

# Gesundheit in der Einen Welt

Difäm

Heft IV / 2015

Fokus: Nicht übertragbare Krankheiten



**S. 4**

**OHNE AUSLANDSHILFE  
GEHT ES NICHT**

Warum kirchliche Gesundheits-  
einrichtungen in Afrika nach wie  
vor Unterstützung brauchen.

**S. 12**

**ZU HAUSE IN AFRIKA  
STERBEN DÜRFEN**

Wie ein todkranker Flüchtling zu  
seiner Familie nach Westafrika  
zurückkehren konnte.

**S. 14**

**STARKE FRAUEN NEHMEN  
IHR LEBEN IN DIE HAND**

Mit dem Anbau von Pilzen  
verdienen sich Frauen im Süd-Kivu  
ihren Lebensunterhalt.



**Liebe Leserin, lieber Leser,**

wo feiern Sie Weihnachten? Weltweit werden 60 Millionen auf der Flucht sein. Auch vor 2000 Jahren waren Menschen unterwegs und „es war kein Raum in der Herberge“. Sie flohen aus Angst vor den Häschern des Herodes. Doch die Engel verkündeten: „Friede auf Erden und den Menschen ein Wohlgefallen!“ Mit der Gesundheitsarbeit des Difäm wollen wir Zeichen setzen weltweit und vor unserer Haustür. Das Motto „Gesundheit in der Einen Welt“ ist mit den vielen Flüchtlingen, die zu uns kommen, sehr real geworden. Sie haben genauso ein Recht auf Gesundheit wie wir.

In der aktuellen *Gesundheit in der Einen Welt* steht die Frage der Versorgung mit hochwertigen Arzneimitteln im Mittelpunkt. Diese braucht es nicht nur zur Behandlung von akuten Infektionen wie Malaria oder Lungenentzündungen, sondern auch für viele chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bei Tumoren. Unsere Partner stellt dies vor besondere Herausforderungen. Wir helfen ihnen dabei, dass sie diese langfristigen Aufgaben meistern können.

Über die vielfältige Unterstützung, die wir für unsere Arbeit bekommen, freuen wir uns und danken herzlich. In diesem Jahr konnten wir die Projekte im Kongo, in Liberia, Malawi, Indien und Papua-Neuguinea fortsetzen. Ihnen allen wünschen wir ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest, wo immer Sie es feiern. Vielleicht spricht die Jahreslosung 2016 aus Jes. 66,13 gerade zu den Menschen, die in diesem Jahr alles verloren haben, die auf der Flucht sind oder noch an den Wunden der vergangenen Ebola-Epidemie leiden. Gott spricht: „Ich will euch trösten, wie einen seine Mutter tröstet.“

Ihre *Gisela Schneider*

Dr. Gisela Schneider

# NOVEMBER 2015

## IM FOKUS: NICHT ÜBER- TRAGBARE KRANKHEITEN

---

### IMPULS

---

Zeichen der Liebe und des Willkommens 3

---

### IM FOKUS

---

Weiterhin auf Hilfe angewiesen 4

📌 Mehr Kontrollen für mehr Sicherheit 6

📌 Die stille Epidemie 8

Das stille Leiden wahrnehmen 10

---

### AUS ALLER WELT

---

Rückkehr nach Deutschland 11

---

### RUND UMS SPENDEN

---

Starke Frauen nehmen ihr Leben in die Hand 12

---

### NEUES AUS DEM DIFÄM

---

Nach Hause kommen... 14

---

### MELDUNGEN UND TERMINE

---

Veranstaltungen, Publikationen etc. 16

»UND ES ERSCHIEN EIN GROSSES ZEICHEN AM HIMMEL: EINE FRAU MIT DER SONNE BEKLEIDET, UND DER MOND UNTER IHREN FÜSSEN UND AUF IHREM HAUPTEINE KRONE VON ZWÖLF STERNEN.«

Offenbarung 12,1



missio Aachen

## ZEICHEN DER LIEBE UND DES WILLKOMMENS

Der südindische Maler Jyoti Sahi setzt sein Bild „The Seven Stars“\* in Verbindung zu diesem Text. Das Gemälde gehört zu einer Reihe von Mandalas (Meditationsbildern), die der Künstler im Jahr 1975 gestaltet hat. Solche Bilder aus meist geometrischen Figuren helfen, die Gedanken zu sammeln und sich auf den dargestellten Inhalt zu konzentrieren. Das golden glänzende (sonnengelbe) Sternengeflecht und der azurblaue Himmel stehen für zwei Elemente, die Leben ermöglichen: Feuer/Licht und Wasser. Sie erinnern an die Schöpfung.

Während der Bibeltext zwölf Sterne nennt, hat Sahi sich auf sieben beschränkt. Beides sind heilige Zahlen; der Siebener-Rhythmus gewinnt im Advent besondere Bedeutung. Der siebte Tag als Ruhetag, an dem Gott selbst ausruhte von seinen Werken, ist das Geschenk Israels an die Welt. Denn dieser Ruhetag galt in gleicher Weise für Sklaven und Sklavinnen, Haustiere und Fremde, das heißt für die ganze Schöpfung. Die Woche über warten wir auf den nächsten Sonntag oder Sabbat. Aber wir wissen auch, dass Festtage – Hoch-Zeiten – und Sonntage nur dann von uns richtig erfahren werden können, wenn sie sich vom Alltag unterscheiden. In Indien ist der Alltag für die meisten der Kampf ums pure Überleben. Da können sich die Menschen über Feste, die ihren Alltag überhöhen, besonders freuen. In Südindien findet man in den Eingängen von Hütten und Häusern besonders an Festtagen häufig solche aus Mango-Blättern geflochtene Sternengeflechte. Sie sind Zeichen der Liebe und des Willkommens.

Sahi wählt für den Advent bewusst dieses indische Symbol, das bislang nur von wenigen Christen benutzt wurde. Er hat folgenden Satz des Dichters Tagore mit diesem Mandala verbunden: „Licht bricht herein wie göttliches Lachen.“ Trotz allen Wartens auf die Ankunft Christi wissen wir den Zeitpunkt nicht. Dieses Licht wird so plötzlich kommen wie ein Lachen. Das göttliche Lachen scheint zu unserer Gottesvorstellung gar nicht zu passen. Aber gerade diesen freudigen, heiteren Aspekt Gottes, der sein Licht zu uns schickt, möchte Sahi thematisieren. Unter der Sonne Indiens kann auch Gott lachen und sich freuen, trotz allen Elends.\*\*

\*„The Seven Stars“ von Jyoti Sahi ist das Motiv einer der diesjährigen Weihnachtskarten des Difäm. Bestelladresse siehe Seite 16

\*\*Dies sind Auszüge aus der Bildinterpretation von Gudrun Löwner. Der vollständige Text ist erschienen in „Die Welt ist heute an Bildern reich“, 24 weihnachtliche Bilder aus aller Welt, missio Aachen.





Gut qualifizierte Fachkräfte sind eine der Säulen eines funktionierenden Gesundheitssystems.

Zentralapotheken spielen eine wichtige Rolle in der Medikamentenversorgung.

## WEITERHIN AUF HILFE ANGEWIESEN

**Woran lässt sich messen, ob die eingesetzten finanziellen Mittel tatsächlich ein Gesundheits- oder ein pharmazeutisches System stärken? Diese Frage ist wichtig. Sie kann aber nicht über eine Tatsache hinwegtäuschen: Kirchliche Gesundheitseinrichtungen in Afrika sind nach wie vor auf Hilfe aus dem Ausland angewiesen.**

In die Gesundheits- und pharmazeutischen Systeme von Entwicklungsländern ist in den vergangenen Jahren viel Geld geflossen. Industriestaaten und deren Partner haben mit großen Summen öffentlichen und privaten, darunter auch kirchlichen, Einrichtungen geholfen, funktionierende Versorgungsketten aufzubauen, Personal zu qualifizieren und die Einrichtungen mit der nötigen Infrastruktur und mit Materialien wie pharmazeutischen Produkten und Rohstoffen auszustatten.

Geldgeber, Partner und diejenigen, die wie ich im Gesundheitswesen arbeiten, stellen sich immer wieder die Frage, ob die erhaltene Unterstützung auch tatsächlich zu einer nachhaltigen Stärkung der Gesundheits- und pharmazeutischen Systeme geführt hat. Doch an welchen Indikatoren können wir das festmachen? Was braucht es, um mit den erhaltenen Mitteln gute Ergebnisse zu erzielen? Unser Ziel ist es, tragfähige und nachhaltige Systeme aufzubauen.

Wie aber können wir die Fortschritte auf dem Weg dorthin messen? Diese wichtigen Fragen müssen wir uns stellen.

Obwohl es keine einheitliche Definition gibt, gibt es verschiedene Indikatoren und Maßstäbe, um die Wirkung pharmazeutischer Versorgungssysteme zu beurteilen. Diese messen Aufwand, Arbeitsabläufe und Erfolge der Arzneimittelversorgung, also Auswahl, Beschaffung, Verteilung und Verwendung von Medikamenten.

### SCHWACHE SYSTEME SIND LEIDER NORMALITÄT

Der jüngste Ebola-Ausbruch in Westafrika hat zum Beispiel gezeigt, dass die Gesundheits- und Arzneimittelsysteme in Guinea, Sierra Leone und Liberia sehr schwach sind. Sie konnten einen Krankheitsausbruch von diesem Ausmaß nicht bewältigen. Der Zugang zu Medikamenten und anderen pharmazeutischen Produkten war sehr schwierig. Dass die Systeme nicht belastbar waren, war ein Grund dafür, dass so viele Menschen gestorben sind. Leider ist dies immer noch der Normalfall, wenn in Afrika eine Epidemie ausbricht.

Die Weltgemeinschaft hat von 2000 bis 2015 im Rahmen der Millenniums-Entwicklungsziele (MDG) die Bekämpfung einzelner Erkrankungen wie z. B. Malaria, HIV und Tuberkulose gefördert und muss jetzt allerdings feststellen, dass es unmöglich ist, die nationalen und internationalen Ziele wie die MDGs zu erreichen, ohne verstärkt und wirkungsvoller die Gesundheitssysteme und Gesundheits-

dienste zu fördern<sup>1</sup>. Um die angestrebten Ziele zu erreichen, müssten viele Länder die wenigen Ressourcen, die ihnen überhaupt zur Verfügung stehen, in die wichtigsten Elemente des Gesundheitswesens investieren.

Die WHO unterteilt ein Gesundheitssystem in sechs Bausteine, die alle zusammenwirken müssen, damit die Gesundheitsversorgung verbessert werden kann:

- Krankenversorgung
- Ausgebildete Fachkräfte (z.B. in Medizin, Pflege, Pharmazie, u.v.a.)
- Gesundheitsinformationssysteme, die z.B. auch über Epidemien oder andere wichtige Krankheiten oder Veränderungen informieren.
- Medikamente, Impfstoffe und Technologien
- Gesundheitsfinanzierung
- Gesundheitsrichtlinien, Führung und Verwaltung

### DRÄNGENDE PROBLEME

Kirchliche Einrichtungen, mit denen das Ökumenisch-Pharmazeutische Netzwerk (EPN) zusammenarbeitet, stellen 20 bis 60 Prozent der Gesundheitsdienste in Afrika südlich der Sahara und spielen damit eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Landkarte zeigt aber, dass die pharmazeutischen Systeme im Bereich der kirchlichen Einrichtungen sehr unterschiedlich verbreitet und die jeweiligen Herausforderungen verschieden sind. Welche Themen sind für die Mehrzahl der Arzneimittelssysteme in afrikanischen Ländern südlich der Sahara die wichtigsten, welche Probleme die drängendsten?

Das größte Problem sind die begrenzten finanziellen Mittel. Die meisten kirchlichen Einrichtungen werden nicht oder zu wenig von der jeweiligen Regierung unterstützt. Sie müssen mit ihren eigenen Mitteln auskommen. Des Weiteren fehlt es an Personal bzw. an gut ausgebildeten pharmazeutischen Fachkräften. Diejenigen, die ausgebildet sind, wandern häufig ins Ausland ab. Die Infrastruktur ist zudem oft in einem schlechten Zustand. Es gibt Versorgungslücken, weil der Bedarf falsch berechnet wird oder im Voraus unzureichend geplant wurde. Außerdem fehlt es an hochwertigen und bezahlbaren Arzneimitteln vor Ort. Hinzu kommen immer häufiger Probleme mit gefälschten und damit wirkungslosen Medikamenten. In den meisten Ländern gibt es kaum Kontrollmechanismen. Zudem sind pharmazeutische Produkte und Rohstoffe sehr teuer. Es fehlt an verbindlichen Grundsätzen, Standardarbeitsanweisungen, Behandlungsrichtlinien und Rahmenvereinbarungen. Und schließlich ist die politische Situation in den meisten Ländern instabil.

<sup>1</sup> WHO 2010 Everybody's Business Strengthening Health Systems to improve health. [www.who.int/healthsystems/strategy/everybody's\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybody's_business.pdf)



## EIN LEBENSNETZ FÜR BURUNDI

In den USA gegründet, verfolgt LifeNet einen überaus erfolgreichen Ansatz in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Gesundheitsstationen in verschiedenen Ländern Afrikas: Alle Partner des Netzwerks erhalten jeden Monat medizinische Fortbildungen und Management-Trainings vor Ort; sie bekommen Unterstützung bei der zuverlässigen Versorgung mit Medikamenten und können Darlehen für Investitionsmaßnahmen in Infrastruktur und Ausstattung aufnehmen. In Burundi besteht das LifeNet-Netzwerk inzwischen aus 60 kirchlichen Gesundheitszentren und Krankenhäusern und deckt 14 von 17 Provinzen ab.

Mit Unterstützung durch das Land Baden-Württemberg, das eine Partnerschaft mit Burundi pflegt, ist das Difäm nun dabei, das gute Netz von LifeNet zu nutzen, um neben der zuverlässigen Versorgung mit Medikamenten auch die Qualität der Medikamente zu testen und zu verbessern. Dafür hat das Difäm Ende 2014 LifeNet in Burundi ein MiniLab zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig sollen Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen geschult werden, damit sie Fälschungen besser erkennen können.

Wegen der Unruhen in Burundi im Juni und Juli 2015 musste LifeNet zeitweise leider das Büro räumen und die Arbeit auf das Notwendigste – die Verfügbarkeit essentieller Medikamente – beschränken. Wir hoffen aber sehr, dass sich nun nach den Wahlen die Lage wieder beruhigt und das Projekt endlich beginnen kann.

Das Ziel eines funktionierenden pharmazeutischen Systems ist es aber, sicherzustellen, dass jeder Mensch im Krankheitsfall rechtzeitig die Arzneimittel bekommt und Zugang zu den Gesundheitstechnologien erhält, die er braucht. Daher braucht es Unterstützung im Aufbau guter pharmazeutischer Strukturen. Das Ökumenisch-Pharmazeutische Netzwerk (EPN) arbeitet zusammen mit dem Difäm an dieser Aufgabe.

*Mirfin Mpundu ist Direktor des Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerks (EPN).*

# MEHR KONTROLLEN FÜR MEHR SICHERHEIT

**Nyaah Fidelis leitet die kirchliche Zentralapotheke der Presbyterianischen Kirche in Kamerun. Er ist Vorstandsmitglied sowohl im Cameroon Pharmacy Council als auch im Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerk (EPN), einem wichtigen Partner der Difäm-Arzneimittelhilfe im Minilab-Netzwerk. „Viele Unternehmen sind nur auf Profit aus“, sagt der Pharmazeut.**



## Gibt es viele gefälschte Medikamente in Kamerun?

Wie in den meisten afrikanischen Ländern südlich der Sahara sind wir auch in Kamerun mit unzureichender Medikamentenüberwachung, Korruption und Armut konfrontiert. Diese Faktoren sind eine gute Ausgangsbasis für Fälscher. Sie können verkaufen, was sie wollen. Fälschungen gibt es in allen Bereichen. Sobald es sich aber um Medikamente handelt, wird es gefährlich. Im schlimmsten Fall werden Menschen vergiftet. Das ist zum Beispiel in Nigeria passiert, wo 150 Kinder vermeintlich Paracetamol bekamen. Doch statt des echten Wirkstoffs hatten die Fälscher ein hoch toxisches Molekül verarbeitet, das eine ähnliche Struktur wie Paracetamol hat. Mit den Standardtests konnte dies nicht nachgewiesen werden, und das gefälschte Medikament landete auf dem Markt.



## AUF QUALITÄT TESTEN

**Das MiniLab ist ein leicht einsetzbares Labor, mit dem man sich schnell einen Einblick in die Zusammensetzung eines Medikaments verschaffen kann. Bei der Überprüfung, ob eine Fälschung vorliegt, wird das Präparat zuerst optisch beurteilt (z. B. Aussehen der Tabletten, Angaben auf dem Etikett). Danach wird eine Zerfallsuntersuchung durchgeführt, bei der die Tabletten oder Kapseln in einem Glas Wasser aufgelöst werden und die Dauer dieses Prozesses gemessen wird. Ähnlich funktioniert die Farbreaktion. Die meisten Medikamente haben eine besondere Struktur, die zusammen mit einem bestimmten Wirkstoff eine bestimmte Farbe ergibt. Schließlich wird noch eine Dünnschichtchromatographie durchgeführt, bei der die Identität und der ungefähre Gehalt des Wirkstoffes ermittelt werden.**



Difäm/Schäfer

In vielen Ländern Afrikas Normalität: unkontrollierter Straßenverkauf von Medikamenten.

## Gibt es keine Schutzmaßnahmen?

Kamerun hat zwar eine offizielle Medikamentenklassifikation. Deren Bestimmungen werden aber nicht umgesetzt. In der Apotheke können wir von den Kunden zwar ein Rezept verlangen. Auf dem freien Markt aber fragt keiner danach. Gegen Bargeld bekommt man dort alles. Die Mehrzahl aller minderwertigen und gefälschten Medikamente stammt von dort.

## Wer verkauft gefälschte Medikamente?

Unternehmen. In Kamerun und in anderen afrikanischen Ländern muss man nur eine Probe zur Analyse abgeben, wenn man eine fünfjährige Verkaufslizenz für ein Produkt bekommen will.

## Liegt das Problem also darin, dass die Unternehmen nicht zertifiziert sind?

Nein, sie werden zu Beginn ja zertifiziert. Aber die Chargen, die danach in den Handel kommen, werden nicht mehr überprüft. Die Unternehmen wissen das. Mit dem Minilab können wir glücklicherweise jedes Medikament in der Zentralapotheke analysieren. So stellen wir sicher, dass auch das drin ist, was drauf steht. Wir entdecken viele gefälschte Medikamente, die vor ihrer Zulassung geprüft worden waren. Manche Fälschungen sind aber sehr intelligent gemacht. Die Hersteller arbeiten mit der Ähnlichkeit von molekularen Strukturen. Der Unterschied ist dann im Test kaum mehr erkennbar. In einigen Fällen waren nur wenige Prozent des deklarierten Wirkstoffs im Medikament enthalten und der Standardtest ergab, dass der Wirkstoff vorhanden ist.



### **Sie sind also immer einen Schritt hinterher?**

Unser langfristiges Ziel ist, eigene Pharmazeutika lokal zu produzieren. Eine solche Investition können wir allein aber nicht stemmen. Natürlich gibt es Unternehmen, die lokal produzieren. Die meisten sind aber nur auf Profit auszulasten der Qualität. Wenn wir alles, was hereinkommt, kontrollieren, werden auch die Hersteller vorsichtiger. Die Wirkung sieht man in Europa, wo jeder weiß, dass es ein funktionierendes Kontrollsystem gibt.

### **An wen wenden Sie sich, wenn Sie ein gefälschtes Medikament entdecken?**

Wir haben ein Internet-Meldesystem über das Difäm, das sehr gut funktioniert. Wenn in einem unserer beiden Minilabs in Kamerun ein gefälschtes Medikament entdeckt wird, lassen wir es in einem zweiten Labor noch einmal testen. Wenn beide Tests die gleichen Ergebnisse zeigen, geben wir die Info an das Difäm weiter, das dann einen Bestätigungstest in einem qualifizierten Großlabor organisiert. Wenn herauskommt, dass das Medikament tatsächlich gefälscht ist, wird die WHO informiert und die Einrichtungen im eigenen Land und in anderen Ländern werden gewarnt.

### **Was können Sie gegen den Verkauf von Medikamenten auf der Straße tun?**

Wir versuchen unsere Patienten zu schützen, indem wir die Medikamente, die sie nehmen, überprüfen. Manche Leute kommen auch direkt mit Arznei vom Markt zu uns und bitten um einen entsprechenden Test. Mit den Straßenhändlern haben wir nichts zu tun. Wenn eine Fälschung aufgedeckt wird, informieren wir die kamerunischen Behörden. Leider dauert es dann immer sehr lange, bis das Ministerium Maßnahmen ergreift. Wir müssen aber auch vorsichtig sein. Wer Fälschungen aufdeckt, kann sich schnell Feinde machen. Deshalb sagen wir bei Warnhinweisen nicht, welches Labor beteiligt war.

### **Wie kann man die Bevölkerung über die Risiken beim Straßenverkauf von Medikamenten informieren?**

Wir als Kirche haben nicht die Mittel dazu. Das muss die Regierung machen. Aber die Menschen im Krankenhaus können zum Beispiel im Wartebereich Dokumentationen ansehen. Und im nationalen Fernsehen gibt es eine Talk-Show zu diesem Thema. Auch in Radiosendungen und Zeitungsberichten wird informiert. Zusammen mit dem Difäm haben wir Poster und andere Materialien entwickelt, die wir in Krankenhäusern und Kirchen aufhängen und auslegen. So erreichen wir viele Menschen.

*Die Fragen stellte Sarah Zwanger, Vikarspraktikantin im Difäm.*



## **SICHERER UMGANG MIT KREBS-MEDIKAMENTEN**

Zytostatika werden in der Chemotherapie zur Behandlung gegen Krebs eingesetzt. Sie sind hochaggressiv und können bei direktem Hautkontakt genetische Veränderungen hervorrufen und unter anderem selbst Krebs erzeugen. Deswegen hat der Pharmazeut Peter Vollmer, der seit langem mit der Difäm-Arzneimittelhilfe zusammenarbeitet, bei einer Schulung in Moshi (Tansania) Gesundheitsfachkräfte über mögliche Schutzmaßnahmen informiert. Er berichtet:

„Grundsätzlich sollten nur Ärzte, Pflegepersonal, Apotheker und pharmazeutische Assistenten, die vorher geschult wurden, mit Zytostatika umgehen. Sicherheitsstandards, wie wir sie aus Deutschland kennen, sind in unseren Partnerländern unrealistisch. Man kann aber auch mit einfachen Maßnahmen viel erreichen. Die Schulung am Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) in Moshi hat Modellcharakter. Künftig wollen wir solche Fortbildungen auch in anderen Partnereinrichtungen anbieten.“

Zusammen mit einheimischen Kollegen haben wir über das Gefährdungspotenzial von Zytostatika informiert. In praktischen Übungen wurden Schutzkleidung und -materialien erklärt. Eine Grundausstattung an Schutzkitteln, speziellen Handschuhen, Atemmasken, Schutzbrillen und speziellen Spritzen hat das Difäm beschafft und finanziert.

In Moshi haben wir es vor allem mit einem unheilbaren Hautkrebs zu tun, der bei Aids-Patienten auftritt. Zytostatika können lebensverlängernd und stark schmerzlindernd wirken. Dann kommen auch jährlich etwa 80 junge Frauen ins KCMC, die im Rahmen einer Schwangerschaft einen Tumor entwickelt haben. Ein einzelnes Medikament kann sie heilen. Ich war entsetzt, als ich vor einigen Jahren hörte, dass dieses Standard-Krebsmittel im KCMC nicht verfügbar war. Zum Glück ist hier die Arzneimittelhilfe des Difäm eingesprungen.“

# DIE STILLE EPIDEMIE

**Hunger und übertragbare Erkrankungen galten bis vor wenigen Jahren noch als die Hauptprobleme von Ländern mit niedrigem Einkommen. Dabei sind heute chronische Erkrankungen weltweit die häufigste Todesursache. Ein globales Umdenken ist erforderlich.**

Als die Weltgemeinschaft im Jahr 2000 die Millenniums-entwicklungsziele (MDGs) verabschiedete, lag der Fokus auf der Verringerung von Armut und der Senkung der Todesfälle durch HIV und Aids, Malaria und andere übertragbare Erkrankungen. Nicht übertragbare, chronische Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Tumore, chronische Atemwegserkrankungen oder Diabetes galten als die typischen Leiden der Menschen in den Industrienationen. Entsprechend wurden sie in den MDGs nicht berücksichtigt.

Doch im April 2015 eröffnete die Generalsekretärin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Margaret Chan, ein internationales hochrangiges Treffen in Genf mit den Worten: „Die Herausforderungen im Bereich der Gesundheit haben sich seit Beginn dieses Jahrhunderts dramatisch verändert. Nicht übertragbare Erkrankungen können nicht mehr nur als ein Problem reicher Länder betrachtet werden.“ Die Gesundheitsstatistiken sind alarmierend: Weltweit sind chronische Erkrankungen heute die häufigste Todesursache. Etwa 38 Millionen sterben jährlich an ihren Folgen. Fast drei Viertel dieser Todesfälle betreffen Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Viele von ihnen sind unter 70 Jahren. Sollte die Weltgemeinschaft darauf nicht reagieren, ist nach Angaben der WHO bis 2020 mit einem Anstieg dieser Todesfälle um 15 Prozent zu rechnen<sup>1</sup>.

Betrachtet man nicht nur die Verkürzung der Lebenszeit, sondern auch die Einschränkung der Lebensqualität, weitet sich das Spektrum der nicht übertragbaren Erkrankungen. Psychische Erkrankungen beispielsweise tragen heute wesentlich zur globalen Krankheitslast bei (s. Infokasten). Hinzu kommt, dass weltweit Unfälle und Verletzungen zunehmen.

## KOMPLEXE URSACHEN

Die Ursachen für die Verschiebung im globalen Krankheitsspektrum sind komplex. Zum einen gibt es natürliche Gründe: Wächst eine Bevölkerung und wird sie außerdem immer älter, nehmen chronische Erkrankungen automatisch zu. Das heißt aber, dass wir nicht mehr nur allein da-

<sup>1</sup> Aktuelle Zahlenangaben und Hintergrundinformationen veröffentlicht die WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>



Frauen im Panzi-Krankenhaus in Bukavu: Nach Gewalterfahrungen brauchen Menschen oft psychosoziale Betreuung.

für sorgen müssen, dass Kinder die ersten fünf Jahre überleben. Sie müssen auch gesund erwachsen und älter werden können.

Globalisierung und Urbanisierung sind ebenfalls Ursachen für die Zunahme von chronischen Erkrankungen. In Afrika, Asien und Südamerika pflegen gerade bessergestellte Menschen in den Städten einen krankmachenden Lebensstil: überzuckerte Nahrungsmittel, industriell verarbeitete Lebensmittel sowie Bewegungsmangel führen zu Übergewicht und erhöhen das Risiko für Typ-2-Diabetes sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Außerdem steigt in vielen Regionen der Welt der Alkohol- und Tabakkonsum, was eine Vielzahl chronischer Folgeerkrankungen mit sich bringt.

Auf der anderen Seite sind aber auch die „Verlierer“ der Globalisierung von chronischen Erkrankungen betroffen: Menschen mit niedrigem Einkommen können sich zum Beispiel keine ausgewogene Ernährung und keinen gesunden Lebensstil leisten und müssen unter krankmachenden Bedingungen leben und arbeiten.

## WIRTSCHAFTLICHE FOLGEN

Chronische Erkrankungen belasten Menschen in Ländern mit schwachem Gesundheitssystem außerdem finanziell. Das zeigt das Beispiel der 45-jährigen Faith in Malawi. Sie muss wegen eines Typ-2-Diabetes regelmäßig zur Untersuchung ins zehn Kilometer entfernte Krankenhaus. Die Busfahrkarte sowie die Kosten für Untersuchungen und Medikamente muss sie selbst zahlen. Hinzu kommt der





Difäm/Buck

Kinder sollen gesund erwachsen werden können.

Verdienstausfall für die Zeit, in der sie nicht arbeiten kann. Auch die Kosten für die Behandlung von eventuell auftretenden Folgeerkrankungen wie Augen- und Nierenschädigungen wird sie selbst tragen müssen. Nach einer Studie der Afrikanischen Union (2013) führen die Behandlungskosten chronischer Erkrankungen jedes Jahr etwa 100 Millionen Menschen in die Armut.

Auch für die Weltwirtschaft haben chronische Erkrankungen gravierende Folgen. Das Weltwirtschaftsforum veröffentlichte 2011 eine beunruhigende Prognose: Nehmen chronische Erkrankungen weiter zu, könnte die Weltwirtschaft in den nächsten 20 Jahren bis zu 47 Billionen US-Dollar Verluste erleiden. Dagegen müssten nach Berechnungen der WHO für eine wirksame Prävention und Behandlung dieser Erkrankungen in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen nur etwa 11 Milliarden US-Dollar pro Jahr aufgebracht werden.

### NEUE STRATEGIEN ERFORDERLICH

Die Zunahme nicht übertragbarer Erkrankungen wird mitunter als „stille Epidemie“ bezeichnet. Die WHO-Mitgliedsstaaten einigten sich 2011 auf einen „Globalen Plan zur Prävention und Kontrolle nicht übertragbarer Erkrankungen für die Jahre 2013 bis 2020“. Demnach soll beispielsweise durch ein Werbeverbot der Alkohol- und Tabakkonsum gesenkt werden. Das Stillen von Säuglingen soll gefördert und durch Unterbindung von Werbung für künstliche Ernährung geschützt werden. Und die im September 2015 verabschiedeten Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen rufen dazu auf, „bis

2030 die Todesfälle durch nicht übertragbare Erkrankungen um ein Drittel zu senken und psychische Gesundheit zu fördern.“

Dauerhafte Erfolge brauchen jedoch einen breiten Ansatz. Entscheidend ist eine gute medizinische Versorgung. Mitarbeitende im Gesundheitswesen, besonders im Bereich der primären Versorgung, müssen in Prävention und Behandlung von chronischen Erkrankungen geschult werden, wirksame Medikamente sollen zur Verfügung stehen und neue Wege der Finanzierung des Gesundheitssystems gesucht werden. Dies alles sind Grundanliegen des Difäm.

*Dr. Beate Jakob leitet die Studienarbeit des Difäm.*



## PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

**Psychische Erkrankungen sind ein globales Gesundheitsproblem<sup>2</sup>.**

- **Etwa 25 Prozent aller Menschen entwickeln im Laufe des Lebens eine psychische Störung, auch in den Ländern des globalen Südens.**
- **Unter den 25 häufigsten Ursachen chronischer Beeinträchtigung sind sieben psychische oder Verhaltensstörungen, allen voran Depressionen.**
- **Konflikte, Kriege, Naturkatastrophen, Armut und traumatische Erfahrungen sind Risikofaktoren. Etwa 60 Prozent der „Ebola-Überlebenden“ leiden an einer posttraumatischen Belastungsstörung.**
- **Falsche Vorstellungen bzgl. Ursachen und Therapie psychischer Erkrankungen führen zur Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener bis hin zu Menschenrechtsverletzungen.**
- **In Ländern mit niedrigem Einkommen haben bis zu 75 Prozent der Menschen mit psychischen Erkrankungen keinen Zugang zur Behandlung, weil es an finanziellen Mitteln, ausgebildeten Fachkräften und Psychopharmaka fehlt. Eine gemeindenahe Versorgung psychisch Kranker gibt es nur sehr selten.**

**In der Projektarbeit des Difäm ist psychische Gesundheit immer häufiger ein Bestandteil, so zum Beispiel in Liberia und Sierra Leone, wo es um die psychosoziale Betreuung von Ebola-Überlebenden geht, in Indien, wo das Difäm Suizidprophylaxe im Einzugsgebiet des Duncan-Hospitals unterstützt oder in Malawi, wo psychische Gesundheit eine Komponente von Basisgesundheitsprojekten ist.**

<sup>2</sup> Informationen dazu veröffentlicht die WHO: [www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)



Frederik Gollis

## DAS STILLE LEIDEN WAHRNEHMEN

**Die Depression entwickelt sich zu einer der am weitesten verbreiteten Krankheiten in den Industriestaaten. Doch viele Menschen leiden im Verborgenen. Psychische Erkrankungen gehören immer noch zu den Themen, über die man nicht spricht.**

„Wie kann unsere Kirchengemeinde ein Ort sein, wo sich Menschen mit Depressionen verstanden und angenommen fühlen?“ Dies war die zentrale Frage des Difäm-Projekts „Innovative Wege der Seelsorge für Menschen mit Depressionen“, welches das Difäm gemeinsam mit Prof. Dr. Birgit Weyel (Lehrstuhl für Praktische Theologie der Universität Tübingen) in den evangelischen Kirchengemeinden Eningen unter Achalm, Holzgerlingen und Münsingen durchgeführt hat. Haupt- und Ehrenamtliche sowie Vertreterinnen und Vertreter der professionellen Gesundheitsdienste kamen in Projektgruppen zusammen. „Wie gut zu wissen, dass es in der Kirchengemeinde Anlaufstellen für Menschen in Not gibt“, sagte eine Hausärztin, als bei einem Treffen alle Gruppen und Kreise sowie die wichtigsten Personen der Kirchengemeinde in eine Art Karte eingetragen wurden. „Für manche meiner Patienten ist eine Adresse oft wichtiger als ein Rezept.“

Die drei Gemeinden konnten auf den Ergebnissen eines Pilotprojekts im Kirchenbezirk Tübingen von vor zwei Jahren aufbauen, von dem es Erfahrungsberichte und Vorlagen für themenbezogene Gottesdienste, Bibelarbeiten, Konfirmandenunterricht, Vorträge sowie für Schulungen in Gesprächsführung gibt. Jede Projektgruppe erstellte daraus ein individuelles Programm: In Münsingen wurde vor allem der Zusammenhang von Depression/Krankheit und Schuld thematisiert. Die Gemeindeleitenden in Eningen wiederum führten eine regelmäßige Sprechstunde für Menschen mit Depressionen ein. Und in Holzgerlingen

nahm ein bereits bestehendes Seelsorge-Team das Thema Depression in seine Arbeit auf. Insgesamt standen Seelsorgeangebote für Menschen mit Depressionen und ihre Angehörigen im Zentrum, wobei Seelsorge nicht nur als Zweiergespräch mit Hauptamtlichen verstanden wird. Vielmehr wurden im Anschluss an Gottesdienste, Vorträge und Bibelabend Gespräche in Kleingruppen angeboten, die von den Vortragenden sowie Haupt- und Ehrenamtlichen moderiert wurden.

Nach Aussage der Projektgruppen ist das Thema Depression in den drei Gemeinden aus der Tabuzone herausgeholt worden. Die Resonanz sei erstaunlich gut gewesen, nachdem anfangs immer wieder die Befürchtung geäußert worden war, dass das Thema „zu schwierig für die Kirchengemeinde“ sei. „Überraschend“ sei gewesen, wie viele Betroffene und Angehörige zu den Veranstaltungen kamen und das Angebot eines Gesprächs im geschützten Rahmen annahmen. In der individuellen Seelsorge nahmen die Gespräche mit Betroffenen bis auf das Siebenfache zu. Überraschend war auch, wie viele Leute zu den thematischen Gottesdiensten und Vorträgen kamen, zahlreiche Menschen seien auch „von außerhalb“ gekommen. Einer der beteiligten Pfarrer resümierte, dass durch das Projekt „Kirche und Kirchengemeinde neu erlebt werden, da sie Themen aufgreifen, die als relevant empfunden werden.“

Die regelmäßigen Gesprächsangebote für Menschen mit Depressionen und ihre Angehörigen gehen weiter. Es gibt sogar die Überlegung, gemeinsam mit den kommunalen Einrichtungen und Institutionen vor Ort eine Art Gemeindezentrum für (psychische) Gesundheit einzurichten.

*Dr. Beate Jakob*

Dieses Projekt wurde finanziell unterstützt durch die Stiftung Diakonie Württemberg.

Stiftung **Diakonie**   
Württemberg

# RÜCKKEHR NACH DEUTSCHLAND

**Als sie im Januar 2009 in die Demokratische Republik Kongo ausreisten, konnten sie sich kaum vorstellen, auf was sie sich einlassen würden. Jetzt sind der Allgemeinmediziner Dr. Matthias Holmer und seine Frau Sabine, die Hebamme und Krankenschwester ist, aus Nebobongo wieder nach Deutschland zurückgekehrt.**

## **Wie kam es, dass Sie im Krankenhaus in Nebobongo tätig wurden?**

Wir waren innerhalb der CECCA 16 in verschiedenen medizinischen Bereichen tätig. In dem Krankenhaus fehlte es einerseits an geprüften Medikamenten, andererseits gab es einen hohen Bedarf an Ausbildung und Aufklärung in der HIV-Prävention. Zusammen mit den kongolesischen Verantwortlichen und dem Difäm konnten wir Projekte in diesem Bereich planen und realisieren.

## **Mit dem Motorrad oder im Einbaum sind Sie auch zu anderen Gesundheitseinrichtungen gefahren. Welche Aufgaben haben Sie dort wahrgenommen?**

Vor allem in den letzten beiden Jahren haben wir zusammen mit den lokalen Verantwortlichen etwa 70 Gesundheitseinrichtungen der Kirche supervidiert, haben Weiterbildungen durchgeführt und Bestandsaufnahmen gemacht. Im Krankenhaus selbst haben wir als Allgemeinmediziner bzw. Krankenschwester und Hebamme bei der Anleitung des medizinischen Personals geholfen, bei der Verbesserung der Patientenversorgung sowie bei der Logistik und Bestellung von Medikamenten.

## **Wie sah die Zusammenarbeit mit dem Difäm aus?**

Wir sind sehr dankbar für die fachliche Beratung einerseits, wie zum Beispiel die Evaluation der aktuellen Situation zu Beginn unseres Einsatzes oder die Workshops zur strategischen Planung, andererseits sind wir aber auch dankbar für die regelmäßigen Besuche vor Ort sowie die zuverlässige Bereitschaft, Lösungen für die anstehenden Probleme zu finden oder weitere Kontakte herzustellen. Es war sehr hilfreich, dass die Projektberatung und -betreuung des Difäm an das lokale Niveau und die Situation vor Ort angepasst waren. Immer wieder halfen kleinere und größere spontane Projekte in akuten Engpässen, dass die Arbeit überhaupt weitergehen konnte.



Matthias und Sabine Holmer (Mitte und rechts) auf dem Weg zu einer entlegenen Gesundheitseinrichtung.

## **Die politische Situation im Kongo ist von Unsicherheit geprägt. Haben Sie auch einmal daran gedacht, vorzeitig nach Deutschland zurückzukehren?**

Wir waren ja im eher isolierten Nord-Osten des Landes tätig. Da waren die politischen Unruhen für uns immer weit genug entfernt. Und dass die Mission Aviation Fellowship vor Ort eine Landebahn hatte, hat das Gefühl der Sicherheit noch bestärkt.

## **Auf welche Erfahrungen schauen Sie besonders gerne zurück?**

Wir sind dankbar, dass sich aufgrund der Fortbildungen und der besseren Ausstattung die Patientenversorgung im Krankenhaus verbessert hat. Schön war auch, dass wir das AFAS-Projekt des Difäm zur Fortbildung von Pflegefachkräften nicht nur beginnen, sondern auch zu Ende führen konnten und dass es ein Folgeprojekt geben wird. Ermutigend waren zudem die Supervisionen in den abgelegenen Gesundheitseinrichtungen. Und dann haben wir in der Zeit einfach sehr viele persönliche Kontakte zu den Menschen vor Ort knüpfen können, die für uns sehr wertvoll sind. Wir haben von ihnen viel gelernt.

*Die Fragen stellte Franziska Müller, Praktikantin im Difäm.*

*Matthias und Sabine Holmer waren von Christliche Fachkräfte International (CFI) an das Krankenhaus in Nebobongo entsandt. Die Einrichtung wird von der CECCA 16, einer der protestantischen Kirchen im Ost-Kongo, getragen. Das Difäm verbindet eine langjährige Partnerschaft mit der CECCA 16.*





„Ich möchte den Frauen ihren Lebensmut zurückgeben und sie wieder in eine Dorfgemeinschaft integrieren“, sagt Madame Rosalie (Mitte), die das Mikrokredit-Programm der Fraueninitiative Shinda in Bukavu und im Süd-Kivu leitet.

## STARKE FRAUEN NEHMEN IHR LEBEN IN DIE HAND

Inmitten einer riesigen Plantage hinter Lehmhütten, versteckt unter Bananenstauden, finden wir, wonach wir gesucht haben: Ein mit Überhängen aus Sackleinen geschütztes kleines Beet, auf dem Pilze wachsen. Der Anbau von Pilzen ist Teil eines Mikrokredit-Programms für Frauen im Osten der Demokratischen Republik Kongo, welches das Difäm seit 2011 unterstützt. Madame Rosalie begleitet uns zu den Pilzbeeten in Mizi-Murhesa, einem Dorf im Süd-Kivu. Sie leitet das Programm der Fraueninitiative Shinda, zu dem zehn Selbsthilfegruppen in Dörfern rund um Bukavu gehören. „Ich möchte den Frauen ihren Lebensmut zurückgeben und sie wieder in eine Dorfgemeinschaft integrieren“, sagt sie.

Das Mikrokredit-Programm richtet sich an Frauen mit Behinderung, Witwen und Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben. Sie erhalten ein Darlehen als Startkapital, mit dem sie sich ihren eigenen Lebensunterhalt erwirtschaften können. Einige der Frauen haben mit dem Geld ein

Gemeinschaftsfeld finanziert, wo sie nun Maniok anpflanzen, den sie später gewinnbringend auf dem Markt verkaufen. Andere Frauen haben Avocado-Bäume gepachtet. Stolz zeigen uns zwei Frauen aus dem Dorf ihr Beet mit den Pilzen. „Die erste Ernte brachte acht Kilogramm Pilze“, erzählt eine der beiden Frauen. „Im Dorf erhalten wir pro Kilo drei Dollar, in Bukavu sogar bis zu 10 Dollar.“ Für die Sporen mussten sie anfangs 80 Dollar investieren. Allerdings könne eine angelegte Pilzkultur nur etwa sechs Mal hintereinander abgeerntet werden, erklärt die Frau. Danach müssten wieder neue Sporen gekauft werden. Diese bekommen die beiden Frauen bei der Landwirtschaftlichen Fakultät der Evangelischen Universität in Afrika mit Sitz in Bukavu. Sie hat die Pilzsporen in Zusammenarbeit mit der Universität Hohenheim bei Stuttgart gezüchtet.

Bisher haben fast 200 Frauen Darlehen von 50 bis 100 Dollar erhalten. Üblicherweise zahlen die Frauen innerhalb von sechs Monaten die Kredite ab. Erst dann kann die nächste Gruppe von 30 bis 50 Frauen wieder Startkapital aufnehmen. Zusätzlich zu den Krediten erhalten die Frauen Schulungen in Geldwirtschaft und im Umgang mit Finanzen. Einige werden dabei als Multiplikatorinnen ausgebildet, die dann ihr Wissen an andere Frauen weitergeben können.



Difäm/Buck

Das Mikrokredit-Programm ermöglicht es Frauen, sich trotz ihrer Geschichte und der widrigen Umstände im Land im Land zu engagieren und sich für ein unabhängiges, gesundes und gerechtes Leben einzusetzen. Das Difäm wird diese starken und entschlossenen Frauen weiterhin, so gut es geht, in ihrer Arbeit unterstützen.

*Anna Buck, Difäm-Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, hat zusammen mit Difäm-Gesundheitsreferentin Gabi Hettler im August Partner in Bukavu im Süd-Kivu besucht.*

*Mehr über Difäm-Projekte im Ost-Kongo und über Erfahrungen und Erlebnisse auf dieser Reise erfahren Sie im Reiseblog auf [www.difaem.wordpress.com](http://www.difaem.wordpress.com)*



## GROSSE WIRKUNG

Gebrauchte Handys sind zu schade zum Wegwerfen. Wir freuen uns, dass unsere aktuelle »Handy-Aktion – fragen. durchblicken.handeln!« bereits große Resonanz erzielt hat: Rund 230 Einzelpersonen, Schulen, Weltläden, Unternehmen und Gemeinden in ganz Deutschland haben sich bisher an der Gemeinschaftsinitiative von Organisationen aus Kirche und Zivilgesellschaft in Baden-Württemberg beteiligt. Seit Mai dieses Jahres hat unser Kooperationspartner Telekom Deutschland bereits 1.118 Geräte erfasst. Diese werden nun datensicher repariert und weiterverwendet oder umweltgerecht recycelt. Vielen Handynutzern sind die globalen Zusammenhänge in der Handyproduktion und deren Auswirkungen wenig bewusst. Daher finden Veranstaltungen und Lerneinheiten zu den ökologischen, gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen des Herstellungs- und Verwertungsprozesses statt.

Werden auch Sie aktiv: Holen Sie das Thema in Ihren Konfirmanden- und Schulunterricht, veranstalten Sie gemeinsam mit unseren Referenten einen Filmabend in Ihrer Gemeinde oder beteiligen Sie sich an unserer Sammelaktion: Sammeln Sie selbst oder geben Sie Ihre Handys bei einer Sammelstellen in Ihrer Nähe ab.





Gisela Schneider zu Besuch bei der Trauerfamilie in Westafrika.

## NACH HAUSE KOMMEN...

Alles begann mit einem kurzen Anruf aus der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus an einem Freitagnachmittag: „Wir haben einen Flüchtling aus Westafrika aufgenommen, der schwer krank ist und auf der Palliativstation liegt. Kannst Du bitte vorbeikommen?“ Ousman<sup>1</sup>, ein junger Mann von Anfang 30, war wie viele andere Flüchtlinge übers Mittelmeer nach Italien und dann nach Deutschland gekommen. In kleinen Etappen hatte er die Reise von seinem Heimatland nach Libyen zurückgelegt, immer das große Ziel vor Augen: Europa. Hier wollte er etwas lernen und dann seine Familie unterstützen. Der Weg durch die Wüste und über das Mittelmeer war gefährlich gewesen, aber er hatte es geschafft. In einer Flüchtlingsunterkunft im Schwarzwald war er untergekommen. Kurz nach seiner Ankunft fühlte er sich aber nicht wohl. Die Diagnose der Ärzte war schwerwiegend: Mit einem nicht behandelbaren Tumor wurde er auf die Palliativstation eingewiesen.

„Ich will nach Hause. Ich möchte einfach noch einmal meine Familie sehen“, sagte er mir, als ich ihn traf. Er wusste, dass es für ihn keine Hoffnung mehr gab, dass seine Träume zerbrochen waren. Doch der Gedanke, in der Fremde sterben zu müssen, war für ihn unerträglich. Im Schwarzwald war er zwar zusammen mit einer Reihe anderer Flüchtlinge aus seiner Heimat untergebracht gewesen, aber die Familie konnten sie ihm nicht wirklich ersetzen. Wenn er doch wenigstens noch einmal seine Lieben in West-Afrika sehen könnte!

<sup>1</sup> Name geändert

Wie gern möchte man einem todkranken jungen Mann einen solchen Wunsch erfüllen! Aber war er nicht schon zu schwach, um noch eine so lange Flugreise durchzuhalten? Außerdem hatte er keine Papiere, mit denen er hätte ausreisen können. Nur einen Flüchtlingsausweis. Und wer sollte den Flug bezahlen? Das Difäm hat ein kleines Budget für Einzelfallhilfe und wir entschlossen uns, alles zu versuchen. Vielleicht war es in diesem Fall genau das, was dem jungen Mann in den letzten Tagen seines Lebens noch ein Stück Hoffnung und Zuversicht geben würde.

Das Wochenende nutzten wir, jemanden zu finden, der ihn auf seinem Weg in die Heimat begleiten konnte. Ousman sagte, dass er einen Verwandten in Norwegen habe. Der hatte zum Glück auch einen Pass und konnte reisen. Der Kontakt war schnell hergestellt und der Onkel war bereit, seinen Neffen in Tübingen abzuholen und mit ihm die weite Reise anzutreten. „Es muss aber sehr schnell gehen“, mahnte noch der behandelnde Oberarzt in der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus. Ousmans Blutwerte seien schon sehr schlecht. Es bliebe ihm nicht mehr viel Zeit.

Montagmorgen, Punkt acht Uhr, rief ich beim zuständigen Landratsamt in Freudenstadt an: „Können Sie mir helfen und diesem Flüchtling ein Reisedokument ausstellen, womit er umgehend in sein Heimatland zurückkehren kann? Er möchte dort sterben.“ Die Sachbearbeiterin war erstaunt. So eine Anfrage hatte sie noch nie bekommen. Nach ein paar Erklärungen begriff sie aber, dass es hier um einen Akt der Würde und der Menschlichkeit ging. „Ich sehe, was ich tun kann“, versprach sie.



Wir suchten umgehend nach einer Fluglinie, die den schwerkranken jungen Mann mitnehmen würde. Osman konnte zum Glück sitzen und auch kleine Wege gehen. Für die langen Gänge auf dem Flughafen, besonders beim Ein- und Umsteigen, brauchten wir aber einen Rollstuhl. Gab es noch zwei Plätze für den Flug in sein Land für den folgenden Tag? Das Reisebüro half weiter und wir konnten einen Flug für Osman und seinen Onkel reservieren: Von Stuttgart über Barcelona nach Banjul.

Jetzt blieb nur noch abzuwarten, ob der Onkel aus Norwegen und die Reisedokumente rechtzeitig da sein würden. Wir wussten, dass wir am Montag bis spätestens um 14 Uhr die Tickets für den folgenden Tag kaufen mussten. Um 13.30 Uhr kam die E-Mail aus Freudenstadt: „Wir haben die nötigen Papiere, einen deutschen Reisepass für Ausländer, und eine Kollegin von uns wird diese zu Ihnen nach Tübingen bringen.“ Von dem Verwandten aus Norwegen erfuhren wir, dass er von Oslo über Zürich nach Stuttgart fliegen würde und um Mitternacht da sei. Ein Freund von Osman wollte ihn am Flughafen abholen. Wir kauften die Tickets und am späten Nachmittag war der Reisepass im Original in der Tropenklinik.

Als ich an diesem Abend mit Reisepass und Ticket ins Krankenzimmer des Patienten kam, konnte Osman es kaum fassen: „Ich darf nach Hause!“ – das Strahlen in seinem Gesicht werde ich nie vergessen. Hier bekam jemand ein Stück Würde zurück. Wenigstens würde er in Würde sterben dürfen, im Kreis seiner Lieben.

Am Dienstagmorgen ging alles ganz schnell. Der Onkel war da und die Reise konnte beginnen. Das Taxi brachte sie nach Stuttgart auf den Flughafen. „Es ist alles gut gegangen, die Fluglinie hat den Rollstuhl gebracht. Es hat keine Probleme gegeben“, lautete der Zwischenbescheid vom Flughafen. Und dann nachts um 1 Uhr kam endlich die SMS aus Afrika: „arrived safely“. Sie waren gut angekommen.

Einige Wochen später konnte ich Osmans Familie besuchen, als ich auf einer Dienstreise in Westafrika war. Seine Frau mit der traditionellen Kopfbedeckung der Trauernden, sein Bruder, seine Mutter und der Bruder seines Vaters waren da. Sie erzählten die Geschichte noch einmal von ihrer Seite. Sie hatten Osman mit viel Hoffnung auf die gefährliche Reise geschickt. Er wollte gehen, um sie besser unterstützen zu können. Von seiner Krankheit hatten sie zwar gehört, sie wussten aber nicht, wie schlimm es um ihn tatsächlich stand. Sie waren unendlich dankbar, dass sie ihn noch einmal sehen konnten. „Osman kam vom Flughafen und hat uns alle begrüßt. Er hatte noch ein paar Stunden mit seiner Familie. Wir sind so froh, dass er hier bei uns gestorben ist und wir ihn beerdigen konnten“, erzählten sie.

Osmans Leben steht exemplarisch für viele Menschen, die in unserer globalisierten Welt versuchen, ihrem Leben und ihrer Familie eine Perspektive zu geben. Sie nehmen dafür sehr viel auf sich. Die Träume von Osman sind zerplatzt und er hat viel gelitten. Am Ende konnten wir aber dazu beitragen, dass er mit sich und seinem Leben Frieden schließen durfte. Das ist für uns ein echtes Gottesgeschenk.

*Dr. Gisela Schneider*



## ÄRZTLICHE BETREUUNG VON FLÜCHTLINGEN

**Gesundheit ist ein Menschenrecht, das auch für Flüchtlinge gilt. Doch gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen sind erhebliche Verbesserungen nötig, wenn dieses Recht gelten soll. Menschen haben ihre Heimat und ihre Existenz verloren, viele sind durch Flucht- oder Kriegserlebnisse oder durch sexuelle Gewalt traumatisiert. Bisher steht ihnen aber nur eine medizinische Notfallversorgung zu. Psychologische Unterstützung fehlt meist ganz. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz müssen Arztbesuche vom Sozialamt genehmigt werden. Erschwerend kommen sprachliche und kulturelle Barrieren sowie der allgemeine Zeitmangel im Gesundheitsbereich hinzu.**

**Ende August trafen sich Mitarbeitende des Difäm mit Dr. Helmut Scherbaum vom Psychosozialen Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge Refugio Stuttgart e.V., dem Tropenmediziner Dr. Johannes Schäfer aus der Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus sowie mit Dr. Susanne und Dr. Ulrich Ziegler vom Asylzentrum in Meßstetten, um dieses Thema zu diskutieren. „Wir wollen gemeinsam Wege finden, damit Flüchtlinge einen unkomplizierten Zugang zu einer angemessenen medizinischen und psychosozialen Betreuung bekommen“, sagt Difäm-Direktorin Dr. Gisela Schneider. Auch als Difäm wollen wir unseren Beitrag in der Flüchtlingskrise leisten und überall da mitwirken, wo wir auch mit unserem Fachwissen beitragen können.**



## JUGEND-MISSIONS-KONFERENZ

10. JANUAR 2016

Unter dem Motto „Sein Leben – hingeben“ warten bei der JuMiKo auf der Stuttgarter Messe Vorträge, Infostände und Berufsberatung auf junge Menschen, die ausreisen möchten. Das Difäm ist mit der „Handy-Aktion – fragen.durchblicken.handeln!“ dabei.

## KONFIS FÜR AFRIKA

13. MÄRZ 2016

Gemeinsam mit dem Evangelischen Jugendwerk und den Kirchengemeinden des Bezirks Tübingen veranstaltet das Difäm wieder den traditionellen Sponsorenlauf „Konfis für Afrika“. Konfirmandinnen und Konfirmanden, Pfarrerinnen und Pfarrer sowie Interessierte sind herzlich eingeladen mitzulaufen und so die Gesundheitsprojekte des Difäm im Ostkongo zu unterstützen. Jeder Läufer sucht sich im Vorfeld Sponsoren, die einen bestimmten Betrag für jede gelaufene Runde zahlen.

## CHRISTLICHER GESUNDHEITSKONGRESS

14. BIS 16. APRIL 2016

Der Christliche Gesundheitskongress 2016 in Kassel steht unter dem Motto „Zeichen setzen – Heilen und Begleiten in Gesundheitswesen und Ge-

meinde“. Difäm-Direktorin Dr. Gisela Schneider und Studienreferentin Dr. Beate Jakob bieten verschiedene Seminare und Vorträge an.

## KONFIRMANDEN 2015/16

Unter dem Motto „Eintauchen in eine andere Welt“ bieten wir Gemeinden und Schulen jugendgerechte Unterrichtseinheiten zu Themen wie Handy, Rohstoffgerechtigkeit, globale Zusammenhänge und Gesundheit an. Wir kommen gerne zu Ihnen in die Gemeinde oder Schule.

Weitere Informationen auf [www.difaem.de/aktuelles](http://www.difaem.de/aktuelles)



## DIFÄM SEMINARE

8. FEBRUAR BIS 4. MÄRZ 2016

**Public Health und Tropenmedizin** Für Ihren medizinischen Einsatz in einem tropischen oder wirtschaftlich benachteiligten Land erwerben Sie in diesem Seminar die nötigen Vorkenntnisse. Themen sind unter anderem Ernährung, Chirurgie in den Tropen, Parasitosen, Projektmanagement, traditionelle und moderne Medizin sowie Geburtshilfe. Im Anschluss können Sie bei einem dreitägigen Laborkurs das Gelernte praktisch vertiefen.

Weitere Hinweise zum Seminarangebot des Difäm finden Sie unter [www.difaem.de/fachangebote](http://www.difaem.de/fachangebote)



## NEU ERSCHIENEN

„GEMEINSAM FÜR GESUNDHEIT“ – Difäm-Jahresbericht 2014



WEIHNACHTSKARTEN 2015

„The Seven Stars“ aus Japan von Jyoti Sahi



„Flucht nach Ägypten“ aus Ruanda von einer Frauenkooperative



UNSER TÄGLICH BROT – KALENDER 2016

Der Kalender der evangelischen Missionswerke zeigt Fotos aus der Einen Welt zum Thema „Unser täglich Brot“. In ihnen spiegelt sich die Freude an der Gemeinschaft bei Aussaat und Ernte, bei der Zubereitung und dem gemeinsamen Mahl.



## BESTELLUNGEN

Birgit Rätzke  
07071 704 90 26  
raetzke@difaem.de



Bestellungen bitte an [bestellung@difaem.de](mailto:bestellung@difaem.de) oder telefonisch unter 07071 704 90 26 oder per Fax an 07071 704 90 37

### Impressum

Gesundheit in der Einen Welt, Heft 4-2015, 65. Jahrgang Zeitschrift des Difäm – Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. // Herausgeberin: Dr. Gisela Schneider, Direktorin // Redaktion: Anna Buck (ViSdP), Katja Dorothea Buck // Mohlstraße 26, 72074 Tübingen // Telefon 07071 704 90 17 Fax 07071 704 90 39 // [www.difaem.de](http://www.difaem.de) // [info@difaem.de](mailto:info@difaem.de)

Spendenkonto: 406 660 (BLZ 520 604 10) // Ev. Kreditgenossenschaft Stuttgart  
IBAN DE36 5206 0410 0000 4066 60 // BIC GENODEF1EK1  
Konzeption / Layout: büro für visuelles, Stuttgart // Layout / Satz: Werbeatelier Waiblinger, Tübingen  
Druck: BruderhausDiakonie Reutlingen // Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei  
Titelseite: Difäm/Buck // Seite 5: Difäm/Kilian // Seite 7: Difäm/Vollmer  
Auflage: 15.800

Erscheinungsdatum: November 2015