

GESUNDHEIT IN DER EINEN WELT



EINE FRAGE DER PERSPEKTIVE

... Inhalt

Liebe Leserin, lieber Leser,

Empathie ist die Fähigkeit, sich in eine andere Person hineinzufühlen, ihre Perspektive zu verstehen. Die Ethnologin Margaret Mead sah darin sogar den Beginn der menschlichen Zivilisation. Sie meinte: Wenn ein Oberschenkelknochen gefunden wird, der gebrochen und wieder verheilt ist, beweist das den Beginn der Zivilisation. Denn ein Tier könne in freier Natur nicht lange genug überleben, bis ein gebrochener Knochen wieder verheilt. Das gehe nur, wenn andere mitfühlen und Verletzte gesundpflegen.

Leider geht die Fähigkeit und vor allem der Wille, sich in andere Menschen hineinzusetzen, derzeit zunehmend verloren. Dabei ist Empathie nicht nur der Grundpfeiler unserer Zivilisation, sondern auch zentrales Element des Christentums. Denn Nächstenliebe setzt voraus, einen Perspektivwechsel zuzulassen.

Die derzeit in der Demokratischen Republik Kongo (DRC) grassierende Ebola-Epidemie führt uns die Folgen fehlender Bereitschaft zum Perspektivwechsel vor Augen: Während vor Ort Gesundheitspersonal unter Einsatz des eigenen Lebens darum kämpft, die Seuche einzudämmen, werden hierzulande Budgets für eine kontinuierliche weltweite Gesundheitsarbeit gekürzt. Besonders eindrücklich schildert Meda M'Piana, Leiterin der Versicherung MUSACA, im Interview die Lage vor Ort (Seite 6/7).

Difäm Weltweit hat über Jahrzehnte gewachsene Beziehungen zu Partnerorganisationen im Osten der DRC. Wir leiden mit unseren Partnern und helfen, so gut wir können. Dass dies möglich ist, verdanken wir Ihnen, liebe Spenderinnen und Spender. Sie lassen einen Perspektivwechsel zu und eröffnen dadurch neue Perspektiven. Dafür danken wir Ihnen von Herzen!



Ihr

Martin Küenzlen,
Referent PR &
Publikationen

Zum Titelbild

In einem Dorf in Kenia sitzt dieses Mädchen auf einem Baum und fotografiert die Fotografin einfach zurück – auch wenn ihr die Kamera dazu fehlt. So nehmen beide die Perspektive ihres Gegenübers ein. Was für das Mädchen vermutlich nur ein kleiner Spaß ist, entwickelt als Foto eine hohe Symbolkraft und ermutigt uns, die Welt auch durch die Augen unserer Mitmenschen zu sehen.



SEPTEMBER 2026

Eine Frage der Perspektive

IMPULS

Eine Frage der Perspektive! 3
Gedanken von Prälat Markus Schoch zu Mk 6,37

IM FOKUS

Ebola: Beklemmende Realität 4
Difäm Weltweit unterstützt seine Partner im Kampf gegen die Epidemie

„Wir sind unverzichtbare Partner bei der Bewältigung der Epidemie“ 6
Meda M'Piana, Leiterin der Versicherung MUSACA, im Interview

Ein ständiger Lernprozess 8
Warum gute Projektarbeit die Bereitschaft zum Lernen voraussetzt

Die gestohlene Zukunft 10
Wie Perspektivlosigkeit in Burkina Faso die Gesellschaft verändert

Erfolg durch gegenseitiges Lernen 12
Wenn sich Difäm-Partner untereinander austauschen, eröffnen sich neue Perspektiven

Unterstützung als Marathon 14
Der Kampf gegen Ebola braucht einen langen Atem – und Ihre Unterstützung

MELDUNGEN UND TERMINE

Konfilauß für den Kongo 15

StuDifäm auf dem Weihnachtsmarkt 15

Informationsabend zu nachhaltiger Gesundheit 15

Gottesdienst zur Einführung von Prof. Dr. Carsten Krüger 15

EINE FRAGE DER PERSPEKTIVE!

„Gebt ihr ihnen zu essen!“ (Mk 6,37)

Manchmal entscheidet die Perspektive darüber, ob wir nur ein Problem sehen oder bereits den Anfang einer Lösung. Davon erzählt die Geschichte von der Speisung der Fünftausend. Die Jünger sehen Tausende hungrige Menschen, zu wenig Brot und zu wenig Geld. Die Lage scheint aussichtslos. Doch Jesus richtet ihren Blick in eine andere Richtung. Er sagt: „Gebt ihr ihnen zu essen!“ Plötzlich können die Jünger die Verantwortung nicht mehr weiterreichen. Sie müssen sich selbst der Not stellen. Nicht irgendwann. Nicht andere. Sie. Das ist der erste Perspektivwechsel in dieser Geschichte. Statt zu fragen: „Wer ist zuständig?“, fragt Jesus: „Was könnt ihr tun?“

Und dann folgt der nächste Perspektivwechsel. Andreas entdeckt einen Jungen mit fünf Broten und zwei Fischen. Das ist lächerlich wenig für eine so große Menge. Trotzdem beginnt die Geschichte genau dort: nicht mit dem, was fehlt, sondern mit dem, was da ist. Wer nur auf den Mangel schaut, verliert leicht den Mut. Wer aber wahrnimmt, was bereits vorhanden ist, entdeckt Möglichkeiten zum Handeln.

Auch die Arbeit von Difäm Weltweit und seiner Partner folgt dieser Perspektive. Die Ebola-Epidemie im Osten der Demokratischen Republik Kongo ist eine gewaltige Herausforderung. Krankenhäuser sind überfordert. Schutzmaterial fehlt. Viele Menschen leben in Angst. Betrachtet man nur die Größe der Aufgabe, könnte man leicht resignieren.

Doch die Hilfe beginnt nicht bei den Lücken, sondern bei den Menschen.

Sie beginnt bei den kirchlichen Gesundheitszentren, bei den Gemeinden, bei Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Gemeindegesundheitshelferinnen und Ehrenamtlichen. Sie beginnt dort, wo Menschen Verantwortung übernehmen und das einsetzen, was ihnen zur Verfügung steht. Nicht weil es ausreicht, sondern weil Wegschauen keine Option ist. Christliche Entwicklungszusammenarbeit beginnt nicht mit dem Blick auf Defizite, sondern mit dem Blick auf Ressourcen.

Ein weiterer Perspektivwechsel folgt in der biblischen Geschichte. Jesus lässt die Menschen sich lagern, in überschaubaren Gruppen. Aus einer riesigen Menge werden Tischgemeinschaften. Fünftausend Menschen sind eine Zahl. Fünfzig Menschen an einem Tisch sind Nachbarn. Vielleicht gehört genau das zum Wunder: Menschen sehen einander. Sie erkennen die Not des anderen. Sie teilen. Aus einer anonymen Masse wird Gemeinschaft.

Auch die Partnerkirchen von Difäm Weltweit arbeiten auf diese Weise. Sie sind Teil der Nachbarschaft. Sie kennen die Menschen, ihre Sorgen, ihre Familien und ihre Geschichten. Deshalb können sie dort helfen, wo große Institutionen oft gar nicht hinkommen. Gesundheit beginnt nicht erst in zentralen Krankenhäusern. Sie beginnt dort, wo Menschen füreinander Verantwortung übernehmen.

Und noch etwas fällt auf in der biblischen Geschichte: Es ist ein Kind,



das den Anfang macht. Die Erwachsenen rechnen. Das Kind teilt. Die Erwachsenen sehen Grenzen. Das Kind bringt einfach, was es hat. Und am Ende werden alle satt. Die Geschichte erzählt deshalb von mehr als einer wundersamen Brotvermehrung. Sie erzählt von Vertrauen. Von Menschen, die das Wenige, das sie haben, nicht festhalten. Von Menschen, die sich von Jesus in die Verantwortung rufen lassen. Und von einem Gott, der aus kleinen Anfängen Großes entstehen lässt.

„Eine Frage der Perspektive“: Sehe ich nur die Größe der Not? Oder sehe ich auch die Möglichkeiten, die Gott schenkt? Sehe ich nur das, was fehlt? Oder auch das, was schon da ist? Sehe ich nur die Ferne Afrikas? Oder die Schwestern und Brüder, mit denen wir im Glauben und in der Hoffnung verbunden sind? Jesu Wort gilt bis heute: „Gebt ihr ihnen zu essen!“ Er traut uns Verantwortung zu. Und vielleicht beginnt genau dort das Wunder: wenn Menschen teilen, was sie haben, und Gott daraus Leben wachsen lässt.

Prälat Markus Schoch, Reutlingen



EBOLA: BEKLEMMENDE REALITÄT

Der Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo hat die Menschen auch in Europa kurz aufgeschreckt. Doch nach einigen Berichten verschwand die Epidemie wieder aus den Nachrichten. Aus Perspektive der deutschen Bevölkerung findet das Ganze sehr weit weg statt. Aus Perspektive der Menschen vor Ort ist die Seuche jedoch beklemmende Realität. Eine Bestandsaufnahme.

Anfang Mai erscheinen Nachrichten in der WhatsApp-Gruppe, die unsere Difäm-Referentinnen mit den Partnerorganisationen verbindet: Es gibt Todesfälle unbekannter Ursache in der Provinz Ituri, im Osten der Demokratischen Republik Kongo (DRC). Doch weil unsere Partner schon einige Ebola-Epidemien miterlebt haben, ahnen sie schon, was die Ursache ist: ein erneuter Ausbruch der tödlichen Viruserkrankung.

Die Situation ist alarmierend. Seit Jahrzehnten wird im Osten der DRC ein brutaler Kampf um die Abbaugelände wertvoller Rohstoffe geführt. Rohstoffe, ohne die es keine Handys, E-Autos oder Laptops geben würde. Die Kämpfe werden ohne jede Rücksicht auf die Zivilbevölkerung ausgetragen. So sind Millionen innerhalb des Landes auf der Flucht. Umso schlim-

mer wirkt sich die Schwäche des Gesundheitssystems aus. Menschen, die unter schlechten hygienischen Bedingungen leben müssen, und kaum medizinische Kontrolle: Das sind ideale Bedingungen für den Ausbruch von Seuchen.

Wir bei Difäm Weltweit nehmen die Hinweise unserer Partner sehr ernst und bereiten uns auf das Schlimmste vor. Am 17. Mai ruft die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wegen eines Ebola-Ausbruchs den internationalen Gesundheitsnotstand aus. Bei Patienten wurde die Bundibugyo-Variante des Virus nachgewiesen. In den nächsten Tagen schnellen die Verdachtsfälle und bestätigten Erkrankungen in die Höhe. Dieser rasche Anstieg lässt nur einen Schluss zu: Das Virus muss sich bereits seit Wochen unbemerkt ausgebreitet haben.



Wie konnte das passieren? Zu den schwierigen Bedingungen in der Region ist ein weiterer Faktor ursächlich: Aus der Perspektive der reichen Industrienationen ist Ebola wenig interessant. Ausbrüche sind im globalen Norden nicht zu erwarten – die Wirtstiere, in denen das Virus überlebt und von Zeit zu Zeit auf Menschen überspringt, kommen bei uns nicht vor. Und sollte es doch eine Erkrankung geben, lässt sich das Virus, das nur über Körperflüssigkeiten ansteckend ist,

... IM FOKUS

gut eindämmen. So kam es, dass es für die Bundibugyo-Variante weder Ansätze für eine Impfstoffentwicklung noch funktionierende Schnelltests gibt. Solche Schnelltests zu entwickeln ist an sich keine Herausforderung – zumal diese Variante schon seit 20 Jahren bekannt ist. Doch Länder, in denen das hätte gemacht werden können, hielten es nicht für nötig, hierfür Geld auszugeben. So testeten die Mitarbeitenden in den Gesundheitseinrichtungen die Verdachtsfälle auf die häufigere Zaire-Variante des Ebola-Virus und erhielten ein negatives Ergebnis. Bis erste Proben ein professionelles Labor erreicht hatten und die seltene Variante erkannt wurde, waren bereits Wochen verstrichen, in denen sich das Virus ungebremst ausbreiten konnte.

In Tübingen erhalten wir Nachrichten von unseren Partnern: Es fehlt an Schutzausrüstung. Es fehlt an Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Ebola in Isolationszimmern unterzubringen. Es fehlt an Wissen beim Gesundheitspersonal, wie Erkrankte ohne Risiko für die eigene Gesundheit zu versorgen sind. Einige Mitarbeitende in den Gesundheitsstationen haben sich bereits angesteckt – vereinzelt gab es unter ihnen auch schon Todesfälle. Sie wussten nicht, dass die Patienten mit Fieber und Magen-Darm-Beschwerden ein tödliches Virus in sich trugen.

Der Ebola-Ausbruch traf das kongolesische Gesundheitsministerium völlig unvorbereitet; internationale Hilfe benötigte Zeit, um den Staat zu unterstützen. Um schnell reagieren zu können, reserviert Difäm Weltweit jedes Jahr ein Budget für Notsituationen. Das aktivierten wir sofort nach der Bestätigung des Ebola-Ausbruchs. Aber Geld allein reicht nicht, um dringend benötigte Hilfsgüter in eine Region zu bringen, die selbst unter friedlichen Bedingungen schwer zu erreichen wäre. Über unser Netzwerk verfügen wir über gute Kontakte zu kirchlichen Zentralapotheken in der afrikanischen Region, so auch in Uganda. So konnten wir sehr schnell und effektiv knapp vier Tonnen Schutzausrüstung und andere medizinische Güter bestellen und innerhalb weni-

ger Tage an unsere Partner ausliefern.

Während in DRC die Maßnahmen zur Eindämmung der Krankheit anliefen, breitete sich in den Dörfern eine weitere Seuche aus: Misstrauen durch Falschinformationen. Die Menschen sahen, dass Familienmitglieder in den notdürftig aufgebauten Isolationszelten verschwanden und nicht wieder herauskamen. Gerüchte verbreiteten sich, dass es Ebola nicht gäbe und dass Menschen gefangen genommen und verkauft würden. Vereinzelt kam es zu Gewaltausbrüchen, Ebola-Aufnahmestationen wurden niedergebrannt, die Patienten heimgeholt. Andere versteckten Menschen mit Ebola-Symptomen zu Hause, damit sie nicht in Einrichtungen kommen, denen keiner im Dorf vertraute.

Aus der Perspektive der Menschen dort ist Misstrauen gegen staatliche Institutionen absolut gerechtfertigt. Über Jahrzehnte gaben korrupte Behörden die Interessen der Menschen preis. Willkür und Gewalt gegen die eigene Bevölkerung sind an der Tagesordnung. Wieso sollten die Menschen jetzt den Institutionen glauben und ihren Anweisungen folgen?

Vor diesem Hintergrund kommt den Kirchen und ihren Gesundheitseinrichtungen, die Difäm Weltweit unterstützt, eine besondere Bedeutung zu. Anders als in Deutschland tragen kirchliche Einrichtungen in DRC bis zu 40 Prozent der Gesundheitsleistungen bei. Und anders als bei den staatlichen Einrichtungen vertrauen die Menschen den Institutionen der Kirchengemeinden. Über Pastoren und andere kirchliche Autoritäten kann den Menschen die Notwendigkeit der Schutzmaßnahmen nahegebracht werden. Das gilt insbesondere auch für die Beerdigung der Toten: Traditionell nehmen die Menschen Abschied, indem sie den Leichnam berühren. Das Ebola-Virus hat jedoch die Besonderheit, dass von den Leichen die höchste Ansteckungsgefahr ausgeht. Den Menschen ein würdiges Bestattungsritual zu ermöglichen, ohne sie einer Ansteckungsgefahr auszusetzen: Auch das geht nur mit Unterstützung durch die Kirchengemeinden.



Wie geht es jetzt weiter? Die erste Nothilfe ist geleistet. Doch der Ebola-Ausbruch wird nach Einschätzung von Expertinnen und Experten noch Monate andauern. Sein wahres Gesicht ist noch nicht bekannt. Ende Juli gab es rund 3.400 bestätigte Fälle und rund 1.500 Tote. Inzwischen ist die internationale Hilfe in den Epizentren der Epidemie zwar koordiniert, aber der Bedarf an Schutzausrüstung, Fortbildung, Medikamenten und Gemeindearbeit ist nach wie vor riesig. Difäm Weltweit legt sein Augenmerk auf drei Bereiche: die Versorgung aller Erkrankten, sicheres Management möglicher Ebola-Fälle sowie eine sensible Gemeindearbeit, die den Menschen zuhört und ihre Ängste ernstnimmt. Difäm Weltweit unterstützt seine Partner besonders in ländlichen Gesundheitszonen und in vorgeschalteten Gesundheitseinrichtungen im Kampf gegen die Seuche. Denn wir wollen, dass die Menschen weiterhin bei Malaria oder einer anstehenden Geburt im Gesundheitsposten Hilfe suchen. Vergangene Ebola-Ausbrüche haben gezeigt: Am Ende der Epidemie waren mehr Menschen an unbehandelten „normalen“ Erkrankungen gestorben als an Ebola. Überzeugungsarbeit, Infrastruktur und Stärkung der Resilienz auf Gemeindeebene: hier setzt Difäm Weltweit an und benötigt dafür weiter die Unterstützung von Spenderinnen und Spendern. Welche konkreten Maßnahmen geplant sind, lesen Sie auf Seite 14.

Ute Papkalla/Christine Häfele-Abah

WIR SIND UNVERZICHTBARE PARTNER BEI DER BEWÄLTIGUNG DER EPIDEMIE

Meda M’Piana ist Fachkraft für Gesundheitsversorgung auf Gemeindeebene und leitet die „Canaan Health Mutual“ (MUSACA), eine Kleinstkrankenversicherung in Bunia/Ituri. Sie und ihre Organisation stehen im Epizentrum des Ebola-Ausbruchs. Wir haben mit ihr über die aktuelle Lage gesprochen.



Gesundheit in der Einen Welt (GidEW): Wie schätzen Sie die aktuelle Dynamik der Epidemie ein: Gibt es Anzeichen für eine Besserung, oder steigt die Zahl der Fälle?

M’piana: Die Lage bleibt besorgniserregend. Die kumulierte Fallzahl steigt weiter an – ein Beleg dafür, dass die Übertragungsketten noch nicht gestoppt werden konnten. In den letzten drei Tagen (Mitte Juli – Anm. d. Redaktion) wurden durchschnittlich 66 Ebola-Fälle pro Tag gemeldet. Dies verdeutlicht, dass die Situation noch längst nicht unter Kontrolle ist.

GidEW: Woran fehlt es derzeit am meisten?

M’piana: Der Bedarf ist nach wie vor an mehreren Fronten groß. Wir benötigen vor allem Schutzausrüstung und Labormaterialien. Eine weitere Herausforderung ist, die Versorgung mit lebenswichtiger Medizin wie Antibiotika und Malariamedikamenten sicherzustellen. Zudem müssen wir dafür sorgen, dass die Reaktionsteams mobil bleiben und über ausreichend Krankenwagen und andere Fahrzeuge verfügen. Wir dürfen auch nicht vergessen, unter welchen schwierigen Bedingungen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen arbeiten. Wir

müssen sie unterstützen und ihre Arbeitsbedingungen verbessern.

GidEW: Fehlinformationen und Misstrauen in der Bevölkerung erschweren teilweise den Kampf gegen Ebola. Kann eine Organisation wie MUSACA einen Beitrag leisten, um Vertrauen zu schaffen?

M’piana: Wir arbeiten eng mit Gemeindevertretern, lokalen Behörden sowie Gesundheits- und religiösen Einrichtungen zusammen, um den Zugang zu den Gemeinden zu erleichtern und ein Klima nachhaltigen Vertrauens zu schaffen. Zudem haben wir kurzfristig knapp zehn Aufklärungsveranstaltungen zu Ebola und Krankenversicherungssystemen an öffentlichen Orten durchgeführt. Mit Mitteln von Difäm Weltweit und Brot für die Welt setzt MUSACA ihre Aktivitäten zur Risikokommunikation und Einbindung der Bevölkerung sowie zu Hygiene-Maßnahmen in den Gesundheitszonen Bunia, Rwampara und Nyankunde fort.

GidEW: Bei vergangenen Ebola-Epidemien hat sich gezeigt, dass Menschen aus Angst die Gesundheitszentren meiden. Können Sie das auch bei diesem Ausbruch bestätigen?

M’piana: Ja, insbesondere in Einrichtungen, die bereits Fälle gemeldet haben oder die Behandlungszentren oder Transitunterkünfte beherbergen, stellen wir einen Rückgang der Patientenzahlen fest. Auch die Einlösung von Gesundheitsgutscheinen ist rückläufig. Dies lässt sich zumindest teilweise auf die anhaltende Angst zurückführen, sich in den Gesundheitszentren anzustecken.

GidEW: Während in den Städten die internationale Hilfe bereits angelaufen ist, scheint die Situation auf dem Land immer noch schwierig zu sein. Wie beurteilen Sie die Lage?

M’Piana: Ländliche Gebiete sind nach wie vor am stärksten gefährdet. Das liegt einerseits daran, dass sie auf

schlechten Straßen mitunter schwer zu erreichen sind. Auch die Sicherheitslage ist in manchen Gebieten kritisch, sodass der Zugang weiter erschwert wird. Da hier auch Menschen vertrieben werden und sich auf der Flucht befinden, ist eine Erfassung der Verdachts- und Krankheitsfälle sowie die Nachverfolgung von Kontakten schwierig. Das hat zur Folge, dass Meldungen zur epidemiologischen Lage verzögert werden und unvollständig sind. In diesem Umfeld ist auch der Kampf gegen Falschmeldungen und um Vertrauen eine Herausforderung. So sehen wir in ländlichen Gebieten oft eine verängstigte, misstrauische Bevölkerung. Mangelnde Schutzausrüstung und eine unzureichende Unterstützung bei der Versorgung der Patienten führt zu einer sinkenden Arbeitsmoral und Motivation beim Gesundheitspersonal.

GidEW: Was motiviert Sie persönlich, jeden Tag gegen die Ebola-Epidemie zu kämpfen?

M'Piana: Meine Motivation ist sowohl beruflicher als auch persönlicher Natur. Mein beruflicher Weg im Kampf gegen Ebola begann 2018 während der zehnten Epidemie. Damals war ich noch Praktikantin mit Schwerpunkt auf Gesundheitsarbeit in der Gemeinde. Diese erste Erfahrung im Einsatz vor Ort prägte meine Berufung und vermittelte mir ein Verständnis für die Bedeutung von Prävention, Überwachung und der Einbindung der Bevölkerung. Heute, sechs Jahre später, leite ich MUSACA. Diese Rolle ermöglicht es mir, einen strategischeren Ansatz zu verfolgen: Ich unterstütze Gemeinden und helfe dabei, ihre gesundheitliche Widerstandsfähigkeit zu stärken.

GidEW: Und Ihre persönliche Motivation?

M'Piana: Meine Motivation im Kampf gegen diese 17. Epidemie wurde durch eine Tragödie in meinem persönlichen Umfeld bestärkt. Ich habe einen geliebten Menschen verloren, der sich mit Ebola infiziert hatte, als er einer Familie mit einer Transportfahrt aushalf. Er verstarb und hinterlässt eine Witwe, die noch keine 30 Jahre alt ist, sowie drei kleine Kinder im Alter von 7 und 3 Jahren sowie 10 Monaten. Dies erinnert mich daran, dass wir nicht nur über Zahlen in einem Bericht zur aktuellen epidemiologischen Lage reden. Wir reden über Familien, Kollegen, medizinisches Personal und Gemeinschaften, die um geliebte Menschen trauern, welche auf tragische und plötzliche Weise ums Leben gekommen sind.

GidEW: Was macht Ihnen am meisten Angst?

M'Piana: Durch meinen persönlichen Verlust habe ich miterlebt, wie schwierig es ist, vollständige Präventionssets in die Haushalte bestätigter Fälle und deren Umfeld zu bringen. Ich habe gesehen, wie sich einheimische und internationale Gesundheitskräfte bei ihrem Versuch,



anderen zu helfen, selbst infiziert haben – manche sind sogar daran gestorben. Das macht mir Angst und lässt mich stets penibel auf die Einhaltung von Schutzmaßnahmen achten.

GidEW: Was möchten Sie den Menschen in Europa sagen?

M'Piana: Gemeinschaften und Organisationen hier vor Ort sind nicht bloß Empfänger von Hilfe – wir sind unverzichtbare Partner bei der Bewältigung der Epidemie. Wir stehen hier in der ersten Reihe und bekämpfen diese tückische Krankheit, damit sie sich nicht weiter ausbreitet. In Gesundheitsaufklärung und in den Zugang zur medizinischen Versorgung zu investieren, bedeutet, eine sicherere Zukunft für alle zu schaffen. Die aktuelle Epidemie wird durch einen Erregerstamm verursacht, der mit Abständen von fünf beziehungsweise vierzehn Jahren in unterschiedlichen Regionen und Ländern aufgetreten ist. Dies unterstreicht, wie wichtig die Überwachung von Epidemien ist und dass der „One Health“-Ansatz (ein ganzheitlicher Ansatz, der Mensch, Tier und Umwelt als Einheit betrachtet; Anm. d. Redaktion) zur gelebten Praxis werden muss. Langfristig wird die Entwicklung und Verfügbarkeit von Schnelltests und Impfstoffen darüber entscheiden, ob wir bei der 18., 19. oder 20. Epidemie die Lage schneller unter Kontrolle bringen und viele Menschenleben retten können.

GidEW: Vielen Dank für das Gespräch.

EIN STÄNDIGER LERNPROZESS

Normalerweise stellen wir in der „Gesundheit in der Einen Welt“ Projekte vor, die besonders gut gelaufen sind. Wir wollen Rechenschaft darüber ablegen, was Spendengelder und Fördermittel bewirken. Auch das Projekt in Äthiopien, von dem dieser Artikel handelt, war auf dem Papier ein voller Erfolg: Über 90 Prozent der Ziele wurden erreicht – allerdings nicht die eigentliche Zielgruppe. Die Gründe für das Scheitern im Erfolg sind ein Musterbeispiel dafür, dass die Begegnung auf Augenhöhe und das Verstehen der Perspektive der Menschen in unseren Partnerländern unerlässlich sind. Und dies ist keine einmalige Erkenntnis, sondern ein ständiger Lernprozess.

„Sustainability“ (Nachhaltigkeit) ist eines der meistverwendeten Wörter in Projektanträgen – und eines der am seltensten ehrlich hinterfragten. Kaum ein Antrag kommt ohne die Zusicherung aus, dass Strukturen nach Projektende selbstständig weiterlaufen werden. In der Realität ist aber genau diese Komponente sehr fragil und am schwersten zu erreichen. Natürlich planen wir unsere Projekte immer nach bestem Wissen und hoffen, dass unsere Annahmen stimmen. Und weil wir viel Erfahrung und sehr zuverlässige Partner haben, funktioniert das in der Regel auch sehr gut. Aber trotzdem ersetzt Hoffnung keine Analyse. Natürlich lassen wir unsere Projekte unabhängig evaluieren. Aber manchmal versteckt sich im vordergründigen Erfolg eigentlich ein Misserfolg. Um das zu verstehen, müssen wir manchmal die Ebene der reinen Zahlen verlassen und den Fokus weiterziehen.

Ein kleines, bewusst mit niedrigem Budget finanziertes Projekt in der Harari-Region in Äthiopien hat uns genau dazu gezwungen: innezuhalten und genauer hinzuschauen. Das Projekt „Home Based Healthcare Services“ sollte Menschen – vor allem Kinder – mit körperlichen Behinderungen in ländlichen Regionen durch regelmäßige Hausbesuche speziell ausgebildeter Gesundheitshelfer physiotherapeutisch unterstützen. In der Stadt funktionierte dieses Modell gut. Die Annahme war naheliegend: Was urban funktioniert, lässt sich auch in

den ländlichen Raum übertragen. Doch diese Annahme erwies sich als trügerisch.

Von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit klar umrissenen, zeitlich begrenzten Beeinträchtigungen – etwa nach Knochenbrüchen – wurde auch im ländlichen Umfeld das Angebot einer Physiotherapie gut angenommen. Bei Kindern mit Behinderungen, der wichtigsten Zielgruppe des Projekts, war das Bild ein anderes. Um sichtbare Erfolge beispielsweise bei einer angeborenen Zerebralparese (Lähmung in Folge einer Schädigung des Gehirns) zu erreichen, sind ein bis zwei Jahre Physiotherapie erforderlich. Dieser zeitliche Aufwand – das stellte sich im Projektverlauf heraus – ist den Menschen vor Ort nicht zuzumuten. Die Feldarbeit ist für die Familien eine existenzielle Notwendigkeit, ohne die keine Nahrung auf den Tisch kommt. Deshalb steht für sie die Frage im Zentrum: Trägt die Physiotherapie für mein Kind zur Ernährung der Familie bei? So unterbrachen nur wenige die Feldarbeit und blieben zu Hause, wenn die Therapeutin kam. Kaum jemand setzte die für den Behandlungserfolg unerlässlichen Übungen mit den Kindern selbstständig fort. Die Familien sehen einfach keinen Vorteil darin, ihre Zeit für Physiotherapie zu opfern, wenn keine kurzfristige Entlastung an anderer Stelle zu erwarten ist. Die existenzielle Zwangslage, in der sich viele Menschen vor Ort befinden, ist für uns Europäer

schwer nachzuvollziehen. In diesem Fall hatten sogar wir sie ausgeblendet, die wir die Situation ja eigentlich kennen. So erreichte das Projekt in der Zielgruppe „Kinder mit Behinderung“ kaum langfristige Effekte. Nicht, weil die Maßnahmen fachlich falsch gewesen wären, sondern weil sie auf ein anderes Motivations- und Wertesystem trafen.

Aus dem europäischen Kontext der Überflussgesellschaft heraus hat sich die Vorstellung entwickelt, dass „etwas Sinnvolles tun“ Motivation und Lohn genug sein kann. Wir können uns diese Einstellung leisten, weil wir nicht befürchten müssen, dass ein ausgefallener Verdienst unmittelbar zu Hunger führen kann. Und doch übertragen wir unsere kulturelle Prägung – Arbeit als Selbstwert, Engagement als moralische Kategorie – oft unbewusst auf unsere Projektpartner und Zielgruppen. In den ländlichen Projektgebieten Äthiopiens zeigte sich jedoch: Aktivität entsteht dort meist nur, wenn ein direkter Nutzen sichtbar ist – kurzfristig, konkret, wirtschaftlich. In einem anderen Teil des Projekts zeigte sich ein weiterer Mechanismus, den Hilfsorganisationen trotz bester Absichten mitunter selbst verursachen: Die Mitarbeiter des lokalen Gesundheitsministeriums wurden intensiv geschult, um Erkrankungen zu erkennen, die im Rahmen dieses Projekts behandelt werden können, und den Patientinnen und Patienten Hilfe anzubieten. Dennoch wurde in den zwei Projekt-

... IM FOKUS

jahren keine einzige Person zur Physiotherapie überwiesen. Die jahrzehntelange Praxis von Hilfsorganisationen, bei der selbst kleinste Aktivitäten vergütet werden, haben die interne Motivation eher geschwächt als gestärkt. „Money for free“ verändert Erwartungen, Beziehungen und Verantwortlichkeiten.

Das heißt nicht, dass Menschen „unmotiviert“ wären. Im Gegenteil: Sie agieren rational und passen sich an die Anreizsysteme an, die wir selbst geschaffen haben. Besonders trügerisch ist die stetige und allgegenwärtige Zustimmung. Fast jede Projektidee trifft zunächst auf Begeisterung – solange Fördermittel fließen. Ob ein Ansatz langfristig tragfähig ist, wird von den Menschen vor Ort selten offen hinterfragt. Wer würde auch nein sagen, wenn in tiefer wirtschaftlicher Unsicherheit für zwei Jahre Gehälter und Ausstattung gesichert sind?

Im Äthiopien-Projekt führte unsere Evaluation zu einer klaren Konsequenz: Das Projekt wurde beendet. Nicht, weil es gescheitert wäre: Über

90 Prozent der Projektziele wurden erreicht. Aber die entscheidende Zielgruppe – Kinder mit Behinderungen – hat nicht davon profitiert. Daher wäre es nicht verantwortungsvoll gewesen, das Projekt fortzuführen. Diese Entscheidung fällt schwer, gerade in der Arbeit mit hoch vulnerablen Gruppen. Dennoch war der Abbruch ehrlicher als ein Weiterwursteln aus Pflichtgefühl. Gleichzeitig entstanden neue, realistischere Ansätze: So wurde etwa bei Kindern mit Spina bifida, einer angeborenen Fehlbildung der Wirbelsäule, deutlich, dass Bildungsangebote für sie im ländlichen Raum strukturell unerreichbar bleiben. Daraus entwickelte sich – gemeinsam mit lokalen Akteuren – die Idee eines städtischen Wohn- und Lernortes. Kein klassisches Projekt, sondern eine langfristig angelegte Institution.

Vielleicht ist die wichtigste Lehre aus dem Projekt diese: Nachhaltigkeit lässt sich nicht verordnen. Sie entsteht dort, wo Maßnahmen an bestehende Interessen, Praktiken und Ressourcen andocken – nicht



dort, wo wir unsere Ideale möglichst elegant verpacken. Das bedeutet auch, unbequeme Fragen zu stellen: Wem nützt ein Projekt wirklich – kurzfristig und langfristig? Welche Anreize setzen wir? Und was passiert, wenn wir ehrlich akzeptieren, dass es keine Blaupausen für erfolgreiche Projekte gibt, die überall gleich funktionieren? Entwicklungszusammenarbeit wird dadurch nicht einfacher. Aber vielleicht wird sie dadurch ein Stück ehrlicher. Denn nur, wenn wir unsere Arbeit ständig hinterfragen, wenn wir bereit sind, laufend dazulernen, erreichen wir unser gemeinsames Ziel: Gesundheit in der Einen Welt.

Olaf Hirschmann





DIE GESTOHLENE ZUKUNFT

Wer in der Entwicklungszusammenarbeit tätig ist, begegnet zwangsläufig Geschichten von Vertreibung. Wenn wir dieses Wort hören, denken wir meist an die unmittelbare Notlage: Mangelernährung, Krankheit, schlechte hygienische Bedingungen. Doch Vertreibung wirkt viel tiefer in die gesellschaftliche Struktur, da sie zahllose Menschen ohne Perspektive zurücklässt. Difäm-Gesundheitsreferentin Valeria Mañon Tommasi berichtet von ihren Erfahrungen und schildert die Lage in Burkina Faso, einem Land, in dem zehn Prozent der Bevölkerung auf der Flucht sind.

Mein erster Einsatz in der Entwicklungszusammenarbeit führte mich vor mehr als zehn Jahren in ein Lager für burundische Flüchtlinge. In dieser Zeit arbeitete ich nicht nur für, sondern auch mit Geflüchteten. Einer davon war mein geschätzter Kollege George, verantwortlich für das Datenmanagement des dortigen Krankenhauses. Ein Gespräch mit ihm hat mich tief geprägt. Er sagte zu mir: „Für uns gibt es keine Perspektive mehr. Was kann ich meinen Kindern bieten, wenn sie hier aufwachsen? Wir haben keine Zukunft.“

Seine Worte klingen bis heute in meinem Kopf nach. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich die Situation als etwas Vorübergehendes betrachtet. Die gesamte Aufmerksamkeit galt der Bewältigung des Notfalls, der Versorgung der ständig neu ankommenden Patientinnen und Patienten und der Deckung der dringendsten Bedürfnisse. Für ihn hingegen war schon damals klar, dass sich sein Leben für immer verändert hatte.

Und George ist bei weitem kein Einzelfall. Derzeit sind weltweit mehr als 120 Millionen Menschen gewaltsam vertrieben – die höchste jemals registrierte Zahl. Die meisten suchen Schutz in Nachbarländern oder innerhalb ihres eigenen Landes. Heute bin ich als Difäm-Referentin unter anderem für Projekte in Burkina Faso

zuständig. Und dieses Land ist eines der deutlichsten Beispiele für diese Realität, obwohl es nur selten internationale Schlagzeilen macht. Doch es beherbergt eine der größten Populationen von Binnenvertriebenen in ganz Afrika.

Die Situation der Binnenvertriebenen in Burkina Faso gehört zu den schwerwiegendsten humanitären Krisen der Gegenwart und zugleich zu den am meisten vernachlässigten der Welt. Seit 2015 ziehen verstärkt bewaffnete Gruppen durchs Land und verüben Gewalt gegen die Zivilbevölkerung. Dies hat zu einer Fluchtbewegung geführt, die stetig anwächst und weltweit ihresgleichen sucht. Derzeit leben mehr als zwei Millionen Menschen als Binnenvertriebene im Land. Das bedeutet, dass etwa jede zehnte Person ihre Heimat verlassen musste. Die Mehrheit der Vertriebenen sind Frauen und Kinder. In den Aufnahmegebieten sind sie auf die Unterstützung der aufnehmenden Gemeinschaften angewiesen, die ihrerseits häufig bereits unter Armut und Ernährungsunsicherheit leiden – unter anderem aufgrund der drastischen Auswirkungen des Klimawandels in der Region.

Vertreibung ist nur eine der sichtbaren Folgen des Konflikts. Hinter den Zahlen stehen weitaus komplexere Prozesse, die das soziale Gefüge des

Landes verändern. Wenn eine Notsituation Jahre andauert, verlieren die Menschen nicht nur ihr Zuhause, sondern auch ihre Lebensgrundlagen. Bildungs- und Erwerbsbiografien werden unterbrochen, und die familiären sowie gemeinschaftlichen Netzwerke, die den Alltag tragen, werden geschwächt.

Besonders stark betroffen ist der Bildungsbereich. Tausende Kinder und Jugendliche müssen ihre Schulbildung aufgrund von Schulschließungen oder der wiederholten Vertreibung ihrer Familien unterbrechen. Zwar gelingt einigen die Rückkehr in das Bildungssystem, viele andere verbringen jedoch Jahre ohne regelmäßigen Schulbesuch, wodurch sich ihre Zukunftschancen erheblich verringern. Das hat Folgen.

Pierre Mano, Leiter der Difäm-Partnerorganisation TIN-NAABI, erklärte bei einem Besuch bei Difäm weltweit, wie sich der Konflikt dadurch weiter verschärft: „Die meisten Jugendlichen in Burkina Faso haben keine Perspektive und leben in Armut. Von den Terroristen bekommen sie eine Waffe und etwas Geld. Das ist mehr, als sie sonst von ihrem Leben erwarten könnten. Deshalb machen sie mit.“ Auf diese Weise wird Perspektivlosigkeit zum Treibstoff eines Konflikts, der Perspektivlosigkeit schafft.



zentrierten sich die Maßnahmen auf die Deckung der Grundbedürfnisse: Gesundheitsversorgung, Ernährungsunterstützung und humanitäre Hilfe. Mit zunehmender Dauer haben sich jedoch auch die Bedürfnisse verändert. Deshalb richtet TIN-NAABI seinen Schwerpunkt heute darauf, die Selbstständigkeit der vertriebenen Familien schrittweise wiederherzustellen, ihre Handlungsfähigkeit zu stärken und sie

dabei zu unterstützen, sich wieder ein unabhängiges Leben aufzubauen.

Derzeit setzen Difäm und TIN-NAABI gemeinsam ein Projekt für besonders gefährdete Familien um – sowohl für Binnenvertriebene als auch für Familien aus den Aufnahmegemeinschaften. Das Projekt kombiniert verschiedene Ansätze zur Stärkung der Lebensgrundlagen, darunter gemeinschaftliche Gemüseärten, die von Frauen bewirtschaftet werden, sowie ein Rotationssystem zwischen den Familien für die Aufzucht von Kleinvieh. Die Teilnehmenden erhalten fachliche Schulungen und werden

während des gesamten Prozesses eng begleitet. Ziel ist es, dass die Familien schrittweise ihre Selbstständigkeit zurückgewinnen und sich wieder Zukunftsperspektiven aufbauen können.

Diese Form der Unterstützung wirkt in mehrere Richtungen: Einerseits erhalten die Vertriebenen eine neue Lebensgrundlage. Durch Unterstützung der aufnehmenden Gemeinden wird die Integration gefördert und Konflikten vorgebeugt. Am wichtigsten ist jedoch: Die Maßnahmen von TIN-NAABI geben den Menschen Stück für Stück ihre Autonomie zurück und steigern ihre Tatkraft und Resilienz. Wenn diese Menschen heute für sich und ihre Familien eine Perspektive sehen, ist das die Grundlage für eine bessere Zukunft kommender Generationen.

Valeria Mañon Tommasi

Erwachsene stehen vor ähnlichen Herausforderungen wie die Jugend. Die Landbevölkerung muss Äcker und Viehherden zurücklassen, Händlerinnen und Händler verlieren ihre Geschäfte, und viele Familien verfügen über keine stabile Einkommensquelle mehr. Die Abhängigkeit von humanitärer Hilfe nimmt zu, während die Möglichkeiten, wieder einer wirtschaftlichen Tätigkeit nachzugehen, mit der Zeit immer geringer werden.

Wie sich dies konkret auswirkt, zeigt sich in Piéla, einer ländlichen Gemeinde in der Provinz Gnagna im Osten Burkina Fasos, wo Difäm Weltweit TIN-NAABI in seinem Engagement für Geflüchtete unterstützt. Seit Beginn des Konflikts hat die vergleichsweise stabile Sicherheitslage den Ort zur Zuflucht für tausende Binnenvertriebene gemacht. Die meisten Familien mussten auf der Flucht alles zurücklassen und hatten keine Möglichkeit, ihre früheren wirtschaftlichen Tätigkeiten fortzuführen. Der starke Bevölkerungszuwachs erhöhte den Bedarf an Nahrungsmitteln, landwirtschaftlichen Flächen, Gesundheitsversorgung und Bildung – und das in Gemeinden, die bereits zuvor unter Nahrungs- und Ressourcenknappheit gelitten hatten.

TIN-NAABI begleitet die Gemeinden während des gesamten Integrationsprozesses. Zu Beginn der Krise kon-





ERFOLG DURCH GEGENSEITIGES LERNEN

Es scheint eine Konstante in der Entwicklungszusammenarbeit zu sein: Geld und Wissen kommen aus den reichen Ländern. Die Menschen im Globalen Süden benötigen Unterstützung und sind Empfänger von Hilfe. Doch so darf es nicht bleiben. Es ist Aufgabe guter Entwicklungszusammenarbeit, Strukturen aufzubauen, die Unterstützung von außen langfristig überflüssig machen. Ein Weg dahin ist der Süd-Süd-Austausch. Hierbei geben Institutionen in Ländern, in denen gewisse Fähigkeiten bereits aufgebaut sind, ihr Wissen an andere Länder weiter. Dies eröffnet neue Perspektiven für die Vermittlung von Kompetenz. Wir stellen einige Beispiele aus der Projektarbeit von Difäm Weltweit vor.

AUFBAU VON ZENTRALAPOTHEKEN

Seit vielen Jahren unterstützt Difäm Weltweit den Aufbau kirchlicher Zentralapotheken in Guinea, Liberia und Sierra Leone. Durch die zentrale Beschaffung von Medikamenten sollen einerseits die Einkaufspreise sinken, und andererseits soll die Verfügbarkeit von qualitativ hochwertigen Medikamenten verbessert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, setzen Difäm Weltweit und seine christlichen Partnerorganisationen auch auf einen Wissensaustausch zwischen den Ländern. Eine wichtige Rolle spielt hier das Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN). Das Netzwerk umfasst 149 Mitglieder, darunter 35 Christian Health Associations (Zentralverbände christlicher Gesundheitseinrichtungen) und 19 Zentralapotheken. EPN erhebt Daten, um die Fortschritte beim Aufbau der Apotheken zu messen – beispielsweise bei Beschaffung, Transport und Lagerhaltung. Da die pharmazeutischen Fachkräfte von EPN die Herausforderungen vor Ort gut kennen, können sie Lösungswege erarbeiten, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen Erfolg versprechen. Die Gesundheitsverbände mit ihren Zentralapotheken aus Liberia und Sierra Leone trugen zudem bei Austauschbesuchen ihre

Erfahrungen zusammen. Während in Liberia die Zentralapotheke bereits seit vielen Jahren besteht, steht diejenige in Sierra Leone noch am Anfang. So besuchte eine Delegation aus Sierra Leone ihre Kolleginnen und Kollegen in Liberia, um erfolgreiche Lösungsansätze (Best Practice) zu sehen und aus den Erfahrungen im Nachbarland zu lernen. Gleichzeitig legten sie die Grundlage für einen fortgesetzten Dialog und loteten aus, wie sie im Bereich Schulung und Ressourcenmobilisierung Synergien nutzen können. Eine Kooperation mit einer hervorragenden Perspektive für beide Länder.

MIT DEM MINILAB GEGEN ARZNEIMITTELFÄLSCHUNGEN

Im Kampf gegen minderwertige und gefälschte Arzneimittel unterstützen sich afrikanische kirchliche Zentralapotheken auch gegenseitig im Difäm-EPN-Minilab-Netzwerk. Die 17 Partnerorganisationen aus 13 Ländern prüfen verdächtige Medikamente mithilfe eines Kofferlabors („Minilab“), um festzustellen, ob der Wirkstoff überhaupt beziehungsweise in der richtigen Dosierung vorhanden ist. So ziehen sie seit Jahren Medikamente aus dem Verkehr, die den Qualitätsstandards nicht genügen und so die Gesundheit von Patientinnen und Patienten gefährden.

... IM FOKUS

Für den Umgang mit dem Labor und zur Erkennung verdächtiger Medikamente sind praktische Schulungen notwendig. Wurden diese Schulungen anfangs überwiegend von Europa aus geleitet, übernehmen dies nun verstärkt die afrikanischen Partnerorganisationen des Netzwerks und tragen so ihr Wissen weiter.

EINFÜHRUNG EINES IT-SYSTEMS FÜR KRANKENHÄUSER

Digitalisierung ist auch in afrikanischen Ländern ein wegweisendes Thema im Gesundheitswesen. So stand Dr. Nelson Kambale, Koordinator des Netzwerks konfessioneller Gesundheitseinrichtungen DORM-ECC in der Demokratischen Republik Kongo, vor einer Herausforderung: Die meisten Gesundheitseinrichtungen verfügen noch über keine digitalen Werkzeuge und sind weiterhin auf papierbasierte Dokumentation angewiesen. Dies erschwert den Zugang zu Daten und verhindert ein effizientes Krankenhausmanagement. Da entsprechende IT-Lösungen am Markt unerschwinglich waren, begann Dr. Nelson Kambale vor sieben Jahren gemeinsam mit seinem Team mit der Entwicklung eines Krankenhausinformationssystems, das sämtliche Krankenhausprozesse integriert. Inzwischen ist die Software in sieben Krankenhäusern des Netzwerks im Einsatz.

In Guinea, wo Difäm Weltweit ebenfalls seit vielen Jahren tätig ist, sind die Herausforderungen ähnlich. Um die Digitalisierung von vier Krankenhäusern in der abgelegenen Region rund um die Stadt Nzérékoré zu unterstützen, stellte Difäm Weltweit den Kontakt zu Dr. Nelson her. Daraufhin reiste dieser nach Guinea, um zu prüfen, ob seine Software an den Kontext in Guinea angepasst werden kann. Sein Besuch ermöglichte außerdem einen sehr fruchtbaren Austausch zwischen den Partnern und den Leitungen der Gesundheitseinrichtungen. Derzeit arbeitet das kongolesische Team gemeinsam mit unseren Partnern in Guinea an der Anpassung des Systems. Diese Zusammenarbeit ist ein innovativer Weg, gemeinsame Herausforderungen durch den Austausch von Wissen und Erfahrungen anzugehen, und zugleich eine Chance für alle Partner, durch die gemeinsame Arbeit kontinuierlich voneinander zu lernen.

SICHERER UMGANG MIT KREBS-MEDIKAMENTEN

Difäm Weltweit engagiert sich seit vielen Jahren für eine sichere Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten in Tansania. Ein wichtiger Faktor ist dabei der fachgerechte Umgang mit Krebsmedikamenten (Zytostatika). Gemeinsam mit Partnerorganisationen werden Schulungen und Vernetzungsangebote für pharmazeutisches Fachpersonal



aufgebaut. Im September 2025 fand der vom tansanischen Pharmacy Council akkreditierte Zertifikatskurs „Oncology Pharmacy“ bereits zum zweiten Mal am Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC) statt und wurde durch die Partnerorganisation Apotheker Helfen unterstützt. Elf Fachkräfte aus zehn Krankenhäusern nahmen daran teil. In einer zweiwöchigen Schulung wurden theoretische Grundlagen und praktische Fertigkeiten zur aseptischen Zubereitung von Zytostatika-Infusionen sowie zum sicheren Umgang mit den toxischen Präparaten vermittelt. Die Durchführung lag erstmals weitgehend in den Händen der Apothekerinnen und Apotheker des KCMC – ein vorbildliches Beispiel dafür, wie zuvor übermitteltes Fachwissen vor Ort gut weitergegeben werden kann, um so die Perspektive von Tumorpatienten in Tansania zu verbessern.

AUSBILDUNG VON FISTELCHIRURGEN

Seit vielen Jahren engagiert sich Difäm Weltweit für Frauengesundheit in der Ituri-Region im Osten der Demokratischen Republik Kongo. Insbesondere die operative Behandlung von Vaginalfisteln wird unterstützt. Diese Erkrankung ist oft Folge von sexualisierter Gewalt oder Komplikationen bei unbegleiteten Geburten. Die Frauen werden in der Folge inkontinent und müssen mit Ausgrenzung und Stigmatisierung leben. Um ihnen zu helfen, hat Dr. Claude l'dringi eine komplizierte Operationstechnik

erlernt und operiert nun Frauen am Rwankole-Krankenhaus. Da Vaginalfisteln im Kongo sehr häufig sind, kommt das Krankenhaus inzwischen an seine Grenzen. Um die personellen Ressourcen zu verbessern, wurden zwei Ärzte am Panzi-Krankenhaus bei Friedensnobelpreisträger Dr. Denis Mukwege und seinem Team in der Technik der Fistelchirurgie ausgebildet. Die geschulten Ärzte sind inzwischen wieder zurück in



der Ituri-Region. Ein Arzt arbeitet in einem Krankenhaus ganz im Norden, in Adi, der andere im Krankenhaus in Rethi, um auch dort Fisteloperationen anzubieten. Dr. Claude l'dringi weiß: „Für die Frauen, die nach so einer Operation geheilt sind, ist das wie der Beginn eines neuen Lebens“. Eines Lebens voller neuer Perspektiven.

UNTERSTÜTZUNG ALS MARATHON



Auf den Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo im Mai reagierte Difaem Weltweit sofort und stellte seinen Partnerorganisationen Schutzausrüstung zur Verfügung. Inzwischen ist aus dem Sprint ein Marathon geworden – die Epidemie wird noch lange andauern. Difaem Weltweit richtet seinen Fokus auf die ländlichen Gemeinden, um mit Unterstützung und Aufklärung eine Vertrauensbasis zu schaffen. Eine der wichtigsten Maßnahmen dabei ist: Zuhören.

Als der Ebola-Ausbruch gemeldet wurde, konnte Difaem Weltweit als kleine Organisation mit über Jahrzehnte gewachsenen Kontakten zu Partnern in der Region besonders schnell reagieren. Inzwischen ist die international koordinierte Hilfe angelaufen und konzentriert sich zunächst auf die Epizentren des Ausbruchs.

In der langfristigen Hilfe richtet Difaem Weltweit deshalb seinen Fokus auf die ländlichen Gemeinden. Dort kämpfen Fachkräfte in den lokalen Gesundheitsposten als erste Anlaufstelle gegen die Epidemie – oft nur rudimentär ausgerüstet und begleitet vom ständigen Risiko, sich selbst anzustecken. Gegner ist dabei nicht nur das Virus, sondern auch das Misstrauen der Bevölkerung. Falschmeldungen verunsichern die Menschen, sodass viele die Gesundheitseinrichtungen meiden. Ärzte ohne Grenzen hat Mitte Juli gemeldet, dass 90 Prozent der Menschen, die in die Ebola-Behandlungszentren kommen, zuvor nie als Verdachtsfall registriert worden waren. Dies macht die Nachverfolgung und damit die Eindämmung der Epidemie sehr schwer. Zumal diese spezielle Ebola-Variante anfangs nur milde Symptome auslöst – die Patienten können also über einen langen Zeitraum andere Menschen anstecken. Ziel muss es also sein, ein Klima des Vertrauens zu schaffen und gleichzeitig die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den lokalen Gesundheitsposten mit Ausrüstung und Training zu unterstützen.

Vertrauen zu schaffen – das geht nur durch gegenseitiges Zuhören. Difaem Weltweit setzt schon seit vielen Jahren regelmäßig Projekte nach der ASSET-Methode um. Dabei befragen Mitglieder der Gemeinde die Einwohner, welche Maßnahmen sie am dringendsten brauchen. Gemeinsam als Gemeinde setzen sie diese Maßnahmen mit Unterstützung von Difaem Weltweit um. So werden sie aktiver Teil in der Bekämpfung der Epidemie, statt nur passiv Maßnahmen von Hilfsorganisationen hinzunehmen. Dadurch entstehen Akzeptanz, Motivation und Vertrauen. Wenn die Menschen beispielsweise beschließen, dass die Sanierung und Ausstattung eines Gesundheitspostens am wichtigsten ist und wenn sich alle an den Arbeiten beteiligen, wird es zu „ihrem“ Gesundheitsposten, dem sie vertrauen.

Die kirchlichen Gesundheitsposten in den ländlichen Gebieten wird Difaem Weltweit weiterhin mit Schutz-

ausrüstung und Medikamenten versorgen. Gleichzeitig unterstützen wir Schulungen für die Gesundheitsfachkräfte, damit sie sich und andere Patienten gegen Ansteckung besser schützen und die Ebola-Verdachtsfälle optimal behandeln können.

Sowohl für die ASSET-Projekte als auch die Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen benötigen wir einen langen Atem – denn die Epidemie wird noch lange andauern. Auch unsere Partner und die Menschen vor Ort müssen durchhalten und brauchen dauerhafte Unterstützung in ihrem Kampf gegen die Seuche, den sie unter hohem persönlichem Einsatz und ständiger Infektionsgefahr führen müssen. Deshalb bitten wir Sie um Ihre Spende. Denn: Ebola kennt nur Grenzen, wenn Solidarität keine kennt.

BITTE HELFEN SIE JETZT, JEDER TAG ZÄHLT!

Das ist z.B. mit Ihrer Spende in der Ebola-Region möglich:

35 €		20 x Schutzbrillen
55 €		1 x komplette Schutzausrüstung
78 €		100 x N95-Schutzmasken
2000 €		1 x Transportflug mit Hilfsgütern von Uganda nach Bunia

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Mehr unter: www.difaem.de/ebola-info

Link zur Spendenseite:



Spendenkonto Difaem Weltweit

IBAN: DE36 5206 0410 0000 4066 60
BIC: GENODEF1EK1, Evang. Bank eG
Stichwort: Ebola

... Kurz & bündig

KONFILAU FÜR DEN KONGO

Am **Samstag, 17. Oktober 2026, um 15 Uhr** veranstaltet Difäm Weltweit gemeinsam mit dem Evangelischen Jugendwerk Tübingen und den Kirchengemeinden des Bezirks Tübingen erneut den traditionellen Benefizlauf auf der Neckarinsel in Tübingen. Der Erlös fließt in die Difäm-Gesundheitsarbeit im Osten der Demokratischen Republik Kongo.



STUDIFÄM AUF DEM WEIHNACHTSMARKT

Die Studierendengruppe StuDifäm ist vom **11. bis 13. Dezember** auf dem Weihnachtsmarkt in Tübingen vertreten. Sie bieten unter anderem afrikanische Stoffe und Glühwein an. Der Erlös kommt der Difäm-Gesundheitsarbeit in Malawi zugute.

NACHHALTIGE GESUNDHEITSARBEIT IM FOKUS

Was ist das Geheimnis nachhaltiger Gesundheit und Entwicklung? Dieser Frage geht der Informationsabend „HEALTH AND DEVELOPEMENT IN THE MOUNTAINS OF ORISSA“ nach. **Am Freitag, 25. September, um 19:30 Uhr** berichtet das Ehepaar **Dr. Johnny Oommen & Mercy Oommen** im Primus-Truber-Haus (Heinlenstr. 40, Tübingen-Derendingen) von ihren Erfahrungen im kirchlichen Krankenhaus in Bissamcuttack im indischen Bundesstaat Orissa.

GOTTESDIENST ZUR EINFÜHRUNG

Professor Dr. Carsten Krüger wird am Samstag, 24. Oktober, offiziell in sein neues Amt als Difäm-Direktor eingeführt. Der Festgottesdienst beginnt um 14.30 Uhr in der Martinskirche Tübingen.



JETZT WEIHNACHTSKARTEN BESTELLEN

Ab Oktober können Sie wieder unsere Weihnachtskarten bestellen. In diesem Jahr zeigt die Weihnachtskarte ein Gemälde der Ärztin und Künstlerin Dr. Sabine Waldmann-Brun. Bestellen Sie im Internet: www.difaem.de/weihnachtskarten oder unter: Tel.: 07071 206-872; E-Mail: bestellung@difaem.de

Weitere Termine unter: www.difaem.de/veranstaltungen



www.facebook.com/difaem



www.instagram.com/difaemtuebingen



www.difaem.de

Impressum: Gesundheit in der Einen Welt, Heft 3-2026, Zeitschrift von Difäm Weltweit
Herausgeber: Dipl.-Kfm. Wolfgang Stäbler (ViSdP) // Redaktion: Martin Küenzlen
Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V. // Merrit & Peter Renz Haus, Im Rotbad 46,
72076 Tübingen, 07071 206-811 // info@difaem.de // www.difaem.de

Fotos: Difäm Weltweit, Titelbild: Nora Ziegler, Nathan Dumlao
Nachdruck nur mit Genehmigung, Beleg und Quellenangabe.

Spendenkonto: Evangelische Bank eG // IBAN DE36 5206 0410 0000 4066 60 // BIC GENODEF1EK1
Konzeption, Layout und Satz: Grafik-Design LAVORA, Serife Kittelberger, Reutlingen
Druck: RCDRUCK GmbH & Co. KG
Auflage: 13.000

Erscheinungsdatum: September 2026

Seit 1996 trägt der Bereich
Weltweit des Difäm e. V.
das DZI Spenden-Siegel



 **Difäm**
Gesundheit in der Einen Welt



WARTE NICHT AUF WUNDER, SEI EIN TEIL DAVON.



Ihre Spende für nachhaltige Gesundheitsversorgung weltweit

Wir wollen Gesundheit für alle Menschen. Gemeinsam mit unseren Partnern schaffen wir nachhaltige und gerechte Gesundheitsversorgung – vor allem für Menschen in vernachlässigten Regionen Afrikas. Ihre Spende ermöglicht die Ausbildung von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten oder Hebammen. Zudem unterstützt sie die Gesundheit von Müttern und Kindern, eine sichere Medikamentenversorgung oder Nothilfe in Kriegs- und Krisensituationen. **Bitte helfen Sie!**

www.difaem.de/spenden

Difäm Weltweit
Merrit & Peter Renz Haus
Im Rotbad 46
72076 Tübingen



Spendenkonto

IBAN: DE36 5206 0410 0000 4066 60
BIC: GENODEF1EK1, Evang. Bank eG

Seit 1996 trägt der
Bereich Weltweit des
Difäm e. V. das DZI
Spenden-Siegel.

