

Gesundheit in der Einen Welt

Difäm

Heft IV / 2019

Fokus: Gesunde Mütter, gesunde Kinder, stabile Gesellschaften



S. 4

**GESUNDE MÜTTER,
GESUNDE KINDER**

Was das Difäm und seine Partner für Mütter- und Kindergesundheit tut.

S. 11

**AUF ZU NEUEN
WEGEN**

Gesundheitsfinanzierung in Afrika neu denken.

S. 15

**FÜR EIN LEBEN IN
WÜRDE**

Helfen Sie den Geflüchteten im Ostkongo mit Ihrer Spende!



Liebe Leserin, lieber Leser,

ein besonderes Jahr neigt sich dem Ende entgegen. Ein Jahr, in dem der Kongo in besonderer Weise im Mittelpunkt unserer Arbeit stand. Meine Reise in diesem Sommer in die Provinzen Haute Uéle, Ituri und Süd Kivu im Osten der Demokratischen Republik Kongo waren sehr eindrücklich. Die Berichte der Menschen zu hören, die vertrieben wurden, die von ihren Lieben erzählen, die sie verloren haben, und vor dem Nichts stehen, erschüttert zutiefst.

Ich bin froh, dass wir helfen können. Dass wir mitten in der Not und Partner vor Ort haben, die bereit sind, immer wieder hinzugehen und im Leben dieser Menschen einen Unterschied zu machen. Rose Mumbere ist eine der Unermüdlichen, die mit ihrem Team auch in schwierigen Situationen ganz nah bei den Menschen ist. Dr. Denis Mukwege gibt den Menschen im Osten des Kongo weltweit seine Stimme. Er hat in diesem Jahr als Friedensnobelpreisträger sehr viel bewegt.

Lesen Sie in dieser Ausgabe mehr darüber, wie die Gesundheit von Frauen und Kindern verbessert werden kann. Außerdem berichten wir darüber, wie wir neue Technologien einsetzen, damit alle Zugang zu Gesundheitsversorgung bekommen.

Als Difäm dürfen wir Teil der großen Familie sein, die sich für mehr Gesundheit, mehr Gerechtigkeit und Frieden einsetzt. Wir freuen uns, wenn Sie uns weiterhin bei dieser wichtigen Arbeit unterstützen. Herzlichen Dank an alle, die das in ganz großer Treue tun!

Gott segne Sie und all diejenigen mit denen wir weltweit verbunden sind.

Ihre

Dr. Gisela Schneider,
Direktorin des Difäm



NOVEMBER 2019

IM FOKUS: GESUNDE MÜTTER, GESUNDE KINDER



IMPULS

Weihnachten: Durchbruch des Lebens 3

IM FOKUS

-  Gesunde Mütter, gesunde Kinder, stabile Gesellschaften 4
- Familienplanung – ein Beitrag zu Müttergesundheit 6
-  Sichere Mutterschaft im Tschad 8
- Das Leiden der Frauen geht weiter 9

AUS ALLER WELT

-  Auf zu neuen Wegen 10
- HIV in Zeiten des Krieges 11
-  Teilhabe für gehörlose Menschen 12
- Pilotprojekt e-Learning geht in die nächste Runde 13
- Auf den Spuren von Paul Lechler 14

RUND UMS SPENDEN

-  Für ein Leben in Würde 15

MELDUNGEN UND TERMINE

-  Veranstaltungen, Publikationen, Impressum 16

WEIHNACHTEN: DURCHBRUCH DES LEBENS



Die Geburt Jesu: In der Darstellung eines afrikanischen Künstlers oder einer Künstlerin ist das Neugeborene auf Stroh gebettet. Es wirkt zerbrechlich und hilflos. Joseph hält seinen Stab über die Krippe und wendet sich Maria schützend zu.

Eine Geburt unter armseligen Verhältnissen. Aber es ist eine besondere Geburt. Traditionelle afrikanische Harfen- und Trompetenklänge erklingen. Drei Menschen bringen Geschenke, einer von ihnen kniet anbetend nieder. Die Eltern wirken unsicher, fast unbeholfen. „Was hat dies alles zu bedeuten?“, scheinen sie sich zu fragen. Die Personen des Bildes wenden ihre Aufmerksamkeit dem Neugeborenen zu. Auf das, was sich im Hintergrund tut, scheinen sie nicht zu achten.

Für uns als Betrachtende jedoch drängt sich von dort die Deutung der Geburt Jesu auf. Wir blicken auf ein helles Licht, in dessen Zentrum Joseph und seine Familie stehen. Dieses Licht bricht sich Bahn, es bricht die Begrenzung des Stalles auf. Alles scheint in Bewegung zu geraten.

Aus diesem Weihnachtsbild spricht eine starke Hoffnung – die Hoffnung, dass mit der Geburt Jesu etwas ganz Neues begonnen hat. Jesu Geburt ist der Durchbruch des Lebens. Dieses schwache Kind bringt Leben, bringt Heilung und die Befreiung von allen Fesseln. Eine österliche Perspektive tut sich auf: Jesus wird die Macht des Todes endgültig brechen.

Dass diese Darstellung des Weihnachtsgeschehens in Afrika entstanden ist, ist bemerkenswert. Spiegelt es die Erfahrung der Menschen dort wieder? Sind sie auch in schwierigen Lebenssituationen getragen vom Vertrauen auf Heilung und Befreiung?

Die Menschen in unseren afrikanischen Partnerländern lassen uns immer wieder staunen. Da begegnen wir Frauen und Männern, die mitten im Leid nicht verzweifeln oder mit Gott hadern, sondern voller Hoffnung sind. Zum Beispiel Rose Mumbere. Die Krankenschwester lebt in der ostkongolesischen Stadt Bunia in der Ituri-Region. Das ist, so sagt man, eine der blutigsten Ecken des Kongo. Rose hat in ihrem Leben viele Schicksalsschläge erlitten und war selbst schon schwer krank. Sie kämpft gegen Ebola und gegen die Gewalt, die in Bunia alltäglich ist. Sie weiß nicht, wie es weitergehen kann, nachdem tausende Menschen auf der Flucht vor Gewalt vom Land in die Stadt strömen und wieder ein neues Flüchtlingscamp errichtet werden muss.

Aber inmitten aller Not schreibt Rose an uns: „Ich weiß, dass Gott hier in Bunia bei uns ist. Ich habe immer Hoffnung.“ Rose verschließt nicht die Augen vor der schlimmsten Situation und erfährt sich oft als macht- und hilflos. Dennoch strahlt sie Lebensfreude und ein unerschütterliches Grundvertrauen aus – weil sie zutiefst überzeugt ist: Mit Jesu Geburt hat sich das Leben in der Welt Bahn gebrochen.

Menschen wie Rose verbreiten eine ansteckende Hoffnung. Mit ihnen können wir voll Freude einstimmen in das Weihnachtslied: „Jesus ist kommen, Grund ewiger Freude ... Jesus ist kommen, nun springen die Bande; Stricke des Todes, die reißen entzwei“ (Evangelisches Gesangbuch, Lied 66).

Beate Jakob, Difäm-Referentin für Gemeinde- und Gesundheitsarbeit



Difäm/Schäfer

Nahezu alle Difäm-Projekte haben eine Mutter-Kind-Komponente. Denn gesunde Mütter und Kinder sind ein Segen für ihre Familien und eine wesentliche Stütze für eine Gesellschaft.



Difäm/Anna Buck

GESUNDE MÜTTER, GESUNDE KINDER, STABILE GESELLSCHAFTEN

Welches Glück, wenn Eltern ein gesundes Neugeborenes in den Armen halten und sagen können: „Mutter und Kind wohlauf!“ Über die familiäre Ebene hinaus sind gesunde Mütter und Kinder eine wesentliche Stütze für eine Gesellschaft. Besonders in Ländern mit niedrigem Einkommen tragen gerade Mütter zur Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen bei. Gesunde Kinder sind die Zukunft einer Gesellschaft.

Im Bereich der Mütter- und Kindergesundheit wurden in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte gemacht. Zwischen 1990 und 2017 sank die Sterblichkeit von Kindern um knapp 60 Prozent, die Müttersterblichkeit ging um etwa 38 Prozent zurück. Dies war möglich, nachdem sich die Weltgemeinschaft im Rahmen der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) verpflichtet hatte, die Gesundheit von Müttern und Kindern zu verbessern und viel in Gesundheit investiert wurde. Trotzdem sterben laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) täglich immer noch über 800 Frauen durch Komplikationen im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt.

94 Prozent aller Todesfälle unter Müttern ereignen sich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, mehr als die Hälfte davon in Afrika südlich der Sahara. Dort stirbt jedes 13. Kind, das geboren wird, vor seinem fünften Geburtstag. Weltweit sterben täglich etwa 15.000 Kinder, die jünger als fünf Jahre alt sind. Wenn ein Kind stirbt, ist das für seine Eltern ein schrecklicher Schicksalsschlag, und jeder Todesfall einer Mutter ist eine Tragödie für ihre Kinder und die ganze Familie. Was sind die Ursachen und wie kann die Gesundheit von Müttern und Kindern weiter verbessert werden?



MÜTTER- & KINDERSTERBLICHKEIT

Die statistische Größe der Kindersterblichkeit umfasst den Anteil der Kinder, die im Zeitraum der ersten fünf Lebensjahre sterben, bezogen auf 1000 Lebendgeburten. Müttersterblichkeit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als „Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Schwangerschaftsende, unabhängig von der Dauer und dem Ort der Schwangerschaft, aus Gründen, die mit der Schwangerschaft oder deren Management zusammenhängen oder verschlimmert werden, nicht aber aus Gründen, die auf Zufälle oder menschliches Versagen zurückzuführen sind.“

WARUM STERBEN MÜTTER?

Eine Hauptursache für die Müttersterblichkeit ist der fehlende Zugang zu einer fachlich guten Betreuung während der Schwangerschaft. Schätzungsweise ein Fünftel der schwangeren Frauen in Ländern mit niedrigem Einkommen nimmt an keinem einzigen Vorsorgetermin teil, etwa die Hälfte entbindet ohne Begleitung durch eine qualifizierte Hebamme. Unzureichende Hygiene und weite Wege zu medizinischen Einrichtungen sind weitere Ursachen für den Tod von Müttern. Es fehlt an gut ausgebildeten medizinischen Fachkräften und der nötigen Infrastruktur, um zum Beispiel komplizierte Geburten oder Kaiserschnitte fachgerecht durchführen zu können. So kommt es zu Todesfällen oder langfristigen gesundheitlichen Problemen, beispielsweise Blasen-Scheiden-Fisteln, die Frauen ausgrenzen und ihnen die Lebensperspektive nehmen.

Tschad. Aminah freut sich auf ihr viertes Kind. Die bisherigen Geburten waren komplikationslos und sie wird wieder zuhause mit der Hilfe einer traditionellen Hebamme entbinden. Nach der Geburt tritt plötzlich eine schwere Nachblutung auf. Auf Veranlassung der Hebamme wird Aminah schnell in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht. Ihr Blutverlust ist so hoch, dass Aminah auf dem Weg dorthin stirbt.

Etwa 30 Prozent der mütterlichen Todesfälle sind durch Blutungen nach der Geburt bedingt.

Auch ökonomische und gesellschaftlich-kulturelle Faktoren beeinflussen die Müttergesundheit. Allen voran die Armut. Wer wenig Einkommen hat, kann sich nicht gesund ernähren und eine nötige Behandlung oder den Transport zur medizinischen Einrichtung bezahlen. Fehlende Aufklärung über Familienplanung, mangelnder Zugang zu Methoden der Geburtenkontrolle (s. Seite 6), frühe Heiraten und Schwangerschaften von Mädchen sowie mangelnde Schulbildung von Mädchen sind weitere Gründe für eine hohe Müttersterblichkeit.

DER GEFÄHRLICHE ERSTE MONAT

Etwa die Hälfte der Kinder, die ihren fünften Geburtstag nicht erleben, sterben in den ersten vier Lebenswochen – meistens zuhause und ohne jede medizinische Hilfe. Häufige Ursachen sind Geburtskomplikationen, mangelnde medizinische Erstversorgung Neugeborener, ein niedriges Geburtsgewicht, Stillprobleme von Müttern, die selbst unterernährt sind, sowie Infektionen. Nach

Malawi. Mary macht sich Sorgen um den zweijährigen Kizito. Seit drei Tagen hat er Fieber und erbricht häufig. Weil in ihrem Dorf keine Behandlung möglich ist, wartet sie und hofft, dass Kizito wieder gesund wird. Als das Fieber aber weiter steigt und Kizito Krämpfe entwickelt, leiht sich Mary Geld, um ihn ins Gesundheitszentrum zu bringen. Dort wird eine lebensgefährliche Malaria diagnostiziert und sofort behandelt. Hätte Mary noch länger gewartet, wäre Kizito wahrscheinlich gestorben.

Dorfgesundheitsshelfer, die Kinder in Dorfambulanzen (village clinics) vor Ort behandeln, retten Leben.

den ersten kritischen Lebenswochen sterben Kinder meist an Krankheiten, die einfach und gut behandelt werden können, meist schon auf der Dorfebene. Infektionen der Atemwege, Durchfall, Malaria und Masern können tödlich sein, wenn Kinder fehl- oder mangelernährt sind, unter schlechten hygienischen Bedingungen leben, kein sauberes Trinkwasser haben, oder wenn der Weg zur medizinischen Versorgung zu weit ist. Mindestens zwei Drittel der Todesfälle im Kindesalter wären durch einfache und kostengünstige Maßnahmen zu verhindern. Täglich könnten etwa 7.500 Kinderleben gerettet werden, wenn die häufigsten Krankheiten von Kindern wohnortnah und frühzeitig behandelt würden!

WAS IST ZU TUN?

Beim Gesundheitsziel der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (SDG 3) steht die weitere Senkung der Sterblichkeit von Müttern und Kindern an oberster Stelle. Um diese Ziele bis 2030 zu erreichen, braucht es einen systemischen Ansatz, der medizinische, sozioökonomische und kulturelle Faktoren im Blick hat und auf internationaler, nationaler und auf Gemeindeebene umgesetzt wird. Im medizinischen Bereich braucht es stabile Gesundheitssysteme, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung und eine ausreichende Finanzierung für die Gesundheit von Müttern und Kindern.

In der Difäm-Arbeit ist die Stärkung lokaler Gesundheitssysteme ein Schwerpunkt. Nahezu alle Projekte haben eine Mutter-Kind-Komponente. Im Tschad finanziert das Difäm ein Safe-Motherhood-Projekt, das speziell die Gesundheit von Müttern und Kindern im Blick hat (siehe S. 7 und 8). In Malawi stehen der Bau von Dorfambulanzen und die Verbesserung der Ernährung von Müttern und Kindern im Fokus.

Dr. Beate Jakob



Wenn Mütter und Kinder gesund sind, geht es den Familien und der ganzen Dorfgemeinschaft besser.

FAMILIENPLANUNG – EIN BEITRAG ZU MÜTTER- GESUNDHEIT

In vielen Difäm-Projekten ist Familienplanung eine wichtige Komponente, damit Kinder gesund aufwachsen und Mütter neue Kraft schöpfen können. Der Zugang zu Familienplanung muss daher integraler Bestandteil einer umfassenden Versorgung von Frauen und Mädchen sein.

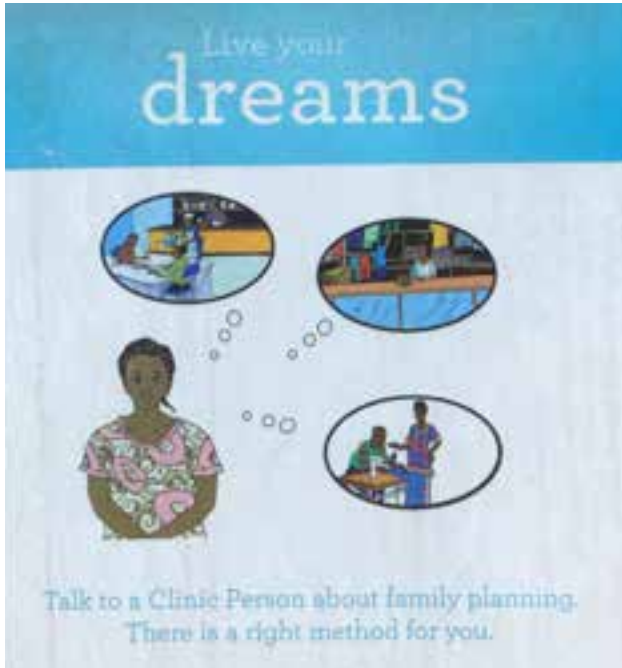
Schaut man sich die Liste der Länder mit der höchsten Müttersterblichkeit an, so findet man unter den ersten 15 alle Schwerpunktländer des Difäm. Deshalb ist die Verbesserung der Müttergesundheit für die Difäm-Partner, die in kirchlichen Krankenhäusern und Gesundheitszentren arbeiten, ein großes Anliegen. Im Tschad und in der Demokratischen Republik Kongo werden Maßnahmen umgesetzt, um Frauen während der Schwangerschaft und Geburt kompetent zu begleiten. Dazu gehören die Schwangerenbetreuung mit Beratung und Vorsorge sowie eine sichere Entbindung durch Fachpersonal, das bei Komplikationen zügig eingreifen kann. Aber auch die Begleitung von Frauen und Männern, die eine Familie gründen wollen, ist wichtig. Sie werden beraten, wie sie Schwangerschaften gut planen und ihren Kindern Raum zur Entwicklung geben können. Zum umfassenden Angebot gehört auch der Zugang zu Wegen der Familienplanung.

EIN SENSIBLES THEMA

Afrikas Bevölkerung wächst rasant und wird sich bis 2050 schätzungsweise verdoppeln. Die Geburtenrate in den Difäm-Partnerländern ist hoch. Im Tschad und in der Demokratischen Republik Kongo liegt sie bei durchschnittlich 4,5 Geburten pro Frau. In Sierra Leone sind es 4,7 und in Malawi 5,5 Geburten pro Frau. Kinder sind für viele Familien wichtige Helfer bei der Arbeit in der Landwirtschaft und eine Art Vorsorge fürs Alter. Auch eine hohe Kindersterblichkeit trägt dazu bei, dass Frauen mehr Kinder bekommen. Eine hohe Kinderzahl bedeutet allerdings ein zusätzliches Armutsrisiko. Denn Kinder gut zu ernähren, die Kosten für notwendige medizinische Behandlungen aufzubringen, das Schulgeld zu bezahlen, übersteigt oft die finanziellen Möglichkeiten einer Familie.

Angebote zur Familienplanung müssen kultursensibel sein und müssen Glauben und Werte der Menschen berücksichtigen. „Seid fruchtbar und mehret euch“, so steht es in der Bibel. Wie ist diese Botschaft heute zu verstehen und wie kann sie vermittelt werden? Kinder als Segen Gottes zu sehen und dankbar anzunehmen, ist Teil einer verantwortlichen Elternschaft und steht der Anwendung von Methoden der Familienplanung nicht entgegen.

Als vor einigen Jahren im Projekt „Sichere Mutterschaft“ im Einzugsgebiet des Koyom-Krankenhauses im Tschad ein Angebot zur Familienplanung diskutiert wurde, waren die Verantwortlichen des Krankenhauses zunächst verun-



Mit einem Plakat im Ganta-Hospital in Liberia werden Frauen ermutigt, eine Beratung zur Familienplanung wahrzunehmen – und ihre Lebensträume zu verwirklichen.

sichert. „Darf ein christliches Krankenhaus Familienplanung überhaupt empfehlen?“, fragten sie sich. Deshalb wurde das Thema bei der Jahreskonferenz der ACT (Assemblées Chrétiennes au Tchad), der Trägerkirche des Krankenhauses, ausgiebig besprochen. Es konnte ein Konsens gefunden werden.

ACT hat ethische Richtlinien formuliert, die auch für die Mitarbeitenden im Gesundheitsbereich bindend sind. Sie sollen Frauen Zugang zu Verhütungsmitteln geben, sie aber auch angemessen beraten. Ehepaare werden ermutigt, das Thema Familienplanung gemeinsam zu bedenken. Frauen und Mädchen sollen Zugang zu der Methode der Geburtenkontrolle bekommen, die für sie am besten ist. Die Richtlinien der ACT sind ein Beispiel für einen verantwortlichen Umgang mit dem Thema Familienplanung im kirchlichen Kontext.

Wie wird das Angebot von den Menschen angenommen? Claudia Wahl, die als Gynäkologin in der Difäm-Partnerkirche arbeitet, berichtet: „Kinder sind ein Geschenk Gottes“, sagen die einen und lehnen Familienplanung nach wie vor ab. Andere empfinden es als einen Segen, dass sie nun Zugang zu Familienplanung bekommen, so Wahl. Viele Frauen klagten, dass die vielen Schwangerschaften sie überfordern: „Ich bin müde. Eine Pause tut gut“. In der Projektregion nützen mittlerweile knapp zehn Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter das Angebot der Familienplanung.

ZUGANG ZUR FAMILIENPLANUNG – NOCH LÄNGST NICHT FÜR ALLE

Weltweit haben geschätzte 214 Millionen Frauen und Mädchen keinen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln – in den Ländern mit niedrigem Einkommen betrifft dies jede vierte Frau im gebärfähigen Alter. Viele Schwangerschaften, vor allem bei Jugendlichen, sind nicht gewollt. Die Müttersterblichkeit ist bei Schwangeren, die jünger als 15 Jahre sind, besonders hoch und eine der Hauptursachen für den Tod von Jugendlichen in Entwicklungsländern. Häufig führen Teenagerschwangerschaften zu unsicheren Abtreibungen mit vielen Komplikationen und nicht selten tödlichem Ausgang.

Der Weltbevölkerungsbericht 2019 steht unter dem Titel: „Unfinished Business – Reproduktive Rechte und Entscheidungsfreiheit FÜR ALLE“. Er zeigt auf, wie viel es noch zu tun gibt – auf lokaler Ebene zum Beispiel im Austausch mit den Frauen, damit sie in der Lage sind, ihre Recht auf Selbstbestimmung wahrzunehmen. Aber auch auf nationaler und internationaler Ebene haben noch längst nicht alle Frauen entsprechende Beratung und Zugang zu zuverlässigen Verhütungsmitteln.

Difäm-Projekte sichern eine gute Betreuung und Versorgung für Mütter in der Schwangerschaft und während der Geburt sowie für Kinder den Zugang zu Nahrung, Impfungen und guter Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus integriert das Difäm Maßnahmen der Familienplanung als eine wichtige Komponente zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit.

Gabi Hettler ist Referentin für Gesundheit im Difäm.

MÜTTERGESUNDHEIT IM KONGO

In der Provinz Südkivu im Osten der Demokratischen Republik Kongo leben knapp sechs Millionen Menschen. Die medizinische Arbeit von 16 Kirchen wird vom Difäm-Partner Département des Œuvres Médicales - Eglise du Christ au Congo (DOM ECC) koordiniert. In den vergangenen drei Jahren lag der Schwerpunkt auf Angeboten für schwangere und gebärende Frauen.

Mitarbeitende aus 30 ausgewählten Gesundheitszentren wurden in Geburtsüberwachung, Reanimation von Neugeborenen und Versorgung der Frauen nach der Entbindung geschult. Auch Familienplanung war ein Baustein des Projekts. Seither nutzen 12,1 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter in der Projektregion eine moderne Methode zur Verhütung, zuvor waren es nur 8,1 Prozent.



Im Tschd entbinden sehr viele Frauen mittlerweile im Krankenhaus.

SICHERE MUTTERSCHAFT IM TSCHAD

Dank eines Difäm-Projekts zur Mutter-Kind-Gesundheit sterben in den Provinzen Koyom und Doba weniger Mütter und Kinder bei und nach der Geburt.

„Safe Motherhood“ – „Sichere Mutterschaft“ heißt ein Projekt am evangelischen Krankenhaus in Koyom im Tschad. Seit 2009 wird es vom Difäm unterstützt. Mitarbeitende des Projektpartners motivieren Schwangere, zu Vorsorgeuntersuchungen in die Gesundheitseinrichtungen zu kommen und auch dort zu entbinden. Dort werden die Frauen von qualifiziertem Fachpersonal betreut. Im Interview spricht der Leiter des Krankenhauses in Koyom, Dr. Djékadom Ndilta, über die Anfänge und Erfolge des „Safe Motherhood“-Projekts.

Wie kam es vor zehn Jahren zu dem Projekt „Safe Motherhood“?

Die Sterblichkeitsraten von Müttern und Säuglingen nach der Geburt waren damals extrem hoch. Von 100.000 Müttern starben ungefähr 1.100 bei der Geburt ihres Kindes. Außerdem starben von 1.000 Kindern etwa 34 bei der Geburt. Das lag hauptsächlich am Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal. Die Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtungen konnten schwangeren Frauen mangels Ausbildung oft nicht helfen. Viele Frauen sind deshalb gar

nicht mehr gekommen, was natürlich zur Folge hatte, dass potentielle Komplikationen nicht mehr erkannt wurden. Viele Mütter und Kinder sind dann bei nicht medizinisch begleiteten Hausgeburten gestorben. Das hat uns sehr erschüttert. Angesichts dieses Leids mussten wir dringend handeln.

Was hat sich seit dem Beginn des „Safe Motherhood“-Projekts geändert?

Es kommen viel mehr Frauen zur Schwangerenvorsorge. Außerdem entbinden mehr von ihnen im Krankenhaus. Wenn es dann zu Komplikationen bei der Geburt kommt, ist auch der Transport der Schwangeren in ein besser ausgestattetes Krankenhaus möglich. Dadurch sterben weniger Mütter bei der Geburt ihres Kindes. Außerdem sind unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser ausgebildet und motivierter. Sie haben heute qualitativ hochwertige Medikamente und Geräte zur Verfügung. Außerdem haben wir mittlerweile einen zweiten Arzt in Koyom. Das hat insgesamt zu einer Entlastung sowohl im Krankenhaus als auch bei der Überwachung der Projektaktivitäten beigetragen.

Was sind die Stärken des Projekts?

Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung für Mütter und ihre Kinder zu schaffen ist sowohl ein Ziel des Krankenhauses von Koyom als auch des tschadischen Staates. Das Projekt trägt dazu bei, dass Schwangere in ländlichen Gebieten die gleiche Versorgung wie Frauen in städtischen Gebieten erhalten. Dies ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit. Wichtig ist außerdem, dass in dem Projekt alle Religionsgemeinschaften und der Staat zusammenarbeiten, um die Gesundheit von Mutter und Kind zu verbessern.

Wo gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten?

Wir müssen weiterhin an der Ausbildung des Gesundheitspersonals speziell im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit arbeiten.

Das Interview führte Clara Strohäcker, Praktikantin im Difäm.

SAFE MOTHERHOOD PROJEKT



2016 wurde das Projekt auf den Doba-Distrikt ausgeweitet. Insgesamt 30 kirchliche und staatliche Gesundheitseinrichtungen nehmen derzeit daran teil. In der Projektregion leben etwa 298.000 Personen, rund ein Viertel davon sind Frauen im gebärfähigen Alter. Das Projekt wird mittlerweile vom Katholischen Kindermis-sionswerk Sternsinger finanziert, Difäm-Referentin Gabi Hettler ist weiterhin als Beraterin tätig.

DAS LEIDEN DER FRAUEN GEHT WEITER

Im Ostkongo herrschen Gewalt und Terror. Immer wieder flammen Kämpfe auf, müssen Menschen ihre Häuser und Dörfer verlassen – auf der Flucht vor der Gewalt der Milizen und Soldaten, die um Einfluss und Bodenschätze konkurrieren. Im Juli 2019 hat Gisela Schneider die Binnenflüchtlinge in Bunia, der Provinzhauptstadt Ituri im Ostkongo, besucht.

„Die Milizen kamen nachts. Aus Angst davor, umgebracht zu werden, bin ich mit meinen beiden Kindern in den Busch gelaufen, einfach weg.“ Marta ist eine von vielen Frauen, die in der Kirche in Shari, einem Vorort von Bunia, Unterschlupf gefunden haben. Seit zwei Monaten leben dort mehrere hundert Vertriebene.

UNZUMUTBARE LEBENSBEDINGUNGEN

Die junge Frau ist hochschwanger. Sie erwartet ihr drittes Kind. Mit ihren beiden älteren Kindern, drei und fünf Jahre alt, schläft sie nachts auf einem leeren Sack. Es ist Regenzeit und der Lehmboden ist feucht. Nur ein Tuch schützt etwas vor den allgegenwärtigen Moskitos. Die wenigen Toiletten, die es auf dem Kirchengelände gibt, sind längst überbeansprucht. Man kocht in Schichten, damit jeder die wenigen Töpfe, die es gibt, nutzen kann. Für Marta und ihre Kinder gibt es an diesem Morgen gekochte Kassava-Blätter – ohne Öl und Salz.

JEDEN TAG KOMMEN MEHR FLÜCHTLINGE NACH SHARI

Eigentlich wollten die Vereinten Nationen Planen liefern für neue Zelte. Die Bambuskonstruktionen sind bereits fertig. Auf die schützenden Planen warten die Menschen immer noch. Und so bleiben die Flüchtlinge in der Kirche. „Das sind die neuen Geflüchteten, die heute angekommen sind und hier registriert werden“, sagt einer der Dorfchefs und zeigt auf die Menschenschlange vor einem Verschlag. Jeder Flüchtling bekommt einen Coupon des Welternährungsprogramms. Damit können sich die Menschen jede Woche eine Portion Reis, Bohnen und etwas Öl abholen – kaum genug, um eine Familie zu ernähren. Immerhin erhalten die Schwangeren und die Kinder eine kostenlose Gesundheitsversorgung.

Mitarbeitende von MUSACA, einer Partnerorganisation des Difäm, bringen Kranke, Schwangere und kleine Kinder ins nächstgelegene Gesundheitszentrum. Auch Marta ist mit dabei. Glücklicherweise hat sie keine Komplikationen in der Schwangerschaft. Wenigstens das – aber in ihrem Ge-



Difäm/Killenberger

Frauen, Männer und Kinder leben in den überfüllten Flüchtlingsunterkünften unter schrecklichen Bedingungen.

sicht spiegelt sich das Leid der letzten Wochen. Wie soll sie das neue Leben, das sie in sich trägt, schützen, ernähren und großziehen?

EIN KLEINER HOFFUNGSSCHIMMER

Einige von den Frauen, die MUSACA zur Behandlung in die Gesundheitsstation gebracht hat, werden stationär aufgenommen. Nicht immer wäre dies aus medizinischer Sicht notwendig. Aber in ihrer jetzigen Situation bedeutet der Aufenthalt für die Frauen eine Auszeit: Wieder einmal in einem Bett schlafen, ein Moskitonetz zur Verfügung haben, regelmäßig etwas essen, ohne bedrängt zu werden. Denn alle stationär versorgten Patientinnen und Patienten bekommen zweimal am Tag eine Mahlzeit. Dafür hat MUSACA gesorgt. Es ist ein kleines Zeichen der Hoffnung.

Gisela Schneider ist Direktorin des Difäm

SPENDEN UND HELFEN

Wie soll es weitergehen mit Marta und den anderen Flüchtlingen in Shari? Das Difäm ruft dringend zu Spenden auf, damit MUSACA und andere Partnerorganisationen in der Region die Basisgesundheitsversorgung der Menschen sicherstellen können. Derzeit wird ein Bohrloch gebaut, um die Flüchtlinge mit sauberem Wasser zu versorgen. MUSACA sorgt weiterhin dafür, dass Kranke in den umliegenden Gesundheitszentren medizinische Behandlung erhalten.

Helfen Sie mit Ihrer Spende, diese Arbeit weiterzuführen!

AUF ZU NEUEN WEGEN

Wie können die kirchlichen Gesundheitsdienste langfristig finanziert werden? Diese Frage brennt den Difäm-Partnern in der Demokratischen Republik Kongo unter den Nägeln. Bei einem Workshop diskutierten sie über mögliche Finanzierungsmodelle.

Die Kirchen stellen im Ostkongo über die Hälfte aller Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung. Allerdings müssen sich kirchliche Krankenhäuser selber finanzieren. Weder der Staat noch andere Geldgeber tragen die Kosten. Das bedeutet, dass es letztlich die Patientinnen und Patienten selbst sind, die für ihre Behandlung aufkommen müssen. In der Folge leiden viele Kliniken unter Geldnot. Patientinnen und Patienten, die bereits arm sind, verarmen durch hohe Krankheitskosten noch mehr. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat berechnet, dass jedes Jahr 100 Millionen Menschen in extreme Armut fallen, weil sie für ihre Gesundheitsversorgung selber aufkommen müssen.

GROSSE SOLIDARITÄTSBEWEGUNG NÖTIG

„Wir müssen diese Kosten gemeinsam tragen. Die Gesunden für die Kranken, die Reichen für die Armen. Wir brauchen eine große Solidaritätsbewegung!“ Das war der Tenor eines Workshops in der ostkongolesischen Stadt Bukavu. Partnerorganisationen, Vertreter der Kirchen, der Universität und des Difäm sowie staatlicher Stellen haben dort beraten, wie sich die Gesundheitsfinanzierung langfristig auf solide Beine stellen lässt. Es gibt ermutigende Beispiele, wie etwa der Difäm-Partner „La Mutuelle de Santé



Menschliche Zuwendung in der Gesundheitsversorgung ist ebenso wichtig wie eine solide Finanzierung der Gesundheitsdienste.

Canaan“ (MUSACA). Die Organisation hat eine kleine Krankenversicherung im Sinne von Solidargemeinschaften gegründet, die vor allem Frauen Zugang zu Gesundheitsversorgung bringt. Allerdings ist sie immer noch von externer Unterstützung abhängig.

Das ist aber nur ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Bisher hat sich nämlich das Konzept einer Krankenversicherung im Kongo nicht durchgesetzt. Die Provinzregierung im Süd-Kivu versuchte zuletzt mit Unterstützung der belgischen Regierung eine Krankenversicherung aufzubauen. Anfang der 1990er Jahre war es ein katholisches Netzwerk, das sich engagierte. Letztlich scheiterten alle Versuche an den hohen Kosten der Verwaltung einer Versicherung und der Tatsache, dass die Menschen die hohen Jahresbeiträge nicht bezahlen konnten.

Es braucht also einen neuen Zugang, der alle beteiligt. Heute gibt es dank moderner Technologie neue Möglichkeiten – mit dem Einsatz des Mobiltelefons und der Möglichkeit, auch kleine Beiträge über mobiles Geld (Mobile Money) einzusetzen. Das Difäm ist im Gespräch mit den Kirchenleitungen. Difäm-Partner vor Ort loten aus, wie eine Versicherung aussehen kann, die gesamtkirchlich aufgebaut ist. Sie wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer nachhaltigen Gesundheitsfinanzierung.

Gisela Schneider

LESEN SIE DEN DIFÄM-BLOG VON GISELA SCHNEIDER ZU IHRER KONGOREISE!

Drei Wochen lang reiste Difäm-Direktorin Gisela Schneider durch den Osten der Demokratischen Republik Kongo. Unter anderem besuchte sie den langjährigen Difäm-Partner und Friedensnobelpreisträger Dr. Denis Mukwege in Bukavu sowie ein Nothilfeprojekt für Geflüchtete in Bunia und besprach weitere Schritte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Begleitet wurde sie dabei von einem SWR-Filmteam. Im Reiseblog berichtet Gisela Schneider über ihre Erlebnisse und Begegnungen.

www.blog.difaem.de



Den SWR-Film über die Situation im Kongo und die Zusammenarbeit von Dr. Denis Mukwege und dem Difäm zeigen wir Ihnen am 10. Dezember um 18:00 Uhr im Kino Museum in Tübingen.



Trauer um die Kriegstoten in der Ukraine. Angesichts des Leids gerät HIV und Aids oft in Vergessenheit.

HIV IN ZEITEN DES KRIEGES

In Kriegszeiten tritt die Prävention von HIV und Aids angesichts der unmittelbaren Todesgefahr oft in den Hintergrund. So auch in der Ukraine. Aufklärungsarbeit ist wichtiger denn je. Olaf Hirschmann besuchte als Berater für Brot für die Welt HIV-Präventionsprojekte in der Ukraine.

Der erste Fall einer HIV-Infektion in der ehemaligen Sowjetunion trat 1986 im heute ukrainischen Odessa auf. Es war der Beginn einer Zeit, in der tausende junge Menschen zu intravenösen Drogen griffen und sich mit HIV, Hepatitis und Tuberkulose ansteckten. Das Ende der Sowjetunion einige Jahre später beschleunigte die Entwicklung. Nach Jahrzehnten der Indoktrination durch die kommunistische Propaganda blieb ein Wertevakuum, das auch die Kirchen nicht füllen konnten.

LEERE UND HOFFNUNGSLOSIGKEIT

Was blieb, waren auch in der Ukraine die „leeren Kalorien“ des Kapitalismus. Seit der Unabhängigkeit im Jahr 1991 ersetzen Fast-Food-Ketten die traditionelle Küche in den

großen Städten wie Kiew und Odessa. Luxusmarken bieten ihre Waren in den Geschäften an. Dies hilft jedoch nicht gegen die Hoffnungslosigkeit, die viele empfinden.

Lange Zeit verblieb die HIV-Epidemie in den Risikogruppen, erweitert um Homosexuelle und Prostituierte. Noch 2006 war die Übertragung über Blut für 80 Prozent der Infektionen verantwortlich. Die gute Nachricht ist, dass der Scheitelpunkt dieser Infektionswelle überwunden scheint. Information und eine Änderung des Lebensstils führten dazu, dass immer mehr junge Menschen auf Drogen verzichten. Gesundheit ist in Mode gekommen.

HIV VERLÄSST RISIKOGRUPPEN

Die schlechte Nachricht ist, dass sich die Infektion mittlerweile nicht nur innerhalb der Risikogruppen verbreitet. Durch Prostitution fand das Virus Eingang in die allgemeine Bevölkerung. Die Annexion der Krim und der militärische Konflikt in den östlichen Landesteilen haben die schon kränkelnde Wirtschaft weiter geschwächt. Angesichts der schweren sozioökonomischen Krise steigt der Konsum von Alkohol und Drogen. Risiken werden in Kauf genommen, Gewalt wird zur täglichen Erfahrung – auch in Familien.

Immer mehr Ukrainer verlassen das Land, arbeiten in anderen europäischen Ländern oder heiraten über internetbasierte Dating-Portale, die oft nur Tarnung für Menschenhändler sind. Sexarbeit ist für viele Frauen eine Option, um der Armut zu entkommen. Odessa ist bis heute der größte Hafen der Ukraine. 85 Prozent der Seeleute nutzen die Dienste von Prostituierten, aber nur 15 Prozent benutzen Kondome. Mehr als 15 Millionen Touristen besuchen die Stadt, auch das kurbelt das Sex-Gewerbe an. Ein idealer Nährboden für HIV und Aids.

TABUS BRECHEN

2018 lebten rund 244.000 Menschen in der Ukraine mit HIV. Nur 37 Prozent der Infizierten erhielten eine anti-retrovirale Therapie. 77 Prozent aller Infektionen treten mittlerweile in Folge von ungeschütztem, heterosexuellem Sex auf. Das Thema ist jedoch tabu. Die Mehrheit der Ukrainer weiß nicht viel über HIV und Aids, aber sie fühlt sich auch nicht gefährdet: „Ich gehöre keiner Risikogruppe an“, sagen sie. Hier muss Aufklärungsarbeit ansetzen, um ein Ansteigen der Neuinfektionen zu verhindern. Die Brot für die Welt-Partner in der Ukraine sprechen die Sprache der Menschen und wissen, wie man ihnen in einer risikobereiten Kultur begegnet.

Olaf Hirschmann ist Gesundheitsreferent im Difäm.



Ismael Byaruhanga hat eine inklusive Schule für gehörlose Kinder gegründet.

TEILHABE FÜR GEHÖRLOSE MENSCHEN

Interview mit Ismael Byaruhanga, dem Gründer einer inklusiven Schule im Ostkongo

Eine Schule besuchen, etwas lernen, eine Berufsausbildung machen – für Kinder mit Behinderungen im Kongo ist das ein oft unerfüllbarer Traum. 2004 hat Ismael Byaruhanga deshalb eine inklusive Schule gegründet. Daraus entwickelte sich ein Bildungszentrum für junge Menschen mit und ohne Behinderungen: das Centre d'Éducation et de Réadaptation à Base Communautaire (CERBC). Derzeit schreibt Ismael Byaruhanga in Köln an seiner Doktorarbeit. Das Difäm hat mit ihm über seine Forschung und die Situation von Gehörlosen im Kongo gesprochen.

Was ist das Thema Ihrer Doktorarbeit?

Die Doktorarbeit trägt den Titel: „Audiologie und ambulante Rehabilitation in der Demokratischen Republik Kongo: Entwicklung der ersten Hörscreening-Instrumente für Säuglinge und Kinder“. Ich schreibe sie am Fachbereich Sonderpädagogik und Rehabilitationswissenschaften.

Was bedeutet Audiologie?

Die Audiologie beschäftigt sich mit Störungen des Gehör- und Gleichgewichtssinns. Hörverlust ist ein weltweit wachsendes Problem, insbesondere in wirtschaftlich ärmeren Ländern. Oft wird nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Hörverlust eingegangen, was sich stark negativ auf ihren Alltag auswirkt. Hörgeschädigte Kinder lernen zum Beispiel nicht richtig sprechen. Zwischenmenschliche Kommunikation, soziale Interaktionen, Bildungsleistungen und Beschäftigungsaussichten – all das ist stark beeinträchtigt und führt dazu, dass gehörlose Menschen stigmatisiert und sozial isoliert werden.

Wie ist die Situation von gehörlosen Menschen im Kongo?

Gängige Tests zur Diagnose von Hörverlust wie das Neugeborenen-Hörscreening werden im Kongo kaum eingesetzt. Dafür fehlen die nötige Ausrüstung und das Fachwissen. Außerdem haben Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Hörverlust, insbesondere im Nordosten des Kongo, kaum Zugang zu audiologischen Rehabilitationsdiensten. Es gibt kaum Angebote einer inklusiven Schul- und Berufsausbildung. Dadurch bleibt ihnen oft die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verwehrt.

Welchen Nutzen hat Ihre Doktorarbeit für Ihre Arbeit?

Im Kongo mangelt es vor allem an qualifizierten Mitarbeitenden auf dem Gebiet der Audiologie und Rehabilitation. Ich arbeite deshalb für meine Doktorarbeit daran, Instrumente für eine frühzeitige Beurteilung des Hörverhaltens so anzupassen, dass eine Diagnose von Hörverlust auch in Ländern mit begrenzten Ressourcen wie dem Kongo möglich ist. Es wird das erste Programm zur Früherkennung und Diagnose von Hörverlust bei Kindern im Kongo sein. Bei der Arbeit an meiner Doktorarbeit lerne ich auch, wissenschaftliche Artikel zu verfassen und zu veröffentlichen. Im Kongo gibt es nur wenige Kennzahlen zur Gehörlosigkeit. Im Laufe der Doktorarbeit werde ich mich daher auch mit Statistiken auseinandersetzen und lernen, Zahlen im Kongo zu erheben.

Clara Stroh häcker, Praktikantin im Difäm



BILDUNGSZENTRUM CERBC

Seit 2008 besteht eine Partnerschaft zwischen dem Difäm und CERBC. Derzeit finanziert das Difäm 20 Auszubildende sowie die Schulbildung und Unterbringung von 30 Kindern im Internat von CERBC.

PILOTPROJEKT E-LEARNING GEHT IN DIE NÄCHSTE RUNDE

Online-Seminare nach erfolgreichem Start in Liberia für weitere Krankenhäuser geplant

Weiterbildung über Kontinentalgrenzen hinweg – mit E-Learning. Seit einigen Jahren nutzen das Difäm und das Missionsärztliche Institut in Würzburg Online-Seminare, um gemeinsam Ärzte, Pharmazeuten und Pflegekräfte an drei Krankenhäusern in Liberia weiterzubilden. Dabei geht es um Prävention von Infektionen, Antibiotikaresistenzen und Patientensicherheit.

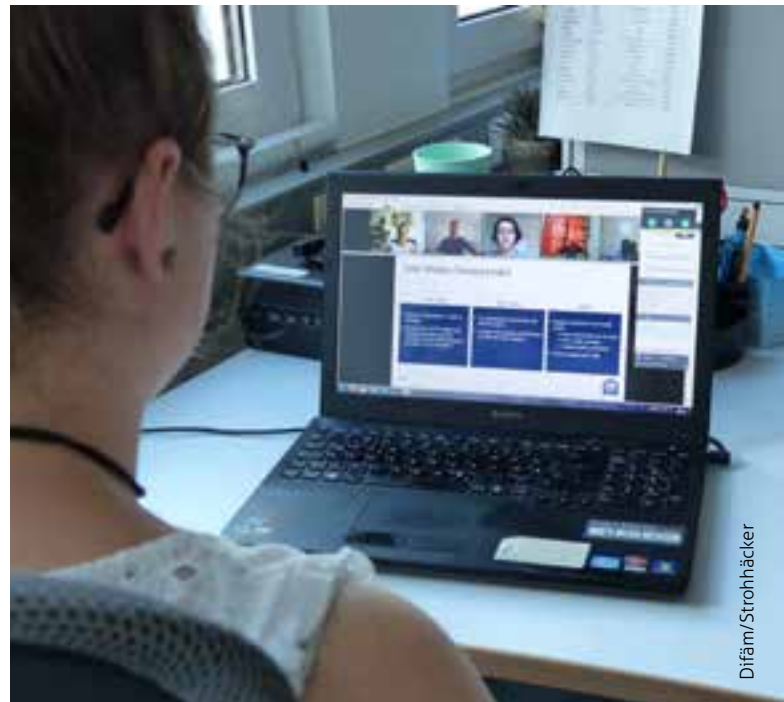
Versorgungsqualität verbessern

„In den Online-Seminaren sprechen Lehrende aus Deutschland und Fachkräfte aus Liberia regelmäßig am Computer über qualitätsbewusstes Krankenhausmanagement, Infektionskontrollen und Hygienemaßnahmen wie den Einsatz von Schutzkleidung“, erklärt Franziska Müller, die Koordinatorin der Akademie für Globale Gesundheit und Entwicklung (AGGE) und Difäm-Mitarbeiterin. Außerdem erarbeiten sie Checklisten und Trainingspläne, um das Gelernte in der Praxis umzusetzen und an andere Mitarbeitende im Krankenhaus weiterzugeben.

Ziel der Seminare ist es, die Versorgungsqualität zu verbessern und Fehler im Krankenhausalltag zu vermeiden. Etwa, indem ein Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Hygiene, der Verhinderung von Infektionen und dem angemessenen Gebrauch von Antibiotika entwickelt wird. Beim Infektionsschutz geht es nicht nur um den Schutz vor seuchenhaften Erregern, sondern darum, generell Infektionen zu verhindern, die im Krankenhaus auftreten können.

Selbststudium über eine Lernplattform

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzen ihre Smartphones für die Seminare, sie sind also örtlich unabhängig. Zudem sind die Vorträge und Präsentationen auf einer Lernplattform jederzeit online abrufbar. Hinderlich sei allerdings, dass es häufig nur begrenzten Internetzugang vor Ort gebe. Deshalb könnten die Seminare nicht immer wie geplant abgehalten werden, berichtet Franziska Müller. Es komme immer wieder vor, dass die Teilnehmenden für die Seminare ihre Schicht im Krankenhaus unterbrechen müssten.



Difäm/Strohhäcker

So klappt auch Weiterbildung über Kontinentgrenzen hinweg: Experten aus Deutschland schulen medizinische Fachkräfte in Liberia über ein Online-Lernplattform.

„Außerdem ist online zu lernen für viele gewöhnungsbedürftig“, so Müller weiter. „Zu dem Programm gehört viel Selbststudium. Das lässt sich im vollen Arbeitsalltag nicht immer so einfach umsetzen.“ Weiterhin sehen einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Vorteil der aufwendigen Fortbildung erst einmal nicht. Schließlich gebe es am Ende kein anerkanntes Zertifikat. Erst im Arbeitsalltag werde vielen klar, wie sehr ihnen das Gelernte weiterhilft.

Folgeprojekte in Liberia

Nach dem erfolgreichen Start des E-Learning-Programms ist ein Folgeprojekt für Liberia bewilligt worden. Drei weitere Krankenhäuser werden die Methode nutzen. Eine Auswertung des bisherigen Projekts habe die Lücken und den Verbesserungsbedarf aufgezeigt. Diese Erkenntnisse fließen in das neue Projekt ein. Zu den bisherigen Themen kommen die Entsorgung von infektiösem Abfall, hygienische Wundversorgung und Hygiene im OP. „E-Learning als Bildungs- und Lernmethode ist ein langfristiger Lernprozess für alle Beteiligten, aber ein wichtiges Instrument im Hinblick auf die Zukunft in der Gesundheitsarbeit“, resümiert Franziska Müller.

Clara Strohhäcker, Ute Dilg



Privat

Hanna Steffens, hier mit ihrem Mann Wilhelm, ist die Enkelin des Difäm-Gründers Paul Lechler.

AUF DEN SPUREN VON PAUL LECHLER

Interview mit Hanna Steffens, Enkelin des Difäm-Gründers

Hanna Steffens aus Stuhr bei Bremen ist eine treue Unterstützerin des Difäm. Das Leben der heute 88-jährigen Enkelin des Difäm-Gründers Paul Lechler war geprägt von der Idee ihres Großvaters, Liebe zu den Menschen und Hilfe für Arme und Bedürftige in die Welt zu tragen. In einem Interview berichtet Hanna Steffens von ihrem Großvater und ihrer Arbeit in Afrika.

Welche Erinnerungen haben Sie an Ihren Großvater Paul Lechler?

Leider keine persönlichen, denn er starb 1925. Ich weiß nur, was ich von ihm gehört habe. Jeden Morgen um 6.00 Uhr hielt er eine Morgenandacht mit der Familie und den Angestellten. Er praktizierte praktische Nächstenliebe. In Stuttgart gab es viele arme Menschen, denen er persönlich etwas zu essen brachte. Er gründete das erste Arbeitsamt und ermutigte die Leute, sich an diese Stelle zu wenden, sich Arbeit zu suchen und selbst etwas für ihren Lebensunterhalt zu tun.

Was waren Sie selbst von Beruf?

Ich war Missionarin, ausgesandt von der Berliner Mission nach Nordtransvaal in Südafrika. Dort habe ich die Arbeit mit Frauen, Jugendlichen und Kindern aufgebaut. Diese Arbeit hat mich sehr erfüllt.

Gibt es ein Erlebnis, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist?

Ende der 1990er Jahre habe ich meine alten Freunde in Südafrika besucht. Das war die Zeit, als die Infektionen mit HIV stark zunahmen und viele Menschen an Aids erkrankten. Meine Nachfolgerin in der „Aids-Care-Arbeit“ war Caroline Perera. Mit ihr zusammen besuchte ich eine an Aids erkrankte Frau. Damals gab es große Vorurteile gegen diese Menschen. Man dachte, Aids sei auch durch Körperkontakt und Küsse übertragbar, nicht nur durch sexuelle Kontakte. Caroline vermied deshalb jede Berührung mit den Patienten. Durch mein Wissen, wie die Krankheit tatsächlich übertragen wird, hatte ich diese Ängste nicht. Ich habe mich also neben die Kranke gekniet und sie geküsst. Die Reaktion der Frau: Freude! Das hat Caroline sehr beeindruckt. Sie hat viele ihrer Mitarbeiterinnen gelehrt, auch ihre Ängste aufzugeben. So wurde mein Besuch eine Wegweisung für viele und brachte eine neue Richtung in diese Arbeit.

Gibt es etwas, das Sie und Ihre Familie persönlich mit dem Difäm verbinden?

Meine Familie war immer mit dem Difäm verbunden. Nach dem Krieg war meine ältere Schwester Ruth Lechler als Krankenschwester im Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen tätig. Sie pflegte dort auch Walter Reckling, einen Missionar der Berliner Mission, der lange Zeit in Nairobi tätig war. Er fand großen Gefallen an Schwester Ruth. Im Garten oberhalb des Difäm hat er um ihre Hand angehalten. Die beiden heirateten und waren viele Jahre gemeinsam im Missionseinsatz in Südafrika.

Die Fragen stellte Clara Strohacker, Difäm-Praktikantin.



Jürgen Killenberg

FÜR EIN LEBEN IN WÜRDE

Der Difäm-Partner MUSACA versorgt Flüchtlinge im Ostkongo. Besonders wichtig ist derzeit eine effiziente Ebola-Prävention. Helfen Sie mit Ihrer Spende!

In der Stadt Bunia im nördlichen Ostkongo ist die Not groß. Die Zeltcamps, in denen die Geflüchteten wohnen, sind überfüllt. Doch immer mehr Menschen kommen in die Stadt – auf der Flucht vor der Gewalt marodierender Milizen und Soldaten. Für sie hat man in Kirchen und Schulen Notunterkünfte eingerichtet. Dort schlafen sie auf dem Boden. Wer Glück hat, kann einen leeren Reissack als Unterlage ergattern. Eine Schwangerschaft oder gar Geburt unter solchen Umständen ist eine schreckliche Vorstellung.

HYGIENESETS FÜR DIE FRAUEN

Rose Mumbere vom Difäm-Partner MUSACA kümmert sich zusammen mit ihrem Team ganz besonders um die schwangeren Frauen und um Kinder unter fünf Jahren. Die Frauen erhalten Hygienesets bestehend aus einem 3-Liter-Eimer, Unterwäsche, Handtüchern und Toilettenseife. Mit 50 Euro können sechs dieser Sets finanziert werden. Rose hat außerdem ein Auto organisiert, um Kranke und Schwangere aus den Unterkünften abzuholen und zur Untersuchung oder Entbindung in die umliegenden Gesundheitszentren zu bringen. Auch die Kinder werden untersucht und, wenn nötig, medizinisch versorgt. Neugeborene

erhalten eine Erstausrüstung, die 10 Euro kostet. Besonders wichtig ist die Trinkwasserversorgung in den Camps. MUSACA hat drei Brunnen gebohrt, damit die Menschen sauberes Wasser haben und sich ansteckende Krankheiten nicht ausbreiten.

EBOLA-PRÄVENTION IN FLÜCHTLINGSCAMPS

Derzeit bedroht Ebola die Menschen im Ostkongo. Es ist nicht auszudenken, wie viele tausend Menschen ihr Leben verlieren könnten, würde sich das Virus in einem der überfüllten Flüchtlingscamps ausbreiten. „Wir sind froh, dass MUSACA die Ebola-Prävention sehr ernst nimmt“, sagt die Difäm-Direktorin Gisela Schneider, die die Region erst kürzlich bereist hat. MUSACA tut derzeit alles, um eine Ansteckung der Menschen mit dem gefährlichen Virus zu verhindern. So werden in den Lagern Behälter mit gechlortem Wasser zum Händewaschen aufgestellt. MUSACA-Mitarbeiter erklären den Menschen, wie sie diese nutzen müssen und warum Hygiene so wichtig ist.

„Wir sind vergessen von der Welt, uns bleibt nur noch Gott“ – diese Worte eines Pastors aus Bunia haben Gisela Scheider sehr bewegt. Zeigen wir ihm und den Geflüchteten von Bunia gemeinsam, dass wir sie nicht vergessen haben und dass sie in ihrer großen Not auf uns zählen können.

BITTE HELFEN SIE MIT IHRER SPENDE!

www.difaem.de/aktiv-werden



FOLGEN SIE UNS AUF:



www.facebook.com/difaem



www.youtube.com/user/buckdifaem



www.twitter.com/Difaemtuebingen



www.instagram.com/difaemtuebingen



KINOPREMIERE: FILM ÜBER DENIS MUKWEGE

10. DEZEMBER 2019, 18:00 UHR
IM KINO MUSEUM, TÜBINGEN

„Friedenskämpfer - Tübinger Ärztin unterstützt Nobelpreisträger im Kongo“ heißt der Film von SWR-Redakteurin Susanne Babila über die Zusammenarbeit von Dr. Denis Mukwege und dem Difäm. Dafür kehrte die Journalistin 12 Jahre nach ihrem Film „Im Schatten des Bösen – Der Krieg und die Frauen im Kongo“ ans Panzi-Hospital zurück und begleitete Difäm-Direktorin Gisela Schneider im Kongo. Im Anschluss an die Filmvorführung im Kino Museum gibt es die Zeit zum Austausch mit Gisela Schneider und der Regisseurin.

WEIHNACHTSMARKT TÜBINGEN

13. - 15. DEZEMBER 2019

StuDifäm, die Studierendengruppe des Difäm, bietet an ihrem Stand auf dem Weihnachtsmarkt in Tübingen Weihnachtskarten, Taschen und Stofftiere aus Tansania Glühwein an. Dazu gibt es Informationen über ihr studentisches Engagement und die weltweite Arbeit des Difäm.

Weitere Informationen zu den
Veranstaltungen finden

Sie auf

www.difaem.de/aktuelles



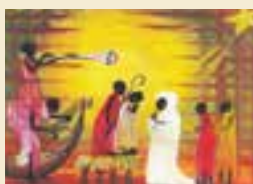
NEU ERSCHIENEN

Difäm-Jahresbericht
2018 „Gemeinsam für
Gesundheit“



Weihnachtskarte 2019 „Durchbruch“

Eine Bildbe-
sprechung
finden Sie
auf Seite 3. Be-
stellen Sie jetzt
Ihre Weih-
nachtskarten!



Bildkalender 2020

Unter dem Titel „Ernten und ernähren“ zeigt der dreisprachige Kalender (DIN A3) evangelischer Missionswerke großformatige Fotos aus aller Welt.



Stiftungsbroschüre

Im November wird die Difäm Stiftung „Gesundheit weltweit“ gegründet. In dieser Broschüre erfahren Sie alles über ihre Entstehung und Ziele – und wie Sie selbst Stifterin und Stifter werden können.



STELLENAUSSCHREIBUNG

Das Difäm sucht zum 1. April 2020 „einen Arzt oder eine Ärztin für Globale Gesundheit“ für die Entwicklung und Gestaltung der christlichen Gesundheitsarbeit des Difäm im globalen Kontext, die Begleitung und Beratung von Partnern, Lobby- und Advocacy-Arbeit sowie Mitteleinwerbung für die Projekte.

Bei Fragen melden Sie sich gerne bei Difäm-Direktorin Gisela Schneider unter 07071-7049015 oder schneider@difaem.de

Die ausführliche Stellen-
beschreibung sowie andere
Ausschreibungen finden Sie auf
[www.difaem.de/aktuelles/
stellenangebote](http://www.difaem.de/aktuelles/stellenangebote)



KONTAKT

Sie haben Anregungen zu unserer Zeitschrift „Gesundheit in der Einen Welt“, Lob oder Kritik? Schreiben Sie uns! Gerne drucken wir auch Ihren Leserbrief ab.



Anna Buck
07071 70490 30
buck@difaem.de

Impressum

Gesundheit in der Einen Welt, Heft 4-2019, Zeitschrift des Difäm – Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V.
Herausgeberin: Dr. Gisela Schneider, Direktorin (ViSdP) // Redaktion: Anna Buck, Ute Dilg-Saßmannshausen
Mohlstraße 26, 72074 Tübingen // Telefon 07071 704 90 17 // Fax 07071 704 90 39 // info@difaem.de,
www.difaem.de // Titelfoto: Difäm/Reusch // Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei

Spendenkonto: Evangelische Bank eG // IBAN DE36 5206 0410 0000 4066 60 // BIC GENODEF1EK1
Konzeption / Layout: büro für visuelles, Stuttgart // Layout / Satz: Werbeatelier Waiblinger, Tübingen
Druck: BruderhausDiakonie Reutlingen
Auflage: 15.800

Erscheinungsdatum: November 2019

