



# Heilung und Heil

Mitteilungen und Berichte des Missionsärztlichen Instituts Würzburg

- **Ängste und Hoffnungen**
- **„Machtlosigkeit war eine tiefgreifende Erfahrung“**
- **Muttersprache schafft Vertrauen**



	Seite		Seite
<b>Editorial</b>	1	<b>Institut aktuell</b>	
<b>Spirituelle Impuls</b>	2	<i>Waltraud Seitz</i> Muttersprache schafft Vertrauen <i>Impfaufklärung für Asylbewerber</i>	20
<b>40 Jahre HIV/Aids</b> <i>Klemens Ochel</i> Machtlosigkeit war eine tiefgreifende Erfahrung <i>Lernerfahrungen aus 40 Jahren HIV/Aids</i>	3	<b>Buchbesprechung</b>	
<i>Päivi Köhler</i> Ängste und Hoffnungen <i>Anfang und Verlauf der HIV-Epidemie in Tansania</i>	7	<i>Elke Blüml</i> Auch kleine Glücksmomente zählen	23
<i>Piet Reijer</i> Forty years of HIV <i>Some personal experiences in Zambia</i>	11	„Der kleine Mönch und das große Glück“ von Ansgar Stüfe OSB	
<b>Gesundheit global</b>		<b>Nachrichten</b>	24
<i>Joachim Rüppel</i> Politikansatz zu Forschung und Entwicklung muss auf den Prüfstand <i>Globale Krisen und schwacher Staat</i>	13	<b>Impressum</b>	25
		<b>Titelbild:</b> <i>Foto: Jcomp_freepik.com</i>	

Liebe Leserinnen und Leser,

vor 40 Jahren wurden in den USA die ersten Fälle einer Krankheit beschrieben, die sich schnell auf der ganzen Welt verbreitete. HIV/Aids entwickelte sich zur Pandemie. Wenn heute von „Pandemie“ die Rede ist, geht es um Corona. HIV und Covid-19 werden zwar unterschiedlich übertragen. Gemeinsam ist beiden aber, dass sie die Menschen im Globalen Süden heftiger treffen als überall sonst auf der Welt.

Allein die Tatsache, dass die weltweite Produktion an Impfstoffen nicht ausreicht, um genügend Menschen im Süden zu immunisieren, ist nur einer von vielen Faktoren. Wer das Haus nicht verlassen darf, nicht arbeiten gehen kann, wird noch ärmer und leidet Hunger. So wenig gesichert wie die Versorgung mit Vakzinen ist noch heute die von HIV-Infizierten mit Medikamenten. Nur etwa die Hälfte der knapp 38 Millionen Betroffenen weltweit hat Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, die das Virus im Körper kontrollieren. Vor allem im Globalen Süden können sich Infizierte die Therapie nicht leisten.

Das Missionsärztliche Institut war vor 40 Jahren an vorderster Front dabei, als es darum ging, das damals noch unbekanntes Phänomen zu erforschen und Betroffenen in vielen Ländern des Südens zu helfen. Vier Jahrzehnte seit dem Beginn von HIV/Aids haben wir zum Anlass genommen, in der aktuellen Ausgabe von Heilung und Heil zurückzuschauen. Eine Autorin und zwei Autoren berichten über Ängste und Machtlosigkeit, aber auch Hoffnungen und ermutigende Entwicklungen im Kampf gegen die Immunschwäche damals und heute.

Wenig ermutigend ist momentan die Blockadehaltung Deutschlands gegen eine vorübergehende Freigabe von Patenten für Impfstoffe gegen Covid-19. Joachim Rüppels Analyse geht weiter über diese Kontroverse hinaus. Auf den Seiten 13 bis 19 stellt er den gegenwärtigen Politikansatz zu Forschung und Entwicklung auf den Prüfstand.

Das Missionsärztliche Institut ist nicht nur in der Ferne aktiv für mehr Gesundheit, sondern auch in der Region. Unsere Mitarbeiterin Waltraud Seitz berichtet darüber, was sie erlebt, wenn sie Asylbewerberinnen und -bewerber in unterfränkischen Einrichtungen besucht, um ihre Fragen zum Thema Impfen zu beantworten.

Ich wünsche allen, die ihren Urlaub noch vor sich haben, eine erholsame Zeit mit vielen Gelegenheiten, Kraft zu tanken.

Elke Blüml

Dear Readers,

The first cases of a disease that quickly spread around the world were described in the USA 40 years ago. HIV/AIDS developed into a pandemic. Today, when people talk about a “pandemic,” it is Corona. Although HIV and COVID-19 are transmitted differently, the two diseases affect people in the Global South more severely than anywhere else in the world.

The mere fact that global production of vaccines is insufficient to immunize enough people in the South is just one of many factors. Those who are not allowed to leave the house, who cannot go to work, become even poorer and suffer from hunger. Even today, the medical supply for HIV-infected people is as insecure as the supply of vaccines. Only about half of the nearly 38 million people who are globally affected have access to antiretroviral drugs to control the virus in the body. Infected individuals cannot afford therapy in the Global South, in particular.

Some 40 years ago, the Medical Mission Institute was at the forefront of researching the unknown phenomenon at that time, also helping sufferers in many countries in the South. We have taken the opportunity to look back four decades since the beginning of HIV/AIDS in the current issue of “Heilung und Heil”. Three authors share reports on fears and powerlessness, but also on hopes and encouraging developments in the fight against the immune deficiency, then and now.

Germany’s blockage of a temporary release of patents for vaccines against COVID-19 is less encouraging at the moment. Mr. Joachim Rüppel’s analysis even exceeds this controversy. On pages 13 to 19 he puts the current policy approach to research and development to the test.

The Medical Mission Institute is not only involved in the promotion of better health abroad but also in the region. Our staff member Ms. Waltraud Seitz reports on what she experiences when responding to questions about vaccination when visiting asylum seekers in facilities in Lower Franconia.

If your vacation is still up ahead, have a relaxing time with plenty opportunities to recharge your batteries.

### Alles in Gottes Hände legen

Und wenn die Nacht kommt  
und der Rückblick zeigt,  
dass alles Stückwerk war  
und vieles ungetan geblieben ist,  
wenn so manches tiefe  
Beschämung und Reue weckt:  
dann alles nehmen, wie es ist,  
in Gottes Hände legen  
und ihm überlassen.  
So wird man in ihm ruhen können,  
wirklich ruhen  
und den neuen Tag  
wie ein neues Leben beginnen.

*Edith Stein, geboren 1891 in Breslau, ermordet 1942 in Auschwitz, deutsche Philosophin, Karmelitin und Heilige der römisch-katholischen Kirche.*

### Put it in God's Hands

And when night comes,  
and you look back over the day  
and see how fragmentary everything has been,  
and how much you planned that has gone undone,  
and all the reasons you have  
to be embarrassed and ashamed:  
just take everything exactly as it is,  
put it in God's hands  
and leave it with Him."

*Edith Stein, born in Breslau in 1891, murdered in Auschwitz in 1942, German philosopher, Carmelite and saint of the Roman Catholic Church.*



Foto: S. Hermann & F. Richter/Pixabay

Klemens Ochel

# „Machtlosigkeit war eine tiefgreifende Erfahrung“

## Lehren aus 40 Jahren HIV/Aids

1981, die ersten Bilder von Menschen mit einer neuen tödlichen Krankheit. Reißerisch und fremd wirkten die Nachrichtenbilder in typisch amerikanischen Medienformaten mit „Breaking News“-Bannern, börsenartigen Zahlenkolonnen und Schlagworten. Sie standen im starken Kontrast zu den Nachrichten des biedereren, unaufgeregten öffentlichen Fernsehens in Deutschland.

Fast zeitgleich und in unterschiedlichen Metropolen der Vereinigten Staaten waren eine große Zahl junger, meist weißer amerikanischer Männer an einer ungewöhnlichen Krebserkrankung, dem Kaposi-Sarkom, oder an opportunistischen Infektionen wie Zytomegalie, Toxoplasmose, Pilzkrankungen oder Tuberkulose erkrankt. Die behandelnden Ärzte konnten ihnen trotz Einsatz von Antibiotika und anderen Medikamenten nicht helfen. Erkrankt zu sein, bedeutete zu sterben. Die Mediziner hatten kei-

ne Erklärung für diese ungewöhnliche Immunschwäche und wirkten hilflos. Diese Machtlosigkeit der damals technologisch überhöhten Medizin zu erleben, war eine tiefgreifende erste Erfahrung mitten in meinem Medizinstudium.

Fast dreißig Jahre meines Berufslebens in der Aids-Arbeitsgruppe des Missionsärztlichen Instituts habe ich an dem Thema HIV gearbeitet. Die ersten öffentlichen Berichte über HIV vor 40 Jahren sind ein guter Anlass, mich selbst zu fragen, was ich seitdem gelernt habe.

### Es gibt keine abgeschlossene Ära der Infektionskrankheiten

Die ersten Berichte über HIV fielen in eine Zeit, in der die Medizin glaubte, alle Mittel in der Hand zu haben, das Zeitalter der Infektionskrankheiten zu beenden. Im Auf-

bruch der 60er Jahre hatte William H. Stewart, damals US Surgeon General, vorgeschlagen, dass es „an der Zeit sei, das Buch der Infektionskrankheiten zu schließen“ und „den Krieg gegen die Pestilenz für gewonnen zu erklären“. Der pharmazeutische und technologische Fortschritt in der Medizin machte ungeahnte Eingriffe wie Organtransplantationen möglich<sup>1</sup>.

Diese Einstellung, die uns heute eher als Hybris erscheint, wurde durch HIV konterkariert. Die immer häufiger werdenden oder sich weltweit ausbreitenden Ausbrüche von gefährlichen Infektionskrankheiten wie Ebola, Influenza und COVID-19 belehren uns eines Besseren. Dass Infektionskrankheiten weiterhin großes Leid verursachen, hängt mit vielen tiefgreifenden Strukturproblemen unseres wirtschaftlichen und geopolitischen Handelns zusammen. Forschung an Impfstoffen oder anderen Krankheiten des Globalen Südens wurden lange vernachlässigt. Die Medikamente gegen vernachlässigte Tropenkrankheiten, die durch die forschende Arzneimittelindustrie angeboten werden, sind schon viele Jahrzehnte alt.

Länder in Afrika müssen heute über 90% der benötigten Impfstoffe importieren. Es bestand kein – wirtschaftliches – Interesse an Technologietransfer in den globalen Süden. Unsere Kollegen im Globalen Süden können keine Keimdiagnostik durchführen, weil ihnen ein Labor fehlt, insbesondere die Möglichkeit, Resistenzen zu erkennen. Da Antibiotika frei verfügbar sind, setzen sie diese oft unkritisch und unkontrolliert ein. Antibiotika



Vor 40 Jahren wurde erstmals über das Auftreten von HIV/Aids berichtet.

Foto: Jcomplfreepik.com

<sup>1</sup> siehe auch: <https://www.cgdev.org/article/it%E2%80%99s-time-revise-book-infectious-diseases>



Warten in der Aids-Ambulanz in Kenia.

Foto: Piet Reijer

werden weltweit aber nicht nur in der Humanmedizin, sondern auch in der industriellen Tierproduktion eingesetzt. Als letztes Beispiel von sozio-ökologischem Wandel und Globalisierung sei genannt, dass die Menschen immer tiefer in Lebensräume eindringen oder selbst Kontaktzonen mit Tieren schaffen, was ein Überspringen von Erregern ermöglicht.

### Stigma und Diskriminierung verletzen das Menschenrecht auf Gesundheit

Die Angst vor Ansteckung vor HIV bestimmte in den 80er Jahren die öffentliche Meinung und das politische Handeln. In der Logik der Kontrolle von Seuchen und Pestilenz forderten Fachleute, Politiker und einflussreiche Menschen, „das Wegsperrten von Betroffenen“. In Abänderungen taucht solch ein „Sicherheitsdiskurs“ in der öffentlichen und politischen Debatte immer wieder auf, bei HIV, bei Ebola oder bei COVID-19. Aber machen uns Wegsperrten, Sicherheitsbarri-

eren an Grenzen, globale Überwachungssysteme wirklich sicherer? Führen sie nicht automatisch zu Einschränkungen von Menschenrechten, Kontrolle von unliebsamen Gruppen, und geben sie uns nicht ein falsches Gefühl von Sicherheit?

Die Klärung der Ursache für die Immunschwächekrankheit gelang nach einem bis heute ungeklärten wissenschaftlichen Streit über die Diagnostik durch die Forscher des Institut Pasteur, Luc Montagnier and Françoise Barré-Sinoussi auf der einen Seite, und durch das US-Amerikanische Krebsforschungszentrum unter Leitung von Robert Gallo andererseits. Die Klärung der Ursache eröffnet die Möglichkeit, eine Infektion durch einen Test nachzuweisen.

Als Assistenzarzt nutzte oder missbrauchte ich meine „technische Macht“, eine Patientin testen zu können. Sie kam aus Afrika. Das allein reichte für mich als Grund, sie ohne ihre informierte Zustimmung zu testen. Mein Motiv war „mein OP-Team zu schützen“. Regeln zum Testen, zur Aufklärung oder

zur Zustimmung zu solchen medizinischen Eingriffen gab es damals nicht. Meine Oberärztin nahm mich ins Gebet und fragte, „ob wir auf der Basis von Evidenz an unserem Infektionsschutz im OP etwas ändern würden, wenn wir wüssten, dass die Patientin positiv ist.“

Weiter fragte sie, ob ich mir Gedanken darüber gemacht hätte, was sich für das Arzt-Patient-Verhältnis ergibt, wenn die Patientin erfahren müsste, dass „Sie sie gegen ihre Zustimmung getestet haben.“ Viel schlimmer als diese bohrenden Fragen war für mich die Tatsache, dass die Patientin noch vor Abschluss ihrer Behandlung aus der Klinik verschwunden ist. Die Stationsleitung erklärte mir: „Sie hat kein Vertrauen mehr gehabt.“ Vertrauensverlust kann Ausbreitung anheizen.

Erst später habe ich in meiner Ausbildung in International Public Health am Prinz Leopold Institut die Zusammenhänge zwischen dem Menschenrecht auf Gesundheit und Zugang, Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten, Akzeptanz, Patientensicherheit und Qualitäts-



Aidsberatung in Kumbo/Kamerun

Foto: Marlies Reulecke

standards der Versorgung gelernt. Arbeit an sozialen Determinanten von Gesundheit, nicht ausschließlich klinische Medizin sind für das Wohlbefinden und Wohlergehen der Betroffenen und Infizierten wichtig. Unsere Antwort auf Pandemien wie HIV oder auch Corona muss tief verwurzelt sein in der Beachtung der Würde und der Rechte der Betroffenen. Public Health kann nur gelingen im Zusammenwirken zwischen den 'infected' und 'affected'. Diskriminierung beginnt oft mit der Sprache, und auch da habe ich viele neue Begriffe und Zusammenhänge gelernt: MSM, Drogennutzer, Schlüsselgruppen, sexuelle Minderheiten. ....

### **Globale Gesundheitsprobleme und die globale Kluft**

Das Missionsärztliche Institut hatte durch seine Missionskräfte in Afrika und überall auf der Welt schnell die traurige Gewissheit, dass sich HIV in armen Ländern und insbesondere in Afrika in den 80er Jahren bereits

massiv ausgebreitet hatte. Viele Namen sind hier zu nennen, worauf ich verzichte, weil ich sie nur unzureichend würdigen kann.

Schnell stand der Zusammenhang zwischen „slim disease“ und HIV fest. Der Auftrag an die Aids-Arbeitsgruppe in den ersten Jahren bestand darin, nicht nur angepasste Tests, sondern auch Wissen über Prävention und gesundheitserhaltende Maßnahmen zu verbreiten. Mitte der 90er Jahre, in denen die Verbindungen zwischen Missionsklinik und Institut noch viel enger waren, stellten sich – langsam zwar – bei HIV-Patienten in der Klinik Behandlungserfolge ein. Doch antiretrovirale Arzneimittel waren lange für Menschen in ressourcenarmen Ländern unbezahlbar. Ihnen wurde darüber hinaus nicht zugetraut, solch komplexe Therapien einzunehmen. Unterstützt durch Misereor und in Zusammenarbeit mit unseren Partner-Gesundheitsdiensten in Sambia und Namibia, zeigten wir, dass ART – Behandlung, also antiretrovirale Therapie, auch in Afrika erfolgreich und lebensverlängernd ist.

Als Teil zivilgesellschaftlicher Organisationen in Deutschland unterstützen wir die Aktivisten der Treatment Action Campaign in Südafrika (TAC), um weltweit einen bezahlbaren Zugang zu antiretroviralen Medikamenten einzufordern. Monopolvermarktungsrechte wurden in einem richtungweisenden Gerichtsverfahren als größtes Hemmnis des Zugangs erkannt. Nach einem Gerichtsentscheid konnte Südafrika antiretrovirale Medikamente aus Indien statt für knapp 20.000 US-Dollar Behandlungskosten pro Jahr für unter 300 US-Dollar pro Jahr einführen.

Das war der Durchbruch für einen breiten Zugang zu Behandlung. Deutschlands Pharmaindustrie überließ das Feld den Generikaherstellern. Medikamente für die Gesundheitsprobleme des globalen Südens erschienen wirtschaftlich zu wenig lukrativ. Die daraus entstandene Kluft wird heute in der Corona-Pandemie den Menschen im Globalen Süden erneut zum Verhängnis. Sie haben keinen Zugang zu Impfstoffen. Ihre Verbreitung ist weiterhin viel zu stark an

wirtschaftlichen Kriterien als am Gesundheitsbedarf ausgerichtet. Doch diesmal könnte sich die mangelnde Solidarität mit dem globalen Süden böse rächen. „Niemand ist sicher, wenn nicht alle sicher sind,“ sagt Tedros Adhanom Ghebreyesus, aktueller Direktor der Weltgesundheitsorganisation.

### **Krisen brauchen einen ethischen Ansatz und entschlossenes Handeln**

Seit dem Ende der 80er Jahre traf sich eine kleine Gruppe kirchlicher Werke aus dem Caritas- und dem CIDSE – Netzwerk bei CAFOD in London. Begonnen hatte es mit dem Wunsch, voneinander zu lernen. Bald kamen Koordination und Kooperation auch mit anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen oder der UN hinzu. Doch das Besondere an dieser Netzwerkarbeit waren die Einbindung von Betroffenen und die theologische Reflexion. Das Widerspiegeln des Leids, der medizinischen Bedarfe, der Forschungsfortschritte oder der globalen Antworten in theologischen Kategorien von Liebe, Menschenwürde, Gerechtigkeit und auch Gebet.

Die theologische Reflexion hat mir geholfen beim „Warum“ und „Wie“ man etwas macht. Papst Franziskus macht klare Vorgaben für die Sorge um das „gemeinsame Haus! Für ihn ist klar, dass bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie das zentrale Ziel der Weltgemeinschaft sein muss, alle Anstrengungen zu unternehmen, Gefährdungen, Krankheit und Tod mit allen Mitteln zu reduzieren. Dies sei nicht nur ein Gebot der Solidarität, sondern ein menschenrechtlicher Imperativ für global-politisches verantwortliches Handeln. Er führt aus, dass die Erde und alle ihre Güter für alle Menschen gleichermaßen zugänglich sein müssen, dass Leben in dem „gemeinsamen Haus“ (Enzyklika Laudato Si') nur ermöglicht werden

kann, wenn gutes und würdiges Leben für alle gleichermaßen ermöglicht wird. Das ist aber unter den gegenwärtigen Bedingungen einer globalkapitalistischen Wirtschaft, die lebensfeindlich und nicht lebensförderlich ist, nicht möglich.

Was bedeutet dies für mich als Fachkraft, für mich als Mitarbeitender am Missionsärztlichen Institut, das in einer Phase als Verein einen Weg in die Zukunft sucht? Was bedeutet das für den weltkirchlichen Kontext, was für staatliche Ebenen? In vielen Situationen und Stationen der HIV-Arbeit habe ich mir immer wieder die „Franziskus-Formel“ vorgehalten: „Die Zeit ist mehr wert als der Raum“. Damit möchte er sagen, wenn du nicht voran kommst in deiner Entscheidung, dann gehe den Weg des Prozesses, gehe den Weg der Zeit und halte dich nicht fest an den Räumen der Macht, in denen du augenblicklich bist.

Die zweite Formel heißt „Die Einheit wiegt mehr als der Konflikt“. Viele Menschen kommen nicht in die Handlung, weil sie Angst vor dem Konflikt haben. Mach die Einheit farbiger mit deinem Konflikt. Die Einheit hält das aus. Der dritte Satz heißt dann „Die Wirklichkeit ist wichtiger als die Idee“. Auch hier gibt es ein wunderschönes Beispiel in der Enzyklika Laudato Si. Hier sagt er: Die Menschen glauben, dass das Wachstum unendlich sei. Deshalb machen sie die Natur, die Wirklichkeit kaputt – sie sehen die Wirklichkeit nicht. Der vierte Satz der Formel heißt „Das Ganze ist dem Teil übergeordnet“.

Das Missionsärztliche Institut ist Teil der Weltkirche, die Weltkirche ist ökumenisch und mehr. Das Aktionsbündnis gegen Aids hat seine Wurzeln in der ökumenischen und zivilgesellschaftlichen Zusammenarbeit und war immer dann erfolgreich, wenn gemeinsam an einem Strang gezogen wurde. Die Menschen leiden unter Partikularinteressen. Die Staaten leiden unter Nationalismen. Globale Gesundheit ist

ein Anliegen der Menschheit und braucht entpolitisierte, effiziente, demokratisch legitimierte, rechenpflichtige Strukturen.

### **Globale Gesundheit im planetaren Kontext**

Die Lernerfahrungen sind nicht mein Verdienst. Viele Menschen haben mich geformt und geprägt, Kolleginnen und Kollegen, Partner, Freunde und die vielen Gelegenheiten bei Reisen und im Institut. Es gäbe noch viel zu sagen, vielen zu danken.

Aber eines ist mir noch wichtig. Medizinerinnen und Mediziner richten ihr Tun bisher an dem Hippokratischen Eid aus. Die HIV-Pandemie wie andere globale Gesundheitsprobleme legen nahe, dass dringend ein neuer multiprofessioneller Kodex gebraucht wird. Heutige und künftige Generationen von Gesundheitsexperten stehen vor den durch sozio-ökologischen Wandel hervorgerufene Herausforderungen des Anthropozäns. Als Reaktion auf diese Herausforderungen ist das transdisziplinäre Feld der planetaren Gesundheit entstanden, das sich auf die Verflechtung der menschlichen Gesundheit mit dem Zustand aller natürlichen Systeme konzentriert. Wir müssen den Hippokratischen Eid auf eine neue Ebene heben?

<sup>2</sup> Sabine Gabrysch et al.; A pledge for planetary health to unite health professionals in the Anthropocene; Published: September 30, 2020 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32039-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32039-0), VOLUME 396, ISSUE 10261, P1471-1473, NOVEMBER 07, 2020



Päivi Köhler

# Ängste und Hoffnungen

## Anfang und Verlauf der HIV-Epidemie in Tansania



Dr. Päivi Köhler mit ihrer Patientin Zawadi.

### Kagondo 1981–1985

Im Juni 1981 reisten mein Mann Bernd und ich als junge Ärzte mit zwei Kleinkindern in das Kagondo-Hospital der katholischen Diözese Bukoba in der Kagera-Region in Tansania. Wir wurden erwartet als Nachfolger von Dr. Klaus Sperrfechter, der mit seiner Familie dort drei Jahre gelebt hatte nach Übernahme der Leitung von Dr. Margarete Bundschuh. Klaus als unsere essentielle Brücke zu den medizinischen Aufgaben brachte Bernd bei, wie man vor Ort mit geburtshilflichen Problemen umgehen soll oder wie man ein akutes Abdomen bewältigt. Ich habe von ihm die Betreuung der Kinderstation übernommen, er wies mich ein z.B. in die Technik einer Lumbalpunktion beim Kleinkind oder in die Mög-

lichkeiten der Lebenserhaltung bei Frühgeborenen, ohne Brutkasten, unter den Bedingungen des Mangels.

HIV war zu der Zeit unbekannt. Aus der Nachbarregion in Uganda wurde von einer „*Slim Disease*“ genannten Krankheit berichtet, die seit den 70-er Jahren v.a. bei jungen Erwachsenen Durchfall, Gewichtsverlust, Lungenentzündung oder Tb verursachte mit Todesfolge. Die Ursache und auch der Übertragungsweg waren nicht bekannt.

Zu uns kamen zunehmend Kranke mit ähnlichen Symptomen, bei unseren regelmäßigen Treffen mit Ärzten aus den Nachbarhospitälern wurde das Gleiche berichtet. Wir konnten je nach Beschwerdebild mit Antibiotika oder Tb-Therapie

manche Verläufe verzögern, aber schließlich sind sie alle gestorben. Wir waren ratlos und beunruhigt und wussten auch nicht wie man sich vor der Krankheit schützen kann.

Das Leben ging weiter. Mitte 1982 kam unser drittes Kind in Kagondo zur Welt. Den vorgesehenen dreimonatigen Mutterschaftsurlaub musste ich abbrechen, um den einheimischen Kollegen im Hospital zu helfen, da Bernd an einer schweren Hepatitis B erkrankte nach OP an einem später ikterisch gewordenen Patienten. Eine Impfung gegen Hepatitis B war erst in der Entwicklung.

Schließlich 1983 erreichte uns die Nachricht, dass ein neues Virus, das zur Immunschwäche führt, in



*Kaiserschnitt in Kagondo 1983.*

den USA und Europa identifiziert wurde. Es war uns klar, dass es sich um das gleiche Virus bei unseren Kranken handelte. Die Hygiene-Maßnahmen wurden verbessert, sonst ging alles weiter wie bisher. Bernd erholte sich und konnte die Arbeit wieder aufnehmen. Noch 1983 wurden im Bukoba Government Hospital die ersten Patienten getestet, wie erwartet HIV-positiv. 1985 übergaben wir die Arbeit an unsere Nachfolger Dr. Schweiger und Dr. Pöllath.

### **Würzburg 1985–2005**

Nach unserer Rückkehr war die Erleichterung groß, als der HIV-Test bei uns und den Kindern negativ war. Die Ärzte aus Kagondo berichteten über eine zunehmende Zahl von Hospital-Mitarbeitern, die krank wurden und verstarben. Unser Freund und Kollege Merchades Bugimbi, ein bekannter und geschätzter Chirurg aus der Region, schrieb, dass er mehrmals in der Woche zu Beerdigungen gehen musste, die Zeit zum Arbeiten im Krankenhaus kam zu kurz. Keine Großfamilie blieb von der Krankheit verschont, das Sterben der mittleren Generation ging weiter, die Großeltern und Kinder blieben.

Die Inzidenz stieg in Kagera auf nahe 20 %, nach intensiven Aufklärungs- und Schutzmaßnahmen fing sie in den 90-er Jahren langsam an

zu sinken. Die Ausbreitung von HIV nahm ihren Weg über Tansania und die ganze Welt. Im Missionsärztlichen Institut in Würzburg konnte im Rahmen der neu gegründeten Arbeitsgruppe Aids und Internationale Gesundheit ein Beitrag geleistet werden zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pandemie in Ländern des Südens.

Ende der 80-er Jahre wurden von der Pharmaindustrie die ersten antiretroviralen Therapien entwickelt, 1996 wurde schließlich die lebensrettende hochaktive antiretrovirale Therapie als Kombination von drei Medikamenten in den reichen Ländern eingeführt. Es hat noch acht Jahre des Kampfes von Kirchen, Aktionsgruppen und NGOs gebraucht bis die Medikamente ab 2004 auch in den Ländern des Südens verfügbar wurden. Es konnte begonnen werden, das Sterben zu bremsen.

### **Moshi 2006–2015**

Unsere Kinder waren inzwischen erwachsen, unser langjähriger Chef Prof. Klaus Fleischer nahm Abschied von der Klinik. Der Gründer und Direktor der St. Luke Foundation in Moshi, als dessen Berater Bernd das Pharmazeutische Produktions- und Ausbildungsprojekt über 20 Jahre begleitet hatte, wurde berentet. Eine Anfrage von MissionEineWelt (damals Bayeri-

sches Missionswerk der ev. Kirche), ob Bernd bereit wäre, die Leitung in Tansania zu übernehmen, wie von den dortigen Mitarbeitern erwünscht, wurde ohne langes Zögern positiv entschieden. Unser langer Wunsch, für die letzten zehn Berufsjahre als Tropenmediziner wieder in die Tropen zu gehen ging in Erfüllung.

Da ich bereits in der Tropenambulanz der Missioklinik mit HIV-Patienten zu tun gehabt hatte, habe ich mich im Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC, Universitätskrankenhaus der evangelischen Kirche) beworben, um in der Ende 2004 gestarteten HIV-Ambulanz zu arbeiten. Gleich zu Beginn hatte ich die Gelegenheit, an einem vom tansanischen Gesundheitsministerium und vom Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC) organisierten Seminar für Gesundheitsarbeiter zu allen Aspekten von HIV/Aids teilzunehmen. Die Einarbeitung wurde durch freundliches Personal erleichtert, so dass ich in einigen Wochen selbstständig mich der Arbeit widmen konnte.

Die Nachricht von einer kostenlosen Therapie lockte eine zunehmende Anzahl von Kranken in die KCMC-Ambulanz, die Zahl stieg kontinuierlich von damals mehreren Hundert auf ca. 2000, bei hoher Fluktuation. Vor allem bei den Schwestern war die Freude groß, nach langen Jahren der Sterbebegleitung endlich mit antiretroviralen Medikamenten eine Möglichkeit zu haben, HIV-Infizierten zu helfen und ihnen eine Besserung und sogar ein normales Leben wieder zu ermöglichen.

Die Empathiefähigkeit vieler engagierter meist älterer Krankenschwestern war für die Patienten, vor allem Frauen, eine enorme Stütze. Sie nahmen sich Zeit mit den Kranken über alle Probleme zu reden und Lösungen zu suchen. Sie ergriffen auch die Initiative, zunächst zweimal in der Woche eine Familienklinik und später noch eine Jugendklinik zu organisieren, um den Besuch im Hospital den Kranken möglichst angenehm zu gestalten.

Im Neubau der Familienklinik wurden das HIV-Labor, die Untersuchungsräume für Erwachsene und Kinder eingerichtet, die Apotheke war ebenfalls dabei und natürlich eine Spielecke für Kinder. In einem Interview als „Werbung“ für die Familienklinik sagte eine Mutter: „Unser Kind wurde immer kränker, sie wurde positiv auf HIV getestet. Man hat uns Eltern einen Test empfohlen, wir waren beide positiv. Ich habe meiner Schwester empfohlen, sich auch testen zu lassen, sie und ihr Mann sind auch positiv. Wir alle sind hier in der Familienklinik gut betreut, uns allen geht es inzwischen gut“.

Drei von den vier Erwachsenen in der Geschichte waren Lehrer, d.h. sie gehörten zu der tragenden Säule der Gesellschaft. Trotz einer in unseren Augen schlimmen Situation dieser Familien waren die Leute glücklich und zuversichtlich, da sie sich in guten Händen fühlten.

In der Jugendklinik betreuten wir samstags einmal im Monat etwa hundert Jugendliche zwischen 12 und 20 Jahren, hauptsächlich Schüler. Das Personal kam in bunter Kleidung ohne Kittel, es wurde diskutiert, gesungen und getanzt, manchmal gab es ein Festessen. Auf das Angebot, einem Schüler für zwei Monate die ARV's zu verschreiben, da es ihm gut ging, kam die Antwort: „Ach nein, Doktor, geben sie nur für einen Monat, ich komme ja so gerne um meine vielen Freunde hier zu treffen!“.

Leider war es gerade diese Gruppe von Jugendlichen, die mir im Verlauf der 10 Jahre zunehmend Sorgen machte durch eine wachsende Resistenzentwicklung. Die meisten waren seit Geburt infiziert und hatten bereits alle vorhandenen Medikamente benutzt, es gab keine Alternativen mehr. Über die letzten Jahre hatte ich deshalb unter anderen eine inzwischen junge Frau, Zawadi, mit einer sogenann-

ten Salvage-Therapie mit vier Medikamenten bei nicht mehr zu unterdrückender Viruslast behandelt. Eines Tages kam sie zur Sprechstunde mit der Nachricht, sie sei schwanger! Sie bekam einen Sohn, zur Überraschung aller HIV-negativ! Die Schwestern kümmerten sich vorbildlich um sie und das Kind, es blieb negativ.

Auch die Ambulanz für Erwachsene brachte manche freudigen Erlebnisse: Ein blinder Mann wurde von weit her in die Augenklinik von KCMC gebracht, dort HIV-positiv getestet und zu uns zur Aufnahme der Therapie mit ARV's geschickt. In der Augenklinik wurde er anschließend stationär erfolgreich mit einem Mittel gegen Zytomegalie behandelt und konnte wieder etwas sehen. Vor der Entlassung wollte er mich noch „richtig“ sehen und sich für die Betreuung bedanken.

Ein anderer Mann hat während der ARV-Behandlung eine Tb der Wir-



*HIV-Labor in der KCMC-Familienklinik*



Mutter mit zwei Kindern, alle HIV-positiv, in der Familienklinik.

Fotos: Köhler

belsäule entwickelt, konnte nicht mehr laufen und wurde zuhause im Rollstuhl von Verwandten betreut, wir gaben ihnen monatlich seine Medikamente für Tb und HIV. Eines Tages nach Ende der Tb-Therapie kam er in die Ambulanz, zu Fuß! Die Überraschung, dass er wieder laufen konnte, war groß, die Freude noch größer, auch bei uns Betreuern.

Die schönen Erlebnisse sind in Erinnerung geblieben. Für viele Hunderte von HIV-Infizierten bedeutete das Behandlungsprogramm ein normales Leben und Hoffnung auf eine Zukunft. Das Stigma war noch da, aber für viele kein Problem mehr. Eine Frau fasste nach Jahren der Behandlung ihre Lage so zusammen: „Mir macht die Sache nichts mehr

aus, ich schlucke meine Karanga (swahili für Erdnuss, d.h. ihre Pille) morgens und abends, fertig“.

Nach den ersten erfolgreichen Jahren wurden jedoch die Zeichen der Resistenzentwicklung deutlich, und einige Betroffene wurden wieder kränker. Neue Medikamente waren nicht zu erwarten. Wir verloren die ersten Jugendlichen, das Sterben fing wieder an. Da ich als einzige Ärztin ausschließlich HIV-Patienten betreute mit inzwischen jahrelanger Erfahrung, gab es niemanden, den ich hätte um Rat fragen können. So musste ich mit den vorhandenen Mitteln versuchen, alle Fragen und Probleme selbst zu lösen, was mir viel Kopfzerbrechen verursachte in den letzten Jahren in Moshi .

Ein bedeutender Erfolg war die landesweite Einführung der kompletten ARV-Therapie bei jeder positiv getesteten Schwangeren, seitdem gab es kaum mehr infizierte Neugeborene! Um ein Versagen der Behandlung zu verhindern, ist die Verfügbarkeit neuer wirksamer Medikamente bei Resistenzentwicklung entscheidend für die Behandlungsprogramme in allen Ländern des Südens. Leider wurden sie in Tansania erst Jahre später eingeführt. Der Streit um Patente und Lizenzen hat viele Patienten das Leben gekostet.

Piet Reijer

## Forty years of HIV

### Some personal experiences in Zambia

The Lancet published an editorial, "40 years of HIV/AIDS: a painful anniversary", on June 5th 2021. The Centres for Disease Control (CDC) in the USA published precisely forty years earlier a report of a cluster of pneumocystis pneumonia cases among gay men in California. We reckon this as the first description of HIV infection and AIDS, although these names came later. We now know that HIV infection started much earlier. UNAIDS estimates that around 75 million people have been infected with HIV and that over 32 million were killed globally.

HIV has been a significant component of my work in the last 35 years, from 1986 to 1999 in Zambia and afterwards as a Public Health consultant based in Europe. I do not know when I saw my first "Person Living with HIV" (PLHIV) in Zambia, but only from December 1986 we could send blood to the Tropical Diseases Research Centre in Ndola for HIV testing. The first four samples tested positive. With hindsight, some of my patients who died in 1985 and 1986 most likely died of AIDS. One of them was a Tuberculosis patient receiving thiacetazone. The patient did not improve on the anti-Tuberculosis therapy (ATT) and developed a so-called Stevens-Johnson Syndrome and died a few days later. We now know that this a common side-effect of thiacetazone in PLHIV, and not long afterwards, Zambia changed its ATT policy.

A big problem for us was what to do. Google was not yet invented, and there was little written information available, so what could we tell the patients? Some rumours went around that when diagnosed as a PLHIV, you would be dead soon. It was not uncommon that people did not want to wait for that, so they took their own life. After

some time, HIV infection was better understood, and we were able to inform those who tested positive that, although there was no cure, PLHIV could live for many years.

#### Increase in malnutrition and high mortality

Malnutrition among children was a common condition in the eighties in Zambia. However, we saw the numbers increasing after 1986. We also noted that the response to the treatment was less good and that mortality went up. Only when we had more testing possibilities, we could test the mothers and found the reason for the malnutrition, the increasing numbers and the high mortality: HIV infection.

#### Start home care

In 1990 we left Zambia, and I went to the Master of Public Health course in Antwerp. We stayed in

contact with the diocese, and in 1992 the Bishop asked us to come back "to do something for the many PLHIV". The hospitals were almost refusing entrance to the PLHIV, as "there is nothing we can do". The message was "go home and die". Together with an Italian colleague, who had started visiting PLHIV at home in a slum area, the Ndola Diocese Homecare Project was created. In 1993 we had approximately 100 clients. In 1999, when we left Zambia, there were 10,000.

The homecare project depended on community volunteers. As with the clients, we started with a few volunteers, and as over the years more and more slum and low-income townships were added, the number of volunteers grew to over 700. Although the first volunteers were recruited through the local parish, we had volunteers coming from many denominations over time. At the volunteer level, we could very well operate interdenominational.



A mother and her child waiting for therapy.

Photo: Marlies Reulecke

At the national level, there was also a feeling that the churches should work together, but the collaboration was complicated at the parish or congregational level. Some of the protestant pastors were highly judgemental and talked about sinners. Some saw the solution in prayer, as HIV infection was the will of God and only through prayer this could be changed.

The homecare had five components: nursing care, medical care, psychosocial and pastoral care, counselling and testing and, welfare. An average slum or township had a population of between 20,000 and 30,000. We had one or two nurses employed per area. The area was divided into small sections, with one volunteer per section. The volunteer lived in the neighbourhood. The medical care was provided by the nurses and was mainly symptomatic. Over 50% of the PLHIV developed Tuberculosis. Before the HIV epidemic started, the case detection rate in the area was between 80 and 90 per 100,000 population; in 1998, it was over 1,500. Like many other countries in sub-Saharan countries, Zambia had to change the treatment of Tuberculosis from at least two months inpatient to ambulant treatment.

The Ndola homecare project developed a new approach for the detection and treatment of Tuberculosis. The homecare volunteers visited the PLHIV regularly. When they noticed that the person was coughing, three sputum samples within 24 hours were taken. The samples were brought to a central point in the slum or township. Every day the samples were collected and brought to the laboratory for microscopy. The next day the results were obtained, and the nurse would examine these. When two samples were positive, ATT was started by the nurse. The home-based care volunteers would visit the patient every day for two months to give the medication.

The majority of our patients on ATT had not been seen in a hospital or examined by a doctor unless my Italian colleague or I was asked to visit the patient because of complications. The District Health Team fully supported this system. The World Health Organisation invited us to compare the results with the "classical" approach through a Health Centre. The ATT was the same, as per national guidelines. The main difference was that we had less than 5% 'lost for follow-up' compared to over 25% in the health centre approach.

### **"My fingers are woven into the basket"**

The work done by the volunteers was impressive. Despite difficulties in the work, such as deteriorating health condition of the patients, many deaths, poverty when the patient was unable to work anymore, they remained dedicated and cheerful. Very few stopped, and those who stopped did this often because they moved to another place. We asked an independent person to study two things: "why are these people coming forward to do this work?" and secondly, why do they continue?

The main reasons for joining was "compassion" and "my Christian duty". A volunteer explained why they continued through a proverb: My fingers are woven into the basket. The project staff was concerned about the well-being of the volunteers. A one-month holiday was proposed. None of the volunteers accepted this. One of them said: no way, who will look after my patients. Beautiful people!

*Please read part two of Piet Reijer's report "Heilung und Heil" 3/2021.*



*A group of AIDS orphans in Zambia.*

*Photo: Piet Reijer*

Joachim Rüppe

# Politikansatz zu Forschung und Entwicklung muss auf den Prüfstand

## COVID-19-Pandemie und weitere globale Krisen: Können wir uns einen schwachen Staat leisten?

Die scheidende Bundeskanzlerin Angela Merkel hat in ihrer wohl letzten Regierungserklärung im Bundestag eine – wie sie das nennt – „politisch erwirkte Freigabe der Patente“ für die Produktion von COVID-19-Impfstoffen weiterhin strikt abgelehnt (mit dem Beifall bei der CDU/CSU und der FDP, wie das Plenarprotokoll vermerkt). Als zentrale Begründung führt sie an, dass „so wie wir heute schnellstmöglich Impfstoffe für alle weltweit brauchen, so werden wir auch in Zukunft weiter darauf angewiesen sein, dass Impfstoffe entwickelt werden. Das wird nur gelingen, wenn der Schutz geistigen Eigentums nicht außer Kraft gesetzt wird, sondern gewahrt bleibt.“ Sie führt dann noch als einzige Option an, dass „wir schnellstmöglich die Produktion von Impfstoffen auf der Basis von Lizenzen vergrößern müssen.“ Da die Möglichkeit von durch den Staat zum Schutz der öffentlichen Gesundheit verordneten Zwangslizenzen nicht genannt wird, sollen damit wohl freiwillige Lizenzen unter der Entscheidungshoheit der Patentinhaber der einzige Weg sein, um die Weltbevölkerung vor einer tödlichen Pandemie zu schützen und die präventiven Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen auf ein Mindestmaß zurückzuführen.

Die oberste Repräsentantin der Exekutive erklärt es damit zu einer unausweichlichen oder in ihren früheren Worten „alternativlosen“ Handlungsweise, dass sich der Staat auf Gedeih und Verderb den Interessen und Anwandlungen privater Kapitaleigner ausliefert, statt der gesamtgesellschaftlichen und demokratisch definierten Grundverantwortung für die Daseinsvorsor-

ge mit der gebotenen Souveränität nachzukommen.

Der Staat wird zum Bittsteller, der die forschenden Unternehmen bei Laune zu halten und ihre Schöpfungen dankbar entgegenzunehmen hat. Es ist erstaunlich und nur mit der intensiven Beeinflussung der öffentlichen Meinung durch neoliberale Dogmen erklärbar, dass solche Aussagen ungeachtet ihrer weitreichenden Konsequenzen für das Leben der Menschen kaum in ihrer Grundsätzlichkeit diskutiert werden. Höchste Zeit also, sich mit den unausgesprochenen Annahmen auseinanderzusetzen, die dieser Überhöhung des profitgetriebenen technologischen Fortschritts bei gleichzeitiger Selbstverzweigung des Staates zugrunde liegen. Dabei wird der Frage nachzugehen sein, ob die behaupteten Sachzwänge nicht eigentlich der politisch gewollten und durchgesetzten Selbstentmachtung des Staates geschuldet sind und genau hier der Ansatzpunkt für durchaus mögliche und für die humane Entwicklung dringend gebotene Alternativen zu suchen wäre.

Bei der Erörterung dieses fatalistischen und fatalen Politikansatzes zu Forschung und Entwicklung (FuE) sind drei wesentliche Aspekte zu betrachten:

- Der blinde Glaube in die prinzipielle Funktionsweise des FuE-Prozesses wie dieser vom aktuell dominierenden Wirtschaftssystem organisiert und gelenkt wird.
- Die staatliche Privilegierung mit einem rechtlich abgesicherten Monopol in Form von Patenten und anderen als Rechte an geis-

tigem Eigentum apostrophierten Exklusivrechten.

- Die akuten und dauerhaften Auswirkungen des sturen Festhaltens an diesen Mechanismen bei der Reaktion auf eine existenzielle Krise wie der COVID-19-Pandemie.

### Die Schattenseite des technischen Fortschritts

Bereits ein einfaches Gedankenexperiment führt die zugrundeliegende Haltung ad absurdum, einseitig und unreflektiert auf die Ergebnisse des existierenden FuE-Systems zu bauen. Denn der technologische Entwicklungspfad, den die jetzigen Industriestaaten beschritten, hätte die Erde unbewohnbar gemacht, wenn alle Länder diesem Harakiri-Kurs schon gefolgt wären. Da die bedenkenlose Ausplünderung der natürlichen Ressourcen aber einherging mit der brutalen Ausbeutung der menschlichen Arbeitskraft vor allem in den der Kolonialherrschaft unterworfenen und bis heute benachteiligten Weltregionen, war dies logisch unmöglich. Inzwischen wurden die technischen Zerstörungskräfte und die soziale Ungleichheit im Kapitalozän aber soweit auf die Spitze getrieben, dass eine mit schreienden Privilegien versehene Minderheit mit ihren übersteigerten und selbstbezogenen Konsumansprüchen ausreicht, um die Lebensgrundlagen der gesamten Menschheit zu untergraben.

Die Zwiespältigkeit der wissenschaftlich-technologischen Entwicklung, die auf der einen Seite dem Menschen neue Möglichkei-

ten eröffnet und seine Produktivität steigert, während sie auf der anderen Seite einem großen Teil der Menschheit und besonders den künftigen Generationen die Entwicklungs- und sogar Lebenschancen raubt, ist ja nicht zu übersehen. Die unschöne zweite Seite der Realität musste aber der Bundesregierung im Fall der drohenden Klimakatastrophe erst vom Bundesverfassungsgericht nahegebracht werden. In seinem Beschluss vom 24. März 2021 erklärte es das im Dezember 2019 verabschiedete Klimaschutzgesetz für verfassungswidrig, weil es die „Emissionsminderungslasten“ überwiegend auf die junge Generation abwälzte und „dadurch praktisch jegliche grundrechtlich geschützte Freiheit gefährdet ist“.

### **Wirtschaftliche und ideologische Schwächung des Staates**

Dass das real existierende FuE-System aber nur von seiner Schokoladenseite betrachtet wird, hat seine Wurzeln in zwei Tendenzen, die eng verknüpft sind: Die strukturelle Einengung der Handlungsmacht der Staaten und die ideologische Überhöhung der privatwirtschaftlichen Innovation wie der Wirtschaftstätigkeit überhaupt. So ist das öffentliche Vermögen in den meisten Ländern seit den 1980er Jahren zurückgegangen. Während das öffentliche Nettovermögen (öffentliches Vermögen minus öffentliche Schulden) anfangs der 1980er Jahre bei 15 bis 25 % des nationalen Gesamtvermögens lag, hat es sich in den letzten Jahren in den USA und Großbritannien sogar ins Negative verkehrt und ist in Japan, Deutschland und Frankreich mit kaum 5 % nur noch schwach positiv. Damit wird die politische Steuerungsfähigkeit auf so zentralen Feldern wie der Forschung oder der Einkommensverteilung eingeschränkt. Statt diese Negativentwicklung zu problematisieren geschweige denn umzukehren, tendieren insbesondere konservative Strömungen zu passiver Hinnahme oder gar aktiver Beschönigung.

Die idealisierte Auffassung des technologischen Fortschritts an sich bündelt sich in dem mystifizierten, aber inhaltslosen Begriff der „schöpferischen Zerstörung“. Schumpeter, der diesen prägte, meinte darin das „für den Kapitalismus wesentliche Faktum“ erkannt zu haben. In Analogie zur biologischen Evolution verwendet er den Begriff der „industriellen Mutation“, was schon das falsche Verständnis der Naturwüchsigkeit dieses Prozesses offenbart, der in seinen Worten „unaufhörlich die Wirtschaftsstruktur von innen heraus revolutioniert“. Damit wird der technologische Entwicklungspfad, der sich unter den jeweiligen Bedingungen der kapitalistischen Konkurrenz durchsetzt, quasi absolut gesetzt, oder anders gesagt als alternativlos hingenommen. Weder die Richtung der technologischen Entwicklung noch die Faktoren, die sie bestimmen und mögliche Alternativen ignorieren, werden einer Analyse unterzogen. Die Wechselbeziehungen zwischen den strukturellen Verhältnissen und den Handlungsweisen bestimmter Individuen verschwinden hinter der Überhöhung der Unternehmerrolle.

### **Einseitige Ausrichtung des technologischen Fortschritts**

Insbesondere die Tatsache, dass die Umwälzung der Produktionsmethoden und der Produkte in der kapitalistischen Wirtschaft der Profitmaximierung dient, bleibt außen vor. Die Ausrichtung des Innovationsprozesses auf diese Maxime wird durch den Konkurrenzkampf erzwungen, und zwar „bloß als Erhaltungsmittel und bei Strafe des Untergangs“ wie Marx feststellte. Darüber hinaus besteht ein großer Anreiz, sich an die Spitze der technologischen Entwicklung zu setzen, denn das beschert aufgrund neuer Märkte oder niedrigerer Kosten überdurchschnittliche Profite. Daher existiert kein Innovationsprozess für sich, sondern dieser folgt den Gesetzen und Interessen der Kapitalverwertung. Die Bedürfnisse sind dabei nur relevant, wenn

sie sich als kaufkräftige Nachfrage darstellen.

Die Nachfrage wird aber durch die extreme Ungleichheit der Einkommen strukturiert und diese Gegensätze werden vom System selbst erzeugt oder weitergetrieben, zumindest so lange kein effektives Gegengewicht durch organisierte soziale Bewegungen besteht. Die asymmetrische Globalisierung konzentriert eine immer größere Kapitalmacht bei weltweit agierenden Konzernen, während die internationale Kooperation der Nationalstaaten und sozialen Organisationen weit hinterherhinkt oder durch reaktionäre Regierungen hintertrieben wird. Die Konzentration der Verfügungsmacht über die Weltwirtschaft hat sich während der Pandemie nicht nur fortgesetzt, sondern beschleunigt. Die 15 Multi-Milliardäre der USA mit einem individuellen Vermögensumfang von über 50 Mrd. US\$ steigerten ihre Vermögenssumme zwischen März 2020 und April 2021 um mehr als 70 % von 846 auf 1,446 Mrd. US\$, also um unglaubliche 600 Mrd. US\$ (zum Vergleich: Der Finanzplan der Bundesregierung für die Jahre 2023-25 sieht jährliche Ausgaben von rund 400 Mrd. Euro oder rund 475 Mrd. US\$ vor).

### **„Verbraucher wissen wenig über die sozialen und ökologischen Konsequenzen ihrer Konsumentscheidungen“**

Dazu kommt, dass die atomisierten Verbraucher wenig über die sozialen und ökologischen Konsequenzen ihrer Konsumentscheidungen wissen oder infolge der Vernachlässigung besserer Optionen zu ungewollten Konsummustern gezwungen werden. So können Waren als Lebensmittel verkauft werden, die am Herstellungsort die natürlichen Lebensgrundlagen zerstören und dann noch die Gesundheit der Konsumierenden schädigen. Oder die Abwesenheit von Angeboten des öffentlichen Verkehrs erzeugt erst die Nachfrage nach individueller Mobilität mit ihren Folgeproble-



men. Die zunehmende Konzentration von Ressourcen und Einkommen begünstigt die Beeinflussung politischer Weichenstellungen durch partikulare Interessengruppen, die über exorbitante Mittel für ihre Lobby-Aktivitäten verfügen und/oder die staatlichen Stellen mit ihrer Wirtschaftsmacht unter Druck setzen.

Die einseitige Verklärung der „Unternehmerenergie“ tendiert auch dazu, die Übersetzung von Erfindungen in marktfähige Waren höher zu bewerten als die zugrundeliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisprozesse. Erneut wird das Urteil des anonymen Marktes verabsolutiert, ohne einen näheren Blick darauf zu werfen, welche Verfahren und Produkte durch die Profit- und Marktmechanismen ausgewählt oder verworfen werden. In Wirklichkeit stellt aber erst die unabhängige, vom ökonomischen Gewinnprinzip freie Forschung den Fundus an bedeutsamen Ideen und Wissen bereit, die überhaupt von Unternehmen genutzt oder auch ignoriert werden können.

## Verfehlte Entwicklungspfade

Angetrieben von neoliberalen Glaubenssätzen hat sich der Staat zunehmend aus den finalen Entwicklungsphasen zurückgezogen und damit die maßgebliche Steuerung der technologischen Entwicklung dem Privatsektor überlassen. Damit beherrscht das einseitige Kriterium der Relation von betriebswirtschaftlichen Kosten und Gewinnen immer mehr die Entscheidungsprozesse über die technologische Entwicklung. Die unzureichende Ressourcenausstattung und die ideologisch motivierte Selbstbeschränkung erschweren es auch, eine Gesamtbewertung der beschrittenen oder möglichen Entwicklungswege im Allgemeininteresse vorzunehmen, die absehbare Auswirkungen auf das soziale Zusammenleben und die natürlichen Grundlagen des Wirtschaftens und des Lebens in den Blick nehmen würde. Die einmal beschrittenen aber potenziell verfehlten Entwick-

lungspfade werden dann weiter verfestigt, weil die Gewinne und damit die Definitionsmacht über den technischen Fortschritt bei den Akteuren konzentriert werden, die sie mit den geringsten Skrupeln vorantreiben.

Die Konzentration der finanziellen Ressourcen zieht die Konzentration der personellen Ressourcen nach sich, die den entscheidenden Faktor für die Schaffung, die Bewertung als auch die Umsetzung von Innovationen darstellt. Das kommt einem sich tendenziell verstärkenden „Brain Drain“ (Talentabwanderung) vom öffentlichen zum privaten Sektor gleich. In der Konsequenz dominiert in diesem System die marktnahe, letzte Entwicklungsphase den Gesamtprozess der wissenschaftlichen Erfindungen und Entdeckungen.

Im Zuge der Konkurrenz auf dem Weltmarkt entsteht oft eine problematische Spezialisierung einzelner Nationalstaaten oder geographischer Gebiete auf wenige Sparten, was die Pfadabhängigkeit weiter verstärkt. So ist in Deutschland allein der Automobilbau (im Jahr 2018) mit fast 38 % an den gesamten internen FuE-Aufwendungen und mit gut 29 % am gesamten FuE-Personal der Wirtschaft beteiligt (mit noch immer zunehmender Tendenz). Dagegen entfallen sowohl bei den Finanzmitteln als auch bei den personellen Ressourcen gerade 0,2 % der gesamten FuE-Aufwendungen bzw. des Personals in diesem Land auf den Schienenfahrzeugbau (bei abnehmender Tendenz und noch geringer als die Herstellung von Waffen und Munition mit 0,3%). So ist bei dem für Gesellschaft, Umwelt und Gesundheit hochrelevanten Thema der Mobilität eine eklatante Einseitigkeit der Forschungsausrichtung entstanden, die es erschwert, alternative Lösungswege zu eröffnen.

## Begrenzter Zugang zu Wissen

Die Durchsetzung in der kapitalistischen Konkurrenz wird zum alleinigen Kriterium für den Erfolg,

ja die Daseinsberechtigung, von technologischen Lösungen und Geschäftsmodellen erklärt. Das führt zu einem hohen Risiko, dass sich die aktuell rentabelste also meist auch die „billigste“ Produktionstechnik durchsetzt, auch wenn diese wie die derzeitige Agroindustrie verheerende soziale und ökologische Schäden mit sich bringt, die Kosten für die Gesamtwirtschaft jedenfalls auf längere Sicht erhöht und die biologische Vielfalt als Basis für künftige Forschungs- und Nutzungspotentiale insbesondere für die Welternährung und die globale Gesundheit vernichtet.

Das an der Kapitalverwertung orientierte Forschungssystem hat keinen Beweggrund, um die Wissenschaft zu demokratisieren. Das erscheint in der reduzierten Logik nicht nur als überflüssig, sondern als Störfaktor. Auf der Angebotsseite erhöht es die Kosten und auf der Nachfrageseite würde es den unkritischen Konsum in Frage stellen. So konnte es dazu kommen, dass 60 Jahre oder zwei Generationen nach der Offenlegung der Funktionsweise des Lebens das Basiswissen darüber einer breiten Bevölkerung nicht zugänglich ist. Dieses eklatante Bildungsdefizit verhilft in Pandemiezeiten genau den skrupellosen Leuten zum Erfolg, deren Machtallüren und Bereicherungsstrategien auf dreisten anti-wissenschaftlichen Lügen basieren.

## Ein generationenübergreifender Forschungsprozess

Die komplexen und sich mehrere Jahrzehnte hinziehenden Forschungsschritte, die schließlich zu den zugelassenen oder in der klinischen Testphase befindlichen mRNA-Impfstoffen führten, sind selbst ein bemerkenswertes Beispiel für das Zusammenspiel wissenschaftlicher Akteure, die vor allem während der Erforschung der grundlegenden Aspekte an öffentlichen Universitäten beheimatet waren. Die bereits erwähnte Erforschung der Funktionsweise des Lebens machte 1953 einen großen Schritt vorwärts als Wissenschaftler an den Universitäten von London

(King's College) und Cambridge die Doppelhelix-Struktur der Desoxyribonukleinsäure (engl. DNA) entdeckten und beschrieben, die mit ihrer Abfolge von vier Nukleinsäurebasen die genetische Information aller Lebewesen enthält.

Infolge der Komplementarität der beiden Stränge ist die prinzipielle Möglichkeit einer einsträngigen Kopie gegeben. Eine solche mit einem etwas veränderten chemischen Aufbau wurde durch Forschende der Universität Cambridge, des Pasteur Instituts und des California Institute of Technology (private Universität) anfangs der 1960er Jahre nachgewiesen und gezeigt, dass diese den Bauplan für die Proteinherstellung (Synthese) überträgt. Eine personell überlappende Forschungsgruppe eines Labors der Cambridge Universität konnte kurz darauf beweisen, dass diese Boten-Ribonukleinsäure oder Messenger-RNA (mRNA) mit der Kombination von jeweils drei Nukleinsäuren (Triplet) den Einbau einer der 20 Aminosäuren festlegt, aus denen die Proteine bestehen. Bildlich gesprochen verwendet die „Sprache des Lebens“ 64 (4 hoch 3) Worte aus drei Buchstaben, um die Herstellung der Grundbausteine der Lebewesen zu steuern.

1989 und 1990 erschienen die ersten Darstellungen von Transfektionen, bei denen synthetische mit Lipid-Molekülen umhüllte mRNA in Mäusezellen eingeschleust wurde und diese daraufhin die entsprechenden von der Boten-RNA verschlüsselten Proteine herstellten. Die betreffenden Experimente wurden von Forschern des Salk-Institutes durchgeführt, das vom Entwickler des auf inaktivierten Viren basierenden Polio-Impfstoffs mit Unterstützung einer Spendenorganisation gegründet wurde. Aktuell kämpft einer der Autoren verbittert um öffentliche Anerkennung und klagt offensiv über die wahrgenommene Missachtung, was ihn vermutlich bewogen hat, unbewiesene Äußerungen über Risiken der Impfkampagnen zu verbreiten. Obwohl in den Originalpapieren das Ziel einer Impfung unerwähnt

bleibt, möchte er als „Erfinder der mRNA-Impfstoffe“ gesehen werden.

Forschende an französischen staatlichen Einrichtungen für Studien der menschlichen Gesundheit (INSERM und angegliederte Institute) publizierten 1993 erstmals einen erfolgreichen Versuch, um bei Mäusen mit einem mRNA-Impfstoff eine Immunantwort auszulösen. Nur ein Jahr später veröffentlichte eine Forschungsgruppe am Karolinska-Institut, einer schwedischen medizinischen Universität, einen vergleichbaren Versuch, der ebenfalls eine anhaltende Immunreaktion durch eine Impfung auf Basis einer mRNA-Plattform erreichte. Beide Ansätze wurden in den Jahren davor parallel entwickelt und belegten das grundlegende Prinzip der Verwendung der Boten-DNS für die Immunisierung gegen Infektionskrankheiten.

Neben dem Transport-System in die Zelle ergab sich als Hauptproblem für eine therapeutische oder präventive Anwendung, dass die Mustererkennung der angeborenen Immunabwehr in den Zielzellen die eingeschleuste RNA als typischen Virusbestandteil identifiziert und angreift, was in einer unkontrollierten Immunreaktion und einer Unterdrückung der Protein-Synthese resultiert. Um dies zu vermeiden, wurden nach langwierigen Versuchsreihen zwei Verfahren entwickelt. Curevac hält Patente für die Optimierung der mRNA, die sich die Mehrfach-Codierung der meisten Aminosäuren durch verschiedene Triplets zunutze macht, so dass einer der Buchstaben (Uridin) minimiert wird, ohne das resultierende Protein zu verändern. Bei der von Forschenden der Universität von Pennsylvania entwickelten Modifizierung wird Uridin vollständig durch Pseudo-Uridin ersetzt, was die Immunreaktion deutlich verringert. Dabei wurden auch neue Ergebnisse der Erforschung des menschlichen Immunsystems genutzt.

Die heutigen in der Entwicklung der COVID-19-Impfstoffe tätigen Biotechnologie-Firmen entstanden zwischen 2000 und 2010 durch

Ausgründungen von Universitäts-Professoren, die ihre öffentlich finanzierte Forschung damit in eine privatwirtschaftliche Domäne verwandelten. Was überwiegend an öffentlichen Forschungsinstitutionen über Jahrzehnte erforscht wurde geht so in der Phase der Produktentwicklung in Privateigentum über. Damit soll der zusätzliche Beitrag der weiteren Forschungsschritte und klinischen Studien nicht kleingeredet werden, aber die Sicht auf einige Meilensteine des Gesamtprozesses der Forschung kann zur besseren Einordnung dienen. Manche Forschende sehen angesichts der unzureichenden Ressourcenausstattung der öffentlichen Einrichtungen wohl auch keine gangbaren Alternativen als in den Privatsektor zu wechseln. Die Ausgründungen kamen einer schleichenden Enteignung der Öffentlichkeit zugunsten von privaten Kapitalbesitzern gleich, wurden aber durch Entscheidungen auf der politischen Ebene und staatliche Fördermittel unterstützt.

### Patente verstärken die Orientierung am Profit

Nach der Internationalisierung der rechtlichen Standards der Industriestaaten im Rahmen der 1995 gegründeten Welthandelsorganisation (WTO) müssen die derzeit 164 Mitgliedstaaten für Erfindungen auf allen Gebieten der Technik ein ausschließliches Nutzungsrecht für mindestens 20 Jahre gewähren. Das wird damit begründet, dass nur dieser Schutz es ermöglichen würde, die Forschungsinvestitionen zu finanzieren, bevor Nachahmer auf den Markt drängen können. Da die Pharmaindustrie im Allgemeinen weit überdurchschnittliche Gewinnmargen aufweist und diese mit der Durchsetzung von Patenten nur noch weiter gestiegen sind, ist diese Notwendigkeit aber anzuzweifeln. Übrigens nahm der Pharma-Konzern Pfizer eine Hauptrolle dabei ein, die Regierungen der USA und weiterer reicher Länder zu beeinflussen, um durch wirtschaftlichen und politischen Druck den Entwicklungsländern die Zustimmung zu dem neuen Patentregime abzupressen.

Als zugestandenes Gegengewicht wurden aber Instrumente wie nicht-exklusive Zwangslizenzen, die Ausgestaltung der Kriterien für die Patentierbarkeit und abgestufte Übergangsfristen vereinbart. Inzwischen haben die gleichen Kräfte die öffentliche Wahrnehmung so beeinflusst, dass diese zweite Seite der Waage als seltene Ausnahmeregelung erscheint statt als unverzichtbarer Ausgleichsmechanismus. Zumindest wurden die am wenigsten entwickelten Länder von der Umsetzung vorerst ausgenommen und der WTO-Rat hat diese Freistellung im pharmazeutischen Bereich bis 2033 verlängert.

### Unermessliche Gewinne

Im Fall der COVID-19-Impfstoffe verkehrt sich der „Patentschutz“ aber schon jetzt ins Absurde. Allein die bisher abgeschlossenen Abnahmeverträge und Garantien sichern den betreffenden Konzernen gigantische Profite zu. So wird der Umsatz von Pfizer nach derzeitigen Schätzungen des Konzerns bei 26 Mrd. US\$ im Jahr 2021 liegen, wovon die beiden Partner Pfizer und BionTech voraussichtlich jeweils 7 bis 8 Mrd. US\$ an Gewinnen erwarten können, während die eigenen FuE-Investitionen im Jahr 2020 lediglich um ca. 1,2 Mrd. US\$ aufgestockt wurden. Zusätzlich werden zurzeit mit vielen Regierungen besergestellter Staaten umfangreiche Kaufverträge für 2022 und die Folgejahre verhandelt.

### Monopole gefährden die Gesundheit

Da alle technologisch etwas weiter fortgeschrittenen Entwicklungsländer seit spätestens 2005 die mit dem derzeitigen Patentregime garantierten Monopole umsetzen mussten, sind sie angesichts der COVID-19-Pandemie von Beginn an den damit verbundenen Einschränkungen unterworfen. Die Verschiebung der Machtverhältnisse durch die Privatisierungstendenzen wird durch die Monopolrechte noch weiter verschärft. Und die wirtschaftstheoretisch ins Feld geführ-

ten Vorteile von Patentmonopolen verkehren sich in ihr Gegenteil, wenn es um Verfahren und Produkte geht, die für die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse unentbehrlich sind. Das trifft umso mehr zu, je extremer die Unterschiede bei der Verteilung von Ressourcen wie Einkommen, Produktivvermögen und Wissen sind.

1. Das Argument, dass private Kapitaleigner die Kosten und das Risiko übernehmen, die über bessere Informationen zu den Vermarktungsaussichten verfügen, setzt die kaufkräftige Nachfrage an die Stelle des Bedarfs. Was vertretbar erscheint, solange es um individuelle Neigungen geht, wird desaströs für einzelne Menschen und die gesamte Weltgemeinschaft, wenn für das Überleben notwendige Bereiche wie die Bewältigung gravierender Gesundheitsprobleme betroffen sind. Eine an Grundwerten orientierte Politik sollte dafür Sorge tragen, dass zumindest die Lebenswissenschaften auf das demokratisch und bewusst definierte Allgemeinwohl auszurichten sind und nicht den blinden Marktgesetzen überlassen werden dürfen.

**„Die Ansprüche der privilegierten Minderheit werden ungleich höher bewertet als die Bedürfnisse der benachteiligten Mehrheit“**

Diese führen zu einem dazu, dass die Ansprüche der privilegierten Minderheit ungleich höher bewertet werden als die Bedürfnisse der benachteiligten Mehrheit, obwohl die letztere eine ungleich größere Krankheitslast trägt. Diese Kluft wächst noch, denn die aktuellen Machtverhältnisse der globalen Gesellschaft führen zu weiterer Benachteiligung der ärmsten Länder und Bevölkerungsgruppen. Zum zweiten bildet das Wissen um die besten Methoden der Prävention und Behandlung von Krankheiten

eine unabdingbare Voraussetzung, um deren tödliche oder gesundheitsgefährdende Konsequenzen zu vermeiden. Dieses Wissen kann nicht den an der Gewinnmaximierung orientierten Kräften anvertraut werden, sondern muss durch unabhängige und transparente Forschung generiert sowie durch den öffentlichen Diskurs bewertet werden.

Zudem wird die Erforschung sozialstruktureller und ökologischer Ursachen von Krankheiten vernachlässigt oder bewusst vermieden, da sie mit keiner Gewinnerwartung verbunden wird oder sogar das Geschäftsmodell mächtiger Konzerne beeinträchtigen würde. Gerade der Forschungsbereich, der für viele Gesundheitsprobleme den wirksamsten und nachhaltigsten Ansatz bietet, ist für privatwirtschaftliche Akteure von keinem Interesse und muss durch öffentliche Institutionen vorangebracht werden.

2. Der angenommene Vorteil, dass die Kunden die Kosten für die Forschung und Entwicklung tragen, hat im Gesundheitsbereich nur allzu häufig fatale Folgen. Zum einen werden die ärmeren Teile der Weltbevölkerung durch überhöhte Monopolpreise von überlebenswichtigen Innovationen ausgeschlossen oder Behandlungsschemata können nicht konsequent umgesetzt werden. Das führt zu unzureichenden Behandlungsergebnissen und erhöht das Risiko, dass resistente Varianten der Erreger von Infektionskrankheiten entstehen. Zum Zweiten erfordern es die Menschenrechte und die Belange der öffentlichen Gesundheit sowie des sozialen Zusammenhalts, dass möglichst alle Menschen vor gravierenden Gesundheitsgefahren geschützt werden. Bei pandemischen Bedrohungen und anderen Infektionskrankheiten bietet die kollektive Immunität einen Schutz für diejenigen, die sich an Impfungen nicht beteiligen oder keinen Immunschutz aufbauen

können. Somit muss es das Anliegen einer aufgeklärten und solidarischen Gesellschaft sein, dass alle Menschen Zugang zu einer effektiven Versorgung haben. Dem stehen jedoch die preistreibenden Patentmonopole entgegen, die es erschweren, dieses grundlegende Ziel zu erreichen.

3. Der behauptete Vorteil, dass die Regierungen nicht über sensible Informationen wie die FuE-Kosten verfügen müssen, macht das System blind gegenüber den ökonomischen Realitäten und verschleiert mögliche Gründe für dringliche Reformen. Gerade bei der Pharmaindustrie, deren Umsatzrenditen oft weit über den Vergleichswerten der übrigen Industriezweige liegen, stellt die einheitliche Laufzeit eine übersteigerte Schutzmaßnahme dar. Es ist nur logisch, dass bei Innovationen zur Verbesserung der Gesundheits- oder sogar der Überlebenschancen der Spielraum für die Erzielung von Monopolpreisen vergleichsweise groß ausfällt. Die höheren, mit den notwendigen klinischen Studien verbundenen Entwicklungskosten reduzieren diesen Vorteil, ebnen ihn zumindest bei großen Konzernen aber nicht ein. Da überhöhte Preise nur auf den Märkten mit hohem Einkommen zu erzielen sind, verschärft sich die Orientierung des FuE-Systems an den Bedarfen der privilegierten Teile der Weltgesellschaft.
4. Schließlich ist das Erfordernis, die jeweiligen Erfindungen offenzulegen, für alle anderen schon mit dem Patentgegenstand forschenden oder sich potenziell an Entwicklungsbemühungen beteiligenden Akteure eine rein negative Information. Durch das Patentmonopol und die meist restriktive Handhabung von Lizenzen werden sie von der Nutzung ausgeschlossen – unabhängig von den eigenen bereits geleisteten Anstrengungen der Erforschung des Patentgegenstands sowie

ihren technologischen Möglichkeiten und Absichten mit Blick auf weitere Entwicklungsschritte und unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten. Damit wird der anschließende Fluss des Forschungsprozesses eingengt und in bestimmte Kanäle gelenkt, statt eine offene und möglichst umfassende Erforschung der Anwendungsoptionen zu erlauben. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ergeben sich daraus geringere Chancen für eine zeitnahe und breite Versorgung mit vielleicht unentbehrlichen Medizinprodukten. Die vorherrschende Intransparenz hinsichtlich interner Entscheidungen macht es allerdings schwer, solche Einbußen an Entwicklungschancen näher abzuschätzen und zu bewerten.

### Wissensmonopole und Krisenbewältigung

Ein hypothetisches Beispiel soll der Veranschaulichung der aktuellen Situation im Hinblick auf die weltweite Verteilung von Impfstoffen dienen. Nehmen wir an, in einer Weltregion stünde nur noch Maniok für die Grundernährung zur Verfügung, weil die übrigen Nahrungsmittel durch eine Katastrophe vernichtet wurden. Erst die mit einer Kulturtechnik der indigenen Völker praktizierte Auswaschung der enthaltenen Blausäure macht die stärkehaltige Wurzel aus Mittel- und Südamerika für Menschen genießbar. Nehmen wir weiter an, das Wissen hierfür befände sich in den Händen einer kleinen Minderheit, die aber darauf pocht, die alleinige Kontrolle darüber zu haben, wer das Verfahren anwenden und die Produkte verteilen darf. Und nehmen wir an, die reichen und satten Teile der Bevölkerung wollen dieses Monopolrecht ungeachtet der Hungerkrise erhalten, mit dem „Argument“, die Entwickler der Verarbeitungstechnik hätten ansonsten keine Motivation zur Erforschung neuer Verfahren, die bei künftigen Hungersnöten einzusetzen sind. Was würden dann wohl die hungernden Teile dieser Bevölkerung sagen?

Natürlich wird eingewendet werden, dass die traditionelle Herstellung von Maniok-Produkten nicht mit dem komplexen Prozess der Impfstoff-Entwicklung zu vergleichen sei. Aber dieser Perspektivwechsel erinnert uns daran, dass politische Entscheidungen die konkrete historische Lage zu berücksichtigen haben, die wie im Fall einer verheerenden Pandemie ein grundsätzliches Umdenken erfordern. Und zu ihrer Zeit mag die Erfindung der Maniokbereitung für den menschlichen Verzehr eine durchaus komplizierte und bedeutende Leistung dargestellt haben.

### Befreiung von ideologischen Fesseln

Eine generelle befristete Aufhebung der Patente und sonstigen Exklusivrechte würde zuallererst Handlungsfreiheit für alle gewillten Akteure herstellen. Damit entfielen das Risiko, aufgrund oft unüberschaubarer Rechtsansprüche verklagt zu werden. Da keine Einzelentscheidungen per Produkt, Verfahren oder Land erforderlich sind, würde der bürokratische Aufwand z.B. von Zwangslizenzen vermieden.

Es wäre nicht nur eine rechtliche Voraussetzung, sondern auch ein politisches Zeichen, dass die Pandemiebekämpfung unzweideutig den Vorrang über privatwirtschaftliche oder nationale Interessen erhalten muss. Und es würde Europa und anderen Staaten mit den entsprechenden technologischen und finanziellen Ressourcen die Möglichkeit eröffnen, sich an die Spitze der Bewegung zu setzen, indem sie die Produktionskapazitäten für die weltweite Versorgung zügig ausweiten. Zugleich sollten sie die Eigenanstrengungen der benachteiligten Länder unterstützen, um vor Ort Produktionsanlagen um- und auszubauen. Wie bei allen anderen Maßnahmen gegen die Pandemie auch, ist nicht vorhersagbar, ob und wie schnell ein international beschlossener Patentverzicht dabei hilft, die Impfstoff-Knappheit zu überwinden. Aber zur weltweiten Zusammenarbeit gehört neben ei-

ner gerechteren Verteilung zwingend die Beseitigung aller Handlungsbarrieren!

Die Impfstoffproduktion wird bereits durch die Monopolstruktur bei der Herstellung von Grundstoffen wie Lipiden im Verein mit Exporteinschränkungen stark behindert. Das beklagen selbst Repräsentanten deutscher Unternehmen und fordern eine Autarkie-Politik Europas auf diesem Gebiet. Dafür sollen nun Lizenzen und Technologie-Transfers genutzt werden, die sie selbst aber höchst restriktiv behandeln. Ein genereller Verzicht auf Monopolrechte würde es aber ermöglichen, auch diese Lösungsstrategie ohne rechtliche Hürden zu verfolgen. Somit verwickeln sich die Verteidiger der Patentmonopole in unauflösbare Widersprüche.

Derzeit stellt sich auch die Frage, ob das Gestrüpp der Patentrechte die Entwicklung weltweit einsetzbarer Impfstoffe behindert und empfindlich verzögert hat. Während die bereits erfolgreichen Entwickler über die erforderlichen Lizenzen für die oben beschriebene Modifikation der mRNA verfügten und auf dieses Verfahren setzen konnten, mussten sich andere mit der Optimierung behelfen. Auch wenn viele Faktoren zu berücksichtigen sind, dürfte dies in der Konsequenz die Wirksamkeit eingeschränkt haben. Denn die sehr niedrige Dosierung des Wirkstoffs ist in diesem Fall wohl auch der Notwendigkeit geschuldet, die unerwünschten Auswirkungen der Immunreaktion im Zaum zu halten. Vielleicht würde die Weltgemeinschaft über eine weitere Option verfügen, die unter den Bedingungen der Ressourcenarmut leichter einzusetzen wäre, wenn nicht die patentrechtlichen Schranken eine optimale Kombination der Ansätze verhindert hätten.

Eine von der Gewinnmaximierung befreite Zusammenarbeit würde es ermöglichen, aus dem Spektrum der Forschungsansätze diejenigen zu verfolgen, die unter den verschiedenen Einsatzbedingungen am geeignetsten erscheinen und in der Summe die effektivste Gesamtstrategie für die weltweite Überwindung der Pandemie darstellen. Ausgestattet mit den notwendigen Finanzmitteln und vorangetrieben mit dem unentbehrlichen politischen Willen könnte so ein leuchtendes Beispiel gesetzt werden für die multilaterale Zusammenarbeit bei der Bewältigung der weiteren existenziellen Krisen. Die Abkopplung der Forschungsprozesse und Handlungsstrategien von der Markt- und Profitlogik und ihre Ausrichtung auf die bedarfsorientierte Kooperation setzt die Mobilisierung ausreichender öffentlicher Mittel voraus.

### **Forschung für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschheit**

Eine grundlegende Erkenntnis aus der Pandemie und besonders ihrer vielfach inkonsequenten und ineffektiven Bekämpfung könnte sein, dass geschwächte Staaten die Bereicherung und Machtkonzentration der Wenigen befördern, aber die Lebens- und Zukunftschancen der Vielen schmälern und deren Ohnmacht bewirken. Nur wenn demokratisch verfasste, staatliche Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene die Fähigkeit entwickeln, den gesamten FuE-Prozess – zumindest auf zentralen Gebieten der Daseinsvorsorge – in Eigenregie umzusetzen, können sie eine genuine Souveränität gewinnen und alternative Entwicklungspfade im Sinne des öffentlichen Interesses anstoßen.

Nur dann verfügen sie über die notwendigen Informationen für die Setzung politischer Leitplanken, um die privaten Akteure zu einer wohlfahrtsorientierten Investitionstätigkeit zu bewegen. Und sie wären aufgrund einer ausreichenden Verhandlungsstärke in der Lage, eine ausbalancierte Beziehung zwischen öffentlichem und privatem Sektor zu gestalten, die das gegenwärtige, politisch verschuldete Abhängigkeitsverhältnis überwindet. Damit ließe sich das von der Bundeskanzlerin behauptete Dilemma nicht nur überwinden, sondern die Chancen erhöhen, dass der wissenschaftlich-technologische Fortschritt der humanen Entwicklung dient.

Ohne die Demokratisierung des FuE-Systems bleibt die politische Demokratie unvollendet, weil die Staaten nur unzulänglich in der Lage sind, ihre Grundaufgaben zu erfüllen und Perspektiven für die Bewältigung existenzieller Herausforderungen zu eröffnen. Solange sich aber die Wählergunst den Kanzlerkandidaten zuwendet, die eine Haltung der Beliebigkeit gegenüber den Ergebnissen der unabhängigen Wissenschaft pflegen und Steuersenkungen für die Hochprivilegierten als „Entlastung“ für die Allgemeinheit ausgeben, wird der notwendige Wandel wohl kaum gelingen. Die große Frage wird sein, wie wir aus einem System herausfinden, das eher darin investiert, die mit ihm und in ihm lebenden Menschen von der Erkenntnis der bedrohlichen Wirklichkeit abzuschirmen. Damit fehlt die Grundvoraussetzung für eine vorausschauende und gestaltende Politik.

Waltraud Seitz

## Muttersprache schafft Vertrauen

### Waltraud Seitz klärt in unterfränkischen Gemeinschaftsunterkünften über Covid-Impfungen auf

„Werde ich auf die Impfung sterben?“ „Ich möchte nur mit dem deutschen Impfstoff von Biontech geimpft werden!“, „Ich bin jung und will doch noch Kinder bekommen, ich habe gelesen, dass eine Corona Impfung unfruchtbar macht“...

Seit Februar habe ich solche und ähnliche Aussagen und Vorurteile oft zu hören bekommen bei meinen Gesprächen mit Geflüchteten über eine mögliche Corona-Schutzimpfung. Manche Fragen lassen sich klären, manche Bedenken können nicht ausgeräumt werden, andere wiederum, darunter die Behauptung, die Impfung mache unfruchtbar, können als „Fake News“ abgetan werden.

Immer wieder kommt im Zusammenhang mit Impfungen das Gerücht auf, sie hätten Einfluss auf die Fortpflanzung. Ein Beispiel ist die Polio-Impfung in Nigeria. Leider führt das dazu, dass Eltern ihre Kinder nicht impfen lassen und diese dann reihenweise an Kinder-

lähmung erkranken. Über soziale Medien wird ein Gerücht nur allzu leicht in die Welt gesetzt und massenhaft verbreitet, wissenschaftliche Grundlagen gibt es dazu aber keine. Und wenn so eine Falschmeldung erst einmal gestreut ist, dauert es laut Studien mindestens zehnmal so lange, sie wieder auszuräumen oder nur zu entkräften. Leider. Das hat mich einige Zeit gekostet bei meinen Besuchen in unterfränkischen Flüchtlingsunterkünften.

Aber nun mal von Anfang an: Dank Finanzierung der Stiftung Tuberkulosehilfe Würzburg wurde Ende 2020 ein Projekt ins Leben gerufen mit dem Ziel, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Betreuung von Patienten mit Tuberkulose abzumildern – und zwar bei den Bewohnern der Gemeinschaftsunterkünfte im Regierungsbezirk Unterfranken. Dies sind über 40 Gemeinschaftsunterkünfte (Gus), von Bad Brückenau bis Aub, von Aschaffenburg bis Zeil a. Main. Um die Auswirkungen einer Krankheit

abzumildern ist es vor allem wichtig, die Erkrankung zu verhindern – und das geht am besten mit einer Schutzimpfung, sofern eine verfügbar ist. In der Corona-Pandemie ist dies dank internationalem Kraftakt seit Ende letzten Jahres der Fall.

Durch die Priorisierung der Bundesregierung war schnell klar, dass Asylsuchende, die in beengten Verhältnissen einer GU leben, in Prioritätsgruppe 2 fallen und somit rasch einen Anspruch auf eine Corona Impfung haben.

### Vertrauen aufbauen

Mein erster Ansatz war, regelmäßig präsent zu sein in den größeren Einrichtungen wie beispielsweise in der GU der Veitshöchheimer Straße in Würzburg oder dem Innopark Kitzingen, um Vertrauen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufzubauen. Ich dachte anfangs, das wäre für einen größeren Impferfolg wichtig. Wie sich jedoch im Verlauf herausstellte, ist ein regelmäßiger Besuch der Unterkünfte zwar sehr wünschenswert, aber nicht das ausschlaggebende Argument für eine höhere Impfbereitschaft.

Zu den relativ früh besuchten Einrichtungen meinerseits gehörte auch das Ankerzentrum (Erstaufnahmezentrum) in Geldersheim bei Schweinfurt. Dort hat der Leiter der Einrichtung mit dem Medizinischen Zentrum, der Diakonie und eigenen Mitarbeitern ein ganzes Team zusammengestellt, um die Bewohner aufzuklären und für eine Corona Impfung zu registrieren. Bei der Gelegenheit habe ich zwei Bewohner der dortigen Einrichtung, Aissa Cheriet und Fahad Ahmed Alasow, kennengelernt, die im weiteren Verlauf des Projekts für die Impfkampagne ‚Gold wert‘ waren.



Über Impfstoffe gegen Covid-19 kursieren viele Gerüchte und falsche Informationen.

Foto: Candyandy/Pixabay



*Informieren und Vertrauen aufbauen – wichtige Voraussetzungen, um die Impfbereitschaft zu erhöhen.*

*Foto: DoroTSchenk/Pixabay*

## **2700 Kilometer und 430 Stunden Aufklärung**

Mit den beiden bin ich ab April in fast alle GUs von Unterfranken gefahren. Meine bisherige Bilanz in Zahlen: 2700 Kilometer und 430 Stunden Aufklärung. Meine beiden wertvollen Helfer sind ausgebildete Ärzte aus Somalia und Algerien. Daher decken sie auch einige Sprachen ab, die ich selber nicht spreche: Arabisch, Russisch und Somali. Da der algerische Augenfacharzt auch noch Französisch, Englisch und ein sehr gutes Deutsch spricht, war es uns möglich, immer mehrere Gespräche mit den Bewohnern parallel zu führen. Schnell wurde klar, dass eine Beratung in der jeweiligen Muttersprache Vertrauen schafft.

Anfängliche Angebote einer Impfaufklärung zu einem bestimmten Termin in den einzelnen GUs wurden nur sporadisch angenommen. Wir sind daher dazu übergegangen, in jeder Einrichtung von Tür zu Tür zu gehen, um die Bewohner über das Angebot einer Corona-Impfung zu informieren,

Fragen zu beantworten und die Registrierung vorzunehmen. Durch die Diskussionen in den öffentlichen Medien bezüglich des AstraZeneca-Impfstoffes haben auch wir anfangs viel Zeit und Energie in das Ausräumen der Bedenken und Unsicherheiten gesteckt.

Bald wurde die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) dahingehend geändert, dass dieser Impfstoff nur für über 60jährige empfohlen wird. Das hat uns die Arbeit definitiv erleichtert, weil ja ohnehin der Großteil der GU Bewohner weit jünger ist. Als Impfstoff für die Mobile Teams, die in die Einrichtungen kommen sollten, blieb daher eigentlich nur Biontech übrig. Auch der zweite mRNA Impfstoff von Moderna eignet sich nicht für den mobilen Einsatz, da er sehr vorsichtig behandelt werden muss, wenn er erst mal aufgelöst ist.

Ab der Zulassung und breiteren Verteilung des Vectorimpfstoffs von Johnson & Johnson wurde es für uns wieder deutlich komplizierter: Nachdem dieser Impfstoff mit

einer Einmaldosis auskommt – und wohl in den Impfzentren nicht so beliebt ist wie der Impfstoff von Biontech – haben fast alle der neun zuständigen Impfzentren begonnen, in GUs ausschließlich mit diesem Impfstoff zu arbeiten. Klar hat er den Vorteil, dass die Teams nur einmal hinfahren müssen, trotzdem war und ist die Empfehlung der STIKO für über 60jährige, was wiederum zu Unsicherheiten in unserer Zielgruppe führte.

## **Mobile Teams in den Gemeinschaftsunterkünften**

Immerhin gab es ab Februar/März Zusagen, dass mobile Impfteams in die einzelnen Einrichtungen kommen, um Impfwilligen die Schutzimpfung zu verabreichen. Auch das war bei weitem nicht von Anfang an klar. Es hat einige Zeit gedauert, von Impfzentren und zuständigen Behörden die Zusicherung für Besuche in den GUs zu bekommen, um den Bewohnern die Hürde einer Impfung möglichst klein zu halten.

Mit dem Angebot, am Tag X mit der COVID-19 Vaccine Janssen (Janssen Cilag International/Johnson & Johnson) geimpft zu werden, ist für viele Impfzentren die Schuldigkeit eines Impfangebots getan. Wer das nicht möchte, kann sich bei seinem Hausarzt registrieren und dort impfen lassen. Das wiederum ist aber für viele Asylwerber nicht möglich, weil sie nicht versichert sind, das Geld für den öffentlichen Transport nicht aufbringen können oder gar keinen Hausarzt haben, etc.

### Stand Juli

Mittlerweile waren in praktisch allen GUs Impfteams vor Ort. Das Angebot einer Corona Impfung wurde unterschiedlich gut angenommen. In manchen Einrichtungen, die mit

Biontech versorgt wurden, ist noch der zweite Impftermin ausständig. Manche Impfzentren lassen bei dieser Gelegenheit sogar noch einmal Erst-Impflinge zu. Das ist sehr positiv, weil viele erst einmal zurückhaltend waren und noch ein paar Wochen der Impfkampagne verstreichen lassen wollten, bevor sie sich für eine Impfung entscheiden. Genauso wie bei unseren Freunden, Nachbarn oder Kollegen sind Menschen eben unterschiedlich vorsichtig, skeptisch, misstrauisch. Und nur die Erleichterungen für Geimpfte – keine Quarantäne bei Kontakt mit positiv Getesteten, weniger Tests beim Einkaufen, Voraussetzung für Flugreisen – sind nicht für alle Argument genug für eine Impfung.

Von den erwachsenen Bewohnern ist ungefähr ein Viertel geimpft.

Das ist eine erstmal positive Bilanz, zieht man die vielen ab, die innerhalb der letzten sechs Monate eine Corona-Erkrankung hatten. Es könnte aber besser sein. Allerdings ist der Aufwand groß, erneut alle GUs anzufahren immens, für eine Handvoll weitere Impfwillige in jeder einzelnen Einrichtung.

Trotzdem wird es in dem Projekt noch einige Zeit mit dem Thema Impfungen weitergehen – beispielsweise momentan für Kinder und Jugendliche zwischen zwölf und 18 Jahren, für die mittlerweile eine Impfung mit Biontech zugelassen ist – bevor ich mich mehr dem weiteren Ziel des Projektes, den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Betreuung von Patienten mit Tuberkulose, widmen kann.



*In Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende kann sich eine Infektion schnell ausbreiten, weil dort Menschen auf engem Raum zusammenleben.*

*Foto: August Stich*



Elke Blüml

# Auch kleine Glücksmomente zählen

„Der kleine Mönch und das große Glück“

von Ansgar Stüfe OSB

Wer kennt das nicht: Die ganze Welt erscheint Grau in Grau, Trübsinn, wohin das Auge reicht, Mundwinkel und Schultern hängen auf Halbmast – und das Glück erscheint so weit weg wie Sonne und Mond.

So ergeht es auch dem kleinen Mönch, den der Benediktiner Ansgar Stüfe in seinem neuen Buch nach dem großen Glück suchen lässt. Um es gleich vorwegzunehmen: Der kleine Mönch hat einen Mitbruder an seiner Seite, der ihm die Augen für die vielen kleinen Glücksmomente öffnet, die sich am Ende zum großen Glück zusammenfügen. Er lernt, wo sich das Glück versteckt und wo man es im Alltag aufspüren kann.

In seinem Buch „Der kleine Mönch und das große Glück“ ergründet Stüfe, was Glück ist und wie man es im Alltag finden kann. Er nimmt seine Leser mit zu den Wurzeln der benediktinischen Spiritualität. Benedikt wusste schon vor beinahe 1500 Jahren, was Menschen das Zusammenleben erschweren kann. Dazu gehört etwa das Laster des Murrens, das seiner Ansicht nach hart bestraft werden sollte.

Statt harter Strafen für ständiges Murren schlägt Ansgar Stüfe dem im Stimmungstief gefangenen Leser vor, in Ruhe über die Ursachen für seine getrübtete Stimmung nachzudenken. Manchmal liegt es einfach daran, dass der Tag durch die „falsche Brille“ betrachtet wird. Auf den Gründer seines Ordens kann sich der Autor auch berufen, wenn er rät, den Alltag bewusst zu strukturieren, um inne zu halten, den Tunnelblick zu vermeiden und immer wieder bei sich selbst anzukommen.

Wer möchte, kann für sich in ruhigen Momenten Fragen beantworten, die Ansgar Stüfe als Hilfe und Anregung empfiehlt. „Wie sah mein letzter Tag aus?“, „Was gefällt mir besonders gut?“ oder „Erinnere ich mich nur an angenehme Momente oder sehe ich nur die Probleme und meinen Ärger?“

Stüfes biographische Erzählungen belegen, dass er seine Anregungen nicht aus Regeln und Büchern abgeschrieben hat, sondern dass sie auf eigenen Erfahrungen und Herausforderungen gründen, die er als Krankenhauschef in Tansania ebenso gemacht hat wie als Verlagsleiter. Auch eine Warnung hält der Autor bereit: Den Wunsch nach dauerhaftem Glück nennt



Ansgar Stüfe OSB, „Der kleine Mönch und das große Glück“, 128 Seiten, gebunden, mit Illustrationen von Elli Bruder, 12 Euro, Vier-Türme-Verlag. Münster-schwarzach 2021.

er „teuflich“, denn er führe in eine Welt der Illusion. Leid, Krankheit und Tod gehörten wesentlich zum Leben. Das gilt laut dem Autor auch für das richtige Maß, bei dem es kein Zuviel und Zuwenig gibt. Dann klappt es auch mit dem Glück. Es muss nicht immer das ganz große sein, denn auch kleine Glücksmomente zählen.

### Vorstand neu gewählt

#### *Vertreterversammlung bestimmte zwei neue Mitglieder*

Die Vertreterversammlung des Missionsärztlichen Instituts (MI) hat den ehrenamtlichen Vorstand der katholischen Fachstelle für internationale Gesundheit neu gewählt. Vorsitzender bleibt Prof. Dr. August Stich, der dem Gremium seit 2008 vorsteht. Im Vorstand bleiben Dr. Bernhard Köhler, Dr. Sibyl Mittler, Mario Rothenbücher und Martin Pfriem. Neu im Gremium sind Dr. Karin Geffert und der Augustiner Bruder Peter Reinl. Sein Amt niedergelegt hat Domkapitular Christoph Warmuth, der im September im Bistum eine neue Tätigkeit aufnimmt. Vorstandsvorsitzender Stich und Geschäftsführer Michael Kuhnert dankten ihm für sein langjähriges Engagement.

Karin Geffert ist Ärztin und dem MI seit mehr als sieben Jahren eng verbunden, u.a. durch ihre Mitarbeit bei der Onlineplattform MEDBOX und bei verschiedenen Lehrangeboten. Ehrenamtlich engagierte sie sich als Delegierte der persönlichen Mitglieder. Sie wird ihr Amt im November antreten.

Bruder Peter Reinl OSA ist gelernter Bankkaufmann. 2012 wurde er zum Priester geweiht. Seit 2004 fungiert er als Ökonom der Bayerisch-Deutschen Provinz der Augustiner und seit 2007 als Missionsprokurator. Das MI und die Augustiner kooperieren seit vielen Jahren in der Demokratischen Republik Kongo.

Das Institut ist dabei, seine Strukturen den Erfordernissen der Zeit anzupassen. Am Ende des Prozesses wird eine neue Satzung stehen. Bis zu deren Inkrafttreten bleibt der Vorstand im Amt, danach wird voraussichtlich eine neue ehrenamtliche Leitung gewählt.

e.b.

---

### Deutlichere Worte zum Patentverzicht vermisst

#### *Institut und Jesuiten äußern sich zur Stellungnahme dreier deutscher Bischöfe zur internationalen Verteilung von Impfstoffen*

Das Missionsärztliche Institut (MI) und die deutschen Jesuiten haben den Appell von drei deutschen Bischöfen zur Solidarität bei der weltweiten Verteilung von Impfstoffen gegen Covid-19 begrüßt. Bedauerlich sei allerdings, dass Erzbischof Dr. Ludwig Schick, Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck und Bischof Dr. Heiner Wilmer nicht dezidiert zur Frage der vorübergehenden Aussetzung von Patenten auf Impfstoffe Stellung bezogen hätten, teilten Institut und Jesuiten am Dienstag in einer gemeinsamen Erklärung mit.

Der Direktor des Hilfswerks „Jesuiten weltweit“, P. Klaus Vähröder, sagte, die Bischöfe sprächen lediglich die mögliche Erteilung von Zwangslizenzen nach dem TRIPS-Abkommen an und begrüßten, dass die Diskussion darüber „an Fahrt aufgenommen hat“. Die zeitweise Aussetzung von Patentrechten sei aber integraler Bestandteil einer Strategie gegen Impfnationalismus. „Ein eindeutiger Schulterschluss der deutschen Bischöfe mit den Kirchen des Globalen Südens in dieser Angelegenheit wäre ein wichtiges Zeichen der Solidarität gewesen“, sagte Vähröder.

Die vorübergehende Aussetzung von Patentrechten auf medizinische Produkte im Kampf gegen COVID-19 für die Dauer der Pandemie sei bedeutend, weil sie die Bereitschaft zur Suche nach sachdienlichen Lösungen und Kompromissen erheblich beschleunige. Dies werde deutlich, seit die USA, Spanien, Kanada und andere Staaten jüngst ihre Blockadehaltung aufgegeben hätten.

Deutschland gehöre zu der immer kleiner werdenden Gruppe reicher Staaten, die konstruktive Lösungen für das universale Gemeinwohl zu blockieren drohten, kritisieren beide Organisationen.

MI-Geschäftsführer Michael Kuhnert forderte die Bundesregierung auf, in der Welthandelsorganisation WTO eine temporäre Patentaussetzung nicht weiter zu blockieren. Es müsse so schnell wie möglich eine Lösung gefunden werden, um die weltweiten Produktionskapazitäten für COVID-19-Impfstoffe sowie für Medikamente, Diagnoseverfahren, Schutzkleidung und medizinischen Sauerstoff zu erhöhen.

MI und Jesuiten begrüßten gleichzeitig, dass die Bischöfe in ihrer Erklärung den Blick auf Bereiche lenkten, die ebenso energisch vorangetrieben werden müssten. So werde etwa die dringend notwendige Finanzierung der internationalen Mechanismen im Kampf gegen COVID-19 wie ACT-A und die COVAX-Initiative genannt sowie die Unterstützung der bei der WTO angesiedelten Datenbank für den Austausch von wissenschaftlichem Know-How und Technologien. Auch den wichtigen Bezug zu den sogenannten Nachhaltigkeitszielen, speziell dem gesundheitsbezogenen Nachhaltigkeitsziel Nr. 3, loben beide Organisationen.

e.b.

**Impressum:**

**Heilung und Heil**

Mitteilungen und Berichte des  
Missionsärztlichen Instituts Würz-  
burg

Erscheinungsweise: dreimal jährlich

Versand: kostenfrei

Auflage 3.200

Redaktionsschluss:  
30. Juli 2021

Nachdruck nur mit Zustimmung  
der Redaktion.

Die in dieser Zeitschrift enthalte-  
nen Beiträge geben nicht in jedem  
Fall die Meinung der Redaktion  
wieder.

Wir behalten uns zudem notwen-  
dige Kürzungen eingesandter  
Texte vor.

Missionsärztliches Institut  
Würzburg  
Hermann-Schell-Str. 7,  
97074 Würzburg

Tel. 09 31/80 48 539  
Fax 09 31/80 48 530  
e-mail: [gf@medmissio.de](mailto:gf@medmissio.de)  
Liga Bank Regensburg  
DE 58 7509 0300 0003 0065 65  
GENODEF1M05

Redaktion: Elke Blüml  
V.i.S.d.P: Michael Kuhnert

Druck: Benedict Press  
Münsterschwarzach

Gedruckt auf: RecySatin (100%  
Altpapier)  
FSC Recyclingpapier

Umschlag-Gestaltung:  
konzept design  
werbeagentur  
gmbh

Weitere Publikationen sowie Kurs-  
programme für Entwicklungshel-  
fer, Medizinstudenten und Labor-  
personal können beim Institut  
angefordert werden.

Besuchen Sie uns auch auf unserer  
Homepage:  
[www.medmissio.de](http://www.medmissio.de)



**Missionsärztliches Institut Würzburg**  
Katholische Fachstelle für internationale Gesundheit

**Mundo**

**EIN GUTER TROPFEN FÜR EINE GUTE SACHE**

Mit diesem Rotwein-Cuvée unterstützen Sie medizinische  
Bildung und Gesundheitsarbeit in der Einen Welt.

Weitere Informationen: [www.medmissio.de](http://www.medmissio.de)  
Salvatorstraße 7 · 97074 Würzburg

*„Wie ein Lebenswasser ist der Wein für den Menschen,  
wenn er ihn mäßig trinkt.“ Sir 31,27*

PARTNERSCHAFT WÜRZBURG - TANSANIA

# KAFFEEGENUSS AUS FAIREM HANDEL



Würzburger Partnerkaffee e.V. | Semmelstraße 33 | 97070 Würzburg | [www.wuepaka.de](http://www.wuepaka.de)

**WIR DRUCKEN.  
AUS LEIDENSCHAFT.  
CO<sub>2</sub>-NEUTRAL.  
PSO-ZERTIFIZIERT.  
EMAS-ZERTIFIZIERT.**



**Benedict Press**  
Abtei Münsterschwarzach

Schweinfurter Straße 40 · 97359 Münsterschwarzach Abtei  
Tel. 0 93 24/20-214 · [benedictpress@vier-tuerme.de](mailto:benedictpress@vier-tuerme.de)  
[www.benedictpress.de](http://www.benedictpress.de)