

medmissio magazin

ZEITSCHRIFT FÜR GLOBALE GESUNDHEIT



Als einziger Kinderarzt vor Ort

Kosmos Indien – Teil 2

Aidswaisenprojekt in Simbabwe



Kosmos Indien - Teil 2

Der Leiter der medmissio-Geschäftsstelle, Michael Kuhnert, hat die Medical Mission Sisters und ihre Projekte in Indien besucht. In Ausgabe 2/2023 des medmissio-Magazins berichtete er von der selbstlosen und professionellen Arbeit der Schwestern. Im zweiten Teil seines Berichts stellt er Ordensfrauen vor, die in der quecksilberverseuchten ehemaligen Goldminenstadt Kolar Gold Fields (KGF) im Nordosten von Bangalore mit Hartnäckigkeit und Selbstdisziplin in einer ehemaligen Grundschule ein kleines Krankenhaus für die Ärmsten aufbauen. Und er berichtet über die Schwestern Omana, Lija und Ancy, die in Jawadhi Hills eine Schule für die behinderten Kinder ärmster und hoffnungslos überfordertes Eltern leiten.

► Seite 5



Als einziger Kinderarzt vor Ort

In Eikwe, im Westen Ghana, hat der Kinderarzt Stefan Berberich-Kappe für einige Monate im St. Martin de Porres Hospital gearbeitet. Alle Hände voll zu tun hatte er in der Klinik als einziger Kinderarzt vor Ort. „Da die Kinder oft erst sehr spät im Krankheitsverlauf das Krankenhaus erreichen, gibt es viele Notfälle“, berichtet er. Schwierig ist die Behandlung oft auch, weil sich viele Eltern den Weg ins Krankenhaus nicht leisten können und erst ankommen, wenn es fast schon zu spät ist. Schwere Malaria, Blutarmut und Durchfälle gehören zu den Krankheiten, bei denen das Überleben der kleinen Patienten auf der Kippe steht.

► Seite 12



Aidswaisenprojekt in Simbabwe

Der Schulbesuch ist für Kinder und Jugendliche in Simbabwe zwar verpflichtend, trotzdem aber nicht für alle selbstverständlich. Kinderarbeit und frühe Ehen sind weit verbreitet, viele haben kein Geld für Schulunterricht. Hier setzt das auf die 2010 in Simbabwe verstorbene Missionsärztin Dr. Maria Eder zurückgehende Aidswaisenprojekt an. Sozial schwache Familien, Waisen oder Kinder, deren Eltern selbst nicht erwerbstätig sind, finden hier Unterstützung und die Chance, regelmäßig die Schule zu besuchen. Damit ist nicht nur der Grundstein für eine adäquate Schulausbildung und eine gründliche berufliche Aus- oder Weiterbildung gelegt. Denn wer gebildet ist, hat auch einen besseren Zugang zu medizinischer Behandlung und profitiert mit einer stabilen Gesundheit.

► Seite 20

Inhalt

4 Editorial

Berichte

5 Michael Kuhnert

Kosmos Indien: Magische Orte, Teil 2
„Wir brauchen weite Herzen“

8 Elke Blüml

„Die Lage ist ernst, aber nicht hoffnungslos“

Tilman Ruppel analysiert in unserem Interview den Stand der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen

10 Alphonsus Matovu

„We give them a new hope in life“

Rehabilitation and Reintegration of women who have recovered from obstetric fistula

12 Stefan Berberich-Kappe

Als einziger Kinderarzt vor Ort

Versorgung von kleinen und ganz kleinen Kindern im äußersten Westen Ghanas im St. Martin de Porres-Hospital in Eikwe

18 Spiritueller Impuls

20 Maria Walter

Mit Bildung aus der Armut

Wie das Aidswaisenprojekt von Dr. Maria Eder Schülerinnen und Schüler in der Erzdiözese Bulawayo unterstützt

22 Elke Blüml

Migrantenmedizin: „Patienten brauchen vor allem Zeit“

Interview mit medmissio-Referentin Nadja Rupp

24 Elke Blüml

Expertenwissen gegen Fake News
10 Jahre MEDBOX

medmissio intern

26 Michael Kuhnert

„Die Umstände haben sich geändert“
Zum Umzug der Tropenmedizin an die Würzburger Uniklinik

27 Nachruf

Christel Breithaupt verstorben

Titelbild

Wenn Kinder kurz vor oder während der Geburt nicht genügend Sauerstoff bekommen, müssen Pflegekräfte professionell reagieren, sonst droht Lebensgefahr. Der Kinderarzt Stefan Berberich-Kappe hat während seines Einsatzes in Eikwe/Ghana unter anderem mit Hebammen und Krankenschwestern auf der Neugeborenenstation intensiv trainiert, damit sie die Kleinen im Notfall wiederbeleben können.

Foto: Stefan Berberich-Kappe.

► Top-Thema ab Seite 12



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

manchmal fällt es schwer, den richtigen Ton zu treffen. So ist es mir ergangen beim Schreiben dieses Editorials. Wir bewegen uns auf Weihnachten zu, da darf doch so ein Text nicht in erster Linie aus Lamentieren und Jammern bestehen, da sollte die Melodie der Worte eher in Dur (freudig) statt in Moll (traurig) klingen. Das ist nicht so einfach, wenn man auf diese Welt schaut, in der Elend, Gewalt und Terror die Oberhand über Frieden und Versöhnung zu bekommen scheinen.

In Hoffnungslosigkeit zu versinken, ist keine Option. Der Leiter unserer Geschäftsstelle, Michael Kuhnert, hatte das Glück, sich aus Indien eine große Portion Hoffnung mitzubringen. Bei seinem Besuch bei den Medical Mission Sisters hat er erfahren, wie gelebte Solidarität aussieht. „Was wir brauchen ist Mitgefühl, menschliche Größe, weite Herzen. Das Beispiel von Menschen also, die sich aufrichten gegen den Wahnsinn und Stumpfsinn unserer Zeit.“ Deshalb empfehle ich Ihnen seinen Beitrag „Wir brauchen weite Herzen“ ab Seite 5 ganz besonders.

Nicht nur weite Herzen, auch einen weiten Blick möchte man politisch Verantwortlichen empfehlen, wenn es um die Erreichung der Nachhaltigen Entwicklungsziele bis 2030 geht. Die bisherige Bilanz sieht nicht besonders

ermutigend aus, und die Erreichung aller Ziele steht mehr als auf der Kippe. Woran das liegt und was jetzt noch getan werden kann bzw. muss, erläutert medmissio-Referent Tilman Rüppel im Gespräch mit dem medmissio-Magazin. (S. 8)

Es gibt aber auch positive Nachrichten in dieser letzten Ausgabe des Jahres. Der Arzt Stefan Berberich-Kappe war mit seiner Familie fünf Monate im Westen Ghanas. Er berichtet über seinen Einsatz auf der Neugeborenen- und Kinderstation des St. Martin de Porres-Hospitals in Eikwe. Unter in Deutschland unvorstellbaren Bedingungen konnte er dennoch viel Leid lindern (S. 12)

Und auch bei uns in Deutschland, genauer gesagt, in Unterfranken, gibt es Hoffnung: für Asylbewerber, denen medmissio mit vielfältigen Angeboten das Leben bei uns zu erleichtern versucht. Wie das aussieht, haben wir die Kinderkrankenschwester Nadja Rupp gefragt (S. 22)

Zum Schluss noch ein tröstlicher Gedanke, den ich mir aus unserem „Spirituellen Impuls“ ausgeliehen habe. „Das Jahr, das nun kommt, ist das gleiche für alle. Es hängt von uns ab, was wir aus ihm machen.“ Machen Sie es gut, bleiben Sie gesund und bewahren Sie sich die Hoffnung!

Dear Readers,

Sometimes it's hard to strike the right note. That's what happened to me when writing this editorial. We are approaching Christmas, so a text like this should not primarily consist of lamenting and complaining; the melody of the words should sound in a major key (joyful) rather than a minor key (sad). That's not so easy when you look at this world, in which misery, violence and terror seem to have the upper hand over peace and reconciliation.

Sinking into hopelessness is not an option. The head of our office, Michael Kuhnert, was lucky enough to bring a large portion of hope with him from India. During his visit to the Medical Mission Sisters, he experienced what solidarity in action looks like. "What we need is compassion, human greatness, wide hearts. The example of people who stand up against the madness and dullness of our time." I therefore highly recommend his article "We need big hearts" from page 5 onwards.

Not only wide hearts, but also a broad perspective is recommended for political leaders when it comes to achieving the Sustainable Development Goals by 2030. The results so far are not particularly encouraging and it

remains uncertain whether the goals can be achieved. In an interview with medmissio magazine, medmissio consultant Tilman Rüppel explains why this is the case and what can and must be done now (page 8).

But there is also positive news in this last edition of the year. Doctor Stefan Berberich-Kappe and his family spent five months in western Ghana. He reports on his work in the neonatal and paediatric ward at St. Martin de Porres Hospital in Eikwe. In conditions that would be unimaginable in Germany, he was nevertheless able to alleviate a great deal of suffering (page 12).

And here in Germany, in Lower Franconia to be precise, there is also hope: medmissio is trying to reduce barriers for asylum seekers with a wide range of services and thus improve their healthcare and living situation. We asked paediatric nurse Nadja Rupp what this looks like (page 22).

Finally, a comforting thought that I borrowed from our "Spiritual Impulse". "The year that is coming is the same for everyone. It depends on us what we make out of it." Take care, stay healthy and keep hope alive!

Ethel Blümel



Michael Kuhnert

Kosmos Indien: Magische Orte, Teil 2

„Wir brauchen weite Herzen“

Sister Lija mit Sister Ancy (im Hintergrund) im neu gebauten Behindertenheim in Jawadhi Hills.
Alle Fotos: Michael Kuhnert

Der Leiter der medmissio-Geschäftsstelle, Michael Kuhnert, hat die Medical Mission Sisters und ihre Projekte in Indien besucht. In Ausgabe 2/2023 des medmissio-Magazins berichtete er von der selbstlosen und professionellen Arbeit der Schwestern. Im zweiten Teil seines Berichts reflektiert er seine Begegnungen vor dem Hintergrund des aktuellen Weltgeschehens.

Vielleicht wäre es besser gewesen, die Eindrücke meiner Reise nach Indien in einem Beitrag zusammenzufassen, statt sie auf zwei medmissio-Magazine aufzuteilen. Denn seit März ist Unfassbares geschehen, was mut- und sprachlos macht, Angst und Entsetzen verbreitet und die Fassung raubt. Der „Kosmos Indien“ mag tatsächlich existieren. Aber er ist inzwischen noch viel weiter entfernt von uns als vor ein paar Monaten.

Wir haben, selbstkritisch betrachtet, doch nie so genau hingeschaut auf das, was sich in Indien (oder anderswo) tut, wie die Menschen dort leben und vor allem die Armen dort leben müssen. Wir Meister des

Wegschauens und des Augenverschließens drehten uns meist um uns selbst. In uns verschraubt und verschlossen haben wir uns abgemeldet von so vielem, was passiert – und selbst für einen Blick auf das Leid, das andere ertragen müssen haben wir meist keine Zeit mehr, keinen Nerv, wenig Interesse. „Zu anstrengend. Bringt eh nichts. Ich habe genug eigene Sorgen.“ Wir sind sehr kurzsichtig geworden, fast blind. Das, was weit weg von uns ist, aber auch den Mut und den bewundernswerten Starrsinn vieler Menschen, die die Welt etwas wärmer, gerechter und lebenswerter machen wollen, sehen wir kaum noch.

Weshalb sollten wir jetzt mehr Interesse für sie zeigen, unsere

Sicht weiten und Indien (oder andere Länder) mehr in den Blick nehmen, gerade jetzt, wo unsäglicher Terror Juden heimsucht, Israel in den Krieg zwang, der Gaza-Streifen zum Schlachtfeld wurde? Warum von Indien berichten, wo der Krieg in der Ukraine endlos weiter geht? Warum angesichts der zunehmenden Katastrophen, Dauerkrisen und der damit verbundenen mentalen Erschöpfung und Teilnahmslosigkeit so vieler überhaupt noch schreiben? Warum von Schwestern in Indien berichten, die sich um die Ärmsten kümmern, Unberührbare aufrichten, Behinderte pflegen und Lepröse versorgen, wenn uns ‚alles‘ zu viel wird, es über Europa, Israel und Gaza Bomben

regnet, Flüchtlinge weiterhin im Mittelmeer ertrinken ‚müssen‘ und sich die Europäische Union anschickt, trotz alledem lieber zur Festung zu werden?

Warum in Zeiten immer rascher um sich greifender gesellschaftlicher Verflachung und Verrohung sprechen und schreiben, wenn immer mehr Menschen nur noch das hören, was sie hören wollen und – wenn überhaupt – nur noch das lesen, was ihre Weltsicht bestätigt und ihr Feindbild verfestigt?

Warum also noch einmal von magischen Orten und bewundernswerten Schwestern in Indien berichten, wenn uns der Sinn für Magie gerade abhanden geht und selbst der Zauber der Mitmenschlichkeit und der Fürsorge sowie des Glaubens an die Menschheit uns nicht mehr in den Bann zieht? Warum überhaupt noch schreiben, wenn sich bei uns ganz offensichtlich immer mehr Menschen abwenden von der Welt, wie sie im Moment halt nun einmal ist?

Warum schreiben, wenn sich der Kosmos der Träume, Utopien und des Mitgefühls nach und nach in Luft auflöst, sich immer mehr Menschen abmelden und abschotten von den menschengemachten Krisen, Katastrophen, Kriegen und sich stattdessen ganz pauschal und selbstgerecht aufregen über ‚die da oben, die keine Ahnung haben‘ oder über ‚die da unten, die nur an unser Portemonnaie wollen‘? Oder umgekehrt.

Warum sich hinsetzen und nach Worten suchen, die den Zauber gewisser Menschen beschreiben und weshalb um Worte ringen, die das Entsetzen über das, was eigentlich abgeht, beim Namen nennen? Warum schreiben, wenn das Denken immer platter wird, das Fühlen nicht über die eigenen Befindlichkeiten hinaus geht und die Sorgen, die man sich macht, sich vor allem auf die Aufrechterhaltung eines Lebensstandards reduzieren, der aus Gründen der Fairness und um der Zukunft der Menschheit willen längst nicht mehr zu halten ist?

Aber vielleicht muss man sich gerade deshalb und gerade jetzt, wo die Welt so düster und hoffnungslos erscheint, eben doch die Finger wund schreiben und weiterhin Geschichten erzählen von Menschen, die größer sind als wir selbst, weil sie Mut machen und Hoffnung verbreiten, indem sie in all dem Sumpf und Dreck, der uns umgibt beharrlich weiter Sumpfpflanzen pflanzen, dem Hass und dem Verlust an Empathie



Ein Mädchen wartet in einem kleinen Ort in der Nähe von Sawantwadi.



Selbsthilfegruppe für Familien mit behinderten Kindern in Sawantwadi.

mit Liebe entgegen treten und Zeugnis davon ablegen, dass der Mensch an sich und Gott sei Dank viel größer sein könnte als die Nachrichten und die Gewohnheiten von uns Privilegierten vermuten lassen.

Wann, wenn nicht jetzt, muss man beschreiben, berichten, beteuern und bezeugen, dass der Mensch eben **nicht** dazu berufen ist, seinen Anstand aufzugeben, Hass zu schüren, Ressentiments zu pflegen, seine Meinung und seine Ängste zu verabsolutieren oder im Gejammer darüber, dass ‚alles‘ so schwierig geworden ist, sich selbst zu verzweigen.

Was wir brauchen ist Mitgefühl, menschliche Größe, weite Herzen. Das Beispiel von Menschen also, die sich aufrichten gegen den Wahnsinn und Stumpfsinn unserer Zeit. Träumer, Utopisten, Praktiker, die die Barmherzigkeit, Fürsorge und Mitmenschlichkeit hochhalten, weil sie das, was sie tun nicht für sich tun, sondern für das Wohl und die Würde anderer. Jünger und Jüngerinnen, die von sich absehen können, ihr Leben teilen, das Leid und die Armen im Blick haben, sich die Hände ‚schmutzig‘ machen und deswegen schon längst ihre Mitte gefunden haben.

Sr. Jema und Sr. Sheela zum Beispiel, die in der quecksilberverseuchten ehemaligen Goldminenstadt Kolar Gold Fields (KGF) im Nordosten von Bangalore mit Hartnäckigkeit und Selbstdisziplin in einer ehemaligen Grundschule ein kleines Krankenhaus für die Ärmsten aufbauen und kein Problem damit haben, ebenso wie ihre Patienten in einem Mini-Häuschen zu leben, einfachste Gerichte zu essen und null Lebensstandard, Ferien oder Privilegien zu haben.

Oder Sr. Omana, Sr. Lija und Sr. Ancy, die in Jawadhi Hills, einer Kleinstadt irgendwo in den Bergen Tamil Nadus, ein Heim und eine Schule für die behinderten

Kinder ärmster und hoffnungslos überforderter Eltern leiten, sich im Heim jede Nacht abwechseln und um die Ohren schlagen, um für ihre Schützlinge da zu sein, wenn sie Angst haben, sich ausweinen und ausstammeln wollen oder einfach mal aufs Klo müssen. Für sie sind diese Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren weniger ‚Behinderte‘, sondern vielmehr Menschen mit besonderen Bedürfnissen aber auch Fähigkeiten, die gefördert und gefeiert werden müssen. Anlässlich meines Besuches wurde von den Schwestern kurzerhand die Abschlussfeier des Schuljahres um einen Monat vorverlegt und die Eltern sowie die politischen und die kirchlichen Entscheidungsträger eingeladen. Die Schülerinnen und Schüler präsentierten stolz wie Bolle zusammen mit ihren beiden fest-



Sonderpädagoginnen stärken sich nach der Abschlussfeier in Jawadhi Hills.

lich gekleideten Sonderpädagoginnen ihre tagelang eingeübten Tanz- und Theatereinlagen. Alle waren begeistert, alle waren happy. Ganz besonders auch der Besucher aus Deutschland, der inzwischen so müde geworden ist über das ständige Klagen und Mosern in seiner Heimat, die doch um so vieles besser gestellt ist als Indien und die Kinder und Jugendlichen in Jawadhi Hills.

Gegen Ende meiner Reise muss ich am Flughafen von Mumbai

neun Stunden auf meinen Rückflug warten. Die Zeit wird nicht lang, denn ich denke an die Schwestern am St. Thomas' Hospital in Chetpet, die alten und im Stich gelassenen Lepra-Patienten in einem Trakt des Krankenhauses ein kleines Stück Heimat geben, sich mittels Speise- und Betreuungsprogrammen zuständig fühlen für Dutzende vom Schicksal und ihrer Regierung bewusst vergessene Senioren und bedürftige Familien. Wie die Schwestern in Shevgaon wagen nun auch sie einen bedeutenden Sprung in die Zukunft, indem sie ebenfalls ein College-Gebäude errichten, um den jungen Frauen aus der Region ein vierjähriges Bachelor-Studium der Krankenpflege zu ermöglichen.

Das Warten am Flughafen lohnt sich, denn mir wird das Lebens- und Arbeitsmotto der Medical Mission Sisters in Chetpet, Pathardi, Shevgaon, Bangalore, KGF, Jawadhi Hills, Kanavoor und Sawantwadi immer klarer: Sich zuständig fühlen, keinen alleine lassen, niemanden zurücklassen und dabei keine großen Töne spucken. Nicht über den Zustand der Welt lamentieren, sich nicht wegducken vor dem Leid,

sondern das machen, was die Not der anderen lindern könnte. Es gibt so viel zu tun im Kosmos der Ungleichheit und Ungerechtigkeit: Also gilt es, so viele Menschen wie möglich eine Zeit lang durchzutragen, sie aufzurichten und sie so lange zu begleiten, bis sie ihr Leben (wieder) in die eigene Hand nehmen können. Deswegen die Krankenhäuser und nursing-schools der Medical Mission Sisters, deswegen ihre Arbeit mit Behinderten,

verarmten alten Menschen, HIV-Positiven und Leprakranken. Deswegen ihre Selbsthilfegruppen für ‚unberührbare‘ Frauen in Sawantwadi, ihr Mädchenheim in Pathardi, ihre Begleitung von Familien in extremer Armut und ihre Sozialarbeit in Kanavoor, Shevgaon, Chetpet, Bangalore und Sawantwadi.

Das Flugzeug nach Frankfurt startet pünktlich. Unter uns liegen die spärlich funzelnden Slums des Molochs Mumbai und etliche hell erleuchtete Wolkenkratzer. Hinter mir liegt ein kleiner Teil aus dem Kosmos Indien: Intensive Begegnungen, großartige Menschen, magische Orte, unendlich viel Leid und ebenso viel Hoffnung. Es ist nicht die Luft unter den Flugzeugflügeln, die mich nach Hause trägt, sondern die dankbare Erinnerung an die Menschen, die ich während der Dienstreise erleben durfte und die auf der Reise bestätigte Überzeugung, dass es in unserem Leben, für unser persönliches Glück und die Zukunft der Menschheit letztlich nur darum geht, Gerechtigkeit zu üben, mit Zärtlichkeit zu lieben und mit Demut und Dankbarkeit durch die Geschichte zu wandeln.

Bezeichnend ist es noch anzumerken, dass der Flug pünktlich in Frankfurt landete, der geplante ICE nach Würzburg jedoch ausfiel und der nachfolgende Zug gut eine Stunde Verspätung hatte, worüber sich alle Flug- bzw. Bahnreisende natürlich ganz fürchterlich aufregten. Alles wie gehabt also auf unserer Insel der Selbstgerechten.

Wenn Sie die Arbeit der Medical Mission Sisters unterstützen möchten, können Sie das hier tun:

Liga Bank Würzburg

BIC: GENO DE F1 M05

IBAN: DE 58 7509 0300 0003 0065 65

Stichwort Indien

Elke Blüml

„Die Lage ist ernst, aber nicht hoffnungslos“



Mit der Agenda 2030 haben die Vereinten Nationen 2015 insgesamt 17 globale Ziele für eine nachhaltige Entwicklung bis zum Jahr 2030 formuliert, darunter Armut und Hunger weltweit zu beenden und Ernährung zu sichern. Das Erreichen dieser nachhaltigen Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) bewerten Experten als gefährdet. Der Politikwissenschaftler Tilman Rüppele ist bei medmissio zuständig für Politische Anwaltschaft. Im Gespräch mit dem medmissio-Magazin analysiert er die Probleme und die größten Herausforderungen, vor denen die Weltgemeinschaft steht. Ein Scheitern der Ziele würde für Millionen Menschen extremes Leid bedeuten, ist Rüppele überzeugt.

Hilfsorganisationen sprechen von einem Scherbenhaufen und beschreiben die Halbzeitbilanz der Nachhaltigen Entwicklungsziele sehr ernüchternd. Für mehr als die Hälfte der Ziele ist nur schwacher oder unzureichender Fortschritt zu verzeichnen, bei einem Drittel ist der Trend negativ. Wie dramatisch ist die Lage?

Tilman Rüppele: Von einem Scherbenhaufen zu sprechen, ist nicht übertrieben. Unsere Botschaft sollte sein, dass die Lage zwar ernst ist, aber nicht hoffnungslos. Wir können das Ruder noch herumreißen, wenn wir uns jetzt entsprechend anstrengen. Faktisch betrachtet ist die Halbzeitbilanz der SDG-Periode definitiv negativ. Schauen wir die wichtigsten Fakten aus dem offiziellen SDG-Bericht von 2023 an, denn diese sind ziemlich selbsterklärend:

Demnach lassen wir mehr als die Hälfte der Welt zurück. Die Fort-

schritte bei mehr als 50 Prozent der Ziele der SDGs sind schwach und unzureichend; bei 30 Prozent sind sie ins Stocken geraten oder haben sich umgekehrt. Bei den derzeitigen Trends werden im Jahr 2030 immer noch 575 Millionen Menschen in extremer Armut leben. Und nur etwa ein Drittel der Länder wird das Ziel der Halbierung der nationalen Armutsniveaus erreichen. Die weltweite Müttersterblichkeitsrate ist geringfügig von 227 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten im Jahr 2015 auf 223 im Jahr 2020 gefallen. Diese Zahl bleibt mehr als dreimal so hoch als das für 2030 gesetzte Ziel von 70. Das Ziel, neue HIV-Infektionen bis 2025 auf weniger als 370.000 zu reduzieren, wird wohl nicht erreicht werden.

Was passiert, wenn die Ziele nicht erreicht werden?

Das würde vor allem extremes und vermeidbares Leid bedeuten. Allein ein Scheitern der Gesundheitsziele würde Millionen Menschen das Leben kosten. Und hier handelt es sich nur um ein Ziel von insgesamt 17. Dann hätten wir es mit einer der größten verschwendeten Chancen der Menschheitsgeschichte zu tun. Außerdem gäbe es einen sehr gefährlichen Präzedenzfall, denn was kommt nach 2030? Eigentlich wäre dann die Formulierung neuer Ziele nötig, um die humane Entwicklung in allen Ländern und möglichst für alle Menschen weiter zu verbessern.

Aber wenn die SDGs krachend scheitern, wie soll das Momentum für weitere effektive multilaterale Kooperation in der Entwicklungszusammenarbeit zustande kommen?

Tilman Rüppele, medmissio-Spezialist für Advocacy (Politische Anwaltschaft)

Foto: privat



Und schließlich reden wir bei mehreren Zielen wie etwa der Verlangsamung der Erderwärmung, Reduktion des Verlusts an Biodiversität usw. über die Erhaltung der Lebensgrundlagen der gesamten Menschheit. Dies ist im Interesse aller, aber aufgrund von internen Konflikten, kurzfristigen ökonomischen Interessen und mangelnder politischer sowie finanzieller Anstrengungen finden die notwendigen Entwicklungen nicht statt.

Wie steht es um die Gesundheitsziele? Wo gibt es Erfolge, wo ist die Aussicht auf Verbesserung geschwunden?

Fortschritte sehen wir vor allem im Bereich der Kindergesundheit. Um die Ziele flächendeckend bis 2030 zu erreichen, reicht das aber nicht. Problematisch ist hier insbesondere die COVID-19-Pandemie. Sie hat viele bisher erreichten Fortschritte zunichte gemacht oder zum Stillstand gebracht, so dass wir von vier verlorenen Jahren sprechen müssen.

Die allermeisten Gesundheitsziele sind allerdings aus der Spur geraten. Um sie noch bis 2030 zu erreichen, wären enorm schnelle Verbesserungen nötig. Die Probleme sind vielfältig und überschneiden sich teilweise. Zu den wichtigsten Aspekten

zählt die COVID-19-Pandemie mit ihren direkten negativen gesundheitlichen Folgen und den indirekten Konsequenzen. Dazu zählen weniger Impfungen von Kleinkindern ebenso wie mentale Gesundheit und vieles mehr. Nicht zu vergessen sind die gravierenden Schäden an den Gesundheitssystemen sowie die hohen Kosten. Sie bedingen, dass weniger Geld für Gesundheit und die SDG-Ziele zur Verfügung steht. Negativ auf die Gesundheitsziele wirken sich auch bewaffnete Konflikte aus und der Zerfall von Staaten. Sie sind die Hauptursachen für Fluchtbewegungen etwa aus der Ukraine, Syrien, Irak und Afghanistan. Das dritte große Problem sind Naturkatastrophen, etwa Überschwemmungen in Pakistan und Libyen, Erdbeben in der Türkei und Marokko.

Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD) möchte trotz der bisherigen negativen Bilanz an den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen festhalten. Deutschland stehe dafür ein, diese „weiterhin ganz oben auf der internationalen Agenda zu halten“, sagte Scholz im September beim Nachhaltigkeitsgipfel der Vereinten Nationen in New York. Wie passen die finanziellen Kürzungen des Entwicklungsetats dazu?

Das passt gar nicht zusammen. Was angesichts der enormen Rückstände zu den Zielen für die weltweite SDG-Erreichung nötig wäre, ist eine globale Investitionsoffensive für die Nachhaltigen Entwicklungsziele. Für Deutschland müsste dies mit entsprechend höheren finanziellen Mitteln für die relevanten Ministerien verbunden sein – allen voran natürlich das Entwicklungsministerium. Die zweifelhafte Einhaltung der Schuldenbremse, welche nämlich laut Bundesrechnungshof aufgrund der Sondervermögen sowieso de facto ausgehebelt wird, scheint der Regierungskoalition einfach wichtiger zu sein. Der frühere Wirtschafts-

wirtschaftsprofessor Peter Bofinger kritisiert jedoch, dass sich Deutschland im Vergleich zu anderen großen Industrienationen zu sehr auf die Vermeidung zusätzlicher Schulden fokussiert und dabei die notwendigen Zukunftsinvestitionen, zu denen ich auch die SDGs zähle, vernachlässigt.

Welche Rolle spielt Russlands Krieg gegen die Ukraine?

Eine große Rolle. Der Krieg verursacht immense Schäden innerhalb der Ukraine: an menschlichem Leid, an Gesundheitsproblemen, Schäden an der Infrastruktur usw. Wir sprechen hier von einem Land mit über 40 Mio. Einwohnern und somit fast der gleichen Bevölkerungszahl Spaniens. Für die humanitäre Hilfe sowie den Wiederaufbau wird enorm viel Geld benötigt. Diese Kosten zählen zwar offiziell als Entwicklungszusammenarbeit, können aber nur dabei helfen, die durch den Krieg neu entstandenen Notlagen abzumildern. Wenn zum Beispiel ein Krankenhaus ausgebombt wird und wieder aufgebaut werden muss, dann ist man danach ja wieder bei dem Ausgangsniveau von vorher und hat noch nichts für die eigentliche Entwicklung und Verbesserung der Lebenslage der Menschen vor Ort tun können.

Die aufgrund des Krieges und der Sanktionen gestiegenen Nahrungsmittelpreise und Energiekosten sind ein großes weltweites Problem, das wieder

mehr Staaten und Menschen in finanzielle Notlagen bringt und ein Mitverursacher für aktuelle Hungerkrisen ist. Darüber hinaus ist das multilaterale System so angegriffen wie seit Jahrzehnten nicht mehr, was eine effektive gemeinsame Lösung von Problemen über Staatsgrenzen hinweg extrem erschwert und verkompliziert. Das wäre aber angesichts des Ausmaßes der Globalisierung und der globalen Problemlagen von der Pandemie bis zum Klimawandel gerade aktuell besonders wichtig.

Eine Patentlösung habe ich nicht. An sich herrscht Einigkeit darüber, dass ein viel stärkerer politischer Wille und damit einhergehend eine viel bessere Finanzierung für die Erreichung aller SDGs und zwar national als auch international die entscheidenden Faktoren sind. Aber die Umsetzung ist ein ganz anderes Kapitel. Weltweit wäre genügend Geld vorhanden. Laut dem Chef des UNO-Entwicklungsprogramms (UNDP), Achim Steiner, verfügt die Welt heute insgesamt über einen Reichtum in einer Größenordnung von circa 450 Billionen US-Dollar. Das heißt, die Ressourcen absolut ausreichen. Die neueste Schätzung geht von einem Bedarf von drei Billionen US-Dollar pro Jahr aus, um die nachhaltigen Entwicklungsziele erreichen zu können, sagt Steiner. Dies ist weniger als 1 Prozent des weltweiten Gesamtvermögens! Wir haben kein Geld-, sondern ein Verteilungsproblem.

Nachhaltige Entwicklungsziele

Die Nachhaltigen Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) sind eine Sammlung von 17 globalen Zielen der Vereinten Nationen, die bis 2030 erreicht werden sollen. Sie decken eine breite Palette von Herausforderungen ab, darunter Armutbekämpfung, Hunger, Gesundheit, Bildung, Geschlechtergleichstellung, sauberes Wasser, bezahlbare und saubere Energie, gute Arbeit, nachhaltige Städte, Klimaschutz, Leben unter Wasser und an Land, Frieden und Partnerschaften.

Die SDGs dienen als universeller Fahrplan für eine nachhaltige Entwicklung, der ökonomischen Fortschritt, soziale Gerechtigkeit

und Umweltschutz miteinander verknüpft. Sie sollen sicherstellen, dass niemand zurückgelassen wird, und sind eng miteinander verbunden, da Fortschritte in einem Bereich Auswirkungen auf andere haben. Regierungen, Unternehmen, Zivilgesellschaft und Einzelpersonen werden aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um diese Ziele zu erreichen und eine bessere, gerechtere und nachhaltigere Zukunft für alle zu schaffen. Die SDGs sind ein weltweites Engagement für die Bewältigung drängender globaler Probleme und die Förderung einer nachhaltigen Entwicklung auf unserem Planeten.



Alphonsus Matovu

“We give them a new hope in life”

A demonstration on how to plant maize and beans. All photos: Alphonsus Matovu

Rehabilitation and Reintegration of women who have recovered from obstetric fistula. Initial experience at the Maria Assumpta Medical Mission Centre, Mubende, Uganda.

Alphonsus Matovu, Mubende Regional Referral Hospital, is Senior Consultant Surgeon and Founder of Maria Assumpta Medical Mission Centre.

Obstetric fistula is a devastating condition for women. This condition still occurs in Sub Saharan Africa and parts of Asia usually after childbirth and manifested by the continuous leakage of urine and faeces. Some of the predisposing factors are poor access to reproductive health care, low socio-economic status, poverty, limited or lack of education among women and childbearing at an early age which are rampant in parts of Sub Saharan Africa and parts of Asia. Recovery from a fistula brings happiness but greater joy is achieved if one is rehabilitated and reintegrated to full life functionality.

Rehabilitation essentially means the act of restoration; in health we could refer to it as restoring someone’s health. Reintegration on the hand means placing someone back into society. So in rehabilitation and reintegration, we ‘restore and place’. I wish to share our initial experience in rehabilitation and reintegration training for women who have recovered from obstetric fistula.

Fistula experience by one of the participants

Sharing one’s experience of a painful event can be emotional at times, however in rehabilitation and reintegration, it helps us in recovery and endows living in freedom. Just like it is said “If you do not

know where you came from, you cannot know where you are going”. In this journey of rehabilitation and reintegration, we recall the past to guide us where we are going. At this event, a participant shared her story as follows:

She said “I loved to go to school, but time came when I had to be married off at 16 years of age”. My husband and I were farmers and we relied on sales from agriculture to provide for the home. We worked very hard to improve our home. When I conceived, everything went well, I attended antenatal visits and I had planned to deliver at a nearby hospital. The night when the labor began, my husband was not at home, there was no way I could get transport and go to the hospital at night. I sent for my mother who lived in the neighboring village through a neighbor, but she could only reach her in the morning. My mother came on a motorcycle and it is the same motorcycle that took us to hospital like 30 kms away. By then I had very strong labor pains. At the hospital I was told I could not deliver normally. I had to be operated. The baby was delivered when already dead. Four days after the operation, my bed got wet and I was told most likely I had a fistula. I was discharged and three weeks later, I went to Mubende Regional Referral Hospital. I was all wet

and very sick indeed. I did not expect to recover. I was admitted for three weeks, received antibiotics and physiotherapy. During the days of admission, I wished I could die rather than be alive when wet. I received a lot of support until I felt a little better. My appetite improved, my movements were better and waited for the day when I could return to hospital for repair. After four months I got a repair and now I am well, I am no longer wet. However, I need to recover my strength physically, emotionally and spiritually so as to live a normal life again”. I do not feel the zeal and strength like I did before I got the fistula”.

This story reverberates among many women who have had a fistula. Many are still looking for an opportunity to be dry but many more are still searching for full recovery. Without sharing the experience, in the absence of rehabilitation and reintegration, you cannot understand the need deeply.

Supporting women affected by obstetric fistula and other birth injuries

Over the years, I have shared stories of the women with obstetric fistula. It is these stories, and getting involved in fistula work that moved me to start a treatment and rehabilitation centre for the women affected by obstetric fistula and other birth injuries. The centre has now officially been named Maria Assumpta Medical Mission Centre, whose main mission is the mobilization, treatment, rehabilitation and reintegration of the women with obstetric fistula and other birth injuries.

Women who experience birth injuries are stigmatized. This limits their capacity to participate in routine activities. The isolation and loss of income that come along avert the capacity to meet the lifelong goals, or look after the families and the children. Providing reintegration and rehabilitation

training helps one recognize her potential and capacity to live a meaningful life.

Reintegration and rehabilitation can be achieved through ongoing counselling, the establishment of long-life skills like in agriculture, tailoring, weaving, baking, making soap, making candles or furthering education to mention but a few. For example, if the affected young girls can return to school, that creates linkage with peers and the community. If one produces items that can be sold, that also creates linkage with the community. The skills learnt should be satisfying and create some form of self-sustenance and engagement with the community.

Our rehabilitation and reintegration program kicked off with training in agriculture on 2nd September 2023 for 15 women who have experienced obstetric fistula. Most of the women destined to benefit from the rehabilitation and reintegration programs, practice agriculture as a source of food and income. We would like to build on this to improve their skills so that they can get better produce. With more produce, they are assured of food security for the families. The excess produce can be sold to support home needs. The participants appreciated the initiative. They learnt about growing maize, beans, tomatoes and coffee for

better yields. There were also encouraged to become ambassadors in the fight against obstetric fistula. The women felt encouraged and and felt a certain level of fulfillment.

From my perspective, it is a gratifying experience to reap the fruits of our efforts. It is a great opportunity to move a step further into the lives of the women who have recovered. It is through such holistic activities that we can rekindle the strength of the recovered women and give them a new hope in life. We would like to have more women participate in this program and subsequently diversify our skills training.

Acknowledgements.

I thank all those who have supported the establishment of our rehabilitation and reintegration center through medmissio, Würzburg - Germany. Money has been donated to construct the facility and also to buy medical equipment. Supporting women with birth injuries is a lifelong commitment for me given the fact that these sorts of injuries are still occurring to the women in Uganda. All the steps big and small taken through advocacy, donations and treatment continuously make a very big difference in the lives of women affected by obstetric fistula and other birth injuries.

Dr Matovu welcomes the participants for rehabilitation training.



Dr Matovu handing over maize, beans, and tomatoe seeds to one of the participants.



Stefan Berberich-Kappe

Als einziger Kinderarzt vor Ort Versorgung von kleinen und ganz kleinen Kindern im äußersten Westen Ghanas

Stefan Berberich-Kappe war mit seiner Familie fünf Monate im Westen Ghanas. Er berichtet über seinen Einsatz auf der Neugeborenen- und Kinderstation des St. Martin de Porres Hospitals in Eikwe.

Am 9. Juni 2023 sind wir in Accra gelandet. Wir, das sind Gertrud Kappe und Stefan Berberich-Kappe mit unseren zwei Kindern Veronika und Klara (5 und 3 Jahre alt). Eikwe liegt ganz im Westen von Ghana, nicht weit entfernt von der Elfenbeinküste, ein Fischerdorf direkt am Atlantik. Hier besteht seit 1959 das St. Martin de Porres Hospital, welches eng mit medmissio verbunden ist.

In der Kinderklinik gibt es jede Menge zu tun und als einziger Kinderarzt vor Ort weiß man manchmal nicht, wie man sich am besten aufteilen soll zwischen den vielen Kindern auf der Kinder- und der Neugeborenen-Station. Da die Kinder oft erst sehr spät im Krankheitsverlauf das Krankenhaus erreichen, gibt es viele Notfälle. Gründe hierfür sind zum einen, dass bei Krankheiten jeder Art oft zuerst der lokale spirituelle Heiler aufgesucht wird, um etwa mit Kräutern das Kind wieder gesund zu bekommen – bei Malaria z.B. ist das fatal...

Zum anderen können sich viele Menschen die manchmal sehr weite Anreise zum Krankenhaus einfach nicht leisten. Wenn das Kind dann z.B. bewusstlos ist oder einen Krampfanfall hat,

wird in der Großfamilie Geld gesammelt, um das Kind in letzter Minute zum Krankenhaus zu bringen – manchmal kommt dann jede Hilfe zu spät.

So kommen täglich Kinder mit schwerer Malaria und schwerer Blutarmut bei uns an. Nach Gabe von Notfalltransfusionen, Sauerstoff und der Malariatherapie bleibt oft nur noch die Hoffnung auf Besserung, die häufig, aber nicht immer eintritt. Ebenfalls häufig bei schwerer Malaria sind Krampfanfälle. Hier gibt es nur zwei Medikamente zur Auswahl. Patienten mit hochgradigem Nierenversagen durch schwere Malaria müssen wir zur Dialyse ins zwei Stunden entfernte Takoradi verlegen.

Fast täglich nehmen wir auch Kinder mit schwerem Flüssigkeitsmangel durch Durchfälle auf. Diese Kinder sind lethargisch, haben stehende Hautfalten und manchmal sogar eingesunkene Augen. Zum Glück können wir ihnen mit Flüssigkeit über die Magensonde oder – wenn sie bewusstlos sind – über die Venen gut helfen. Eine weitaus schlechtere Prognose haben Kinder mit schwerer Mangelernährung, die uns hier vor größte

◀ linke Seite: Entlassung der ersten drei Frühchen aus dem neuen KMC-Room.
Alle Fotos: Stefan Berberich-Kappe

Schwierigkeiten stellt. Die Versorgung von schwer unterernährten Kindern ist sehr komplex und langwierig und es gibt vor Ort keine fertigen Nahrungslösungen für deren Versorgung. Diese werden dann nach einem improvisierten Rezept selbst angerührt.

Etwa einmal pro Woche kommt ein schwer krankes Kind mit einem "akutem Bauch", das sind fast immer Darmdurchbrüche durch Typhus, die zum Glück von der einzigen Chirurgin vor Ort, Dr. Theresia Pellio aus Deutschland, operiert werden können. Unser Chefarzt Dr. Paul Cooper, hier der einzige Gynäkologe, operiert diese Kinder auch und ist sich sicher, dass viele von ihnen aus der Grenzregion zum Nachbarland nicht wie angegeben in Ghana leben, sondern als Kinderarbeiter in den Schokoladenplantagen der Elfenbeinküste unter schlechtesten hygienischen Bedingungen schufteten müssen – so hat Typhus ein leichtes Spiel.

Bei über 3000 Geburten pro Jahr ist auch auf der Früh- und Neugeborenenstation immer viel los. Dort sind die meisten



Kalid einige Wochen nach großer Bauch-OP.

Schwestern sehr routiniert und nehmen die Frühgeborenen und die kranken Neugeborenen selbstständig auf, legen Zugänge und rechnen Infusionen und Medikamente aus. Die Station ist im Grunde nur ein großer Raum von etwa 5 x 7 m für bis zu 15 Neu- und Frühgeborene. Durch den Mangel an gut ausgebildetem Personal und entsprechender Ausstattung sowie die schlechteren hygienischen Bedingungen sind die Überlebenschancen der Neugeborenen nicht so gut wie in Deutschland. Da früher sehr viele Babys in den ersten Lebensmonaten verstarben, bekommen in Ghana alle Kinder

erst nach drei Monaten einen eigenen Namen, bis dahin heißen sie einfach "Baby of ... [Vorname der Mama]".

Der Umgang mit dem Tod ist also ein anderer und die schlechte Nachricht wird oft scheinbar regungslos hingenommen. Der Tod ist alltäglich, auch wenn sich die Kindersterblichkeit (Tod vor dem 5. Geburtstag) von 1950 (25% der Kinder) über das Jahr 2000 (10%) bis heute (etwa 4%) schon verbessert hat. Dieser Wert ist aber immer noch mehr als zehn Mal höher als im europäischen Durchschnitt (0,36%). Weltweit sterben jeden Tag noch immer weit über 10.000 Kinder, bevor sie fünf Jahre alt werden – und zwar tragischerweise an meist gut behandelbaren Krankheiten wie Durchfall, Malaria, Masern oder an Komplikationen rund um die Geburt.

Regenzeit und Wassermangel

In der Regenzeit regnet es nicht nur draußen zum Teil in Strömen, manchmal sitzt man hier am Computer (wenn der Strom da ist und das Netzwerk funktioniert) und es tropft einem auf die Schultern. In den Wasserleitungen dagegen ist das Wasser oft knapp. Für eine Woche mussten wir nicht nur



Das St. Martin de Porres Hospital in Eikwe.

zu Hause, sondern auch im Krankenhaus mit Regenwasser zurecht kommen. Das Computersystem ist nicht ausgereift und leider ein echter Zeitfresser. Noch dazu muss jedes einzelne Medikament, egal ob Infusion oder Antibiotikum, egal ob nach der Visite oder im Notfall, zuerst verschrieben werden, bevor es die Eltern in der Apotheke gegenüber holen können. Doch hier wird man kreativ und findet schnell andere Lösungen.

Es herrscht allgemein ein Mangel an Platz und Räumen. Im mittleren Raum der Kinderklinik sind zwölf Kinder mit Mamas und manchmal auch Papas untergebracht, bei den Erwachsenen sind es etwa sechs bis acht Betten pro Raum. Fließendes Wasser gibt es in diesen Räumen nicht und auf der Kinderstation gibt es keinen Isolierraum (für Kinder mit z.B. Tuberkulose oder Masern).

Auch die Überwachung der Sauerstoffsättigung stellt die Schwestern und Ärzte immer wieder vor Herausforderungen. Beispielsweise gibt es nur einen einzigen Pulsoxymeter-Clip, dieser ist für Erwachsenen-Finger und deshalb werden oft falsche oder keine Werte angezeigt.

An manchen Tagen sind im OP nicht alle geplanten OPs durchführbar, da nicht genügend OP-Kittel sterilisiert werden können. Einmalprodukte wie in Deutschland gibt es hier nicht. Anästhesisten gibt es wie in den meisten afrikanischen Krankenhäusern keine, aber Anästhesie-Pfleger machen die Narkosen von jung bis alt.

Im Labor fehlen oft die Reagenzien, oft können wochenlang weder Leber- noch Nierenwerte oder Elektrolyte wie Natrium oder Kalium bestimmt werden. Für Frühgeborene mit Gelbsucht muss

der Wert des Bilirubins im Blut oft klinisch eingeschätzt werden, da die Maschine im Labor nicht funktioniert oder es gerade Wochenende ist.

Dankbarkeit in Ghana, Privilegien in Deutschland

Trotz der Tatsache, dass wir wegen der begrenzten Ressourcen oft nicht in dem Maß helfen können, wie wir das gerne würden, spürt man immer wieder eine große Dankbarkeit, die teilweise auch offen kommuniziert wird. Oft kommen uns unsere kleinen oder größeren Patienten einige Wochen nach ihrer Entlassung besuchen. Die Mamas tragen dann ihre schönsten Kleider, die Kinder und Papas ihre allerbesten Sonntagsanzüge und alle zusammen strahlen sie uns an und präsentieren, wie gut es dem Kind mittlerweile geht und wie stark es geworden ist oder wie viel es zugenommen hat. Einige dieser Momente durften wir festhalten und als Dank mit dem Einverständnis der Eltern auch an unsere Unterstützer weitergeben.

Es wird einem also oft bewusst, wie privilegiert wir in Deutschland sind, und nicht nur dort. Auch wir als Deutsche in Ghana haben andere Lebensstandards und Sicherheiten als unsere Mitmenschen hier. Unsere Kinder können unbekümmert am Strand spielen, während gleichzeitig andere Kinder dort weite Strecken zurücklegen müssen, bepackt mit schwerem Feuerholz auf dem Kopf.

Im Notfall werden wir ausgeflogen, für Familien hier bedeutet oft schon die Verlegung in das nächstgrößere Krankenhaus eine nicht stemmbare finanzielle Belastung. Eine Chance auf Heilung von Krankheiten mit teilweise recht guter Prognose



Evidence geht es zwei Wochen nach einer Verbrühung schon viel besser

in Deutschland (z.B. Leukämie bei Kindern) ist in Ghana nur für die reichsten Familien denkbar. Dies gilt genauso für die Erwachsenenstationen und nicht nur für Krebs; dort können viele bei uns gut behandelbare chronische Krankheiten nur palliativ bzw. gar nicht behandelt werden.

Bei einem sechs Monate alten Kind stellten wir den dringenden Verdacht auf einen schweren angeborenen Herzfehler. Nach ausführlichen Beratungen in der Großfamilie war es für eine Familie klar, dass das Geld für die Reise und den langen Aufenthalt in einer fernen Stadt nicht ausreicht, geschweige denn für eine unbezahlbare OP (die zudem in Ghana vielleicht weder möglich noch erfolgversprechend ist). In solchen Fällen wird dann oft in einem offiziellen und immer ähnlich lautenden Schreiben nochmals die tiefste Dankbarkeit ausgedrückt, "jedoch um die Entlassung gegen ärztlichen Rat gebeten, da bestimmte Umstände eingetreten sind, die sich unserer Kontrolle entziehen". Die Eltern möchten in

solchen Fällen das Kind nach Hause holen, um es in Ruhe gehen lassen zu können oder in der Hoffnung auf Besserung durch alternative Heilmethoden.

"Alternative" Heilmethoden

Gerade diese hier sehr weit verbreitete "Herbal medicine" bringt immer wieder viel Leid über die Kinder. Pasten aus Kräutern, Erden und meist unbekanntem weiteren Inhaltsstoffen werden auf offene Wunden oder den frischen Nabelstumpf aufgebracht, schwer mangelernährte Kinder werden uns erst dann vorgestellt, nachdem sie drei Wochen in einem "Prayer Camp" weiter an Gewicht verloren haben und sich nun in einem kritischen Zustand befinden. Manchen dieser Kinder können wir nicht mehr helfen, sei es durch Einatmen von "Kräutersirup" bei bewusstlosen Kindern oder durch Darmlähmung und Blutvergiftung nach "Kräuter-Einläufen". Letztere sind vor allem auch bei Schwangeren sehr beliebt und können durch heftigste Wehen und Gebärmutterrisse das Leben von Mama und Kind gefährden. Lange Zeit kümmernten wir uns um ein 4 Wochen altes Kind, welches ein Drittel seines Geburtsgewichtes verloren hatte. Es wurde nur dreimal täglich gestillt, bekam aber zweimal täglich einen Kräutereinlauf von seinem Großvater.

Nicht weniger schlimm als die Kräutermedizin an sich sind manche Mythen, die sich hartnäckig in den Familien, Traditionen und Dörfern halten. Eine davon besagt, dass eine Frau, die ihr Kind per Kaiserschnitt bekommt, keine richtige Frau sei. Eine Familie redete so lange auf eine hochschwangere Patientin ein, dass diese ihren Termin für ihren geplanten Kaiserschnitt verstreichen ließ und die Geburt alleine

zu Hause versuchte. Der Kopf blieb im engen Geburtskanal stecken und die Mama musste unter Qualen ins Krankenhaus gebracht werden. Das Kind überlebte die Geburt schwerstgeschädigt und starb nach 2 Tagen. In der Zeitspanne vor und während der Schwangerschaft gibt es also noch viel an Aufklärungsarbeit zu leisten.

Kleine Projekte und Verwendung der Spenden

Für die Kinder, die kurz vor und während der Geburt einen Sauerstoffmangel erleiden, ist es lebensrettend, ihnen schnellstmöglich zu helfen, selbst atmen zu können. Mit den Hebammen und Krankenschwestern der Neugeborenenstation haben wir bereits ausführlich trainiert, diese Zustände zu erkennen und durch Wiederbelebungsmaßnahmen zu beheben. Wir hoffen auf einen nachhaltigen Effekt, denn unser Ziel ist es, dass einige von ihnen nach unserer Abreise diese wichtigen Trainings dann regelmäßig selbst für ihre Kolleginnen durchführen.



Training Neugeborenen-Resanimation

Abendspaziergang am See.





Kangaroo mother care

Am 31. August konnten wir den lang ersehnten **KMC-Room** für unsere Mamas mit zwar klinisch stabilen, aber für die Entlassung noch zu kleinen Frühchen (ca. 1 - 1,8 kg) eröffnen. KMC bedeutet *Kangaroo Mother Care*, dabei werden die kleinen Frühgeborenen direkt am Körper durch die Mama gewärmt und mit einem Tuch zugedeckt. Durch die Wärme und Geborgenheit sowie den gewohnten Herzschlag der Mama können sie dabei wunderbar entspannen und gedeihen viel besser als in einem Inkubator. Da die ganz Kleinen noch keine Kraft zum Saugen haben, wird die Muttermilch mit einem kleinen Löffelchen direkt in den Mund gegeben, das funktioniert prima! Durch das gespendete Geld gibt es mittlerweile auch eine Verbin-

dungstüre zur Neugeborenenstation und bald auch neue Betten.

Die Aller kleinsten wollen nach Hause

Die ersten sieben Frühchen konnten bereits nach Hause entlassen werden und besuchen uns regelmäßig, damit



„Stillen“ mit dem Löffel.

wir sehen können, ob sie sich gut entwickeln. Aus unseren Gewichtskontrollen können wir genau sehen, dass sie bereits nach dem Wechsel von der Intensivstation in den KMC-Room täglich mehr an Gewicht zulegen und nach der Entlassung nach Hause noch einmal einen Sprung machen. Je weniger Stress sie haben und je öfter sie direkt auf der Mama ihre Zeit verbringen, desto besser entwickeln sie sich. Wenn die Kleinsten aus eigener Kraft (d.h. ohne Magensonde) die erforderliche Menge an Muttermilch trinken können, täglich (wenn auch wenig) an Gewicht zunehmen und keine Medikamente (außer Eisen und Vitamine) mehr brauchen – haben wir keine andere Wahl und müssen sie nach Hause entlassen. Anfangs

taten wir uns sehr schwer, die dringenden Bitten der Mütter zu akzeptieren und diese Fliegengewichte zu entlassen, aber mittlerweile haben wir verstanden, warum sie bei uns so spärlich und zu Hause so viel besser an Gewicht zunehmen.

Durch die massive Inflation ist alles viel teurer geworden und so ist jeder einzelne Tag, jede weitere Woche, in der die Mamas ihr Essen draußen auf der Straße kaufen müssen eigentlich unerschwinglich. Den Luxus einer All-inclusive Versorgung – drei Mahlzeiten täglich, Kaffee und Kuchen und vielleicht noch eine Zeitung dazu – gibt's hier nicht. Eine Möglichkeit, dass die Patienten oder ihre "Caretaker" (alle Patienten müssen jemanden mitbringen, der sich um Essen, Wäsche und wenn notwendig um die Körperpflege kümmert) sich selbst bekochen, gibt es leider nicht (mehr). So gibt es immer wieder Mamas, die uns anflehen, nach Hause entlassen zu werden, da sie nicht einmal mehr genug Geld haben, sich hier im Kranken-

haus ordentlich zu ernähren. Hier und da können wir natürlich unbürokratisch helfen, aber eine Dauerlösung für dieses Problem ist nicht in Sicht. Die schlechte Versorgung weit entfernt von der eigenen Familie stresst die Mamas lässt die Muttermilchmenge zurückgehen. Zu Hause hingegen in der gewohnten Umgebung kann sich die Großfamilie um die junge Mama kümmern und sie mit allem umsorgen, was sie braucht.

Ein besonders starkes Mädchen wurde Ende Juni mit nur 700 Gramm geboren. Ihr Zwillingbruder ist bereits am 2. Lebens- tag gestorben, seine Lungen waren noch zu schwach und es gibt hier keine Möglichkeit zur künstlichen Beatmung. Das Mädchen jedoch hat an keinem Tag Sauerstoff gebraucht und hat dank der guten Muttermilch und KMC sehr langsam an Gewicht zugenommen. Wir mussten sie mit 1135 g entlassen; ihr geht es gut und sie hat ihr Geburtsgewicht mittlerweile mehr als vervierfacht.

Unbürokratische und effektive Hilfe

Ein weiterer Betrag der Spenden fließt in dringend benötigte neue chirurgische Scheren und Pinzetten, die echt scharf und vollkommen rostfrei sind! Sehr effektiv einsetzen können wir die Spendengelder auch für die in manchen Fällen dringend notwendige passive Impfung gegen Hepatitis B. Wenn Mütter an Hepatitis B erkrankt sind, bekommen Neugeborene die normale (aktive) Impfung direkt nach der Geburt. Da aber aus Kostengründen die ebenfalls notwendige passive Impfung von der Krankenkasse nicht übernommen wird, ist sie in unserer Apotheke auch nicht verfügbar. Und so ist das Risiko einer chronischen Infektion mit Hepatitis B und somit auch für Leberkrebs für diese

Kinder erhöht. Wir konnten in einer größeren Apotheke in der nächsten Kleinstadt doch eine Quelle für dieses schützende Serum ausmachen. Von den umgerechnet 105 Euro konnten die zehn Familien der geimpften Neugeborenen durchschnittlich



Kwaku 2 Wochen nach erfolgreicher Dialyse.

etwa die Hälfte bezahlen, die andere Hälfte wurde aus Spenden finanziert.

Und manchmal geht es auch ganz unbürokratisch, manchmal machen schon 5-10 Euro eine Mama oder einen Papa glücklich, die nicht wissen, wie sie sonst ihre Rechnung bezahlen sollen, oder 3 Euro für die Malaria-Medikamente einer fieberigen, frisch gebackenen Mama, oder 8 Euro für einen Labortest der Leberwerte im auswärtigen Labor oder für eine eiweißreiche Ernährung bei einer Wundheilungsstörung durch Proteinmangel. Drei Eier pro Tag essen zu dürfen, vielleicht noch dazu etwas Fisch oder Hühnchen, das sorgte für das strahlendste Lächeln und baldige Besserung!



Kangaroo father care

Der Stein und der Mensch

The Stone and the Man

Der Zerstreute stieß gegen ihn,
der Gewalttätige benutzte ihn als Projektil.

David benutzte ihn, um Goliath zu besiegen.

Der Unternehmer baute mit ihm etwas auf.

Der müde Campesino benutzte ihn als Sitz, um auszuruhen.

Und Michelangelo hat aus ihm
die schönste seiner Skulpturen herausgeholt.

In allen diesen Fällen hat nicht der Stein,
sondern der Mensch den Unterschied ausgemacht.
Das Jahr das nun kommt ist das gleiche für alle.
Es hängt von uns ab, was wir aus ihm machen.

Aus Lateinamerika

The absent-minded bumped into it,
the violent used it as a projectile.

David used it to defeat Goliath.

The entrepreneur built something with it.

The tired Campesino used it as a seat to rest.

And Michelangelo brought out
the most beautiful of his sculptures from it.

In all of these cases, it was not the stone
but the man who made the difference.
The year that is coming is the same for everyone.
It depends on us what we make out of it.

From Latin America



Michelangelo Buonarroti, Römische Pietà
Carrara-Marmor, 1498-1500, heute im Petersdom, Rom
Foto: Jaques Sovoie, Pixabay



Michelangelo Buonarroti, Römische Pietà (Detail)
Foto: Michal Lech, Pixabay

Maria Walter

Mit Bildung aus der Armut

Wie das Aidswaisenprojekt von Dr. Maria Eder Schülerinnen und Schüler in der Erzdiözese Bulawayo unterstützt

In Simbabwe sind Jugendliche zwar verpflichtet, bis zur Oberstufe, also etwa bis zum Alter von 16 bis 17 Jahren, die Schule zu besuchen. Trotzdem sind Kinderarbeit und frühe Ehen weit verbreitet – denn Bildung kostet Geld und ist für den Großteil der Bevölkerung nicht selbstverständlich. Zu hoch ist die Not, den täglichen Unterhalt zu bestreiten. Um über die Runden zu kommen, begeben sich viele Menschen in ausbeutende Strukturen.

Hier setzt das auf die 2010 in Simbabwe verstorbene Missionsärztin Dr. Maria Eder zurückgehende Aidswaisenprojekt an. Sozial schwache Familien, Waisen oder Kinder, deren Eltern selbst nicht erwerbstätig sind, finden hier Unterstützung und die Chance, regelmäßig die Schule zu besuchen. Denn eine adäquate Schulausbildung setzt den Grundstein für eine berufliche Aus- oder Weiterbildung. Auch ist die Gesundheitssituation von Menschen mit Schulausbildung in der Regel besser – denn sie haben besseren Zugang zu medizinischen Angeboten. Die Kinder erhalten somit die Chance auf ein selbstbestimmtes, gesünderes Leben.

Bildung legt den Grundstein für ein selbstbestimmtes, gesundes Leben

Erstes Ziel aber ist es also, eine Grundausbildung zu gewährleisten – und die jungen Menschen im Idealfall bis zum Abitur zu begleiten. Wer für die Hilfe in Frage kommt, schlagen entweder Schulen direkt oder auch Kirchengemeinden vor. Oft geht es darum, die Schule nicht vorzeitig abzubrechen.

Wichtige Ansprechperson für alle Beteiligten ist hier Sheila Kaseke. Neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit als Schulleiterin ist sie als Bildungsreferentin im Schulreferat der Erzdiözese Bulawayo tätig und engagiert sich für das Projekt.

Sheila Kaseke hat selbst während ihrer Schulzeit christliche Fürsorge erfahren: Während des Befreiungskrieges in Simbabwe war ihr Vater als Kriegskollaborateur verhaftet worden. In der Sekundarstufe wurde sie daher selbst unterstützt. Das macht es ihr leicht, die verschiedensten Situationen ihrer „Schützlinge“ nachzufühlen und motiviert sie in

ihrer täglichen Arbeit. Sie sagt: „Ohne diese Hilfe wäre ich nicht da, wo ich heute bin.“

Das Projekt von Dr. Maria Eder

2014 ins Leben gerufen, unterstützt es Kinder und Jugendliche seit vielen Jahren. Seitdem hat es viele junge Menschen auf ihrem Weg hin zu ihrer beruflichen Tätigkeit begleitet. Viele arbeiten etwa als Landwirte, Krankenpfleger, Buchhalter oder Sozialarbeiterinnen. Andere sind auf der Grundlage ihrer Ausbildung zum Beispiel Banker oder Lehrerinnen geworden oder studieren gar, um Priester zu werden.

Wichtigster Baustein sind Schulgebühren sowie Prüfungskosten. Dabei beginnt es mit den Basics: Schuluniformen, Blöcke, Stifte, Schultaschen. Hier ermittelt Sheila Kaseke den Bedarf der über die gesamte Diözese verteilten Schülerinnen und Schüler. Dann kauft sie die Materialien ein und kümmert sich gemeinsam mit Schulleitern darum, dass sie bei den Geförderten ankommen. Ein weiteres essentielles Produkt: Damenbinden. Die Fehltage von jungen Frauen reduzieren sich durch die Bereitstellung dieser Artikel deutlich –



Sheila Kaseke mit drei geförderten Schülern der St. Bernard's High School. Foto: Maria Walter

die Angst, die Schuluniform zu beschmutzen und dadurch zum Gespött zu werden, ist gebannt. So lernt es sich deutlich entspannter. Ohnehin ist Schule nicht nur Lernort, sondern bietet auch regelmäßige Mahlzeiten und garantiert, dass keine schwere Kinderarbeit verrichtet werden muss. Ein sicherer Ort – der während der Pandemie, während der die Schulen für sechs Monate geschlossen waren, weggefallen war. Zwar hatte teils Online-Unterricht stattgefunden, dessen Qualität von Schule zu Schule aber stark schwankte und je nach den Möglichkeiten der Schülerinnen und Schüler gar nicht wahrgenommen wurde, wie Kaseke berichtet.

Zahl der geförderten Kinder und Jugendlichen geht zurück

Auch in Simbabwe wird vieles teurer, nicht nur die Schulgebühren, die jede Gemeinde individuell festlegt. Auch die Preise für die Ausstattung schwanken stark. Immer wieder muss Sheila Kaseke deshalb auch Hilfesuche abweisen – zu gering sind die Mittel. Teils muss sie sogar während des Schuljahrs Prioritäten setzen und entscheiden, wer weiter gefördert werden kann. Es fällt ihr schwer, eine Familie dann darüber informieren zu müssen, dass das Geld nicht für ein weiteres Halbjahr reicht.

Momentan nehmen 43 Schülerinnen und Schüler an dem Programm teil, neun in der Grundschule und 34 in der weiterführenden Schule. Die Zahl schwankt aber nicht nur wegen der erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen ständig. Nicht immer ist der Kontakt zu den Erziehungsberechtigten oder erwachsenen Ansprechpersonen einfach. Umzüge in Gebiete außerhalb der Diözese oder auch häufig wechselnde Telefonnummern erschweren den kontinuierlichen Austausch, der wichtig wäre für eine konstante Ausbildung.

Zudem kam es laut Kaseke immer wieder vor, dass die Familien das Geld aus dem Projekt nicht für die Schulgebühren, sondern für andere Anschaffungen im Haushalt verwendet haben. Deshalb ist Sheila Kaseke dazu übergegangen, das Geld direkt an die Schulen zu überweisen.

Sheila Kaseke trifft auch auf besonders schwierige Fälle, wie die Situation von Agnes zeigt: Vom Vater verlassen, der Aufenthaltsort der Mutter unbekannt, wohnt sie bei ihrer blinden Großmutter, die von Spenden von Kirchenmitgliedern lebt. Verwandte bedrängen sie, das Haus zu verkaufen und aufs Land umzuziehen. Agnes, die gerade dabei ist, ihr Abitur zu machen, droht, ihr Zuhause zu verlieren. Fürs erste konnte Sheila das Geld für die „normalen“ Prüfungen zahlen. Wie es weitergeht und ob Agnes das Abitur machen wird, ist momentan jedoch ungewiss.

Was bringt die Zukunft?

Doch selbst wenn die Schule erfolgreich abgeschlossen wurde – immer mehr junge Menschen arbeiten selbst dann ohne feste Anstellung in ungelerten Berufen und verdienen ihren Lebensunterhalt etwa im Bauwesen, im Bergbau oder handeln mit verschiedenen Waren.

Dass die rein finanzielle Hilfe nicht ausreicht, zeigt außerdem, dass es immer wieder zu Suiziden kommt. Auch psychische Unterstützung wird dringend benötigt: Erst in den Tagen kurz vor Erscheinen dieser Ausgabe berichtet Sheila von einem jungen Mädchen, das sich das Leben genommen hat und schreibt: „Das tut weh. Mir wird klar, dass einige der Schülerinnen auch psychosoziale Unterstützung brauchen.“ Gleichzeitig drückt sie ihre Freude über diejenigen aus, die ihr Leben durch die Förderung



Die Chance auf eine bessere Zukunft haben Schülerinnen und Schüler Dank des Aidswaisenprojekts von Dr. Maria Eder. Foto: Maria Walter

auf eine solide Basis stellen und eine gute Stelle finden, mit der sie sich und eine Familie ernähren können oder gar studieren.

Wenn die Hilfe Früchte trägt

Trotz der Schwierigkeiten und Rückschläge – Sheila Kaseke bleibt zuversichtlich. Bevor sie 2024 in Rente gehen wird, wird sie also weiterhin die Kontakte zu den Schulen, den Gemeinden und den Familien bzw. den geförderten Kindern halten. Sie wird Gelder verwalten und verteilen, Ausstattung kaufen, Buch führen über Einnahmen und Ausgaben, Haushaltspläne schreiben – und vor Ort sein, um erfolgreiche Prüfungen gemeinsam zu feiern. Berichte und Bilder darüber schickt sie regelmäßig an medmissio, von wo sie sich auch weiterhin finanzielle Unterstützung erhofft.

Und als Rentnerin? Dann möchte sie eine Gärtnerei oder eine autarke Landwirtschaft gründen. Ihr Traum: Dort könnten dann Mädchen wie die oben bereits erwähnte Agnes unterkommen, mitarbeiten und bis zu ihrer Volljährigkeit oder bis sie etwas anderes gefunden haben, an einem friedlichen Ort wohnen. „Ich will weiter daran glauben, dass der Geist von Maria Eder weiterlebt und Kinder und Jugendlichen hilft, ihre Ziele zu verfolgen – und zu erreichen.“

Elke Blüml

Nachgefragt

Migrantenmedizin: „Patienten brauchen vor allem Zeit“

medmissio liegt nicht nur die Gesundheit von Menschen im globalen Süden am Herzen. Auch Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften in und um Würzburg brauchen medizinische Unterstützung. Das Institut hilft ihnen seit vielen Jahren mit einem vielfältigen Angebot, das über eine rein medizinische Versorgung weit hinaus geht. Das medmissio-Magazin hat bei Nadja Rupp nachgefragt.

Was ist Ihre Aufgabe im Bereich Migrantenmedizin von medmissio?

Ich betreue ein Kinderflüchtlingsprojekt im Auftrag der Regierung von Unterfranken. Im Rahmen meiner Arbeit habe ich eine medizinische Sprechstunde für Kinder und deren Familien in den Gemeinschaftsunterkünften in Kitzingen und Kleinlangheim bei Würzburg begonnen. Darin kümmere ich mich um medizinische Probleme, die ich als Krankenschwester behandeln darf, vereinbare Arzttermine, stehe in Kontakt mit verschiedenen Beratungsstellen wie z.B. Jugendamt, Caritas oder auch Schulen und habe immer ein offenes Ohr für die Belange der Menschen.

Zu meiner Arbeit gehört aber auch Prävention, etwa Kurse rund um die unterschiedlichsten Gesundheitsthemen. Mit meinen Kolleginnen haben wir dieses Jahr eine für uns neue Idee verwirklicht. In allen größeren Gemeinschaftsunterkünften Unterfrankens haben wir für die Kinder „Teddykliniken“ organisiert. Sie durften sich ein Stofftier aussuchen, es untersuchen und behandeln und so den spielerischen Umgang mit Thema wie Medizin und Arztbesuch üben. Sie hatten dabei



In der „Teddyklinik“ lernen die Kinder spielerisch den Umgang mit Themen wie Medizin und Arztbesuch Foto: Nadja Rupp

auch Gelegenheit, belastende Erlebnisse spielerisch zu verarbeiten.

Warum brauchen Bewohnerinnen und Bewohner von Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete eine besondere medizinische Versorgung? Sind diese Leute „anders“ krank?

Eigentlich brauchen die Geflüchteten keine „besondere“

medizinische Versorgung. Die Erkrankungen und alltäglichen medizinischen Probleme sind meist die gleichen wie die anderer Patienten. Aber was ihnen unser Gesundheitssystem nicht schenken kann, das ist Zeit. Durch Sprachbarrieren ist es oft schwierig, sich in der knapp bemessenen Sprechstundenzeit eines Haus- oder Facharztes

deutlich auszudrücken und seine Probleme zu beschreiben.

Auch ein intensiver Vertrauensaufbau ist wichtig. Nur so ist es möglich, dass vor allem die mentale Gesundheit der Bewohner nicht zu kurz kommt. Denn die körperlichen Beschwerden sind im Vergleich zur deutschen Bevölkerung zwar ähnlich, aber viele Geflüchtete bringen schwere Traumata und Erlebnisse von der Flucht mit. Das ist der wirklich große Unterschied und macht die Leute wirklich „anders“ krank. Die psychische Belastung ist deutlich höher und zieht viele Folgeerkrankungen nach sich.

Was sind die größten Probleme und Herausforderungen?

Für mich ist die größte Herausforderung, an Grenzen zu stoßen. Es kommt vor, dass ich mir zum Beispiel bei Anrufen und Nachfragen für Geflüchtete am Telefon teilweise auch rassistische oder abfällige Bemerkungen gefallen lassen muss. Zu Beginn des Überfalls Russlands auf die Ukraine hörte ich von Ärzten, sie würden nur noch neue Patienten aus der Ukraine annehmen. Patienten aus anderen Ländern wie Afghanistan bekamen diese Chance nicht.

Es fallen auch immer mal wieder Sätze wie „Ihre“ Patienten nehmen wir nicht mehr an, „die“ kommen ja immer zu spät oder sagen nicht ab. Sich für Menschen einzusetzen und zu merken, dass sich vieles schwer ändern lässt und man einfach nicht weiterkommt, ist oft belastend. Auch zu erleben, wie Menschen abgeschoben werden, wie ihre Hoffnungen enttäuscht werden ist nicht einfach auszuhalten.

Was muss sich ändern, damit es Geflüchteten in Deutschland besser geht?

Im Großen gedacht: unser System. Wir müssen den geflüchteten Menschen endlich die Chance geben, in Deutschland

Fuß zu fassen. Von Anfang an. Dass sie nicht erst ein jahrelanges zermürendes Verfahren durchlaufen, mit der ständigen Angst, etwas falsch zu machen und abgeschoben zu werden. Vor allem sollten wir ihnen nicht die Arbeitserlaubnis aufgrund ihrer Herkunft verweigern.

Zu mir kommt regelmäßig eine Frau aus der Elfenbeinküste, die einen Ausbildungsplatz als Krankenschwester in einem Würzburger Krankenhaus hatte. Sie hat seit ihrer Ankunft hervorragend Deutsch gelernt, sich immer bemüht, alles richtig zu machen. Leider konnte sie die Ausbildung nicht beginnen, da ihr die Ausbildungserlaubnis verweigert wurde. Sie kommt aus einem „sicheren“ Herkunftsland. Aber gleichzeitig sucht die Bundesregierung im Ausland Fachkräfte unter anderem im Bereich Pflege. Das ist einfach grundlegend falsch. Und sie ist kein Einzelfall. Ich kenne viele solcher Beispiele.

Was motiviert Sie persönlich?

Ich liebe den Austausch mit den Menschen, wenn sie z.B. einfach nur kurz in meinem Sprechzimmer vorbeikommen, um Hallo zu sagen. Bei den meisten Fragen und Problemen direkt Hilfe anbieten zu können, bereichert meine Arbeit. Für mich ist es oft nur eine Kleinigkeit, z.B. ein Anruf. Aber für die Menschen macht es einen großen Unterschied.

Gibt es etwas, das Sie von den Menschen lernen können, für die Sie sich engagieren?

Von den Bewohnern und Bewohnerinnen der Gemeinschaftsunterkünfte kann man viel lernen. Unter anderem unendliche Geduld und trotz schwieriger Bedingungen den Mut nicht zu verlieren. Am meisten lernt man aber von den Kindern, für die es keine Sprachbarrieren und Herkunftsländer gibt, sondern die einfach Freunde sind.

Was war Ihr bisher schönstes Erlebnis im Rahmen Ihrer Arbeit?

Ich freue mich immer ganz besonders, wenn ich Menschen, die ich lange begleitet habe, bei ihrer Arbeit wieder treffe. Dann weiß ich, sie sind „angekommen“. Es gibt viele positive Geschichten im Rahmen meiner Arbeit, aber ein besonderer Moment war, als ich mal ein Baby einer Bewohnerin auf dem Arm hatte, das meinen Namen bekommen hat.

Was war die größte „Niederlage“?

Ich mag das Wort „Niederlage“ nicht besonders. Natürlich gibt es immer traurige und frustrierende Situationen, und ich könnte einige Beispiele nennen. Eine nigerianische Bewohnerin

„Viele Geflüchtete bringen schwere Traumata und Erlebnisse von der Flucht mit.“

Nadja Rupp

ist nach einer langen und intensiven Begleitung aus Angst vor Abschiebung ins europäische Ausland gegangen, um noch einmal von vorne zu beginnen. Sie ist eine alleinerziehende Mutter von zwei Kindern, der große Sohn ist Autist. Ich habe die Familie zu vielen Terminen begleitet und konnte erreichen, dass der Junge in einen besonderen Kindergarten aufgenommen wurde, wo er zusehends aufblühte. Er begann sogar wenige Worte zu sprechen, was er bisher in seinen fünf Lebensjahren nicht tat, und er entwickelte sich sehr zum Positiven. Durch die Angst der Mutter wurde er leider wieder aus diesem behüteten Umfeld gerissen und muss wieder von vorne anfangen. Aber insgesamt überwiegen für mich die positiven Erlebnisse bei meiner Arbeit!

Elke Blüml

Expertenwissen gegen Fake News

Zehn Jahre Online-Bibliothek medbox.org

Knapp 900 Dokumente waren abrufbar, als die weltweite einzigartige Online-Bibliothek **medbox.org** vor zehn Jahren an den Start ging. Seitdem hat sich die Internetplattform rasant weiterentwickelt.

Mittlerweile sind fast 29.000 Dokumente unter anderem in Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch, Arabisch und Deutsch verfügbar. Seit 2013 finden Gesundheitsexperten auf der ganzen Welt kostenlos und schnell von Experten geprüfte Dokumente und Videos für die Praxis.

Zur aktuellen Bilanz gehören auch 11,5 Millionen Downloads. **www.medbox.org** bietet (fast) alles, was im Bereich Gesundheit und Public Health tätige Personen wissen müssen, darunter Grundlagenliteratur, Filme, Aufklärungsmaterialien und Behandlungsrichtlinien zu öffentlicher und klinischer Gesundheitsfürsorge, von A wie Antibiotikaresistenzen bis Z wie Zika – überall dort, wo es Internet gibt. Anders als bei den bisher verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Online-Sammlungen legt medbox.org bei allen Dokumenten Wert auf Praxistauglichkeit.

Doch das ist nur ein wichtiger



Aspekt unter vielen. Entscheidend ist auch, dass sich die Nutzer auf die Richtigkeit der Informationen verlassen können. Denn alles, was auf medbox.org landet, wird von Experten zuverlässig auf Korrektheit geprüft. Denn nicht alles im Internet ist verlässlich. Gerade während der Covid-Pandemie fielen dem medbox-Team unzählige Falschinformationen auf. Das Expertenteam greift nur auf vertrauenswürdige Quellen zurück. medbox.org bündelt diese Informationen, was gerade denjenigen zugutekommt, die im Umgang mit Suchmaschinen im Internet nicht so erfahren sind. Da es im globalen Süden fast überall ein gutes Mobilfunknetz gibt,

ist die Website von fast überall zu erreichen. Die Seite ist so programmiert, dass sie auch ohne schnelles Internet genutzt werden kann.

Das gilt auch für die so genannten Toolboxes, von denen es inzwischen 21 gibt. In der Anfangszeit beschränkten sich die Themensammlungen mit Richtlinien, Lernmaterialien und Aufklärungsmaterialien auf wenige ausgesuchte Bereiche. So entstand anfangs eine Toolbox zu Cholera. Lebensrettende Informationen zur Bekämpfung von Polio folgten. Für Syrien kam die Themensammlung gerade zur rechten Zeit. Im Osten des Landes war im Oktober 2013 die Poliomyelitis ausgebrochen. Wegen des Bürgerkriegs



war direkte internationale Hilfe nicht möglich. Den syrischen Ärzten fehlte es an Erfahrung mit der Behandlung der Kinderlähmung. Mit der „Polio Toolbox“ konnten sie ihr Wissen auf den aktuellen Stand bringen.

Polio ist nur ein Beispiel dafür, dass schnelle und vor allem verlässliche Informationen einen Unterschied machen. Mangelnder Zugang zu praktischem Wissen ist laut Experten die Ursache für viele medizinische Probleme in ressourcenarmen Ländern, darunter die Kinder- und Müttersterblichkeit. Gerade auch bei Naturkatastrophen oder großen Krankheitsausbrüchen kommt es darauf an, schnell und effektiv zu helfen.

Auf aktuelle medizinische Herausforderungen reagiert das medbox-Team schnell. So wurde die „Covid 19 Toolbox“ mehrfach überarbeitet und ergänzt. Neue Themensammlungen informieren unter anderem über Planetare Gesundheit, Antibiotikaresistenzen und tropische Armutserkrankungen. Die globalen Auswirkungen des Überfalls Russlands auf die Ukraine beleuchtet die Conflict Toolbox unter verschiedenen Gesichtspunkten.

Projektleiterin Sieglinde Mauder, die inzwischen im Ruhestand ist, erklärte den Erfolg mit der schnellen Antwort auf jeweils aktuelle Herausforderungen und Krisen. Als 2014 Ebola ausbrach, seien die Nutzerzahlen sprunghaft nach oben gegangen. Medbox habe damals als erstes Infoportal Informationen auf Französisch zur Verfügung gestellt. Noch mehr Nutzer seien auf medbox aufmerksam geworden, als die renommierte Website **www.reliefweb.int** darauf hinwies. „Und auf der Website der Unicef waren wir als wichtigste Ressource erwähnt und verlinkt“, ergänzt Mauder. Darüber hinaus hätten die zahlreichen Partner aus der humanitären Hilfe, der Entwicklungszusammenarbeit und der Kirche mit ihrer – auch finanziellen – Förderung dazu beigetragen, dass immer mehr Menschen von unserem Angebot erfahren haben, betont Mauder.

Wenn es medbox nicht gäbe, hätten weniger Menschen in ressourcenarmen Ländern Zugang zu vertrauenswürdigen Informationen, fasst Mauder die Bedeutung des Projekts zusammen. Ihre Nachfolgerin Karla Deininger, die nun mit Laura Liebau das Projekt leitet, stimmt ihrer Vorgängerin nicht nur in diesem Punkt zu. Sie ist sich auch bewusst, dass medbox nie „fertig“ wird, weil sie auf immer neue Herausforderungen reagieren und sich aktuellen Gesundheitsthemen stellen muss.

Für die nähere Zukunft ist die Veröffentlichung von zwei weiteren Toolboxes geplant: Eine davon wird sich mit der Finanzierung von Gesundheit beschäftigen, die andere mit nicht übertragbaren Erkrankungen.



Gesundheit
ist unsere Mission

Wer im Dickicht des Internets
den Durchblick behalten will,
braucht MEDBOX.

Expertenwissen gegen Fake News

Die weltweit einzigartige Online-Bibliothek MEDBOX bietet schnell verlässliche Informationen.

MEDBOX ist eine innovative Online-Bibliothek mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung weltweit zu verbessern. Die Plattform bündelt relevante Informationen, damit User schneller finden, was sie suchen.

www.medbox.org bietet (fast) alles, was im Bereich Gesundheit und Public Health tätige Personen wissen müssen, darunter Grundlagenliteratur, Filme, Aufklärungsmaterialien und Behandlungsrichtlinien zu öffentlicher und klinischer Gesundheitsfürsorge, von A wie Antibiotikaresistenzen bis Z wie Zika – überall dort, wo es Internet gibt.

- von Experten geprüft, qualitativ hochwertig
- mit Praxisbezug
- in vielen Sprachen, von Arabisch über Spanisch, Englisch und Französisch bis zu Somali
- kostenfrei

Die Liste der Themensammlungen wird ständig aktualisiert und erweitert. Covid-19, Mentale und Planetare Gesundheit, Cholera, TB, HIV oder Polio gehören zur Liste der „Toolboxen“, auf die Nutzer zurückgreifen können, ohne sich registrieren zu müssen.



„Ohne MEDBOX hätten Menschen in ressourcenarmen Ländern kaum Zugang zu vertrauenswürdigen Informationen aus dem Bereich Gesundheit und Public Health.“

Projektleiterin Sieglinde Mauder

www.medmissio.de

MEDBOX-Infoplatat mit allen 21 Toolboxes von Ebola bis Planetary Health.

Die Toolboxes sind in bis zu sieben Sprachen verfügbar: Englisch, Deutsch, Französisch, Russisch, Spanisch und Ukrainisch.

Michael Kuhnert

„Die Umstände haben sich geändert“

Zum Umzug der Tropenmedizin an die Würzburger Uniklinik

Anfang November wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikum Würzburg Mitte (KWM) darüber informiert, dass zum Jahreswechsel 2023/24 die Klinik für Tropenmedizin am Standort Missioklinik in die Würzburger Uniklinik umziehen wird:

„Der Aufgabenbereich der Tropenmedizin am KWM hat im Laufe der Jahre eine Dimension erreicht, die über die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses unserer Größenordnung hinausgeht. Tropenmedizin, Infektiologie, Reisemedizin, Global Health... müssen den nächsten Schritt der Professionalisierung gehen, um fortbestehen und sich weiterentwickeln zu können; dies geht nur in einer Universitätsmedizin. KWM, medmissio und das Universitätsklinikum Würzburg (UKW) haben sich zusammengeschlossen und ein neues Konzept für die tropenmedizinische Versorgung in Würzburg entwickelt. Herr Prof. Dr. med. August Stich, Chefarzt der Klinik für Tropenmedizin, wird zum Jahreswechsel an das UKW wechseln und dort eine Professur für Infektiologie übernehmen.“

Zusätzlich zum infektiologischen Leistungsspektrum des UKW werden dort zukünftig auch tropenmedizinische Untersuchungen sowie tropenmedizinische Versorgung angeboten. Darüber hinaus wird Prof. Stich in seiner neuen Funktion auch das Thema „Global Health“ verantworten. Gleichwohl führt das KWM wichtige Aspekte des ...angebotenen Leistungsspektrums fort. Dazu zählen beispielsweise ambulante Angebote (z.B. Impfungen). UKW und KWM stehen in Austausch und ergänzen einander beispielsweise durch Konsile und gemeinsame Beratungen. Als Bindeglied zwischen KWM und UKW fördert Medmissio in bekannter Weise die tropenmedizinische Versorgung in Würzburg und setzt sich für die Gesundheit weltweit ein.“

Wahrscheinlich wirkten diese Information und ein kurz darauf erschienener Artikel in der Lokalpresse über den Umzug der Tropenmedizin an die Uniklinik für viele zunächst wie ein Paukenschlag und manche fragten sich, weshalb die Missioklinik und unser Institut diesen Umzug zulassen konnten. Denn immerhin haben das Missionsärztliche Institut und die Missionsärztliche Klinik 1981 unter großen Anstrengungen und in Treue zur Option für die Armen die Fachabteilung für Tropenmedizin gegründet und sie unter den beiden Chefarzten Prof. Klaus Fleischer und Prof. August Stich sowie aller ihrer engagierten und bestens qualifizierten Mitarbeiter zu einer Tropenmedizinischen Klinik von internationalem Rang und deutschlandweiter Bedeutung weiter entwickelt.

Dieses Verdienst bleibt für immer und sowohl die Tradition als auch die Frage, ob man die Tropenmedizin wirklich aufgeben darf, haben alle Verantwortlichen der Missioklinik, des KWM und von medmissio im letzten Jahr umgetrieben. Alle waren davon überzeugt, dass der Standort Tropenmedizin in Würzburg erhalten bleiben muss. Aber allen ist nach den „Corona-Jahren“ und den damit einhergehenden finanziellen Einbrüchen sowie angesichts der aktuell dramatischen Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenhäuser in Deutschland auch klar geworden, dass die Tropenmedizin in der Missioklinik zukünftig weder vom KWM noch von medmissio gestemmt werden kann. Von daher lag es – um der Versorgung der Patienten in Nordbayern willen und um der Versorgung der Patienten weltweit – auf der Hand, die Tropenmedizin in die Hände des (auch finanziell) stärkeren Partners, also der Uniklinik, zu legen. Ich bin sehr froh, dass uns das gelungen ist.

Nachtrag:

Das Subsidiaritätsprinzip der christlichen Soziallehre besagt, dass einer kleineren oder untergeordneten Institution/Organisation, die – im konkreten Fall der Tropenmedizin des Missionsärztlichen Instituts und der Missioklinik – etwas aufbaute und lange selbst organisierte und finanzierte, von der jeweils größeren Institution/Organisation geholfen werden muss, wenn sie trotz aller Anstrengungen und Mühen das von ihr Erreichte nicht mehr alleine aufrechterhalten kann.

Anders ausgedrückt: Die Verdienste von medmissio und der Missioklinik bzgl. der Tropenmedizin in Würzburg sind herausragend. Aber die Zeit und vor allem die Umstände haben sich geändert und somit ist es nicht die Schuld von medmissio oder der Missioklinik, dass sie nun die Tropenmedizin nicht mehr stemmen können. Auf der Suche nach einem Ausweg aus diesem Dilemma lag es auf der Hand, die Uniklinik Würzburg in die Pflicht zu nehmen, um der Tropenmedizin in Würzburg auch zukünftig Raum zu geben. Dass das UKW dieser Pflicht bereitwillig und gerne nachkommt, freut alle Verantwortlichen. Die Tropenmedizin in Würzburg geht also weiter und sie hat eine Zukunft. Und genau darum ging und geht es doch eigentlich!

„Die Tropenmedizin in Würzburg geht weiter und sie hat eine Zukunft.“

Michael Kuhnert

Christel Breithaupt verstorben

*25. März 1942 – † 16. Oktober 2023

Im Alter von 81 Jahren ist am 16. Oktober Christel Breithaupt von der Gemeinschaft der Missionshelferinnen gestorben. Sie stammte aus Schramberg im Schwarzwald, wo sie als jüngste von drei Töchtern aufwuchs.



Der Vater musste in den Krieg nach Russland ziehen und kam nicht zurück. Christel erzählte, dass ihre Mutter viele Jahre die Haustüre abends nicht zuschloss in der Hoffnung, der Ehemann und Vater käme wieder.

Schon mit 17 Jahren ging Christel Breithaupt nach Würzburg zur Gemeinschaft der Missionshelferinnen und legte 1961 ihr Erstes Versprechen ab. 1975 schloss sie sich der Gemeinschaft auf Lebenszeit an. Sie ließ sich zur Krankenschwester ausbilden und arbeitete zunächst in der Missionsärztlichen Klinik.

1966 wurde sie in das Fatima Krankenhaus nach Sargodha in Pakistan entsandt. Bis 1982 lebte sie in dem muslimisch geprägten Umfeld und arbeitete überwiegend als Krankenschwester im Operationssaal und in der Ambulanz. Sie tat es gerne und mit viel Einsatz.

Anschließend war sie wieder in der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg tätig, bis ihr 1986 das Amt der Missionsprokuratorin übertragen wurde. In dieser Aufgabe war Christel in „ihrem Element“.

Sie versorgte die Missionsstationen der Gemeinschaft in afrikanischen Ländern und in Indien mit allem, was diese benötigten. Sie war erfinderisch und beharrlich, um die Hospitäler, die dort tätigen Mitschwestern und damit die Patienten mit Medikamenten und Geräten zu versorgen.

Rührend, kompetent und unermüdlich kümmerte sie sich um erkrankte Bischöfe, Missionare und Schwestern, die nach Deutschland zur Behandlung kamen. Sie gab ihr „Herzblut“ für diese Aufgabe und erwarb große Wertschätzung und Vertrauen. Alle wandten sich gerne an Christel, weil sie wussten, sie wird sich solange bemühen, bis sie die richtige Lösung gefunden hat.

Mit den Menschen und Missionaren in Pakistan blieb sie weiterhin verbunden.

Christel war die „Schwester-Immer-da“ auch für die Gemeinschaftsmitglieder in Deutschland. Sie erledigte Verwaltungsarbeiten, war telefonisch immer erreichbar und teilte hilfsbereit ihr Wissen und was sie geben konnte. Sie nahm Anteil am Leben der Menschen, die in ihr Leben traten.

Schon einige Jahre musste sie mit der Krankheit Parkinson leben und mit zunehmenden körperlichen Einschränkungen zu-recht kommen. Im Herbst letzten Jahres kam eine Krebserkrankung hinzu. Nach einer Operation und anschließender Therapie kam sie in unsere Pflegestation nach Bad Kissingen, in der Hoffnung, dass sie wieder genesen und in „ihr“ Büro nach Würzburg zurückkehren wird. Klaglos und mit viel Geduld nahm sie ihre Erkrankungen hin, die dann stärker waren als ihre Kräfte. Christel Breithaupt starb im Vertrauen darauf, dass sie von Jesus Christus empfangen wird in Gottes neuer Welt.

*Renate Hofmann, Generalleiterin,
Rita Etzel, Generalprokuratorin*

Impressum

medmissio magazin

Zeitschrift
für globale Gesundheit

Erscheinungsweise: dreimal jährlich
Versand: kostenfrei
Auflage: 3100

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
4. Dezember 2023

V.i.S.d.P.: Michael Kuhnert

Redaktion: Elke Blüml
Redaktionelle Mitarbeit: Klaus Bartl

Grafik-Design:
Klaus Bartl, Konzept Design, Aschaffenburg

Herstellung:
Druckerei Tübel GmbH, Klingenberg am Main
gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier

Die in dieser Zeitschrift enthaltenen Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Wir behalten uns zudem notwendige Kürzungen eingesandter Texte vor.

medmissio
Hermann-Schell-Straße 7
97074 Würzburg

Tel. +0931-80 48 510
Fax +0931-80 48 530
E-Mail: gf@medmissio.de

LIGA Bank eG
IBAN DE 58 7509 0300 0003 0065 65
BIC GENO DE F1 M05

Weitere Publikationen und Kursprogramme für Entwicklungshelfer, Medizinstudenten und Laborpersonal können bei medmissio angefordert werden.

Besuchen Sie unsere Homepage:

www.medmissio.de

WÜPAKA
einfach mehr fair

TANSANIA CLASSIC

Hochland Arabica
Single Origin

100% FAIR

Kaffee gemahlen

WÜPAKA

Kaffee trinken. Leben verändern.

WIR SPENDEN
76 Cent*
an Sozialprojekte
in Tansania
*pro kg Röstkaffee


FAIRTRADE

Würzburger Partnerkaffee - Würzburgs fairer Kaffee www.wuepaka.de