

„Im schlimmsten Fall
sind wir wieder
nicht vorbereitet“

Der Pandemieplan der WHO



Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

„Tropenmedizin“ – ein noch zeitgemäßer Begriff?

Gesundheitsprojekte in Tansania und Bolivien



Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Der Wert der Entwicklung der Weltgemeinschaft muss daran gemessen werden, ob sie allen Menschen ein langes, gesundes und selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Gesundheit ist wesentlicher Gradmesser einer nachhaltigen Entwicklung. Das bedeutet, sowohl die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit zu überwinden als auch die Versorgung von Kranken mit umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten sicherzustellen. Gedanken von Prof. Dr. August Stich zum Weltgesundheitstag.

► Seite 5



„Im schlimmsten Fall sind wir wieder nicht vorbereitet“

Dass sie kommen wird, ist sicher, wann das passiert, kann niemand sagen: eine neue Pandemie. Dazu setzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf ein internationales Pandemieabkommen. Es geht unter anderem um Prävention und eine gerechtere Verteilung von Impfstoffen. Der nächste Krankheitsausbruch soll nicht wieder auf eine unvorbereitete Welt treffen, wie es bei Covid-19 der Fall war. Bei Redaktionsschluss waren die 194 Mitgliedsstaaten noch am Ringen um ein gemeinsames Papier. Sollten sie sich nicht einigen, hat das ernste Konsequenzen.

► Seite 10



Krankenhaus mit eigener Laborschule

Mit einer eigenen Labor- und Krankenpflegeschule ist das Litembo-Krankenhaus in Tansania in eine neue Ära gestartet. Die ehemalige medmissio-Mitarbeiterin Hanne Fleischmann hat vor Ort mit dem Personal Lehrpläne erstellt und Unterrichtsmaterialien vorbereitet. Nach ihrer staatlich anerkannten Ausbildung werden die Schülerinnen und Schüler in Krankenhäusern als Labortechniker arbeiten. Das Berufsbild entspricht dem von Medizinisch-Technischen Angestellten (MTA).

► Seite 22

Inhalt

4 Editorial

Berichte

5 August Stich

Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gedanken zum Weltgesundheitstag

10 Elke Blüml

„Im schlimmsten Fall sind wir wieder nicht vorbereitet“

Mit einem internationalen Pandemieplan will die WHO die Welt für den nächsten Virenausbruch wappnen

12 Klaus Fleischer

„Tropenmedizin“ – ein noch zeitgemäßer Begriff?

Ist diese Fachbezeichnung noch sachgerecht, oder sollte sie den Begriffen „Global Health“ oder „Planetary Health“ weichen?

16 Elke Blüml

„Ohne Bildung keine Gleichberechtigung“

Interview mit der Ordensschwester Dr. Anne Béatrice Faye aus dem Senegal

18 Spiritueller Impuls

20 Elke Blüml

„Von Rückschlägen nicht verunsichern lassen“

Nachgefragt ... bei Kristina Schottmayer

22 Elke Blüml

Krankenhaus mit eigener Laborschule

Das Litembo Hospital in Tansania ermöglicht eine staatlich anerkannte Ausbildung

24 Elke Blüml

Eine Pathologie für Bolivien

Neues diagnostisches Zentrum gibt schwerkranken Patienten Hoffnung

medmissio intern

26 Stimmungen und Gedanken

feinfühlig interpretiert

Die Malerin Gertrud M. Geiges spendet Erlös aus Verkauf von Bildern an medmissio

27 Dr. Adolf und Doris Bauer-Stiftung

spendet für Indien

Titelbild

Die Corona-Pandemie hat drastisch verdeutlicht, was passiert, wenn ein gefährliches Virus auf eine unvorbereitete Weltgemeinschaft trifft. Die Weltgesundheitsorganisation will mit einem internationalen Pandemieabkommen verhindern, dass sich das Krisenszenario wiederholt. Ein großes Problem war die Verteilung der Impfstoffe. Ärmere Länder hatten das Nachsehen.

Foto: Torsten Simon, Pixabay.

► Top-Thema auf Seite 10



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

in diesen Tagen ist viel von „Aufarbeitung“ die Rede. Vier Jahre nach dem ersten „Lockdown“ in Deutschland ist eine Diskussion darüber entbrannt, was richtig oder falsch lief bzw. noch immer läuft, seitdem COVID-19 begann, Deutschland und die Welt in Atmen zu halten. Dazu wäre einiges anzumerken, aber das soll hier nicht Thema sein. Es ist schon viel gewonnen, wenn man sich darauf verständigt, wie man sich auf das nächste Mal besser vorbereitet.

Dieses nächste Mal, sprich die nächste Pandemie, wird ganz bestimmt kommen. Ungewiss ist nur der Zeitpunkt. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gingen durch Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 weltweit 336,8 Millionen Lebensjahre verloren. Mit einem internationalen Pandemieabkommen möchten die 194 WHO-Mitgliedsstaaten Lehren aus der Pandemie ziehen. Prävention, Vorsorge und Bekämpfung zukünftiger Pandemien sind die Hauptziele. Worum es geht und was passiert, wenn es zu keiner Einigung kommt, erklärt medmissio-Mitarbeiter Tilman Ruppel im Gespräch mit mmm (S. 10).

Die Pandemie hat auch zu Tage gefördert, was zwar selbstverständlich ist, aber oft vergessen wird. Gesundheit muss als globale gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden. „Die Chancen, einen frühzeitigen Tod abzuwenden oder gravierende Krankheitsfolgen zu verringern, dürfen nicht von der Einkommenshöhe der

Betroffenen, ihren persönlichen Beziehungen oder der Einsichtsfähigkeit ihrer Regierungen abhängen“, schreibt Prof. Dr. August Stich in seinem Beitrag anlässlich des Weltgesundheitstags. Dass das Anliegen „Mehr Gesundheit in der Einen Welt“ noch weit entfernt davon ist, Wirklichkeit zu werden, ist nur eine seiner Schlussfolgerungen. Der medmissio-Vorsitzende stellt auch das deutsche Gesundheitssystem auf den Prüfstand. Seine Bilanz lesen Sie auf den Seiten 5-9.

So wichtig der Blick auf das große Ganze ist, so sehr lohnt es, sich an der Basis für mehr Gesundheit zu engagieren. So hat das von Würzburgs Partnerbistum Mbinga getragene Litembo Hospital in Tansania eine Labor- und Krankenpflegeschule eröffnet – ein Meilenstein für das Krankenhaus. Wie medmissio das Projekt begleitet, lesen Sie auf Seite 22. Auch in Bolivien, in der Millionenstadt Santa Cruz de la Sierra, gibt es Hoffnung für schwer kranke und arme Menschen. Dort entstand, ebenfalls unterstützt von medmissio, ein diagnostisches Zentrum, in dem Blut- und Gewebeprobe untersucht werden können (Seite 24).

Erfreuliches gibt es auch aus Würzburg zu berichten. 40 Bilder der Malerin Malerin Gertrud M. Geiges wurden in der Ausstellung „Zeitreise“ präsentiert und zum Verkauf angeboten. Die Bilanz kann sich sehen lassen. Den Erlös von 2.500 Euro spendet die Künstlerin an medmissio. Dafür ein herzliches Dankeschön!

Mit besten Grüßen aus der medmissio-Geschäftsstelle

Dear readers

there is a lot of talk these days about "coming to terms". Four years after the first "lockdown" in Germany, a discussion has ignited about what went right or wrong, and what still does, since COVID-19 began to grip Germany and the world. There is much to be said about this, but it shall not be the topic here. Much is gained already when there is agreement on how to better prepare for the next time.

This next time, meaning the next pandemic, will surely come. Only the timing is uncertain. According to estimates from the World Health Organization (WHO), 336.8 million years of life were lost worldwide due to deaths related to COVID-19. With an international pandemic agreement, the 194 WHO member states aim to draw lessons from the pandemic. Prevention, preparedness, and combating future pandemics are the main objectives. What it is about and what happens if there is no agreement is explained by medmissio employee Tilman Ruppel in conversation with mmm. See page 10.

The pandemic has also brought to light something that, while obvious, is often forgotten. Health must be seen as a global societal responsibility. "The chances of avoiding premature death or reducing serious illness consequences should not depend on the income level

of those affected, their personal relationships, or the insightfulness of their governments," writes Prof Dr August Stich in his contribution on World Health Day. That the concern "More Health in the One World" is far from becoming a reality is just one of his conclusions. The medmissio chairman also examines the German health care system. You can read his assessment on pages 5-9.

As important as it is to look at the big picture, it is equally worthwhile to engage at the grassroots level for better health. Thus, the Litembo Hospital in Tanzania, supported by Würzburg's partner diocese Mbinga, has opened a laboratory and nursing school - a milestone for the hospital. Learn about how medmissio supports this project on page 22. Also in Bolivia, in the metropolis of Santa Cruz de la Sierra, there is hope for severely ill and poor people. There, also supported by medmissio, a diagnostic center has been established where blood and tissue samples can be examined (page 24).

There is also good news to report from Würzburg. 40 paintings by artist Gertrud M. Geiges were presented in the exhibition "Time Travel" and offered for sale. The balance sheet is impressive. The artist donates the proceeds of 2,500 euros to medmissio. A heartfelt thank you for that!

Warm regards from the medmissio headquarters,

Ethel Blümel

August Stich

Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gedanken zum Weltgesundheitstag



Armut ist eine der größten Bedrohungen für Gesundheitssysteme.
Foto: Naturfreund, Pixabay

Wir sind der Überzeugung, dass der Wert von Entwicklung der Weltgemeinschaft daran zu messen ist, ob sie allen Menschen – einschließlich denen künftiger Generationen – ein langes, gesundes und selbstbestimmtes Leben ermöglichen wird. Gesundheit als zentrales Anliegen ist zugleich unabdingbare Voraussetzung, erst-rangiges Ziel und wesentlicher Gradmesser einer nachhaltigen Entwicklung. Das bedeutet, sowohl die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit zu überwinden, als auch die Versorgung von Kranken mit umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten sicherzustellen.

Wir möchten auf lokaler, nationaler und globaler Ebene in einen offenen Dialog über die Überwindung von Krankheit und die Sicherung von Gesundheit eintreten. Eine solche Debatte soll auf der Grundlage objektiver, wissenschaftlich gesicherter und allgemein zugänglicher Informationen geführt werden, stets mit einem besonderen Blick auf benachteiligte und gefährdete Bevölkerungsgruppen.

Auch wenn den Regierungen der einzelnen Staaten die

Hauptverantwortung zu- kommt, muss Gesundheit als globale gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden. Die Chancen, einen frühzeitigen Tod abzuwenden oder gravierende Krankheitsfolgen zu verringern, dürfen nicht von der Einkommenshöhe der Betroffenen, ihren persönlichen Beziehungen oder der Einsichtsfähigkeit ihrer Regierungen abhängen.

Wir selbst müssen unsere eigene Verantwortung im Hinblick auf Krankheitsursachen, die in der kolonia-

len und neokolonialen Ausbeutung wurzeln, erkennen. Deshalb müssen wirtschaftlich privilegierte Staaten wie Deutschland einen Beitrag für



die Verbesserung der Gesundheitssituation der benachteiligten Teile der Menschheit leisten. Dazu gehört sowohl die angemessene Beteiligung an der Finanzierung der Gesundheitssysteme und der gesundheitsfördernden Maßnahmen, als auch die Mitarbeit an der Überwindung von krankmachenden, ja oft todbringenden Lebensverhältnissen. Nur mit einem konsequent auf diese Grundwerte ausgerichteten Zugang kann es uns gelingen, den Weg heraus zu finden aus der fatalen Spirale von fehlenden Lebensperspektiven, Umweltzerstörung, sozialen Gegensätzen und gewalttätigen Konflikten, die inzwischen die Zukunft aller bedrohen.

Gerade auch die Hinwendung zu den Menschen, die auf der Flucht vor Gewalt und Unter-

drückung ihre gesamten Existenzgrundlagen verloren haben und durch grausame Erlebnisse traumatisiert wurden, stellt ein ethisches Gebot und eine besondere Herausforderung dar. Aber auch den Menschen, die durch Abwanderung der Elendsfälle in ihrer Heimat zu entkommen suchen, müssen wir mit Verständnis und Menschlichkeit begegnen. Abwehr ist die schlechteste Reaktion, denn sie führt zwangsläufig zur Entmenschlichung der eigenen Gesellschaft und potenziert zukünftige Konflikte.

Erfolge und Defizite der Globalen Gesundheit

Die Verabschiedung der Millenniums-Erklärung und der daraus abgeleiteten Millenniums-Entwicklungsziele hat die Weltgemeinschaft zu deutlich verstärkten Bemühungen an-

gespornt, um die inhumansten Formen der Armut und die verheerendsten Gesundheitsprobleme zu vermindern. Insgesamt wurden in Entwicklungs- und Schwellenländern beeindruckende Fortschritte erzielt, auch wenn gerade die am stärksten benachteiligten Regionen und Bevölkerungsgruppen daran nur unzureichend teilhaben konnten.

Nach über zwei Jahren internationaler Konsultationen und Verhandlungen einigten sich die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen am 2. August 2015 auf die sogenannte Agenda für nachhaltige Entwicklung. Das Dokument wurde im gleichen Jahr verabschiedet, die *Sustainable Development Goals* (SDGs) sollten bis zum Ende dieses Jahrzehnts die Entwicklungsbemühungen

aller Länder einschließlich der Industriestaaten leiten. Der neue Handlungsrahmen zur „Umwandlung unserer Welt“ enthält durchaus wichtige Einsichten, richtige Prinzipien und ehrgeizige Einzelziele. Diese hängen aber in der Luft, weil zahlreiche Regierungen konkrete Verpflichtungen verweigert haben, um die notwendigen Finanzmittel bereitzustellen und einen gebotenen Politikwechsel einzuleiten.

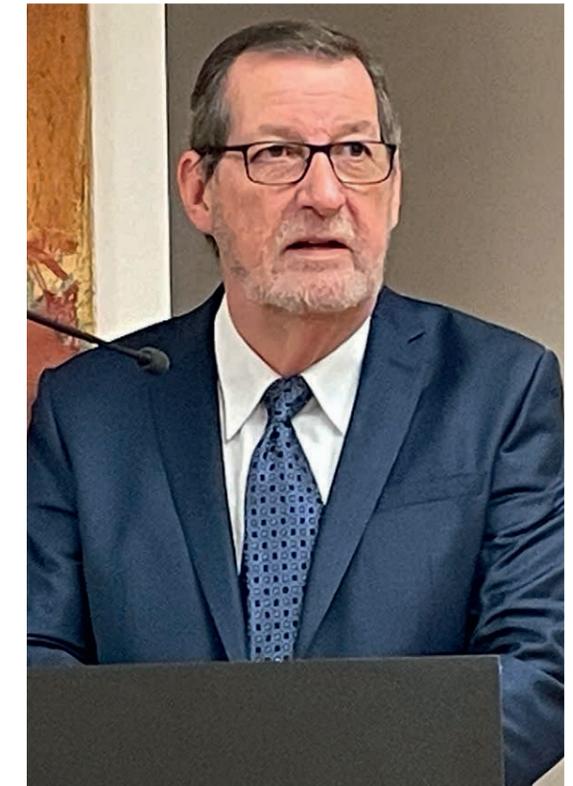
Die unzureichende Umsetzung von Bestrebungen zu „Mehr Gesundheit in der Einen Welt“ sehen wir mit großer Besorgnis und richten dabei unseren Blick auf alle benachteiligten Menschen, die ihre Hoffnungen auf ein besseres und gesünderes Leben in das Zustandekommen und die Umsetzung einer wirklich zukunftsweisenden Agenda gesetzt haben. Hinzu kommen jetzt noch zusätzlich die aktuellen politischen Entwicklungen, insbesondere die anhaltenden furchtbaren kriegerischen Konflikte in viel zu vielen Regionen dieser Welt.

Doch die Erfolge bei der Bekämpfung von Kinder- und Müttersterblichkeit, die Steigerung der Impfquoten und die Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung, generell jede Entwicklung, alles hat seinen Preis, gerade mit Hinblick auf das ökologische Gleichgewicht unseres Planeten. Das neue Feld „Planetare Gesundheit“ steht für das Wohlergehen der menschlichen Zivilisation und der Systeme, von denen sie abhängt. Mehr noch als früher müssen wir uns der Verantwortung für zukünftige Generationen bewusst sein.

Gesundheit als solche kann nicht nachhaltig sein. Wir alle werden sterben! Doch andererseits: Alle Menschen haben einen Anspruch auf eine adäquate medizinische Versorgung. Dies ist ein Menschenrecht, und sollte überall auf der Welt einklagbar sein.

Gesundheitsarbeit in Deutschland und in der Welt

Wenn wir ehrlich unser eigenes deutsches Gesundheitssystem betrachten, kann keiner wirklich damit zufrieden sein, weder die Leistungsempfänger, die so genannten Patientinnen und Patienten, noch die Leistungserbringer, das heißt alle im Gesundheitssektor Tätigen. Was derzeit deutlich wird, sind Entwicklungen mit hoher Sprengkraft: die Überalterung der deutschen Gesellschaft mit einer steigenden Krankheitslast, ein steigender Fachkräftemangel, die Zunahme an technischen Möglichkeiten mit den entsprechend sich hochschaukelnden Kosten und der wachsende Anspruch einer hochaufgelärten Patientenschaft, die internetkundig genaue Vorstellungen zu formulieren weiß, was medizinisch bereits machbar sein könnte.



Prof. Dr. August Stich. Foto: Elke Blüml

Die Folge sind steigende Kosten vor dem Hintergrund des gleich groß bleibenden „Kuchens“ eines begrenzten Gesundheitsbudgets! Die Antwort auf dieses Dilemma heißt: Effizienzsteigerung, höhere Arbeitsdichte, in der Konsequenz höhere Belastungen für das Personal in den Diensten. Der allgemeine Druck auf die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems nimmt unaufhaltsam zu.

Eine weitere Schiefelage entsteht dann, wenn sich beim Verteilen des Kuchens gewinnorientierte Anbieter positionieren, deren vorrangiges Ziel die Erlösmaximierung ist. Gewinne einzustreichen ist dann möglich, wenn man sich auf ertragreiche Felder beschränkt, sich spezialisiert und dort die notwendigen Leistungen fließbandartig organisiert. Eine Klinik, die von der Frühgeburt bis zum Schlaganfall des demenzten Greises eine gute Versorgung über 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche anbietet, kann unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht mehr kostendeckend arbeiten.

Der Sündenfall begann in dem Moment, als man Gesundheitsarbeit einem betriebswirtschaftlichen Denken unterordnete. Erfolg in der Medizin wird seither über den Erlös definiert. Fast alle von uns mussten wohl oder übel auf diesen Karren mitaufspringen, manche überschlugen sich in der Folge sogar



Zugang zu sauberem Wasser ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit.
Foto: Sabine Gies



Auch das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Foto: Elke Blüml

in der Darstellung, welche DRGs bei ihnen an Land gezogen werden, was ja den Erfolg, die Qualität und damit die Potenz einer Abteilung klar belegen würde...

Dabei ist die DRG-Bewertung von Gesundheitsleistungen ein Konzept, das inzwischen viele Gesundheitsethiker und Ökonomen als gescheitert ansehen. Eine Diagnose oder einen Eingriff mit einem Punktwert zu belegen, erzieht den Betriebswirtschaftler im Gesundheitswesen dazu, die Schwere seiner Fälle nach oben zu treiben, Eingriffe auszuweiten, Indikationen nach dem Erlös und nicht nach dem Nutzen für den Kranken zu stellen. In so mancher Sitzung im Alltag eines deutschen Krankenhauses spielt das, was gut für die Gesundheit des Patienten ist, keine Rolle mehr; es dominiert die Überlegung, wie sich welche Leistungen abbilden und abrechnen lassen, welche Patienten wir uns noch leisten können, und welche nicht.

Ein politisches Ziel bei der Reform des deutschen Gesundheitswesens ist es, Krankenhausbetten abzubauen, Gesundheitsleistungen ökonomisch zu organisieren und damit Kosten einzusparen. Dabei wurde nie definiert, was das Ziel in Bezug auf gute Gesundheit für die Menschen sein könnte. Stattdessen wurde der Druck auf die Strukturen in der Versorgungslandschaft sukzessive und unselektiv erhöht in

der Hoffnung, dadurch den Markt „bereinigen“ zu können. Tatsächlich liegen heute Patienten kürzer in den Kliniken als je zuvor, und es werden immer höhere DRGs, sprich schwerere Fälle abgerechnet, was von mancher Seite als Erfolg des Systems dargestellt wird. Aber die gesamte Maschinerie hat begonnen, sich nur noch darum zu drehen, ob Zielvorgaben erfüllt und ob mit weniger Personal ein Mehr an Leistungen erwirtschaftet werden kann.

Das System baut auf Konkurrenz der Gesundheitsanbieter untereinander, und dieses Prinzip wird von politischer und teilweise gesellschaftlicher Seite gefördert, zum Teil ohne die wahren Konsequenzen zu durchdenken. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind nicht mehr Partner, die gemeinsam an dem Wohlergehen ihrer Patienten interessiert sind und deshalb ihre Anstrengungen bündeln, sondern Gegner auf einem hart umkämpften und kompetitiv organisierten Terrain.

Würde man die Denke aber einmal umdrehen und sich fragen, was wirklich zu mehr Gesundheit für den Kunden, die Zielgruppe, den Patienten, den Kranken führen könnte, käme man auf Ideen, die viele zunächst überraschen. Eine Finanzierung von Leistungen zur kurativen Versorgung nach dem Konkurrenzprinzip und aufbauend auf einem Abrechnungssystem,

das geradezu zum Betrug einlädt, ist kontraproduktiv. Das zeigen die letzten Jahre in Deutschland sehr deutlich, wenn man den Mut zu einer kritischen Betrachtungsweise aufbringt.

Im präventiven Bereich, der aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheitsversorgung sogar noch wichtiger als der kurative wäre, gibt es außer ein paar kläglichen Ansätzen keine Anreize zu Mehrleistungen, und auch keine attraktiven finanziellen Erlöse für Gesundheitsanbieter. Geschäftsführer von Klinikkonzernen können sich kein genuines Interesse an mehr Gesundheit der Bevölkerung in ihrer Region leisten. Stattdessen gilt ihr Augenmerk all den Möglichkeiten, über noch mehr Krankheit die Erlöse für Ihr Unternehmen zu steigern.

Wie sieht der Blick über den Tellerrand aus? Deutschland hat nach dem Zweiten Weltkrieg eine gewisse Tradition, was Engagement in armen Ländern angeht. Was zunächst Entwicklungshilfe hieß, wurde zur Entwicklungszusammenarbeit und schließlich zur internationalen Kooperation. Über die Begriffsanpassung hinweg hat sich die Notion gehalten, dass wir beraten können und wissen, wo es lang geht. So auch im Gesundheitswesen. Angepasst an das, was ganz früher Dritte Welt, dann Entwicklungsländer, später Länder des Südens und schließlich *Low Resource Countries* heißt, bedeutet dies einen Export unseres Erlösorientierten Modells. In die Anglizismen unserer Moderne übertragen heißt dies *Performance-based Financing*.

Auf diesem Weg, der von Ökonomen konzipiert und innerhalb eines geschlossenen Rahmens schlüssig zu sein scheint, bewegen wir uns

aber eindeutig weg von dem Ziel, das Angehörige von Gesundheitsberufen nie aus den Augen verlieren sollten: Was ist gut für die mir anvertrauten Patienten? Was trägt zu mehr Gesundheit der Bevölkerung bei?

In Deutschland ist kaum ein Sektor des öffentlichen

„Das neue Feld „Planetare Gesundheit“ steht für das Wohlergehen der menschlichen Zivilisation und der Systeme, von denen sie abhängt.“

Lebens mehr von Lobbygruppen besetzt als das Gesundheitswesen. Was immer man macht, man hat starke und wohl artikulierten Interessenverbände gegen sich. In anderen Ländern ist dies im Prinzip nicht anders. Auch in den ärmsten Regionen entdeckt man weit verbreitet und geschickt platziert die Werbung der pharmazeutischen Industrie, deren Ziel es ist zu verkaufen. In afrikanischen Gesundheitsministerien geben sich die so genannten Berater von Firmen und Konzernen die Klinke in die Hand.

Damit wird klar, es gibt keine einfachen Lösungen. Anfangen könnte man mit der Überlegung, dass es kein allumfassendes Finanzierungssystem für die Behandlung akuter und chronischer Krankheiten, und keines für kurative und präventive Medizin geben kann. Auch kann es nicht sein, dass Kranke für die Finanzierung präventiver Leistungen aufkommen müssen.

Überall auf der Welt, in Deutschland und im Kongo, muss es auf ein Mischmodell der Finanzierung hinauslaufen, das von einem gesellschaftlichen Konsens und einem dazu korrespondierenden politischen Willen getragen sein muss. In die

Finanzierung muss sowohl eine Eigenbeteiligung der Betroffenen, sei es als persönlicher Beitrag, sei es als Konstrukt einer allgemeinen Krankenversicherung einfließen, aber auch gleichermaßen ein staatlicher Beitrag, denn die Sicherstellung von Gesundheit der Bevölkerung ist ein ureigener Auftrag eines

Staatenwesens und damit ein öffentlicher Auftrag. Für Länder mit begrenzten Ressourcen muss dann auch noch ein solidarischer internationaler Beitrag hinzukommen, wie es ihn in Form des *Global Fund* über die Vereinten Nationen bereits für das begrenzte Feld HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose gibt. Das Konzept von *Universal Health Coverage* könnte noch weiter in diese Richtung weisen.

Am Ende geht es um eine grundsätzliche Weichenstellung, deren Bedeutung und Tragweite uns im Alltag der klinischen Tätigkeit völlig aus den Augen gekommen ist: Wollen wir medizinische Arbeit kostendeckend finanzieren oder sogar daran verdienen? Oder wollen wir Gesundheit solidarisch für uns und für andere Menschen erwirken?

Als Christinnen und Christen sollten wir noch einen draufsetzen: Unsere Arbeit an Patienten und in der Gesellschaft, die Behandlung von Kranken und Verhinderung von Krankheit ist Dienst am Nächsten, Nachfolge Jesu und Teil unseres christlichen Heilsauftrages. Warum versinkt dieses Anliegen nur so oft im Nebel des Alltags?



336,8 Millionen Lebensjahre weltweit gingen laut WHO durch Covid-19 verloren.
Illustration: Miroslava Chrienova, Pixabay

Elke Blüml

„Im schlimmsten Fall sind wir wieder nicht vorbereitet“

Mit einem internationalen Pandemieplan will die WHO die Welt für den nächsten Virenausbruch wappnen



Mit einem internationalen Pandemieabkommen möchten die 194 WHO-Mitgliedsstaaten Lehren aus der Pandemie ziehen. Prävention, Vorsorge und Bekämpfung zukünftiger Pandemien sind die Hauptziele des Vertrags. Nach Ansicht von Tilman Rüppel ist auch eine

Durch Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 gingen nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 336,8 Millionen Lebensjahre verloren. So könne man nicht weitermachen, sagt WHO-Chef Tedros Adhanom Ghebreyesus und steht damit nicht alleine.

schnelle Reaktion auf neuartige Erreger Voraussetzung für eine künftige Schadensbegrenzung. Denn: „Angemessen vorbereitet war vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie absolut niemand, auch Deutschland nicht. Das ist besorgniserregend.“

Entscheidend sei, dass der nächste Krankheitsausbruch nicht wieder auf eine unvorbereitete Welt trifft. Notwendig seien etwa stabile Gesundheitssysteme und adäquate diagnostische Möglichkeiten. Je schneller Daten zu einem neuartigen Erreger ausgetauscht würden, desto rascher könnten Medikamente und Impfstoffe entwickelt werden, betont Rüppel, der bei medmissio als Referent für Politische Anwaltschaft arbeitet. Dies habe bei COVID-19 unzureichend funktioniert. China habe die neue Bedrohung zu lange verheimlicht. „Erst als sich in Wuhan die Krankenhäuser gefüllt haben, kamen die Karten auf den Tisch.“ Immerhin sei nicht lange danach die DNA des Erregers geteilt worden, so dass Impfstoffe entwickelt werden konnten.

Ein großes Problem war laut Rüppel die Verteilung der Impfstoffe. Die WHO hatte geplant, weltweit die am meisten gefährdeten Personen vorrangig zu impfen, darunter Gesundheitspersonal. Reiche Staaten allerdings sicherten sich große Mengen, ärmere gingen leer aus. So hatte etwa Kanada mehr als neun Impfdosen pro Person zur Verfügung.

Nicht nur fehlende finanzielle Mittel, sondern auch die Bereitschaft zum Wissenstransfer sorgt für Konflikte, die das geplante Abkommen zumindest entschärfen möchte. „Staaten wie Deutschland, wo Unternehmen sitzen, die Impfstoffe entwickelt haben, verlangen, dass Daten über einen Krankheitserreger so schnell wie möglich geteilt werden. Ohne diese Angaben können sie keine Medikamente oder Impfstoffe entwickeln. Andere Länder sind zwar dazu bereit, verlangen aber, dass die daraus entste-



Die weltweite Verteilung von Impfstoffen gegen Covid-19 war ein Problem. Foto: Torsten Simon, Pixabay

henden Produkte mit ihnen geteilt werden. Dagegen widersetzt sich die Pharmaindustrie, wie Rüppel weiter erläutert. Sie argumentiert mit hohen Investitionskosten in die Forschung und möchte am Ergebnis so gut wie möglich verdienen.

Tilman Rüppel zufolge sieht das Abkommen vor, dass die relevanten Daten so schnell wie möglich über die WHO geteilt werden. Sie erhält zehn Prozent der neu entwickelten Medikamente kostenlos, weitere zehn Prozent zum Selbstkostenpreis. „Im Idealfall würden Medikamente und Impfstoffe global wirklich gerecht verteilt, kommentiert Rüppel. Die vorgesehenen 20 Prozent hält er dagegen für das absolute Minimum. Gradmesser einer gerechten Verteilung müsse der tatsächliche medizinische Bedarf sein.

Kein Verständnis hat Tilman Rüppel für Stimmen, die das geplante Abkommen mit Falschmeldungen torpedieren. So wurde gemutmaßt, die WHO wolle die Staaten wie eine „Gesundheitsdiktatur“ unter ihre Herrschaft zwingen und ihnen ihre Souveränität nehmen. „Davon steht im Vertrag nichts“, sagt Rüppel. Der Text könne von jedem eingesehen werden, geheim sei darin absolut nichts, ergänzt er. Auch von zentral angeordneten weltweiten Lockdowns müsse entgegen den Aussagen von Verschwörungserzählern niemand Angst haben. Darüber entscheide nach wie vor jeder einzelne Staat selbst. Und: Jede Nation könne jederzeit ohne Anga-

ben von Gründen von dem Vertrag zurücktreten.

Was geschieht, wenn sich die 194 WHO-Mitgliedsstaaten nicht einigen? Tilman Rüppel sieht den Zeitdruck als größte Herausforderung. Der Text, der zur Abstimmung steht, liegt seit März vor, die Endfassung soll bis Ende Mai bzw. Anfang Juni stehen.

Sollte keine Einigung erzielt werden, dann sei man im schlimmsten Fall beim nächsten Virenausbruch genauso wenig vorbereitet wie auf Corona, warnt Rüppel. Es sei schließlich nur eine Frage der Zeit, wann das geschehe. Welcher Erreger das sein werde, wie gefährlich er sei und wie er übertragen werde, könne niemand voraussagen. Die Gefahr steige jedenfalls, unter anderem durch das immer tiefere Eindringen des Menschen in den Lebensraum von Tieren. Dass sie Krankheiten auf den Menschen übertragen, werde dadurch immer wahrscheinlicher.

Es sei ein Fehlschluss, dass dann vor allem ärmere Länder gefährdet seien. Wenn Nationen mit schwachen Gesundheitssystemen einen erneuten Krankheitsausbruch nicht in den Griff bekämen, seien reichere Nationen ebenso betroffen. Eine mögliche Pandemie frühzeitig zu verhindern, schütze die gesamte Weltgemeinschaft. „Ohne Prävention, Transparenz und internationale Solidarität werden wir das nicht schaffen“, prognostiziert der Politikwissenschaftler.



Laborkurs in Afrika.
Foto: Hanne Fleischmann

Klaus Fleischer

„Tropenmedizin“ – ein noch zeitgemäßer Begriff?

Die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit (DTG) e.V. hat im Oktober 2023 den Begriff „Tropenmedizin“ in einer Umfrage erneut zur Diskussion gestellt. Ist diese Fachbezeichnung in der derzeitigen Welt noch zeitgemäß oder sollte sie den Begriffen „Global Health“ oder gar „Planetary Health“ weichen? Die weit überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und anderer Fachkräfte sprachen sich klar für eine Beibehaltung aus.

Es ist notwendig diesen Namen alle paar Dekaden zu hinterfragen um auszuloten, ob die deutschsprachige wie die europäische Ärzteschaft weiter damit konkrete Aufgaben verbindet. Auf den Kontinenten Afrika, Asien und Lateinamerika mit ihren großen tropischen Regionen wird er nur wenig verwendet,

da dort die mit ihm in den kühlen Regionen gemeinten Krankheitsgruppen zu den täglichen ärztlichen Aufgaben zählen. In den USA wird weiterhin von „tropical medicine“ gesprochen. In meiner Erfahrung geschieht diese Diskussion zum dritten Mal und zu Recht, da sich die weltweiten Krankheitsspektren wie die

Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern fortlaufend weiterentwickeln. In den späten 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts fand in der WHO sowie in staatlichen und nicht-staatlichen Entwicklungsorganisationen Deutschlands, Frankreichs und Englands, die sich in der Ablösung vom kolonial

geprägten Gesundheitssystem engagierten, eine intensive Auseinandersetzung statt. Die Tropenkliniker, zu denen ich mich zähle, befürworteten eine breite Weiterentwicklung der bestehenden, staatlichen wie der meist kirchlich gegründeten Krankenhäuser. Die Krankenpflege- und Laborschulen sollten ausgebaut und an den jungen Universitäten wesentlich mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden mit einem den Bedürfnissen angepassten Curriculum. Die Patienten in den Dörfern sollten durch hospitalgestützte Außenstationen versorgt werden.

Die WHO in Genf entwickelte mit dem wesentlichen Beitrag der Heidelberger Universitätsabteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen unter Prof. H.J. Diesfeld zusammen mit dem Deutschen Institut für ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen ein anderes Konzept. Erreichbare und weniger kostenträchtige Gesundheitszentren sollten geführt von einem staatlichen Public Health-Programm die Gesundheitsversorgung abdecken mit weniger Hospitälern für die stationäre Betreuung.

Beide Seiten lernten in der Praxis, dass die Versorgung von Kranken wie die Gesundheitsvorsorge nur im Zusammenwirken beider Wege – Hospitäler und Gesundheitszentren – erfolgreich sein kann. Der Begriff Tropenmedizin grenzte sich in dieser Diskussion allmählich von

„Tropical Public Health“ ab. Es sei auch gesagt, dass wir im Norden bereits damals die Entwicklung geeigneter Gesundheitsmodelle für die Länder des Südens ohne deren umfangreiche Einbeziehung als emotionale Aneignung spürten.

Zwischen 1995 und 2000 diskutierten der Deutsche Ärztetag und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin mehrfach über die Wichtigkeit tropenmedizinischer Kenntnisse und stellten fest, dass der Begriff Tropenmedizin in der Ärzteschaft verankert sei. 2004 wurde er als Zusatzbezeichnung mit einer verpflichtenden Weiterbildung von je einem Jahr in den Tropen sowie in Deutschland nebst einem dreimonatigen Tropenkurs in die ärztliche Berufsordnung aufgenommen.

In der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft (DTG) grenzte sich durch das Engagement vieler niedergelassener Ärzte die Reisemedizin ab. Sie ist dem Schutz von Reisenden unter den besonderen Umständen tropischer Klima- und Lebensumstände verpflichtet. Mit dem Nachweis der Teilnahme an einem umfangreichen Kurs zur Situation in Ländern mit anderer Gesundheitsversorgung, zur Diagnose und Therapie tropischer Krankheiten und deren Prävention durch Verhalten und Impfungen



Krankenhaus in Ruanda.
Foto: Hanne Fleischmann

wird ein offizielles DTG-Zertifikat „Reisemedizin“ erworben. Die DTG selbst erweiterte ihren Namen in „Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit (DTG) e.V.“

Heute wird in der deutschsprachigen Ärzteschaft sowie der breiten Öffentlichkeit weiterhin die Krankenbetreuung von Menschen, die von bekannten Seuchen wie Malaria, von neuen Infekten wie Dengue Fieber oder von seltenen, vernachlässigten Erkrankungen betroffen sind und deren Überträgern als Aufgabe der Tropenmedizin gesehen. Ihr Ursprung ist mit dem Klima wie den Lebensgrundlagen der Tropen essentiell verbunden. Ihre Ausbreitung oder ihr Wiederaufflammen in unsere gemäßigten Klimazonen wird teilweise mit Sorge beobachtet und bedarf der andauernden Überwachung.

Im Kampf gegen Ebola. Foto: August Stich



Der Begriff „Tropenmedizin“ ist damit weiterhin fachlich sinnvoll.

In der internationalen Diskussion erleben wir die Weiterentwicklung der Aufgaben von „Tropical Medicine and International Health“, den im anglophonen Raum vorherrschenden Begriffen zu „Global Health“, „Planetary Health“ und „One Health“. Diese Ausweitung ist keineswegs abgeschlossen. Es geht um die Vision „Gesund leben auf einer gesunden Erde“, wie es das Hauptgutachten des Wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Bundesregierung „Globale Umweltveränderung“ (WBGU) formuliert.

Die Tropenmedizin ist darin ein kleines, aber wichtiges Instrument. Die politische Stimmung mit ihren nationalistischen Zügen auf allen Kontinenten wirkt aber einer globalen Zusam-



Warteschlange vor der Sprechstunde. Foto: Marlies Reulecke

menarbeit in notwendigen, gemeinsamen und langfristigen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung großer Menschengruppen entgegen. Der Bedarf an Forschung und Lehre in dieser Veränderung unserer Lebens- und Überlebensverhältnisse ist immens, um unsere Lebenswirklichkeit der Vision der WBGU zu nähern.

Die neugeschaffene Abteilung „Infektiologie und Tropenmedizin“ an der Universität Würzburg, in die die Tropenmedizinische Abteilung der Missioklinik in diesem Jahr einmündet, steht hier vor einer großen Herausforderung. Prof. Dr. August Stich muss die globale Dimension dieser Aufgabe aus der akademischen Debatte in die

Realität überführen. Er wird die projektbezogene, praktische Gesundheitsarbeit unseres medmissio-Institutes in afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Ländern stimulieren und begleiten.

Prof. Dr. Klaus Fleischer war von 1972 bis 2004 Chefarzt der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg.

Elke Blüml

„Ohne Bildung keine Gleichberechtigung“

Die Ordensschwester Dr. Anne Béatrice Faye stammt aus dem Senegal. 1984 trat sie in die Kongregation „Soeurs de Notre Dame de l’Immaculée Conception de Castres“ ein. Sie lehrt als Professorin für analytische Philosophie und Philosophie des Orients am Consortium de Philoso-

phie Inter-Instituts – Centre St. Augustin in Dakar, Senegal. Bei ihrem Besuch in Würzburg war sie auch zu Gast bei medmissio. Im Gespräch mit mmm blickt sie auf Chancen und Herausforderungen für Frauen in Kirche und Gesellschaft.

mmm: Was hat Sie bewogen, sich mit der Rolle der Frau in der katholischen Kirche zu beschäftigen, speziell in Afrika?

Schwester Anne Béatrice Faye: Ich bin im Senegal in einer Familie mit vielen Frauen aufgewachsen. Am Beispiel meiner Mutter und meiner Schwestern habe ich erfahren, welche bedeutende Rolle Frauen in der Gesellschaft spielen. Mir ist dabei immer klarer geworden, wie notwendig Bildung ist. Und ich musste schmerzlich erfahren, dass man ihnen Bildung und Ausbildung vorenthält. Solange sich das nicht ändert, kann es keine Gleichberechtigung von Frauen und Männern geben. Deshalb ermutige ich Mädchen, sich fundiert weiterzubilden.

Welche Widerstände gibt es?

Oft gehen Mädchen aus wirtschaftlichen Gründen nicht lange genug zur Schule. In Burkina Faso, wo ich ein Gesundheitszentrum geleitet habe, musste ich häufig erleben, dass aus Mangel an Geld eine mögliche Karriere plötzlich zu Ende war. Es verursacht viel Leid, wenn ein begabtes Mädchen deshalb die Schule



Dr. Anne Béatrice Faye im Gespräch.
Foto: Elke Blüml

verlassen muss. Jungen haben dieses Problem so gut wie nie. Vor allem Mädchen sind die Opfer von Armut.

Auch für eine Gesellschaft ist das ein Problem. Frauen wollen und können eine herausragende Rolle übernehmen, wenn man ihr Potenzial

erkennt. Die Erfahrung zeigt, dass es gut läuft, wo Frauen am Werk sind.

Wie stellt sich aus Ihrer Sicht die Situation von Frauen in der katholischen Kirche in Afrika dar?

Frauen sind das Rückgrat der Kirche. Wenn man sie daraus

entfernt, bleibt nichts mehr übrig. Der Kopf funktioniert eben nicht ohne Wirbelsäule. Man versucht, Frauen zu integrieren, sie bekommen Aufgaben und Ämter. Man kann also nicht behaupten, dass sich gar nichts tut. Viele Männer erkennen das theoretisch an, aber wenn Entscheidungen fallen, kommt das kaum zur Geltung.

Sie haben eine Zeit lang in Rom gelebt und gearbeitet. Wie werden in Europa afrikanische Frauen wahrgenommen?

Ich habe eine Studie gemacht zur Rolle und zum Bild der Frau in Afrika vor der Kolonisation. Die Kolonialmächte haben das damalige europäische Rollenbild nach Afrika gebracht. Man hat uns Frauen eingeredet, wir seien schwach und wertlos. Wenn wir uns anschauen, wie Frauen in der afrikanischen Tradition gesehen werden, stellen wir fest: Sie sind stark, sie haben die

Macht, zu entscheiden. Wir selbst müssen zeigen, wer wir wirklich sind. Das ist schwierig, weil wir immer in Kategorien gesteckt werden.

medmissio wird nicht müde zu betonen, dass es ohne Gesundheit keine Entwicklung gibt. Stimmen Sie der Aussage zu, dass es auch ohne Frauen keine Entwicklung gibt?

Eindeutig ja. Vor allem auf dem Land haben Frauen die Kraft und Stärke, die größten Schwierigkeiten zu bewältigen. Im Krieg zum Beispiel, wer hält da das Leben aufrecht? Es sind die Frauen. Das heißt nicht, dass Männer keine

Rolle spielen. Man darf die Geschlechter nicht gegeneinander ausspielen. Es geht nicht um Opposition, sondern um Kooperation. Frauen und Männer haben ihre je eigenen Fähigkeiten, die einander ergänzen sollten.

Was beunruhigt Sie, was gibt Ihnen aktuell Hoffnung?

Ich habe mehr Hoffnung als Sorgen. Ich beobachte mit großer Genugtuung, dass Frauen immer mehr Zugang zu Bildung haben, sie machen Hochschuldiplome und die gleiche Arbeit wie Männer. Ich hoffe, dass es sich weiter so entwickelt und junge Frauen anfangen, mehr gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen.

„Es geht nicht um Opposition, sondern um Kooperation. Frauen und Männer haben ihre je eigenen Fähigkeiten, die einander ergänzen sollten.“



Frauen und Männer nicht gegeneinander ausspielen.
Foto: Katharina Böhm

Was keiner wagt

Was keiner wagt, das sollt ihr wagen
Was keiner sagt, das sagt heraus
Was keiner denkt, das wagt zu denken
Was keiner anfängt, das führt aus.

Wenn keiner ja sagt, sollt ihr's sagen
Wenn keiner nein sagt, sagt doch nein
Wenn alle zweifeln, wagt zu glauben
Wenn alle mittun, steht allein.

Wo alle loben, habt Bedenken
Wo alle spotten, spottet nicht
Wo alle geizen, wagt zu schenken
Wo alles dunkel ist, macht Licht.

Lothar Zenetti (1926 bis 2019), deutscher römisch-katholischer Theologe, Priester und Schriftsteller.

What No One Dares

*When no one dares, choose to be brave,
When no one speaks, do raise your voice,
When no one ponders, think it through,
When no one starts, make the first step.*

*If no one agrees, say yes,
If no one disagrees, say no,
When people doubt, dare to believe,
When they all join, then stand alone*

*Where they all praise, do have concerns,
And when they mock, you mustn't mock,
Where all are stingy, dare to give,
And light a light, where all is dark.*

Lothar Zenetti (1926-2019) was a German Roman Catholic theologian, priest, and writer.

Elke Blüml

Nachgefragt

„Von Rückschlägen nicht verunsichern lassen“

Kristina Schottmayer ist seit Anfang dieses Jahres Referentin bei medmissio. Schon während ihres Medizinstudiums in München und Passau zeichnete sich ihr Wunsch ab, später im globalen Süden zu arbeiten.

In Kamerun, im Südsudan und in der Demokratischen Republik Kongo sammelte sie praktische Erfahrungen. Das notwendige Wissen in der Globalen Gesundheit eignete sie sich in Tropenkursen und einem Studiengang „Master of International Health“ an. mmm hat mit der neuen Kollegin gesprochen.

mmm: Frau Schottmayer, worin sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung im globalen Süden?

Kristina Schottmayer: Das ist nicht leicht zu beantworten, weil die Probleme so vielschichtig sind. Aber allgemein

Allerdings sollten wir sie dabei unterstützen. Nichts anderes tut ja medmissio.

Um ins Detail zu gehen, könnte ich weitere „Baustellen“ nennen: Zunehmende Resistenzen gegen Antibiotika oder mangelnder Zugang zu Gesundheitsdiensten vor allem für vernachlässigte Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Behinderung. Dann gehört dazu auch das weite Feld der psychischen Gesundheit, wo einiges im Argen liegt. In vielen Ländern fehlen geeignete Strukturen, um Menschen mit mentalen Problemen zu helfen. Betroffene haben oft Hemmungen, sich Hilfe zu holen. Auch

„Bei meinen Einsätzen treffe ich immer wieder auf viel Mut und auf ernsthaftes Interesse, die Umstände zu verbessern, auch auf viel Kreativität.“

gesagt geht es hauptsächlich darum, die Gesundheitssysteme im Süden zu stärken. Das geht nicht von heute auf morgen und es gibt keine Patentrezepte. Die betroffenen Länder müssen so weit kommen, ihre Gesundheitssysteme selbst zu verbessern.

tropische Armutserkrankungen dürfen wir nicht aus den Augen verlieren. Das Problem ist, dass sie die Ärmsten betreffen. Mit Medikamenten gegen Schlafkrankheit oder Bilharziose ist kaum Geld zu verdienen.

Das hört sich wie ein ganzes Gebirge von Problemen an. Wie schaffen Sie es, nicht zu resignieren?

Angesichts der vielen Herausforderungen darf man nicht resignieren. Aber man braucht viel Geduld, um auch kleinere Erfolge zu schätzen und sich von Rückschlägen nicht verunsichern zu lassen. Und dann sind ja da auch unsere Partner vor Ort, mit denen wir gemeinsam viel erreichen können. Bei meinen Einsätzen treffe ich immer wieder auf viel Mut und auf ernsthaftes Interesse, die Umstände zu verbessern, auch auf viel Kreativität. Das Gefühl, nicht vergessen zu werden, ist für Menschen im globalen Süden ebenfalls ein Ansporn. Selbst wenn sich ein Gesundheitssystem nicht allein durch unser Zutun komplett verändern lässt, gibt es immer Menschen, die mit dem entsprechenden Wissen und Ideen etwas zum Positiven verändern können.

Was werden Ihre ersten Aufgaben bei medmissio sein?

Zunächst geht es darum, verschiedene Projekte mit unterschiedlichen Partnern kennenzulernen. Darunter sind drei Diözesen im Norden Kameruns. Mein Kollege Dr. Klemens Ochel, der zum

Jahresende ausscheidet, betreut sie schon länger. Neben Beratung gehört auch Lehre zu meinen Aufgaben, darunter unsere Seminare für Mediziner vor einem Auslandseinsatz. Bei den Sprechstunden für Migranten werde ich auch zum Einsatz kommen.

Wenn Sie im Ausland helfen, leben Sie in der Regel unter einfachsten Bedingungen. Macht Ihnen das gar nichts aus?

Man kann sich an vieles gewöhnen. Das geht meist schnell, auch wenn die erste warme Dusche nach langer Zeit zu etwas Besonderem wird. Mich belastet es eher, wenn meine Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist und ich aus Sicherheitsgründen nicht aus dem Haus gehen darf. Das Leben im Team macht es leichter, ich bin nicht allein. Und es ist schön, viele interessante Menschen kennenzulernen und darunter manchmal auch neue Freunde zu finden.

Was war Ihr bisher schönstes Erlebnis in Ihrem Beruf?

Es gab viele schöne Momente und Begegnungen, ohne dass ich das eine tolle Erlebnis nennen könnte. Ich finde es immer bereichernd, wenn sich Menschen, die erst Fremde sind, öffnen und Vertrauen entsteht. Als ich im Südsudan ankam, erlebte ich das Team vor Ort zurückhaltend, Gespräche kamen kaum zustande. Das hat sich aber schnell



Dr. Kristina Schottmayer.
Foto: Elke Blüml

geändert, es gab dann viel zu erzählen, weil das nötige Vertrauen da war. Im Kongo durfte ich erleben, dass durch kontinuierliche Supervision und regelmäßige Schulungen nach ein paar Monaten viel weniger mangelernährte Kinder starben als kurz nach unserer Ankunft dort. Das sind Erfolge, die ermutigen. Und natürlich gibt es immer wieder Patientinnen und Patienten, die einem besonders ans Herz wachsen.

Und was hat Sie nachhaltig schockiert?

Zu meinen schlimmeren Erfahrungen generell gehört es, Menschen nicht helfen zu können, obwohl es medizinisch kein Problem wäre.

Im Südsudan beispielsweise darf eine Frau nicht operiert werden, wenn kein männliches Familienmitglied der Operation zugestimmt hat. Im Notfall muss es schnell gehen, nicht immer ist ein Mann dabei. Dann darf nicht operiert werden. Denn wenn bei einem Eingriff etwas passiert, müssen sich die Operateure vor der Rache der Familie fürchten. Egal ob Kaiserschnitt oder Entfernung des Blinddarms – das passiert dann eben nicht. Es ist schlimm, wenn jemand stirbt, der zu retten gewesen wäre. Für mich ist das aber eher ein Grund weiterzumachen, denn ich empfinde meine Arbeit alles in allem als große Bereicherung.



Elke Blüml

Krankenhaus mit eigener Laborschule

Das Litembo Hospital in Tansania ermöglicht eine staatlich anerkannte Ausbildung

Das Krankenhaus im tansanischen Litembo konnte im Herbst 2023 in eine neue Ära starten. Das von Würzburgs Partnerbistum Mbinga getragene Hospital hat eine Labor- und Krankenpflegeschule eröffnet. Die ehemalige medmissio-Mitarbeiterin und „Medizintechnikerin Labor“ Hanne Fleischmann, die sich im Ruhestand ehrenamtlich engagiert, hat die Vorbereitungen zwei Monate lang vor Ort begleitet.

Zwischen medmissio und dem Krankenhaus mit 320 Betten bestehen seit vielen Jahren enge Beziehungen. Ausgebildet werden in der Schule auch Krankenpfleger und Clinical Officer, die an der Schnittstelle zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft arbeiten.

Hanne Fleischmann hatte die Aufgabe, zusammen mit Lehrkräften vor Ort die Lehrpläne für die Laborschule umzusetzen und den Unterricht vorzubereiten. Dazu gehörte auch, Unterrichtsmaterialien so zu gestalten, dass Schülerinnen und Schüler mit Interesse bei der Sache sind.

Staatlich anerkannte Ausbildung

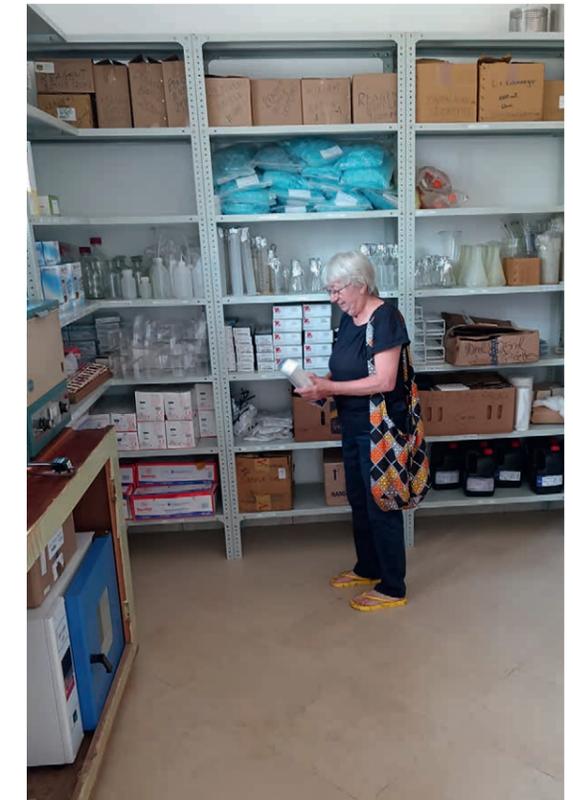
Nach ihrer dreijährigen Ausbildung sollen sie in der Lage sein, Patientenproben unter anderem auf HIV, Hepatitis, Syphilis oder Malaria zu untersuchen. Wenn die jungen Leute ihre staatlich anerkannte Ausbildung abgeschlossen haben, werden sie in Krankenhauslaboren als

Labortechniker arbeiten. In Deutschland entspricht das dem Beruf des MTA.

Hanne Fleischmann wird den Ausbildungsgang weiter begleiten. Im September geht es wieder für acht Wochen nach Tansania, dann wird das zweite Lehrjahr vorbereitet. Sie ist zuversichtlich, dass die Laborschule ein Erfolg wird. „Einen so gut ausgestatteten Unterrichtsraum wie in Litembo habe ich selten gesehen“, lobt sie.

Neues Projekt für die Zukunft

Die Expertin wird sich vor Ort einer weiteren Aufgabe widmen. Sie möchte ein pathologisches Labor aufbauen, in dem Blut- und Gewebeproben unter einfachen Bedingungen untersucht werden können. Im bolivianischen Santa Cruz de la Sierra hat sie bereits ein ähnliches Projekt begleitet und erfolgreich an den Start gebracht.



Hanne Fleischmann im Unterrichtsraum und im Lager. Alle Fotos: Bernhard Köhler



Die Labor- und Krankenpflegeschule wurde nach mehrjähriger Bauzeit fertiggestellt.



In diesem Gebäude im bolivianischen Santa Cruz de la Sierra wurde die neue Pathologie eingerichtet.

Elke Blüml

Eine Pathologie für Bolivien

Neues diagnostisches Zentrum gibt schwerkranken Patienten Hoffnung

400 Millionen Menschen weltweit haben laut Schätzungen der WHO keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung. Vor allem in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen sind die Gesundheitssysteme schwach. Langfristige Partnerschaften mit Entwicklungs- und Schwellenländern tragen dazu bei, Know-how zu teilen und die Gesundheitsversorgung in den Kooperationsländern zu verbessern.

Auch medmissio setzt seit vielen Jahren auf Klinikpartnerschaften. Ghana, Tansania, Ecuador und Uganda sind nur einige Beispielländer, die das Würzburger Institut für Gesundheit weltweit im Rahmen einer von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz) geför-

derten Partnerschaft begleitet hat. In Ghana etwa ging es darum, mit Hilfe eines Netzwerks für Kinderheilkunde die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren in dem ostafrikanischen Land zu verringern. Mediziner, Pfleger und Hebammen der Kinder- und Entbindungsabteilungen der

beteiligten Krankenhäuser wurden geschult, Schwangere und Mütter über Gesundheit und Hygiene aufgeklärt.

Jüngster Klinikpartner ist das von Kolping Bolivien getragene diagnostische Zentrum im bolivianischen Santa Cruz de la Sierra. Begleitet von medmissio

entstand in der Stadt mit ihren 2,5 Millionen Einwohnern ein pathologisches Labor, in dem unter anderem Blut- und Gewebeprobe untersucht werden können.

Organisiert und fachlich begleitet wurde der Laboraufbau von der ehemaligen medmissio-Mitarbeiterin und „Medizintechnikerin Labor“ Hanne Fleischmann, die sich im Ruhestand ehrenamtlich engagiert. Das neue Labor ermöglicht Patienten, schneller und günstiger an eine Diagnose zu kommen.

In Santa Cruz gibt es zwar einige pathologische Labors. Aber der Bedarf der Bewohner von Santa Cruz und der mehr als drei Millionen in der Provinz lebenden Menschen ist bei weitem nicht gedeckt. Die meisten Labors haben private Träger und sind kommerziell ausgerichtet. Sie arbeiteten zwar schneller, seien aber teurer, sagt Fleischmann. Viele Arme ohne Krankenversicherung stelle eine notwendige Diagnostik vor große Herausforderungen

Auch die Regierung unterhält Einrichtungen. Die sind allerdings überlastet. „Staatliche Labors brauchen etwa drei bis vier Monate bis zur



In den neuen Laborräumen können unter anderem Blut- und Gewebeprobe untersucht werden.

Diagnose“, berichtet Hanne Fleischmann. Für Arme ist das Zentrum in Santa Cruz ein Lichtblick. Es hat einen Sozialdienst, der Patienten hilft, die sich aus eigener Kraft keine Diagnostik leisten können.

Die Einrichtung des Labors ist laut Hanne Fleischmann mittlerweile abgeschlossen.

Sie hat sich in den vergangenen Monaten auf die Suche nach Geräten gemacht und ist fündig geworden. Ein Brutschrank, ein Gerät, das Wasser aus Gewebeprobe zieht, ein Färbeautomat und ein Gerät zum Einbetten von Proben in Paraffin gehören bereits zur Einrichtung. Damit steht nur noch die Ausbildung von Pathologen und Labortechnikern aus.

Hanne Fleischmann profitierte auch bei ihrem Bolivieneinsatz von ihrer Berufserfahrung, die sie in verschiedenen Ländern des Südens sammeln konnte. So hat sie im vergangenen Jahr im Amazonasgebiet Ecuadors das Labor eines kleinen langjährigen Partnerkrankenhauses von medmissio mit eingerichtet und Laborkräfte geschult. Auch in Santa Cruz de la Sierra hat sie sich gerne engagiert, weil das neue diagnostische Zentrum eine große Hoffnung für schwerkranken Menschen sei.



Die Räume sind eingerichtet, die Diagnostik kann beginnen. Fotos: Thomas Dietze

Stimmungen und Gedanken feinfühlig interpretiert

Die Malerin Gertrud M. Geiges spendete Erlös aus Verkauf von Bildern an medmissio

Was sie beim Malen ihrer Bilder inspiriert hat, möchte Gertrud M. Geiges nicht preisgeben. Sie sollen selbst zum Betrachter sprechen, damit er sich unvoreingenommen darauf einlassen kann. Gelegenheit dazu bot die Ausstellung „Zeitreise“, die im Februar im Würzburger Exerzitienhaus Himmelsporten in Anwesenheit der Künstlerin eröffnet wurde.

Für die Schau hatte Gertrud M. Geiges 40 ihrer Bilder ausgewählt. Die in Sinzheim bei Baden Baden lebende Malerin fängt mit Acrylfarben und einem feinen Gespür für Effekte ihre Stimmungen und Gedanken ein. Ihr Repertoire reicht von impressionistischen Blütenbildern über menschliche Charaktere bis hin zu abstrakten Interpretationen

von eigenen Erfahrungen und Eindrücken.

Unverkennbar ist in einigen Werken die Liebe der Malerin zu ihrer Heimatstadt Baden-Baden. Die römischen Spuren der Kurstadt und deren Thermalquellen haben sie zu einer Serie inspiriert, in denen sie das Thema Wasser aufgreift. Andere Bilder schlagen eine Brücke zu vergangenen Kulturen, etwa die Serie „Fata Morgana“, deren großformatige Bilder in unterschiedlichen Rottönen gehalten sind.

Die gezeigten Bilder hat Gertrud M. Geiges zwischen 2002 und 2015 gemalt. Sie sollen nicht länger in ihrem Atelier stehen, sondern einem guten Zweck dienen. Über Prof. Dr. Winfried Rossmanith, der mehrfach für medmissio im Auslandseinsatz war, ist sie auf das Würzburger Institut für Gesundheit weltweit gekommen. Alle 40 ausgestellten Bilder wurden zum Verkauf angeboten.

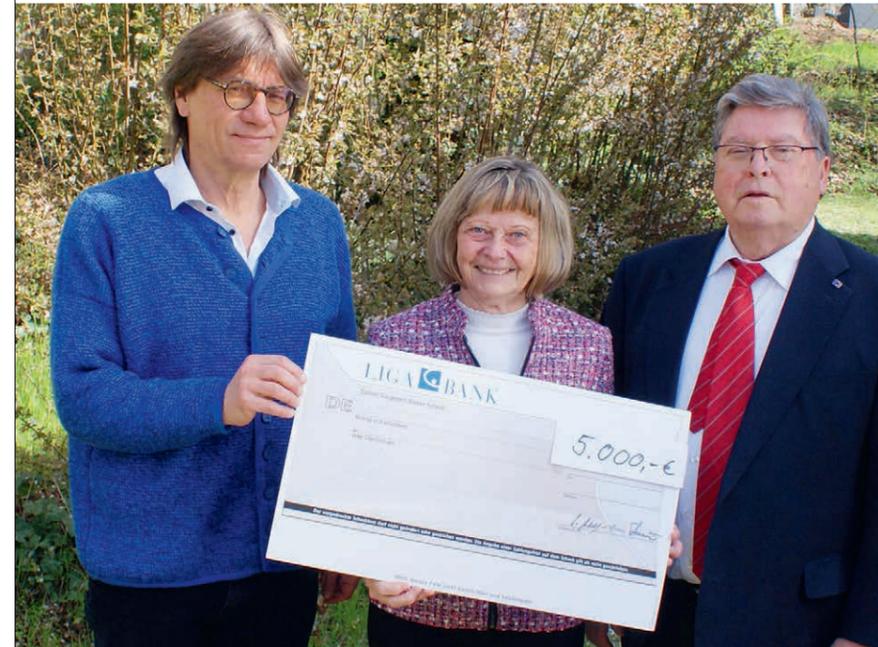
Nach dem Ende der Ausstellung Anfang April war die Bilanz erfreulich. Mehrere Kunstwerke wurden verkauft. Mit dem Erlös von 2.600 Euro unterstützt Gertrud M. Geiges die Arbeit von medmissio für eine bessere medizinische Versorgung im globalen Süden.

Elke Blüml



Die Malerin Gertrud M. Geiges mit ihrem Werk „Dialog“, das im Rahmen der Ausstellung „Zeitreise“ im Exerzitienhaus Himmelsporten zu sehen war. Foto: Elke Blüml

Dr. Adolf und Doris Bauer-Stiftung spendet für Indien



Doris und Dr. Adolf Bauer bei der Übergabe der Spende ihrer Stiftung für indische Krankenschwestern in Shevgaon an medmissio-Geschäftsstellenleiter Michael Kuhnert. Foto: Elke Blüml

Mit 5.000 Euro unterstützt die Dr. Adolf und Doris Bauer-Stiftung die Krankenpflegeschule der Medical Mission Sisters im indischen Shevgaon. Einen Scheck überreichten die Stifter am Montag, 25. März, in der Geschäftsstelle in Würzburg an deren Leiter Michael Kuhnert.

2.500 Euro gehen an Sister Betty Sebastian, die eine akademische Ausbildung zur Dozentin in Pflegewissenschaften begonnen hat. Sie wird später am neuen Nursing College unterrichten, das gerade gebaut wird. Weil Indien die Pflegeausbildung reformiert hat, haben die Schwestern beschlossen, künftig das obligatorische vierjährige Bachelor-Studium anzubieten.

Die andere Hälfte der Spende ist bestimmt für die 60 Mädchen aus Shevgaon und Umgebung, die aktuell von den Schwestern zu Krankenpflegerinnen ausgebildet werden. Sie finanzieren damit ihre Unterbringung und Verpflegung in der Krankenpflegeschule sowie ihre Studiengebühren. Ohne Unterstützung könnten sie sich eine Ausbildung nicht leisten, betonte Michael Kuhnert. Er hat die Schwesterngemeinschaft vor einem Jahr besucht und lobt deren Ausdauer und Professionalität. Bei Doris und Adolf Bauer bedankte er sich im Namen der Gemeinschaft für die dringend benötigte Unterstützung.

Elke Blüml

Impressum

medmissio magazin

Zeitschrift
für globale Gesundheit

Erscheinungsweise: dreimal jährlich
Versand: kostenfrei
Auflage: 3100

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
29. April 2024

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

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

FAIRTRADE

Würzburger Partnerkaffee - Würzburgs fairer Kaffee www.wuepaka.de