überlasteten örtlichen Praxen zusätzlich in Anspruch nehmen müssen. So wurden wir vom Regierungspräsidium angefragt, ob wir in einer Ambulanz vor Ort mithelfen können.

Sie sind bereits im Ruhestand. Was motiviert Sie zu diesem Einsatz?

Wir sind beide sehr dankbar, dass wir gesund in den Ruhestand wechseln konnten. Gleichzeitig unterstützen wir aber gerne noch eine sinnvolle medizinische Arbeit. Zur-

zeit sind neben zwei jüngeren Ärzten noch fünf weitere pensionierte Ärzte in der Ambulanz tätig – alle in Teilzeit.

Wo liegen die Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen?

Die Organisation ist ein großes Thema. Erfahrungen mit einer solchen Ambulanz werden ja erst gesammelt. Die Realität liegt zwischen der Armseligkeit eines Flüchtlingslagers und den uns vertrauten Versorgungsstandards in Deutschland. Das Regierungspräsidium hat die Organisation der gesamten LEA inklusive der Ambulanz in die Verantwortung einer Essener Firma gelegt. Leider gibt es dort weder medizinische Kompetenz noch ein großes Interesse für die Probleme einer solchen Ambulanz. Viele Fragen mussten mühsam geklärt werden. Aufgaben, die eigentlich leicht lösbar wären, sind nach wie vor offen. Es belastet die Arbeit, dass der verantwortliche Ansprechpartner weit weg und offenkundig mit medizinischer Arbeit nicht vertraut ist. Dabei wären jetzt eigentlich Flexibilität und ständiges Lernen angesagt.

Und welche Erfahrungen machen Sie mit den Patientinnen und Patienten?

Natürlich ist die Sprachenvielfalt das große Problem. Es ist tagtäglich eine neue Herausforderung, genügend Menschen vor Ort zu finden, die bei den zahlreichen Sprachen

eine Basisverständigung ermöglichen. Wünschenswert wäre auch eine Verflechtung mit medizinischen Strukturen und Ratgebern außerhalb. So könnte die medizinische Arbeit in der schwierigen Umgebung eines Flüchtlingslagers nach und nach menschenwürdig gestaltet und medizinisch sinnvoll strukturiert werden. Es gäbe dann auch Muster, die ermöglichen, dass nicht an jedem Ort, wo unter vergleichbaren Voraussetzungen Flüchtlinge zu versorgen sind, das Rad neu erfunden werden muss.

Was erwarten Sie von den Behörden?

Auf Landesebene wäre es wünschenswert, den Zuständigkeitsdschungel zu lichten. Bisher gibt es in Baden-Württemberg keine Stelle auf Landesebene oder auch im Bereich eines Regierungspräsidiums, die für die medizinische Arbeit mit Flüchtlingen unmittelbar zuständig und entscheidungsbefugt wäre, die sowohl die operative Verantwortung trägt als auch ein offenes Ohr hat für Anfragen, Erfahrungen und Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung.

Welche besonderen Erlebnisse gab es bisher?

Die besonderen Erlebnisse sind jeden Tag die Menschen, ihre Schicksale, von denen wir oft nur am Rande oder zufällig erfahren. Etwa wenn wir die Mutter eines bewusstlosen Kindes suchen und dann feststellen, dass der kleine Junge nur noch einen älteren Bruder hat. Zwei minderjährige Buben aus Afghanistan sind alleine unterwegs... Ein Mädchen aus Afghanistan hat einen drei Monate andauernden Fluchtweg mit seinem Vater hinter sich. Viele Wochen war sie zu Fuß unterwegs und hat auf dem Weg ihre Brille verloren. Sie ist stark kurzsichtig und kann sich jetzt in ihrer neuen Umgebung nur schlecht zurechtfinden. Sie braucht möglichst rasch eine Brille. Das ist vielleicht eine Kleinigkeit, so etwas ist aber sehr wichtig. Oft sind Kleinigkeiten die besonderen Erlebnisse.

In welchem Zustand sind Ihre Patienten?

In Bezug auf organische Erkrankungen unterscheidet sich der Sprechstundenalltag nicht sehr von dem eines Hausarztes. Natürlich sind angesichts der Hygienedefizite auf der Flucht Hauterkrankungen, vor allem bei Kindern, häufig. Der prägende und belastende Hintergrund einer jeden Sprechstunde sind die fluchtbedingten seelischen Traumata sowie die Enge und Bedrängnis, in der die Flüchtlinge jetzt leben. Hinzu kommt noch die Ungewissheit, was die Zukunft betrifft. Nicht immer sind die seelischen Verwundungen so offenkundig wie bei den Menschen, die überhaupt nicht mehr schlafen können oder sehr reizbar sind oder aus deren Blick eine tiefe Traurigkeit spricht. Eindrucksvoll sind aber immer wieder auch der Mut und die Stärke von Menschen, die sich trotz der sehr schwierigen Situation eine ruhige und freundliche Haltung bewahren.

Wie werden Sie von den Flüchtlingen wahrgenommen?

Sicher werden wir in vielen Aspekten den Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht. Nicht allein Sprachbarrieren stehen im Weg. Wir versuchen trotz aller Defizite, allem Gedränge, jedem Einzelnen während der Sprechstunde Respekt für seine Würde und Empathie für das vorgetragene Leiden zu vermitteln. Wenn dann die kleine Tochter einer Schwangeren beim Verlassen des Sprechzimmers der Krankenschwester liebevoll einen Kuss gibt und sogar schon das Wort „Danke“ kennt, dann sind auch wir für einen Moment froh und dankbar. Das erste Kind, in dessen Geburtsdokument als Geburtsadresse „LEA Meßstetten“ stand – ein Mädchen – erhielt von seiner Mutter übrigens den Namen „Lea“. Im Traurigen und im Schönen erleben wir, dass selbst in der „Sprech“-stundensituation oft Gesten wichtiger sind als Worte.

Die Fragen stellte Anna Buck, Pressereferentin des Difäm.



SPRECHSTUNDE IM WOHNWAGEN

Als Difäm bringen wir unsere Expertise im Aufbau von Gesundheitsdiensten und unsere Erfahrungen in der interkulturellen Gesundheitsarbeit in die Flüchtlingshilfe ein. Ärztinnen und Ärzte der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus beteiligen sich an den Sprechstunden für Flüchtlinge in der Notunterkunft in Ergenzingen bei Rottenburg. Das Deutsche Rote Kreuz hat dafür einen kleinen Wohnwagen eingerichtet, in dessen hinterem Teil sich ein provisorisches Medikamentenlager befindet. Vorne steht eine Untersuchungsliege, notdürftig mit einem Vorhang verdeckt.

Über ein Nummernsystem wird die Reihenfolge der Patienten bestimmt, die vor dem Wohnwagen in der Kälte auf ihre Untersuchung warten. Eine Übersetzerin übersetzt für die Männer, Frauen und Kinder von Farsi ins Englische. „Gerade in der nasskalten Jahreszeit kommen die Menschen oft mit Schnupfen und Halsschmerzen zu uns“, sagt Dr. Johann Jakob, Oberarzt in der Tropenlinik. Aber auch andere Erkrankungen kursieren in der Notunterkunft, wie Durchfall oder posttraumatische Krankheiten.

„WIR SIND DOCH ALLE MENSCHEN!“

Qogi Al Sado ist im Sommer 2015 mit seiner Frau und seinem kleinen Sohn aus dem Irak nach Deutschland geflohen. Der 27-Jährige ist Allgemeinmediziner und hofft, bald wieder als Arzt arbeiten zu können

Wie ist Ihre Flucht abgelaufen?

Als wir aus dem Irak geflohen sind, waren wir zuerst einige Zeit in der Türkei. Irgendwann haben wir uns dann auf den Weg nach Deutschland gemacht. Das waren schlimme zehn Tage. Wir hatten nur wenig Essen und Trinken dabei. Ich musste unseren zweijährigen Sohn tragen. Wir waren mit anderen Flüchtlingen unterwegs und mussten immer wieder Schleuser zahlen, damit sie uns den Weg zeigen. Die meiste Zeit liefen wir auf Waldwegen. Nahe der deutschen Grenze haben Polizisten uns aufgegriffen. Wir wurden in die Landeserstaufnahmestelle in Meßstetten gebracht, wo wir Asyl beantragt haben. Nach einem Monat dort sind wir nach Tübingen gezogen, wo wir uns nun mit zwei anderen Familien eine Dreizimmerwohnung teilen.

Wie geht es Ihnen jetzt?

Die Wohnsituation ist nicht ganz einfach. Wir teilen uns zu neunt die Küche und das Bad. Die Küche war bei unserer Ankunft nur mit einem Herd, Besteck für drei Personen und Gläsern ausgestattet. Teilweise haben wir Dinge geschenkt bekommen, anderes haben wir uns selbst gekauft. Das Beste momentan ist der Deutschkurs, den meine Frau und ich besuchen. Wir versuchen, so schnell wie möglich zu lernen. Mir gehen aber so viele andere Dinge durch den Kopf, dass mir das Lernen manchmal schwerfällt.

Was beschäftigt Sie momentan am meisten?

Natürlich ist es die Frage, ob unserem Asylantrag stattgegeben wird und wir anerkannt werden. Das ist jetzt das Wichtigste. Danach müssen wir eine Wohnung finden. Ich mache mir auch Sorgen um meine Eltern und meine beiden Brüder, die noch immer im Irak sind. Ich versuche, den Kontakt zu ihnen so gut wie möglich zu halten.

Wie ist die Lage für Ihre Familie im Irak?

Sie leben in der Nähe von Sindschar im Nordwesten des Irak. Wir sind Jesiden. Als der Islamische Staat (IS) 2014 Sindschar angegriffen hat, waren wir nur 15 Minuten entfernt. Unsere Stadt wird heute zwar von den Peschmerga geschützt, aber wer weiß, wie lange sie dem IS noch standhalten können. Meine beiden Schwestern sind nach



Angekommen in der neuen Heimat: Wie viele Flüchtlinge aus dem Nahen Osten wollte auch Qogi Al Sado nicht, dass sein Foto veröffentlicht wird.

dem Angriff direkt nach Deutschland geflohen und haben hier Asyl bekommen. Meine Eltern leben noch immer in unserer Heimatstadt. Der IS tötet Jesiden einfach nur wegen ihres Glaubens. Man kann nicht mit ihnen reden oder verhandeln. Ich verstehe das nicht. Wir sind doch alle Menschen.

Wieso haben Sie gerade in Deutschland Asyl beantragt?

Ich bin nach Deutschland gekommen, weil meine Schwestern hier sind. Ich weiß von vielen, die lieber nach Kanada, Großbritannien oder in die USA gegangen wären. Aber wie sollen sie dort hinkommen? Deutschland ist sicher und die Menschen hier sind nett zu uns. Wir hatten keine Wahl. Entweder fliehen oder im eigenen Land sterben. Wir sind dankbar dafür, dass wir hier sein dürfen. Ich sehe Deutschland als meine zweite Heimat an. Aber der Irak wird immer meine Heimat bleiben.

Die Fragen stellte Saskia Schweiger, Praktikantin im Difäm.

NUR EIN GERINGES RISIKO

Die Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus hat im Herbst 2015 auf Bitten der Ärztekammer drei Fortbildungen für Ärzte in Süd-Württemberg zum Thema Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden durchgeführt. Die Resonanz war überaus groß. Zu den Abenden in Reutlingen, Sigmaringen und Ulm kamen insgesamt rund 550 Medizinerinnen und Mediziner

Spätestens seit dem Ebola-Ausbruch in West-Afrika vor anderthalb Jahren steht auch in Deutschland die Frage im Raum, ob aufgrund der steigenden Flüchtlingszahlen auch mit erhöhten Infektionsgefahren zu rechnen sei. Grundsätzlich gilt, dass ein Großteil der tropentypischen Erkrankungen allein schon aufgrund der kurzen Inkubationszeiten, also dem Zeitraum zwischen Infektion und Krankheitsausbruch, ausgeschlossen ist. Typischerweise sind die Flüchtlinge monatelang unterwegs, so dass viele Infektionen schon lange vor der Ankunft in Deutschland hätten ausbrechen müssen.

Das Robert-Koch-Institut hat mittlerweile hilfreiche Informationen herausgegeben, welche die medizinischen Besonderheiten von Asylsuchenden sowie typische exotische Erkrankungen beschreiben. Gleichzeitig gibt es Hilfestellung bei der Diagnose und Behandlung. Knapp die Hälfte der Tuberkulosefälle in Deutschland treten bei Migranten auf. Tuberkulose kommt in ärmeren Ländern viel häufiger vor. Hinzu kommt, dass staatliche TB-Kontrollprogramme in Krisensituationen schnell kollabieren. Statistisch gesehen ist jeder dritte Mensch auf der Welt mit Tuberkulose infiziert. Doch nur ein Bruchteil erkrankt im Laufe seines Lebens. Eine tatsächliche Tuberkulose-Gefahr für die Allgemeinbevölkerung aufgrund erkrankter Asylsuchender besteht derzeit nicht, da nur bei längerem engem Kontakt eine echte Übertragungsgefahr besteht.

Für die Bewohner von Gemeinschaftsunterkünften dagegen ist das Risiko deutlich höher. Deswegen schreibt der Gesetzgeber für alle Asylsuchenden in den Landeserstaufnahmestellen eine Vorsorgeuntersuchung auf Tuberkulose vor. Für die Risikominimierung ist es wichtig, dass diese Erkrankung frühzeitig erkannt und behandelt wird. Hat ein Asylsuchender Fieber, gilt es bei bestimmten Herkunftsländern allerdings auch an Malaria zu denken. In der Tropenmedizin ist die Malaria eine sehr gut bekannte Erkrankung – schon seit Jahrzehnten bietet die Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus dazu eine 24-Stunden-Notfalldiagnostik und -therapie an. Für Krankenhäuser in ganz



Die Bereitschaft, bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden mitzuhelfen, ist in der Ärzteschaft der Landkreise Tübingen sehr groß.

Süddeutschland sind wir eine vielgefragte Beratungs- und Referenzstelle. Seit 2014 haben sich deutschlandweit erstmals wieder die Malaria-Fälle deutlich erhöht, insbesondere die eher gutartige Malaria tertiana. Sie kommt vor allem bei Asylsuchenden vom Horn von Afrika vor.

Mehrere kleinere Ausbrüche von typischen Kinderkrankheiten wie Masern oder Windpocken haben gezeigt, wie wichtig es ist, die Impflücken unter Asylsuchenden rasch zu schließen. Weitere Herausforderungen für die Ärzteschaft sind sicherlich sprachliche Hürden und Traumatisierungen bei Asylsuchenden, die neben einer behutsamen und kulturell angepassten Kommunikation auch deutlich mehr Zeit beanspruchen.

Das Infektionsrisiko für die Allgemeinbevölkerung durch von Asylsuchenden importierte Erkrankungen ist gering. Doch für die Menschen in Gemeinschaftsunterkünften müssen wir Ärzte das Risiko minimieren. Glücklicherweise ist seitens der Ärzteschaft im Landkreis Tübingen die Bereitschaft und das Interesse zur Mithilfe bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden sehr groß.

Dr. Günther Slesak ist Facharzt für Allgemein-, Tropen- und Notfallmedizin an der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus.

LEBENDIG BLEIBEN

Viel Energie und Ressourcen werden gerade in die Bewältigung der Flüchtlingskrise in Deutschland gesteckt. Das ist wichtig und richtig. Den Menschen wäre aber mehr gedient, wenn sie erst gar nicht hätten fliehen müssen. Für die Bekämpfung der Fluchtursachen braucht es deswegen noch sehr viel mehr Kreativität, Ausdauer und Engagement.

„Ja, seid ihr wahnsinnig?! Jetzt habt ihr den Nahen Osten vollends aufgegeben.“ Die spontane Reaktion einer jungen Libanesin auf die Öffnung deutscher Grenzen für Flüchtlinge Anfang September 2015 kam einer Ohrfeige gleich. Die Bollwerks-Mentalität der Europäischen Union hatte endlich Risse bekommen, doch statt Anerkennung hatte die Frau nur Worte des Unverständnisses für die historische Entscheidung der deutschen Bundeskanzlerin übrig. „Europa hat schon lange kein Konzept mehr für den Nahen Osten. Ihr macht es euch viel zu einfach“, fuhr sie fort. „Anstatt uns zu helfen, damit wir in unserer Heimat bleiben können, öffnet ihr die Grenzen und lockt all diejenigen zu euch, die wir hier so dringend bräuchten. Jetzt bleiben nur noch die Kranken und Alten übrig – und die Kriegstreiber. Wie und mit wem soll es noch eine Zukunft geben?“

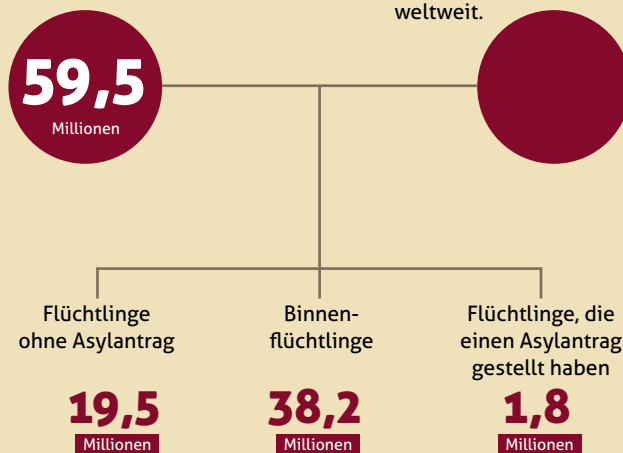
Die öffentliche Debatte in Deutschland dreht sich zurzeit nur um die Frage: Schaffen wir das? Und wenn ja, wie? Vergessen wird dabei, dass die Bewältigung der Flüchtlingskrise nur ein kleiner Teil eines viel größeren Phänomens ist. Viele müssen fliehen, um Leib und Leben zu retten, sei es vor Kriegstreibern, sei es vor Hunger oder Naturkatastrophen. Egal aus welchem Grund sich aber jemand zur Flucht entscheidet – für alle gilt: Keiner gibt freiwillig Haus und Heimat auf, verlässt Familie und Freunde, um sein Leben in einer kulturell vollkommen anderen Gesellschaft fortzuführen. Keiner ist gerne auf die Hilfe Fremder angewiesen. Ganz zu schweigen von den Gefahren, die eine Flucht mit sich bringt. Deswegen muss neben der Frage, wie wir das in Deutschland schaffen, genauso die Frage gestellt werden, wie die Fluchtursachen in den Heimatländern der Schutzsuchenden bekämpft werden können.

FLUCHTPRÄVENTION IST WICHTIG

Afrika brauche dringend eine „Fluchtprävention“, fordert beispielsweise der Salesianer-Bruder Lothar Wagner. In einem Interview mit Radio Vatikan im Oktober 2015 mahnte der Deutsche, der schon seit vielen Jahren in Sierra Leone lebt und in Freetown eine Kinderschutzorganisation leitet, ein Umdenken in der Entwicklungshilfe an: „Ohne Präventivmaßnahmen ist bereits im kommenden Frühjahr der Beginn eines Massenexodus zehntausender junger Westafri-

Gesamtzahl aller Geflohenen

Wenn diese 59,5 Millionen Menschen eine Nation bilden würden, kämen sie auf Platz 24 der größten Nationen weltweit.



Quelle: UNHCR, Stand Ende 2014

kaner Richtung Europa zu befürchten. Sie sitzen schon auf ihren Koffern.“ Die Ebola-Epidemie sei zwar überwunden, habe aber allen gezeigt, wie katastrophal die Sozial- und Wirtschaftslage in Westafrika sei. Die Arbeitslosigkeit sei noch größer als vor Ausbruch der Epidemie.

Mit deutlichen Worten hat Papst Franziskus Ende November 2015 die Jugend in der vom Bürgerkrieg gezeichneten Zentralafrikanischen Republik aufgefordert, nicht vor den inneren Problemen im Land zu fliehen, sondern für den Frieden zu arbeiten. „Vor den Herausforderungen des Lebens zu fliehen, ist niemals eine Lösung! Man muss Widerstand leisten, den Mut zum Widerstand haben, zum Kampf für das Gute“, sagte er in Bangui. „Wer flieht, hat nicht den Mut, Leben zu geben.“

Egal ob in Afrika, im Nahen Osten oder in anderen wirtschaftlich und politisch instabilen Regionen dieser Welt – überall stellt sich die Frage: Wer soll diese Länder aufbauen, wenn die junge Generation die Hoffnung aufgibt? Deswegen ist es wichtig, den Blick auf die Menschen zu richten, die bewusst bleiben – trotz Bürgerkrieg, Wirtschaftsnot, Hunger oder einer allgemeinen Perspektivlosigkeit. Anstatt ihre Heimat aufzugeben, wollen sie mit ihren Mitteln an einer Zukunft bauen. Ihr Engagement müssen wir wahrnehmen und wertschätzen.

„Wer aufgibt, geht den ersten Schritt in Richtung Tod“, sagt ein junger Mann im maronitischen Priesterseminar im Libanon. In drei Jahren wird er die Verantwortung für eine Gemeinde übernehmen und dann wird er immer wieder mit Menschen seiner Gemeinde die große Frage „Gehen oder bleiben?“ diskutieren, auf die es doch immer nur individuelle Antworten geben kann. „Bleiben heißt lebendig bleiben“, sagt der 26-Jährige nachdenklich. „Gehen dagegen bedeutet, ein Stück der eigenen



Anzahl der Flüchtlinge pro 1000 Einwohner

Libanon: 209

Jordanien: 90

Nauru: 51 *

Tschad: 31

Türkei: 24

Südsudan: 22

Mauretanien: 19

Djibouti: 17

Schweden: 15

Malta: 15

Quelle: UNHCR, Stand Mitte 2015 **

Vieles muss in einer Landeserstaufnahmestelle improvisiert werden, so auch die Wäscheleine.

Kultur und Identität aufzugeben. Und vielleicht auch ein bisschen von der eigenen Würde."

Die Frage nach der Würde ist zentral beim Thema Flucht. Sie stellt sich für die Flüchtlinge und die aufnehmende Gesellschaft gleichermaßen. „Wie kann ich meine eigene Würde wahren, wenn ich auf die Hilfe Fremder angewiesen bin?“, fragen die einen. Und die anderen müssen eine Antwort finden auf die Frage: „Was brauchen Menschen, die auf unsere Hilfe angewiesen sind, damit sie ihre Würde behalten?“

KRANKE UND ALTE KÖNNEN NICHT FLIEHEN

Neben der Würde steht aber auch die Frage nach der Gerechtigkeit im Raum. Sie wird vor allem von denjenigen gestellt, die aus gesundheitlichen und finanziellen Gründen gar nicht die Möglichkeit haben, ihre Heimat zu verlassen. „Viele europäische Staaten behaupten, dass sie diejenigen beschützen möchten, die humanitäres Asyl brauchen“, sagt eine syrische Muslimin aus Douma, einem Stadtteil von Damaskus, der besonders unter Bomben und Belagerung leidet. „Doch die meisten, die in Europa ankommen, sind jung und gesund – denn der Weg ist gefährlich und teuer. Was hat das aber mit Humanität zu tun? Warum wird denjenigen keine Chance gegeben, nach Europa zu gehen, die unerlässlich Schutz bräuchten?“, fragt sie und nennt das Beispiel eines Nachbarjungen, der an einer Lähmung leidet, die relativ leicht zu behandeln wäre. „In Deutschland könnte der Junge leben wie alle anderen Kinder auch. Aber hier mit all den Bomben und der Belagerung haben wir keine Möglichkeit, ihm zu helfen.“

***Nauru ist ein Inselstaat im Pazifik mit etwa 10.000 Einwohnern. Die meisten Flüchtlinge in Nauru hatten ursprünglich Australien als Ziel, wo ihnen allerdings die Einreise verweigert wurde.**

****Deutschland taucht in dem Ranking des UNHCR von Mitte 2015 nicht auf. Doch auch bei einer groben Schätzung von 1 Million Flüchtlinge zum Jahresende 2015 kommen in Deutschland bei einer Gesamtbevölkerung von rund 80 Millionen nicht einmal 13 Flüchtlinge auf 1000 Einwohner.**

In den kommenden Jahren werden in Deutschland und in Europa viel Engagement, Ausdauer und Kreativität gefordert sein, damit das Zusammenleben mit den Zuflucht-suchenden menschlich und würdig funktioniert. Es ist aber zu kurz gedacht, wenn wir uns nur auf die Frage „Schaffen wir das?“ konzentrieren. Bei der Bekämpfung der Fluchtursachen ist mindestens genauso viel Kreativität, Ausdauer und Engagement nötig. Investitionen in Wirtschaft, Infrastruktur, Gesundheit und Bildung sind dringend nötig. Wichtig ist zum anderen aber auch, den Kontakt zu den Menschen zu halten, die bewusst in ihrer Heimat bleiben, die trotz allem weitermachen und für eine bessere Zukunft ihres Landes kämpfen. Sie brauchen ganz besonders unsere Solidarität und Unterstützung. Ihr Einsatz mag angesichts der Monstrosität der Verhältnisse um sie herum als ein Tropfen auf den heißen Stein erscheinen. Wenn sie aber auch noch aufgeben, wäre die Welt um vieles ärmer.

Katja Dorothea Buck ist freie Journalistin und Mitglied im Redaktionsteam der Gesundheit in der Einen Welt.

IM EIGENEN LAND AUF DER FLUCHT

Fast die Hälfte der weltweit 60 Millionen Flüchtlinge sind Binnenvertriebene. Sie suchen im eigenen Land Schutz vor Hunger und Gewalt, sind aber nicht durch internationale Abkommen geschützt. Neben Syrien, Kolumbien und Irak gehören die Demokratische Republik Kongo und Südsudan, wo das Difäm Partner hat, zu den Ländern mit den meisten Binnenflüchtlingen.

KONGO – GEWALT UND GESETZLOSIGKEIT

Innerhalb der Demokratischen Republik Kongo (knapp 70 Millionen Einwohner) sind fast 2,9 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Armut oder Unfreiheit. Seit 2003 gilt der Krieg im Land zwar offiziell als beendet. Doch noch immer gibt es viele Fälle von Plünderungen, Überfällen auf Dörfer, Folter, Zwangsarbeit und sexueller Gewalt, die aufgrund fehlender Rechtsstaatlichkeit nicht geahndet werden. Menschen müssen ihre Heimat verlassen und suchen nach einem sicheren Zufluchtsort. Die Stadt Bukavu im Ostkongo beispielsweise ist in den letzten 15 Jahren auf mehr als das Doppelte angewachsen. Die Binnenflüchtlinge leben in ärmlichen Hütten innerhalb der Stadt und haben kaum Aussicht, der extremen Armut zu entkommen. Die Kriminalitätsrate ist hoch. Andere Regionen, in denen Menschen Zuflucht suchen, werden kaum von den Hilfsorganisationen erreicht. Es fehlt an Nahrungsmitteln, Medikamenten und Wasser.

SÜDSUDAN – ENTTÄUSCHTE HOFFNUNG

Auch im Südsudan sind im vergangenen Jahr die Flüchtlingszahlen gestiegen. Laut UNHCR, dem Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen, suchen 1,5 der insgesamt knapp 12 Millionen Einwohner im eigenen Land Schutz vor Verfolgung, Gewalt und Menschenrechtsverletzungen. Vier Jahre nach der Unabhängigkeit ist 2014 ein Bürger-



Difäm/Seitz

Im Ostkongo kommt es immer wieder zu sexueller Gewalt gegenüber Frauen.

krieg ausgebrochen, der zu schrecklichen Gräueltaten geführt und bereits viele Tote gefordert hat. Mehr als 600.000 Menschen sind in die Nachbarländer Äthiopien, Uganda oder Sudan geflohen.

Der Südsudan ist sehr arm, die Infrastruktur mangelhaft. In der Regenzeit sind weite Landstriche unzugänglich. Viele Mütter müssen ihre Kinder ohne qualifizierte Begleitung und unter hygienisch bedenklichen Bedingungen auf die Welt bringen. In den Krankenstationen fällt oft der Strom aus, es mangelt an Wasser und Medikamenten. Rund 30 Prozent der Kinder im Südsudan sind unterernährt.

ES BRAUCHT EINEN LANGEN ATEM

Der Aufbau von Strukturen in beiden Ländern wird Jahre brauchen. Kirchliche Einrichtungen und Nichtregierungsorganisationen versuchen, sowohl im Südsudan als auch im Kongo ein Gesundheitssystem aufzubauen. Es gibt allerdings zu wenig ausgebildete lokale Fachkräfte. Für Ausländer dagegen ist es in manchen Regionen zu gefährlich. Wir stehen vor einer sehr ernüchternden Situation. Es braucht Geduld und nachhaltige Ansätze. Vor allem aber müssen die Konflikte beendet werden.

*Anna Buck, Difäm-Pressereferentin,
Ute Papkalla, Gesundheitsberaterin*

KONTAKT

Haben Sie Meinungen oder eigene Erfahrungen zum Thema Flucht, die Sie uns schildern möchten? Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen. Gerne drucken wir auch Ihre Leserbriefe ab. Aus redaktionellen Gründen behalten wir uns Kürzungen vor.

Anna Buck, 07071 704 90 30, buck@difaem.de

ZWISCHEN TRAUMA UND AUFBRUCH

Ende 2015 wurden wieder drei neue Ebola-Infektionen in Liberia gemeldet. Weiterhin ist Wachsamkeit in der Region angesagt. Gleichzeitig müssen die Gesundheitssysteme in den Ländern Westafrikas so aufgebaut werden, dass sie eine umfassende und für alle Menschen zugängliche Versorgung liefern können.

An dem Ebola-Virus erkrankten seit Dezember 2013 mehr als 28.000 Menschen in Liberia, Sierra Leone und Guinea. Etwa 11.300 Personen starben. Darunter waren mehr als 800 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, die sich bei ihrer Arbeit in den Krankenhäusern und Gesundheitsstationen angesteckt hatten. 512 von ihnen starben. Sie fehlen jetzt beim Wiederaufbau. Umso wichtiger ist, dass nicht nur die Infrastruktur und die medizinische Versorgung verbessert werden, sondern auch in die Ausbildung und das medizinische Personal investiert wird. Gleichzeitig braucht es Mittel für die Aufarbeitung des Traumas, das die Menschen in den letzten zwei Jahren erlebt haben. Das Vertrauen der Bevölkerung in Krankenhäuser und Gesundheitsstationen muss wieder aufgebaut werden. Die Menschen sollen sich nicht mehr die Frage stellen müssen, ob sie es bei einer Erkrankung wirklich wagen können, in ein Gesundheitszentrum zu gehen, oder ob sie nicht doch besser ein paar fragwürdige Pillen am Straßenrand kaufen und versuchen sollten, sich zu Hause auszukurieren.

Umgekehrt haben die Krankenschwestern und Ärzte nach wie vor die Sorge, dass hinter einer fieberhaften Erkrankung vielleicht doch eine Ebola-Infektion stecken könnte. Alle Patientinnen und Patienten müssen deswegen vor einer Behandlung immer noch durch eine Triage gehen, wo sie befragt werden, wo ihre Temperatur gemessen wird und wo sie im Zweifelsfall dann auch isoliert werden, bis klar ist, dass keine Ebola-Infektion vorliegt. Dies ist Teil des jetzt eingerichteten Frühwarnsystems, das vor allem für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen für mehr Sicherheit sorgt. In Sierra Leone und Liberia sind mittlerweile wieder alle kirchlichen Krankenhäuser und Gesundheitsstationen offen. Wahrgenommen werden vor allem die, die in der Krise durchgehalten haben. Für andere ist es schwer, eine neue Vertrauensbasis zu schaffen.

Eine große Frage ist die Medikamentenversorgung. Die Regierung schafft kaum die Versorgung der staatlichen Einrichtungen. Deswegen gibt es Überlegungen, wie eine zentrale Medikamentenversorgung für kirchliche Einrichtungen organisiert und finanziert werden kann. Eine Aufgabe, die viele Mittel und gute Strukturen braucht. Für eine Übergangszeit stellt das Difaem deshalb in Liberia und Sier-



Menschen, die eine Ebola-Erkrankung überlebt haben, werben auf Plakaten für einen vorurteilsfreien Neuanfang nach der Epidemie.

ra Leone einen Grundstock an Medikamenten bereit, damit die Krankenhäuser sich gute Medikamente besorgen können, die sie dann an ihre Patienten verkaufen, um somit wieder neue Medikamente kaufen zu können.

Für eine kirchliche Zentralapotheke wurde zusammen mit Aktion Medeor eine erste Machbarkeitsstudie durchgeführt, die nun mit den Partnern vor Ort besprochen wird. Denn dafür werden nicht nur die Finanzmittel gebraucht, sondern es müssen Strukturen geschaffen werden, die so ein Unternehmen auf gesunde Füße stellen. Darüber hinaus geht es beim Aufbau eines nachhaltigen Gesundheitssystems in Guinea, Liberia und Sierra Leone darum, die Menschen vor Ort mit einzubeziehen. Sie wissen am besten, was es dafür in den jeweiligen Kontexten braucht. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) wird das Difaem Konferenzen mit lokalen Organisationen durchführen, bei denen die Zivilgesellschaft in Sierra Leone, Liberia und Guinea am Aufbau ihrer Gesundheitssysteme beteiligt und in die Planung und Umsetzung einbezogen wird. So sollen die tatsächlichen Probleme vor Ort in den Blick genommen und lösungsorientierte Projekte zur Gesundheitssystemstärkung aufgesetzt werden.

Dr. Gisela Schneider, Direktorin des Difaem



Dr. Gisela Schneider hat ihre Erfahrungen während ihrer Reisen in die von Ebola betroffenen Länder in einem Blog veröffentlicht: www.difaem.de/aktuelles/



Den Bau des Gesundheitspostens haben die Dorfbewohner selbst in die Hand genommen.



IN EIGENLEISTUNG

Für die Menschen in vier Dörfern in Malawi ist ein lang gehegter Wunsch in Erfüllung gegangen: Mit der Eröffnung von Gesundheitsposten können nun Dorfgesundheitshelferinnen und -helfer eine medizinische Grundversorgung vor Ort und rund um die Uhr gewährleisten. Nun müssen zum Beispiel Mütter mit ihren kranken Kindern keine weiten Wege mehr gehen. Die Gebäude wurden im Rahmen des Difäm ASSET-Projektes gebaut.

Es ist ein großer Tag für die Frauen und Männer in Mwalumo und Mpamila im Einzugsgebiet des Gesundheitszentrums Malambosowie in Mkanile und Cholamakanda im Bereich des Gesundheitszentrums Chinthembwe. Tänze und Gesänge umrahmen die festliche Übergabe der Schlüssel zu den vier neu errichteten Gesundheitsposten an die Dorfältesten. Neben den höchsten Vertretern der traditionellen Strukturen sprechen auch ein Repräsentant der Distriktregierung, der Koordinator der Gesundheitsarbeit der presbyterianischen Nkhoma-Synode, die als lokale Projektträgerin fungiert, sowie Beate Jakob als Vertreterin des Difäm. Alle sind sich einig: Der Bau der vier Gesundheitsposten ist etwas Besonderes. Die Regierung hat für so etwas keine Mittel. Wenn Dörfer einen Gesundheitsposten wollen, müssen sie dessen Bau selbst in die Hand nehmen.

Im Rahmen des ASSET-Projektes, das die Menschen zur Eigeninitiative ermutigt, wagten sich die vier Dörfer an das nicht einfache Unterfangen. Die Dorfältesten stellten den Baugrund zur Verfügung, und unter Leitung eines Baukomitees stellten die Dorfbewohner selbst die nötigen Backsteine her und besorgten alle anderen lokal verfügbaren Materialien wie Sand, Steine und Holz. Die Arbeiten fanden in Eigenleistung der Dörfer statt. Für die kompetente Bauaufsicht entrichteten die Bewohner einen kleinen finanziellen Beitrag an einen Vertreter des Distrikts. Mit Unterstützung der Agnes Philippine Walter Stiftung konnte das Difäm die übrigen benötigten Baustoffe wie zum Beispiel Zement, Draht, Farbe sowie Wellblech für das Dach zur Verfügung stellen. „Diese Bauten zeigen, dass Menschen an der Basis Projekte initiieren und verwirklichen können“, sagte ein Dorfältester. Die Eröffnung sei eine große Ermutigung. „Die Einweihung unserer Gesundheitsposten ist ein Meilenstein zur Verbesserung unserer Gesundheit. Andere wichtige Schritte werden folgen“, sagte er.

Bis Mitte 2016 sollen vier weitere Gesundheitsposten gebaut werden. Die Frauen und Männer in der ASSET-Projektregion gehen aber auch andere Gesundheitsthemen aktiv an: Zur Ausweitung der Sanitärversorgung wurden bisher 320 regensichere Toiletten gebaut. Außerdem haben Frauen Gruppen gebildet, die über die Verbesserung der Ernährung beraten. Und bei Dorfversammlungen wer-

den selbst heikle Themen wie Familienplanung und Probleme mit Alkoholabhängigkeit und Prostitution offen diskutiert.

In Nyanga im Bereich Chinthembwe können sich die Menschen bereits jetzt über einen besonderen Erfolg freuen: Seit Jahren klagen sie über den fehlenden Zugang zu sauberem Wasser. Eine Lösung war bisher nicht in Sicht. Als ASSET-Projekt Koordinator Martyn Thondolo hörte, dass die Organisation World Vision im Ntchisi-Distrikt im kom-

menden Jahr 16 Brunnen bauen und finanzieren werde, setzte er sich in den entsprechenden Entscheidungsgremien vehement für den Bau von Brunnen in Nyanga ein. Er konnte schließlich überzeugen: Der Bau von vier Brunnen ist zugesagt und World Vision hat in Nyanga bereits mit den Vorbereitungen zur Bohrung begonnen. Ein weiterer wichtiger Meilenstein zur Verbesserung der Gesundheit ist bald erreicht!

Dr. Beate Jakob, Difäm-Studienreferentin



NEUE PROJEKTE IN MALAWI

In diesem Jahr begleitet und unterstützt das Difäm in Malawi zwei neue Projekte der presbyterianischen Nkhoma-Synode: ein weiteres ASSET-Projekt sowie ein Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

In zwei Dörfern im Einzugsgebiet des Nkhoma-Krankenhauses (Lilongwe Distrikt) werden etwa 6.000 Menschen nach dem ASSET-Ansatz angeleitet, ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu sehen und diese für die Verbesserung ihrer Gesundheit einzusetzen. Dabei werden die Frauen und Männer selbst entscheiden, welche Gesundheitsprobleme sie als erstes bearbeiten wollen. Mit dem Projekt zur Förderung psychischer Gesundheit betritt die Nkhoma-Synode hingegen Neuland. Die Gesundheitsversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in Malawi, wie auch in anderen Ländern Afrikas, völlig unzureichend. Nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch bei den Mitarbeitenden in den Gesundheitseinrichtungen ist das Wissen zu psychischen Erkrankungen sehr mangelhaft. Vieles ist tabuisiert. Oft werden psychische Erkrankungen auf Dämonen zurückgeführt und die Betroffenen und ihre Familien tragen ein Stigma und werden diskriminiert.

Im Einzugsgebiet des Krankenhauses soll die Komponente psychische Gesundheit in die bestehende Basisgesundheitsarbeit integriert werden. Im ersten Projektjahr stehen Aufklärung und Sensibilisierung im Vordergrund. Die Mitarbeitenden im Nkhoma-Krankenhaus, in den Gesundheitszentren, die Dorfgesundheitshelferinnen und -helfer, aber auch die Dorfältesten werden geschult, damit sie psychische Erkrankungen erkennen und das Verhalten der Betroffenen besser einordnen können, um dann eine Behandlung in die Wege zu leiten.

NEU IM DIFÄM



Seit 1. Oktober 2015 leitet Isabel Reusch das Fundraising des Difäm. Die Stuttgarterin, die zuvor den Aufbau des Bereichs Fundraising des Tumorzentrums am Universitätsklinikum Tübingen begleitet hat, bringt mehr als 20 Jahre Erfahrung sowohl in der Entwicklungszusammenarbeit als auch im Klinikbereich mit. „Afrika und seine Menschen liegen mir sehr am Herzen“, sagt die Fundraising-Managerin (FA). Sie freut sich, dass sie mit ihrer Arbeit im Difäm dazu beitragen könne, dass Kinder, Erwachsene und alte Menschen gesund in ihren Heimatländern leben können. Die Unterstützer möchte sie möglichst umfassend über die Arbeit des Difäm informieren. Denn, so sagt sie, „ohne diese Unterstützung wäre keine Hilfe möglich.“



Ebenfalls seit Anfang Oktober arbeitet Andreas Reich im Difäm. Der Mediziner mit zahlreichen Zusatzausbildungen in Public Health und Tropenmedizin war zehn Jahre lang als Berater für diverse Organisationen (NGOs sowie UN-Organisationen) in verschiedenen Ländern Afrikas, Asiens und Europas tätig. Zuletzt hat er im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit gearbeitet. An seiner Arbeit im Difäm schätzt er, dass er Projekte in Ländern mit niedrigem Einkommen in Afrika und Asien entwickeln und betreuen kann, die zur Stärkung von lokalen Gesundheitssystemen beitragen.

» TAUBE KINDER KÖNNEN NUN LACHEN. MIT IHRER UNTERSTÜTZUNG ZEIGEN SIE DER WELT, DASS DIESE KINDER EIN RECHT AUF SCHULBILDUNG HABEN.

Ismael Byaruhanga, Gründer und Leiter von CERBC



Das CERBC gibt Kindern mit einer Behinderung die Chance auf eine selbstbestimmte Zukunft.

ZUKUNFTSCHANCEN FÜR TAUBE KINDER

Daniel ist 13 Jahre alt und ein aufgeweckter Junge. Im Alter von drei Jahren erkrankte er an Meningitis. Seither ist er taub. Seine Mutter starb an Aids und seine Tante ist HIV-infiziert. Er hat niemanden, der sich um ihn kümmern kann. Der Junge stammt aus Durba in der Demokratischen Republik Kongo. Sein Heimatort ist etwa 170 km von Aru entfernt, wo das Difäm mit dem Kommunalen Ausbildungs- und Rehabilitationszentrum (Centre d'Éducation et de Réhabilitation à Base Communautaire, CERBC) zusammenarbeitet. Seit 2010 lebt Daniel in dem integrativen Bildungszentrum, wo Kinder und Jugendliche mit Hör-, Seh- und Körperbehinderungen zusammen mit Schülern ohne Behinderung lernen.

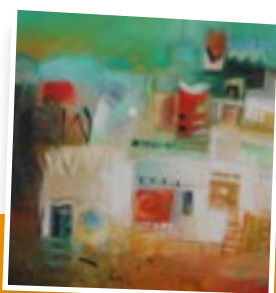
Daniel verbringt das ganze Jahr im CERBC, es ist sein Zuhause und er fühlt sich dort wohl. Weil keiner seiner Verwandten die Schulgebühren und Internatskosten für ihn zahlen kann, ist er auf Unterstützung angewiesen. Dabei ist er kein Einzelfall. Vielen anderen Kindern im Ost-Kongo geht es wie ihm. Durch ihre Behinderung sind sie aus der Gesellschaft und oft auch aus der Familie ausgeschlossen.

120 Kinder und Jugendliche haben das Glück, im CERBC leben und lernen zu können. Ein Platz im Internat und in der Schule kostet umgerechnet etwa 300 Euro pro Schuljahr. Darin ist auch die Verpflegung enthalten. Das Difäm fördert die Ausbildung für derzeit 31 dieser Kinder und Jugendlichen, damit sie als Erwachsene ihre Rolle in der Gesellschaft finden und ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Um unser Versprechen dauerhaft einlösen zu können, brauchen wir Ihre Hilfe! Mit 25 Euro im Monat fördern Sie die Schulbildung eines Kindes. CERBC ist auf regelmäßige Spenden angewiesen, um bedürftigen Kindern dauerhaft ein Zuhause geben zu können. Bieten Sie den Kindern die Chance auf eine bessere Zukunft! Der Schulleiter Ismael Byaruhanga freut sich gemeinsam mit den Kindern über jede Unterstützung. Wenn Sie Projektpate werden, informieren wir Sie regelmäßig über CERBC und die Kinder.*

Franziska Müller, Praktikantin im Difäm

* Wir bieten bewusst keine Einzelpatenschaften an, sondern eine Projektpatenschaft für CERBC, weil wir nicht einzelne Kinder hervorheben möchten.



AFRIKANISCHES ROT

Unter dem Titel „Afrikanisches Rot“ hat Dr. Sabine Waldmann-Brun zugunsten der Arbeit des Difäm Bilder zum Verkauf in der Seniorenwohnanlage Nikolaus-Cusanus-Haus in Stuttgart ausgestellt. Der Erlös von 16.000 Euro fließt nun in den Aufbau der Gesundheitsversorgung in Malawi. In dem Projekt, welches das Difäm gemeinsam mit lokalen Partnern durchführt, lernen Frauen und Männer aus zwölf Dörfern, wie sie selbst zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen können, zum Beispiel durch Hygienemaßnahmen oder eine gesunde Lebensweise.

Sabine Waldmann-Brun aus Stuttgart ist Künstlerin und Ärztin und wurde bei ihren medizinischen Einsätzen in afrikanischen Ländern südlich der Sahara immer wieder mit Armut und Leid konfrontiert. Den Blick für die schönen und fröhlichen Seiten des Kontinents hat sie sich aber bewahrt. Ihre Eindrücke und Erinnerungen verarbeitet sie in ihren Bildern, mit denen sie nicht nur ein besseres Verständnis fördern, sondern auch konkret helfen möchte.



ICH MÖCHTE CERBC-PATE WERDEN UND ERMÄCHTIGE DAS DIFÄM

ab (Datum) monatlich Euro
 von meinem Konto abzubuchen.

Vorname und Name Kontoinhaber/in

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige das Difäm, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Difäm auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mindestens drei Tage (verkürzte Frist) vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich das Difäm über den Einzug unterrichten.

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Ort, Datum, Unterschrift.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00000021634.
 Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Das ausgefüllte Formular bitte zurücksenden an:
 Difäm e.V.; Karin Schulz; Mohlstr. 26, 72074 Tübingen.

KONTAKT

Fragen zu den Patenschaften beantwortet Ihnen gerne

Isabel Reusch
 Email: reusch@difaem.de
 Tel: 07071 704 90 15





KONFIS FÜR AFRIKA



13. MÄRZ 2016

Gemeinsam mit dem Evangelischen Jugendwerk und den Kirchengemeinden des Bezirks Tübingen lädt das Difäm wieder zum traditionellen Sponsorenlauf „Konfis für Afrika“ ein. Tübinger Konfirmanden sowie andere interessierte Läufer suchen sich im Vorfeld Sponsoren, die einen bestimmten Betrag pro Runde zahlen wollen. Mit dem Erlös werden die Gesundheitsprojekte des Difäm im Ostkongo unterstützt. Schirmherr ist der Basketballspieler Jessie Sanders des Bundesligisten Walter Tigers. Werden auch Sie Sponsor und unterstützen Sie den Konfirmandenlauf. Infos erhalten Sie bei Isabel Reusch unter reusch@difaem.de

MESSE FAIR HANDELN

31. MÄRZ BIS 3. APRIL 2016

Bei der internationalen Messe Fair Handeln in Stuttgart ist das Difäm als Mitträger der „Handy-Aktion – fragen, durchblicken.handeln!“ mit einem Informationsstand zum Thema Globale Zusammenhänge in der Handy-Produktion dabei.

CHRISTLICHER GESUND- HEITSKONGRESS

14. BIS 16. APRIL 2016

Der Christliche Gesundheitskongress 2016 in Kassel steht unter dem Motto „Zeichen setzen - Heilen und Begleiten in Gesundheitswesen und Gemeinde“. Difäm-Direktorin Dr. Gisela Schneider und Studienreferentin Dr. Beate Jakob leiten Seminare und halten Vorträge.

EPN-FORUM

19. BIS 20. MAI 2016

Zur internationalen Tagung des Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerks (EPN) werden Vertreterinnen und Vertreter von 80 christlichen Mitgliedsorganisationen aus aller Welt ins Difäm nach Tübingen kommen. Das EPN mit Sitz in Kenia setzt sich für die Verbesserung der pharmazeutischen Versorgung vor allem in Afrika ein.

SAVE THE DATE

26. JUNI 2016

Eine-Welt-Tag des Difäm und der Tropenklinik mit Baustellenführung

Weitere Informationen zu den
Veranstaltungen des Difäm finden
Sie unter www.difaem.de/aktuelles



DIFÄM SEMINARE

14. APRIL 2016

Demenz balance-Modell®

Tagesseminar zum wertschätzenden und ressourcenorientierten Umgang mit Menschen mit Demenz. Nur wer persönliche Verluste selbst nachempfindet, versteht, was Menschen mit Demenz brauchen und kann die erforderliche Unterstützung geben.

30. JULI 2016

Medizinisches Basiswissen

Sie planen einen Auslandsaufenthalt in einem Land mit begrenzter medizinischer Versorgung und haben keine medizinischen Vorkenntnisse? In unserem eintägigen Seminar bieten wir praxisorientierte medizinische Vorbereitung und Informationen zu vorbeugenden Maßnahmen und konkretem Verhalten bei Gesundheitsproblemen vor Ort.

Weitere Hinweise zum Seminarangebot des Difäm finden Sie unter www.difaem.de/fachangebote



KONTAKT

Elf Reischmann
07071 704 90 29
reischmann@difaem.de

FOLGEN SIE UNS AUF:



Impressum

Gesundheit in der Einen Welt, Heft 1-2016, 66. Jahrgang Zeitschrift des Difäm – Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. // Herausgeberin: Dr. Gisela Schneider, Direktorin // Redaktion: Anna Buck (ViSdP), Katja Dorothea Buck // Mohlstraße 26, 72074 Tübingen // Telefon 07071 704 90 17, Fax 07071 704 90 39 www.difaem.de, info@difaem.de // Adressänderungen sowie Änderungen Ihrer GidEW-Bestellung bitte direkt an Karin Schulz, Tel. 07071 704 90 21 oder kontakt@difaem.de

Spendenkonto: 406 660 (BLZ 520 604 10) // Evangelische Bank eG, Stuttgart
IBAN DE36 5206 0410 0000 4066 60 // BIC GENODEF1EK1

Konzeption / Layout: büro für visuelles, Stuttgart // Layout / Satz: Werbeatelier Waiblinger, Tübingen
Druck: BruderhausDiakonie Reutlingen // Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei
Auflage: 15.800 // Titelfoto: Difäm/Buck // Foto S. 6/7: Difäm/Buck // Foto S. 12/13: Difäm/Jakob

