

Gesundheit in der Einen Welt



Pharmazeutische Systeme stärken

30 Jahre Ökumenisch-Pharmazeutisches
Netzwerk

Brauchen wir neue Medikamente?

Tschad

Notfallambulanz nicht selbstverständlich
Kirchliche Gesundheitsarbeit hoch
geschätzt

Gesundheit und Heilung

Wir – Gottes Ebenbild:

Was bedeutet dies für Menschen mit
Behinderung?

Anstöße Wir - Gottes Ebenbild	3
Pharmazeutische Systeme stärken	4
30 Jahre Ökumenisch-Pharmazeutisches Netzwerk	6
Menschen brauchen unsere Hilfe Kenia: Wissen schützt Mutter und Kind	8
Was Spenden bewirken Tschad: Notfallambulanz rettet Leben Kirchliche Gesundheitsarbeit im Tschad hoch geschätzt	9
Lobbyarbeit Den Armen eine Stimme geben	10
Arzneimittelhilfe aktuell Wie kommt Ndala zum lebensrettenden Medikament?	11
Arzneimittelhilfe aktuell Brauchen wir neue Medikamente?	13
Internationale Zusammenarbeit Gesundheit und Heilung: Was bedeutet dies für Menschen mit Behinderung	14
Tschad Parasitologische Studie in Koyom	15
Veranstaltungen und Nachrichten	16

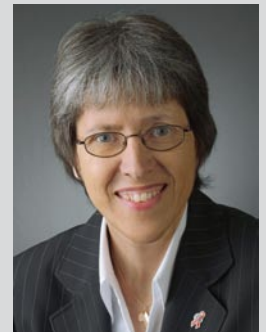


IMPRESSUM

Herausgeberin: Dr. Gisela Schneider, Direktorin
 Redaktion: Regina Seitz (ViSdP)
 Verlag: Difäm - Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
 Paul-Lechler-Straße 24 · 72076 Tübingen
 Telefon (07071) 206512 · Telefax (07071) 206510
 Internet: www.difaem.de · E-Mail: info@difaem.de
 Spendenkonto: 406 660 (BLZ 520 604 10)
 Ev. Kreditgenossenschaft Stuttgart
 IBAN DE36 5206 0410 0000 4066 60
 BIC GENODEF1EK1
 Gestaltung und Satz: Werbeatelier Waiblinger, Tübingen
 Druck: BruderhausDiakonie, Reutlingen
 Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei
 Titelbild: Difäm
 Erscheinungsdatum: März 2011



Liebe Leserin, lieber Leser,



es war eine lange Fahrt, bis wir endlich in Gallo ankamen. Bei meinem ersten Besuch in der Zentralafrikanischen Republik war schnell ersichtlich, wie notwendig die medizinische Arbeit der Evangelisch-Lutherischen Kirche hier ist. Das Emmanuel Health Centre ist ein Zeichen der Hoffnung inmitten einer sehr armen Umgebung. In diesen Tagen erhielten wir nun eine Anfrage aus Gallo: „Es gibt keine Tuberkulose-Medikamente mehr und auch unsere HIV-Tests sind zur Zeit nicht verfügbar. Könnt Ihr uns bitte helfen?“

Hier kann unsere Arzneimittelhilfe überbrückend helfen. Aber dabei sollte es nicht bleiben: Es muss auch überlegt werden, wie solche Engpässe vermieden werden und wie unsere Partner Zugang zu staatlichen Quellen bekommen können. Hierfür ist auch die Stärkung kirchlicher Zentralapotheken wichtig, die Ausbildung von Fachkräften und die Lobbyarbeit, die für eine gerechtere Verteilung und Gesetzgebung eintritt.

In diesem Zusammenhang feiern wir in diesem Jahr einen besonderen Geburtstag, nämlich den des Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerks, das vor 30 Jahren gegründet wurde. Dr. Eva Ombaka nimmt uns in ihrem Bericht in die Geschichte des Netzwerkes hinein und zeigt uns, wie wichtig diese Arbeit heute ist.

Ein weiteres Netzwerk hat im Herbst 2010 im Difäm getagt: Das Ökumenische Netzwerk von Menschen mit Behinderungen. Gäste aus Genf, Kuba, Indien und Kenia reflektierten u. a. darüber, was es bedeutet, als Behinderte und Nichtbehinderte als Ebenbild Gottes geschaffen zu sein. Samuel Kabue, Leiter des Netzwerkes, lädt uns in den „Anstößen“ ein, hierüber weiter nachzudenken.

So schauen wir dankbar auf das Jahr 2010 zurück und danken Ihnen ganz herzlich dafür, dass Sie uns im vergangenen Jahr so treu unterstützt haben. Ihr Interesse, Ihr Mittragen und Ihre Gaben ermöglichen es uns, die Gesundheitsprojekte im Kongo, im Tschad, in Papua-Neuguinea und in vielen anderen Ländern weiterzuführen. Vielen Dank für Ihr Engagement!

„Lass dich nicht vom Bösen überwinden, sondern überwinde das Böse mit Gutem“ – unter dieser herausfordernden Jahreslosung haben wir das Jahr 2011 begonnen. Angesichts des Geschehens in unserer Welt scheint dies fast unmöglich. Aber wir dürfen mit dem Segen unseres Herrn rechnen und wünschen uns, dass Gutes wachsen darf und dass das Böse überwunden wird, da, wo Gott uns hingestellt hat. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine gute Fasten- und Passionszeit.

Ihre *Gisela Schneider*

Dr. Gisela Schneider, Direktorin des Difäm

Wir – Gottes Ebenbild

Die Gottebenbildlichkeit des Menschen ist ein zentraler Aspekt der jüdischen und der christlichen Sicht vom Menschen. Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde, zum Bilde Gottes schuf er ihn (1. Mose 1,27): Dieser Vers bildet die Grundlage für die Lehre von der unveräußerlichen Würde und der Gleichwertigkeit aller Menschen – unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Nationalität und auch unabhängig von ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Die segensreiche Entwicklung zur Formulierung der fundamentalen Menschenrechte hat ihre tiefen Wurzeln in dieser biblischen Sicht vom Menschen.

Und doch birgt die Rede vom Menschen als dem Ebenbild Gottes auch die Gefahr der Missdeutung. Nämlich dann, wenn damit die Vorstellung einer wie auch immer gearteten Perfektion des Menschen verbunden ist. Nicht selten kam es dazu, mit der Gottebenbildlichkeit bestimmte körperliche oder geistige Fähigkeiten zu assoziieren. Besonders die Vernunft oder die Freiheit des Menschen wurden und werden immer wieder als wichtigster Ausdruck seiner Gottebenbildlichkeit (miss)verstanden.

An dieser Stelle setzen Fragen von Menschen mit Behinderungen an, die sich im Netzwerk EDAN (Ecumenical Disability Advocates Network) des Ökumenischen Rats der Kirchen zusammengeschlossen haben: Wie können Menschen mit zum Teil schwersten körperlichen oder geistigen Behinderungen als Ebenbild Gottes gesehen werden und sich als solches verstehen, wenn in unserer Gesellschaft und manchmal auch in den Kirchen doch bewusst oder unbewusst das Ideal des „perfekten“ Menschen vermittelt wird?

Im Nachdenken über diese Fragen kamen die Vertreter/-innen von EDAN zu einem besonderen Verständnis der Lehre von der Gottebenbildlichkeit. Sie weisen darauf hin, dass nach dem Neuen Testament Jesus Christus das wahre Abbild Gottes ist (z. B. 2. Korinther 4,4). Nachdem wir alle der Leib Christi sind (1. Korinther 12,27), verkörpern nicht einzelne Menschen das Abbild Gottes, sondern wir als Gemeinschaft der Menschen. Zum Ebenbild Gottes werden wir nicht dadurch, dass alle Individuen unversehrt sind, sondern, wenn die Beziehungen zwischen den Menschen stimmen, wenn das „Gefüge“ intakt ist. Dem entspricht auch, dass Gott nach 1. Mose 1, 27 die Menschen von Anfang an als Gemeinschaft, als Mann und Frau, geschaffen hat.

Als Leiter von EDAN steht Samuel Kabue (Kenia) mit seiner eigenen Lebenserfahrung für dieses Verständnis der Gottebenbildlichkeit des Menschen. Er erblindete mit 16 Jahren und haderte lange mit seinem Schicksal. „Als Jugendlicher“, so sagt er, „habe ich gedacht: ‚Wenn Jesus Blinde geheilt hat, dann kann er das doch auch heute für mich tun‘. Ich flehte Gott um Heilung an – und wurde immer wieder enttäuscht. In einem langen Prozess kam ich zu der Einsicht, dass es Jesus nicht unbedingt darauf ankam, alle Menschen von ihren körperlichen oder seelischen Gebrechen zu befreien. Nein, Jesus sah es doch als seine erste und wesentliche Aufgabe, die Gemeinschaft des Volkes Gottes wieder herzustellen.“ Auf dieser Basis vertritt Samuel Kabue heute ein Verständnis der Gottebenbildlichkeit und von Heilung aus der Sicht von Menschen mit Behinderungen: „Wir sind dann Gottes Ebenbild, wenn alle Menschen, gerade die schwachen Glieder, voll in die Gemeinschaft eingegliedert sind. ‚Heilung‘ für Menschen mit Behinderungen geschieht dann,

wenn sie am Leben der menschlichen Gemeinschaft teilnehmen und – trotz oder gerade mit ihrer Behinderung – etwas Wesentliches in die Gemeinschaft einbringen können.“

Ein auf Beziehungen basiertes Verständnis der Gottebenbildlichkeit kann auf viele andere Bereiche des Lebens angewandt werden und führt zur Forderung nach Gerechtigkeit im Sinne eines guten Zusammenlebens aller in unserer Welt. Für die Gesundheitsarbeit bedeutet dies: Solange Menschen nach wie vor keinen oder nur sehr mangelhaften Zugang zu Medikamenten oder zu anderen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung haben, entsprechen wir alle nicht dem Willen Gottes, der die Menschen nach seinem Bilde und als Gemeinschaft geschaffen hat und liebt. Jede Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist daher ein Schritt zur Transformation der Menschheitsfamilie hin zum wahren Ebenbild Gottes.

Dr. Beate Jakob



Pharmazeutische Systeme stärken

Gibt es ein Recht auf Gesundheit? Die Antwort hierauf ist mehrdimensional: Zum einen wissen wir, dass Gesundheit letztlich ein Geschenk ist, das wir bestmöglich bewahren und zu dem wir auf zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Ebene viel beitragen können. Zum anderen anerkennt Art. 12 des UNO-Pakts für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte das Recht für alle auf ein erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit. Daraus ergeben sich zahlreiche Verpflichtungen der Staaten wie auch Rechte der Individuen.



*Uganda:
Training zur
qualitativen Analyse
von Medikamenten*

Medizinische Grundversorgung wie auch Zugang zu Medikamenten kann jeder Mensch einklagen. Die Bereitstellung lebensrettender, preisgünstiger und hochwertiger Medikamente ist eine Verpflichtung der einzelnen Länder sowie der internationalen Staatengemeinschaft. Dass dies nicht nur ein theoretisches Recht ist, zeigt eine Analyse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2006: In 12 Gerichtsverfahren hatten Patienten die Bereitstellung lebenswichtiger Medikamente erfolgreich eingeklagt¹.

Laut WHO hat jeder zweite Mensch südlich der Sahara keinen regelmäßigen Zugang zu Medikamenten und Gesundheitsversorgung. Neun Millionen Kinder sterben jährlich, weil einfache Krankheiten, wie Durchfall oder Lungenentzündungen, nicht behandelt werden können – oft nur deshalb, weil die nötigen kostengünstigen Medikamente nicht bereitstehen. Viele Ursachen für diese Situation sind in der Schwäche des Gesundheitssystems und in der Schwäche der pharmazeutischen Systeme zu finden.

Internationale Vereinbarungen

Vor zehn Jahren, am 27. April 2001, verpflichteten sich alle Gesundheitsminister Afrikas in der Erklärung von Abudja, zukünftig mindestens 15 Prozent ihres Staatseinkommens für öffentliche Gesundheit bereitzustellen. Die meisten sind von diesem Ziel weit entfernt. Von Europa aus können wir dies nicht einklagen, sind wir doch mitbeteiligt an der Armut dieser Länder, z.B. durch die Aufrechterhaltung unfairer Handelsbeziehungen insbesondere im Bereich der Agrarsubventionen. Aber vielleicht können wir unseren Partnern in diesen Ländern helfen, dass sie ihr Recht auf Gesundheit selber einklagen und ihre Regierungen auf die Abudja-Verpflichtung hinweisen?

Ebenfalls vor zehn Jahren formulierte die UN-Generalversammlung Ziele zur Bekämpfung von HIV&Aids, die sogenannte UNGASS-Erklärung. Diese, wie auch die Millenniumsentwicklungsziele (MDG), haben die Stärkung der Gesundheitssysteme als Grundvoraussetzung einer Verbesserung im Blick. Der Globale Fonds² begann im Januar 2002, Projekte gegen HIV & Aids, Malaria und Tuberkulose zu fördern. Es dauerte mehr als fünf Jahre, bis realisiert wurde, dass die Bereitstellung entsprechender Medikamente allein nicht ausreicht. Es muss auch ein System aufgebaut werden, das die richtige Verteilung und Anwendung der Medikamente sicherstellt. Heute können Länderkomitees über den Globalen Fonds z. B. Projekte zur Ausbildung von Pflegekräften und Ärzten finanzieren, ebenso wie Programme zur Beschaffung, zum

Vertrieb oder auch zur Qualitätssicherung von Medikamenten.

Diese Programme werden eng von zivilgesellschaftlichen Gruppen begleitet, die überwachen, ob die Verpflichtungen eingehalten werden. Ihre Lobby- und Advocacyarbeit muss aufrechterhalten und weiter ausgebaut werden, damit Politik und Wirtschaft (auch die Pharmaindustrie) die richtigen Weichen zur Erreichung der vereinbarten Ziele setzen. Das Difäm ist aktives Mitglied und Rechtsträger des Aktionsbündnisses gegen AIDS, das über 200 Organisationen in Deutschland vereint zu einer deutlich hörbaren Stimme. Die Difäm-Arzneimittelhilfe ist im Fachkreis Pharma des Aktionsbündnisses aktiv.

Förderung der kirchlichen Gesundheitsarbeit

Wie aber vor Ort Systeme stärken? Auf die staatlichen Systeme haben wir nur sehr bedingt Einfluss. Die Regierungen der ärmeren Länder können oft nur ein sehr begrenztes Gesundheitssystem aufrecht erhalten, das sich vor allem auf die Stadtgebiete beschränkt. Die Kirchen füllen diese Lücke seit Jahrzehnten. Sie sind in den Ländern flächendeckend vertreten und bieten eine lang gewachsene Struktur – im Gegensatz zum staatlichen System, bei dem häufig bei jeder neuen Regierung nicht nur die zuständigen Personen, sondern auch Konzepte und Programme ausgewechselt werden.

Kirchliche Gesundheitssysteme leisten in vielen afrikanischen Ländern bis zu 40 Prozent der Gesundheitsarbeit. In über 15 Ländern existie-

ren ökumenisch ausgerichtete Christliche Gesundheitsvereinigungen (Christian Health Associations – CHAs). Diese kirchlichen Gesundheitssysteme zu stärken ist ein großes Anliegen vieler europäischer Kirchen, auch des Difäm, das mit vielen von ihnen in direkter Verbindung steht und auch den Dachverband (CHA-Plattform) aktiv unterstützt. Fast alle dieser CHAs sind Mitglied beim Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerk (EPN), denn die Versorgung der kirchlichen Gesundheitseinrichtungen mit Medikamenten ist ein Aufgabenbereich dieser Kirchen (zu EPN s. S. 6 - 7).

Die Difäm-Arzneimittelhilfe legte bereits vor vielen Jahren einen Schwerpunkt auf Strukturhilfen, auch „capacity building“ genannt. Denn nur so kann mittel- und langfristig die Situation wirklich verbessert werden. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den kirchlichen Partnern, vor allem in Afrika.

Was gehört zum pharmazeutischen System?

Zum pharmazeutischen System gehören **Zentralapotheken** vor Ort, die Medikamente und anderes Material zentral für die einzelnen Gesundheitsstationen beschaffen. In jedem Land existiert ein staatliches Medikamentendepot, über das Präparate für den öffentlichen Sektor, zu dem auch kirchliche Krankenhäuser gehören, beschafft werden können. Diese Depots sind aber in vielen Ländern nur bedingt funktionsfähig. Vieles kann gar nicht oder nicht in den gewünschten Mengen bereitgestellt werden, wie eine bis heute unveröffentlichte Studie der WHO zeigt. Deshalb schlossen sich die Kirchen über ihre Zentralbüros zusammen und etablierten eigene Zentralapotheken, die sogenannten Drug Supply Organisations (DSOs). EPN und Difäm stehen mit etwa 15 dieser Zentralapotheken in direktem Kontakt, um ihre Arbeit zu fördern. Eine EPN-Erhebung von 2009 zeigt, dass allein sechs dieser DSOs

einen Jahresumsatz von 87 Millionen US Dollar für Medikamente und medizinische Verbrauchsartikel aufweisen.

Zum Pharmazeutischen System gehören auch **Arzneiprüflabore**, die die Qualität vor Ort gekaufter Medikamente testen. Die Zentralapotheken beziehen ihre Medikamente heute zu ungefähr 60 Prozent aus asiatischen Ländern, zu ca. 30 Prozent aus afrikanischer Produktion und aus Europa. Die Herstellung in Asien und Afrika unterliegt nicht den strengen Überwachungen wie bei uns in Deutschland, deshalb kann die Qualität der Präparate nicht von vorneherein als gegeben angesehen werden. Staatliche Überwachungsbehörden und staatliche Prüflabore sind in diesen Ländern nicht in der Lage, den gesamten Markt zu kontrollieren, obwohl gerade dieses ein wesentlicher Bestandteil eines funktionierenden Gesundheitssystems ist. Deshalb haben Kirchen auch hier eigene Wege eingeschlagen, die von der Difäm-Arzneimittelhilfe proaktiv unterstützt werden (s. S. 11 - 12).

Kein Gesundheitssystem kann ohne ausreichendes **Fachpersonal** existieren. Nicht nur Ärzte, Schwestern oder Hebammen sind wichtig, sondern auch pharmazeutisch ausgebildete Kräfte, die die richtige Auswahl, Beschaffung, Lagerung, Abgabe und Verwendung von Medikamenten sicherstellen. Difäm förderte schon 2008 eine erste Erfassung der in kirchlichen Krankenhäusern Malawis tätigen pharmazeutischen Fachkräfte. Nur in 12 der 100 Institutionen identifizierte man pharmazeutische Assistenten oder pharmazeutische Techniker. In 40 Einrichtungen wurde diese Arbeit von Pflegekräften übernommen. In 48 Einrichtungen leitete „anderes Personal“ die Krankenhausapotheke. Weitere dieser Studien in anderen Ländern folgten, um durch die Veröffentlichung der Ergebnisse auf die Misere hinzuweisen, aber auch, um das vorhandene Personal an die regelmäßigen Fachinformationen von



EPN heranzuführen. Letztlich ist es auch wichtig, das vorhandene Personal zu stärken z.B. durch die Übernahme der Kosten für eine Fortbildung oder einen Workshop.

Gerade in Situationen, in denen das zuständige Personal nur sehr begrenztes Wissen über den Einsatz und die Verwendung von Medikamenten besitzt, ist die Verfügbarkeit einfacher und unabhängiger **Fachinformation** unerlässlich. Das Internetsystem expandiert auch in afrikanischen Ländern, aber gerade in ländlichen Regionen ist es oft instabil und in den Krankenhäusern vielleicht nur ein PC im Chefarztbüro vorhanden. Diese Möglichkeit der Informationsbereitstellung ist deshalb nur bedingt nutzbar. Über den Staat oder andere Akteure wird kaum Referenzliteratur bereitgestellt. Deshalb ist auch hier Unterstützung notwendig.

Albert Petersen

*Gefährlich:
Straßenverkauf von
Medikamenten im
Tschad*

¹Hans Hogerzeil, Bulletin of World Health Association, 2006, 84
²Der Globale Fonds ist ein Finanzierungsinstrument zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria. Er besteht aus staatlichen und privaten Mitteln.



30 Jahre Ökumenisch- Pharmazeutisches Netzwerk

Dr. Eva Miriam Ombaka (58) aus Tansania ist Pharmazeutin und hat mehr als 18 Jahre das Ökumenisch-Pharmazeutische Netzwerk (EPN) geleitet, das sich aus der pharmazeutischen Beratergruppe des Ökumenischen Rats der Kirchen (ÖRK) entwickelt hatte. Anlässlich des 30-jährigen Jubiläums von EPN berichtet sie über wichtige Entwicklungen dieses Netzwerkes, zu dem mittlerweile über 100 Mitgliedsorganisationen aus mehr als 30 Ländern gehören.



Dr. Eva Miriam Ombaka und Albert Petersen in Tübingen

Kirchen sind weltweit und in Afrika südlich der Sahara in erheblichem Maße Träger von Gesundheitsarbeit – dies ist von unschätzbarem Wert! Für die Gesundheitsversorgung spielt die Verfügbarkeit und Verwendung von Medikamenten eine große Rolle. In jeder Gesundheitseinrichtung wird viel Geld für Medikamente benötigt – deshalb ist hier ein gutes Managementsystem sehr wichtig. Insbesondere in Ländern, in denen begrenzte Mittel und wenig Fachkräfte zur Verfügung stehen, ist dies oft schwer umzusetzen und kann zu großen Schwierigkeiten führen. Der Ökumenische Rat der Kirchen hatte dieses Problem bereits 1981 erkannt und startete einen aktiven Prozess zur Stärkung der Versorgung, Verteilung und Verwendung von Medi-

kamenten. Begonnen wurde dies als Beratungsangebot, das im Laufe der Jahre an Umfang und Bedeutung gewann und sich zu einem Netzwerk entwickelte – dem Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerk.

Es gab viel zu tun und das Netzwerk arbeitete in folgenden Bereichen: politische Anwaltschaft, Fortbildung, Vernetzung und Analysen der pharmazeutischen Situation in kirchlichen Einrichtungen vor allem in Afrika. Das kleine Sekretariat, das von einem Vorstand unterstützt wurde, musste immer wieder entscheiden, worauf es sich konzentrieren sollte, um die besten Ergebnisse und weitreichendsten Wirkungen zu erzielen. Schon bald wurde erkannt, dass die größte Stärke von EPN bei den Mitgliedern

und Partnern selber lag. Deshalb hat man sehr eng mit den Mitgliedern zusammengearbeitet und sich darauf konzentriert, kirchliche Zentralapotheken zu unterstützen und das Medikamentenmanagement wie auch die Verwendung von Medikamenten in kirchlichen Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Darüber hinaus wurde es sehr wichtig, sich politisch für den weltweiten Zugang zu Medikamenten zu engagieren.

Als die HIV- und Aids-Pandemie sich ausbreitete, setzte sich EPN verstärkt und mit großem Engagement dafür ein, dass alle Bedürftigen Zugang zu Pflege und Behandlung erhalten. EPN baute zudem seine Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zu anderen wichtigen politischen und pharmazeutischen Organisationen aus – immer mit wechselseitigem Gewinn.

In den 30 Jahren des Bestehens von EPN wurde viel getan und viel erreicht. Zunächst wurden vor allem englischsprachige Länder einbezogen, später auch französischsprachige Länder mit Unterstützung weiterer Geberorganisationen. Eines der wirklich erwähnenswerten Projekte war die Entwicklung von Richtlinien für Medikamentenspenden im Jahr 1989, die später die Basis für die gemeinsame Leitlinie aller großen Hilfsorganisationen mit der WHO im Jahr 1996 bildeten. Sehr wichtig war auch eine breit angelegte Studie gemeinsam

mit der WHO im Jahr 2003 und 2004. Hier wurde erhoben und dokumentiert, welchen Beitrag die kirchlichen Gesundheitseinrichtungen zur Medikamentenversorgung vieler Länder leisteten. Dabei wurde erstmalig die große Bedeutung der kirchlichen Zentralapotheken erkannt und weltweit wahrgenommen. Für die Zentralapotheken interessierten sich nun viele neue Partnerorganisationen und begannen eigene Kooperationen. Auch zwischen den Mitgliedsorganisationen von EPN entstand eine weit aus engere Zusammenarbeit. Dabei sind auch viele Leitfäden und Handreichungen für Gesundheitseinrichtungen entwickelt worden, in denen wir unsere besten Praxiserfahrungen bündelten. Insbesondere die Handreichung zu HIV & Aids für kirchliche Führungskräfte hat 2010 eine Lücke geschlossen: Hier wurde nicht nur der „technische“ Aspekt der Behandlung von Aidskranken bearbeitet, sondern es ging um die biblischen Grundlagen für den Umgang mit Menschen, die mit dem Virus leben.

Ein großer Schwerpunkt von EPN lag immer in der Aus- und Weiterbildung pharmazeutischer Fachkräfte. Wir haben zahlreiche Studienaufenthalte, Kurzseminare und Workshops gefördert. Auf diese Weise konnten sehr viele pharmazeutische Mitarbeitende im Gesundheitswesen ihr Wissen und ihre Erfahrung erweitern. In Ostafrika haben wir Neuland betreten und einen Kurs zur Ausbildung von pharmazeutischen Assistenten angeboten. Im Laufe von acht Jahren wurden über 150 pharmazeutische Assistenten ausgebildet! Ein großer Teil von ihnen arbeitet auch heute noch in kirchlichen Krankenhäusern. Die Aufgabe, in die Ausbildung von pharmazeutischen Fachkräften zu investieren, wird heute verstärkt auch von anderen großen Organisationen wahrgenommen. Eine für ganz Ostafrika bedeutsame kirchliche pharmazeutische Schule existiert z. B. in Moshi, Tansania. Sie ist staatlich anerkannt.

Ich habe mehr als 18 Jahre für EPN gearbeitet. Dies waren überaus gewinnbringende Jahre meines beruflichen Lebens. Ich habe mit Menschen zusammengearbeitet, deren Motivation für ihre Arbeit im Engagement für und in der Liebe zu allen Menschen lag, die Gott geschaffen hat. Für alle bestand ein großer Anreiz darin, an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten. Wir haben uns über kleine und große Erfolge gefreut. Es gab eine große Bereitschaft, einander zu helfen, zu begleiten und voneinander zu lernen. Eine ganz besondere Zusammengehörigkeit bestand zwischen den Mitgliedern und den Geberorganisationen. Oft entwickelten sich tiefe Freundschaften. Natürlich mussten wir viele Schwierigkeiten überwinden, aber nie haben wir sie alleine tragen müssen und die Zusammenarbeit hat fast immer Lösungen ermöglicht. Durch die Arbeit für EPN habe ich verstanden, was mein Glaube für meinen Beruf bedeutet und was ich hier zu tun habe – dieses Wissen hat mein Leben verändert!

Das Difäm hat einen wichtigen Anteil an meiner religiösen und beruflichen Entwicklung. Mein erster Kontakt zum Difäm war zu Zeiten, als EPN noch eine beratende Gruppe des ÖRK war. Albert Petersen war schon früh Mitglied dieser Gruppe. Dieser lebenswürdige Mensch, der seinem Namensvetter Albert Einstein so

ähnlich sieht, hat nie versäumt zu kommen und an den Diskussionen teilzunehmen. Durch ihn habe ich erfahren, was die Kirchen in Europa tun, um die pharmazeutische Versorgung weltweit zu stärken. Es war beeindruckend, wie schnell man im Difäm verstanden hatte, worin die Probleme der Empfänger von Arzneimittelspenden bestanden. Sofort wurde die Arbeit hierauf abgestimmt und das Difäm hat die Richtlinien für Arzneimittelspenden in verschiedene Sprachen übersetzt und proaktiv in Europa verbreitet.

Das Difäm war auch der wichtigste Ansprechpartner des Netzwerkes für die politische Arbeit im Kontext von HIV & Aids und hat die Aktivitäten von EPN in Europa maßgeblich vorangebracht. Oft bin ich zwei- bis dreimal im Jahr in Tübingen gewesen, sei es um mich zu beraten oder für Treffen des Vorstands und der Mitglieder von EPN. Für mich persönlich war Tübingen immer auch ein Ort der Zuflucht, an dem ich mich mit Freunden entspannen, erholen und neue Kräfte sammeln konnte. Das Difäm ist für mich ein zweites Zuhause geworden.

*Dr. Eva Miriam Ombaka, Kenia
(Übersetzung von Regina Seitz)*

EPN beim Weltsozialforum in Porto Alegre 2006



Kenia: Wissen schützt Mutter und Kind

Traurig ist es, wenn Mütter und ihre Neugeborenen sterben und dies hätte verhindert werden können. In der ländlichen Umgebung von Kijabe in Kenia hat sich in diesem Bereich viel bewegt. Im November 2010 reiste Difäm-Referent Dr. Hermann Weigold nach Kijabe, um sich über die Arbeit in den Dörfern zu informieren. Überzeugt von der Dringlichkeit und auch vom Erfolg dieses Projektes, das vom Difäm seit 2008 gefördert wird, kehrte er zurück.

Spendenkonto:
Ev. Kredit-
genossenschaft
Stuttgart
Konto: 406 660
BLZ: 520 604 10
Stichwort:
„Mutter und Kind“
IBAN: DE36 5206 0410
0000 4066 60
BIC GENODEF1EK1

Deutsches
Zentralinstitut
für soziale
Fragen/DZI



Gesundheit von Mutter und Kind

In vielen Regionen Kenias ist die Gesundheitsversorgung unzureichend. Dies führt u. a. zu einer hohen Sterblichkeit von Müttern und Neugeborenen. Schwangere haben oft nicht die Möglichkeit, zur Vorsorge oder zur Entbindung in eine Gesundheitsstation bzw. in ein Krankenhaus zu gehen. Der Mangel an Hygiene in den einfachen Hütten kann zu tödlichen Infektionen vor und nach der Geburt führen. Frühgeburten und Geburtskomplikationen, wie bspw. Sauerstoffmangel und Verletzungen, sind häufig. Dazu kommt, dass viele Mütter gefährliche Krankheitsanzeichen ihrer Babys wie Fieber, zu große Schläfrigkeit oder Appetitlosigkeit nicht erkennen und keine medizinische Hilfe veranlassen können.

Kijabe Newborn Community Health Project

Das AIC Kijabe Hospital (70 km nördlich der Hauptstadt Nairobi) ist ein bestens ausgestattetes medizinisches Zentrum. In der ländlichen Umgebung Kijabes entbinden jedoch etwa 80 Prozent der Frauen zu Hause und nur sehr wenige werden von einer ausgebildeten Geburtshelferin unterstützt. Jede fünfte Frau ist bei der Geburt ganz auf sich allein gestellt. Um die hohe Säuglingssterblichkeit zu verringern und die Gesundheit der Mütter zu stärken, wurde im Juli 2008 das Kijabe Newborn Community Health Project begonnen, das seither vom Difäm unterstützt wird.

Was wird getan?

In den Dörfern werden Ehrenamtliche gesucht, die lernen, welche Gefahrenzeichen sie während der Schwangerschaft und bei Neugeborenen beachten müssen und auch, welche Traditionen die Gesundheit von Mutter und Kind gefährden. Diese geben dann ihr Wissen an die Frauen und Männer in ihrer Umgebung weiter. Die Freiwilligen erstellen gemeinsam mit den schwangeren Frauen einen Geburtsplan, damit jede Frau weiß, was sie bei Einsetzen der Wehen bereithalten sollte, zum Beispiel: die Telefonnummer einer Person mit Auto sowie Geld für das Benzin, eine Tasche mit Einlagen, Handtuch, Handschuhen, einer sterilen Rasierklinge und einer Klemme. Die freiwilligen Helfer achten auch auf rechtzeitige Impfungen der Babys. Die Projektverantwortlichen erarbeiten angepasste Trainingsmaterialien und bilden auch Ärzte, Krankenschwestern und ausgebildete Geburtshelferinnen weiter.

Was wurde bereits erreicht?

Bisher konnten fast 50 ehrenamtliche Helfer/-innen ausgebildet werden. Sie haben ihr Wissen bereits an über 3000 Frauen und Männer weitergegeben. Die Männer einzubeziehen ist sehr wichtig, denn sie treffen die meisten Entscheidungen in den Familien. Auch schwierige Themen müssen angesprochen werden, so zum Beispiel die weit verbreitete Vorstellung, dass eine Geburt eigentlich zu Hause stattfinden und die Frauen sie alleine bewältigen sollten.

Die Mütter werden auch ermutigt, lange zu stillen, obwohl besonders die Großmütter meinen, ein Kind werde von Muttermilch alleine nicht satt. Ein anderes Problem: Viele Mädchen brechen die Schule ab und heiraten sehr jung. Manche bekommen dann schon mit 14 Jahren ihr erstes Kind. Bei so jungen Müttern treten häufig Geburtskomplikationen auf, und auch die mangelnde Schulbildung beeinträchtigt die jungen Frauen nachhaltig. Sie haben wenig gelernt und haben Schwierigkeiten, sich neues Wissen anzueignen. Diese Problematik wurde bei den Treffen mit den Frauengruppen oft angesprochen. Einmal stand dabei mittendrin eine alte Dame auf und sagte eindringlich zu den anderen: „Wir müssen mit dieser Dummheit aufhören und unsere Kinder zur Schule schicken. Mit den jungen Mädchen müssen wir sprechen, um das frühe Heiraten und die Schwangerschaften zu vermeiden.“ rs

Sie sehen, in den Dörfern Kijabes haben die Menschen wirklich angefangen, neue Wege zu gehen. Damit dies fortgesetzt werden kann, bitten wir Sie um Ihre Hilfe.
Ganz herzlichen Dank für Ihre Spende!



Tschad: Notfallambulanz rettet Leben

Sumadas Kinder haben alle in der kleinen Lehmhütte das Licht der Welt erblickt – mit Hilfe ihrer Mutter oder ihrer Schwester. Aber dieses Mal kam es anders: Als die Wehen einsetzten, arbeitete Sumada weiter. Sie ließ ihre Schwester holen, und schließlich wurde am Abend ein Junge auf der Bastmatte geboren. So wie seit Jahrhunderten wurde die Nabelschnur mit einem Grashalm durchtrennt. Das Neugeborene wurde gewaschen. Man wartete auf die Geburt der Plazenta, als sich der Arm eines zweiten Kindes herausstreckte und sich in dem engen Becken der Mutter verklemmte. Die Familie machte sich mit dem Ochsenkarren auf den Weg zum Gesundheitszentrum. Es war eine mühsame Reise, und sie kamen erst am Morgen an. Der Krankenpfleger versuchte das Ärmchen zurückzustoßen und das Kind zu drehen, um die Geburt zu ermöglichen. Gleichzeitig funkte man zur nächsten Gesundheitsstation, um die Hebamme Rahel Marty zu holen. Sie erfuhr nur, dass es um Komplikationen bei einer Zwillinggeburt ging, und machte sich sofort mit einer Geburtshelferin auf den Weg. Eine Stunde später traf die Hebamme ein. Sumada hatte bereits eine Menge Blut verloren und lag vor Schmerzen gekrümmt am Boden. Das Ungeborne schien noch am Leben zu sein.

Sie legten die Mutter in das Ambulanzauto und fuhren nach Koyom zum Krankenhaus. Von unterwegs riefen sie an und baten darum, alles für einen Kaiserschnitt vorzubereiten. Leider hat der Zwilling nicht überlebt, und um Sumada stand es sehr schlecht. Glücklicherweise konnte ihr Leben mit Blutspenden ihrer Familie gerettet werden. Dieser Krankenwagen, der den Patienten/-innen im Notfall kostenlos zur Verfügung steht, ist immer wieder lebensrettend.

rgb



Kirchliche Gesundheitsarbeit im Tschad hoch geschätzt

Die kirchliche Gesundheitsarbeit im Tschad werde heute hoch geschätzt, berichtet Dr. Johannes Schäfer von seiner Reise nach Koumra im Tschad. Vor 15 Jahren sei die Gesundheitsarbeit kirchlicher Träger in diesem überwiegend muslimischen Land noch völlig anders bewertet worden, betont der Tropenmediziner, der in den neunziger Jahren fünf Jahre lang im Tschad als Arzt gearbeitet hatte. Damals habe die kirchliche Gesundheitsarbeit als unzeitgemäß gegolten, und man meinte, der Bedarf könne ohne weiteres von staatlichen Einrichtungen abgedeckt werden. Offenbar werde dies heute deutlich anders gesehen, denn zeitgleich zu seinem Besuch sei die Gesundheitsministerin des Tschad in Begleitung von Mitarbeitern der WHO und Unicef in die Stadt gekommen, um dort die nationale Impfkampagne gegen Polio zu eröffnen. Kemkada wurde als Veranstaltungsort ausgewählt, weil es eines der am besten funktionierenden und schönsten Gesundheitszentren in der Region sei, so Schäfer. „Dass eine Veranstaltung dieser Größenordnung in einem christlichen Gesundheitszentrum stattfindet, ist ein Hinweis darauf, welche Bedeutung die kirchlichen Gesundheitseinrichtungen für die Bevölkerung haben und wie sehr diese inzwischen vom Staat und von internationalen Organisationen geschätzt werden. Auf diese Entwicklung können wir sehr stolz sein!“, betont

Schäfer, der im Auftrag des Difäm und von "Brot für die Welt" kirchliche Gesundheitseinrichtungen im Tschad besucht und beraten hatte.

rs

Eröffnung der nationalen Impfkampagne gegen Polio in Kemkada



Den Armen eine Stimme geben

Es war am 8. September 2000. In New York kamen die Regierungschefs aus über 150 Ländern zusammen, um sich dem Problem von Armut und Krankheit in dieser Welt zu stellen. Damals erklärten sie: *„Wir werden keine Mühen scheuen, um unsere Mitmenschen, Männer, Frauen und Kinder aus den erbärmlichen und entmenschlichenden Lebensbedingungen der extremen Armut zu befreien, in der derzeit mehr als eine Milliarde von ihnen gefangen sind. Wir sind entschlossen, das Recht auf Entwicklung für jeden zur Wirklichkeit werden zu lassen und die gesamte Menschheit von Not zu befreien.“*

Damals wurden acht Millenniumentwicklungsziele definiert u. a. zur Halbierung der extremen Armut, zur Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit und zur Reduzierung von HIV und Aids, Tuberkulose und Malaria. Inzwischen sind 10 Jahre vergangen und man traf sich wieder in New York zur Bestandsaufnahme. Vieles ist seither erreicht worden: Der Zugang von Menschen, die mit HIV leben, zur lebensrettenden antiretroviralen Therapie war im Jahr 2000 in fast allen wirtschaftlich armen Ländern nicht gegeben. Heute erhalten nahezu 5 Millionen Menschen diese Medikamente. Vor 10 Jahren sind pro Jahr noch 1,5 Millionen Menschen, vor allem Kinder, an Malaria gestorben – heute sind es noch etwa 800.000. Das sind beachtliche Fortschritte, aber sie genügen bei weitem nicht, denn noch immer leben mehr als eine Milliarde Menschen in extremer Armut.

Deshalb ist es wichtig, dass wir nicht nur Missions- oder Entwicklungsprojekte fördern. Wir sind auch gefragt, den Armen eine Stimme zu geben und die Regierungen an ihre Verpflichtungen zu erinnern. Dieser Aufgabe kommen wir im Rahmen unserer Lobbyarbeit nach. Dabei haben wir zwei wichtige Ansprechpartner: Zum einen die Bundesregierung und die Gesetzgebung der Europäischen Gemeinschaft, zum anderen die Pharmaindustrie, die mit machtvollen globalen Konzernen viel Geld verdient und oft nur sehr bedingt dazu beiträgt, den Zugang zu Medikamenten in armen Ländern zu verbessern.

Wie sind wir aktiv? Als Rechtsträger des Aktionsbündnisses gegen AIDS unterstützen wir dessen Lobbyarbeit in Berlin, wo unsere Mitarbeitenden die Arbeit des Ausschusses des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie des Unterausschusses Gesundheit kritisch begleiten. Auf EU-Ebene beobachten wir aktuell mit großer Sorge, dass die EU ein Freihandelsabkommen mit Indien schließen möchte, das den Zugang zu Medikamenten für Menschen in Indien und Afrika deutlich erschweren würde.

Wir unterstützen auch die Kampagne „In 9 Monaten. de“ des Aktionsbündnisses gegen AIDS. Sie fordert, dass

jede schwangere Frau Zugang zu einem HIV-Test und zu Medikamenten bekommt, die ihr Kind vor einer HIV-Infektion schützen. Diese Medikamente ermöglichen zudem, dass Kinder ohne Angst vor einer HIV-Infektion gestillt werden können. Hierfür werden umfassende finanzielle Mittel benötigt, die unsere Regierung entsprechend aufbringen muss.

Daneben engagieren wir uns in der AG Gesundheit des Verbandes Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO). Hier setzen wir uns ebenfalls für die gesundheitsbezogenen Millenniumentwicklungsziele ein. Seit 2010 sind wir darüber hinaus Mitglied der weltweiten Micha-Initiative, die sich für diese Ziele in über 40 Ländern einsetzt. Sie ruft vor allem Christinnen und Christen auf, Verantwortung zu übernehmen.

Dabei geht es letzten Endes darum, dass wir den Ruf nach Gerechtigkeit wieder hören, der von den Propheten im Alten Testament immer wieder laut verkündet wurde. Der Prophet Micha hat es so ausgedrückt:

„Es ist dir gesagt, Mensch, was gut ist, und was der Herr von dir fordert, nämlich nach Gerechtigkeit streben und Liebe üben und demütig sein vor deinem Gott. (Micha 6,8).“ Die Aufgabe, unsere Stimme für Arme und Bedürftige zu erheben, wollen wir auch im kommenden Jahr sehr ernst nehmen. Dabei freuen wir uns über die Unterstützung unserer Leserinnen und Leser.

Dr. Gisela Schneider



Wie kommt Ndala zum lebensrettenden Medikament?

Krank zu werden in einem wirtschaftlich armen Land bedeutet häufig, in Lebensgefahr zu geraten. Für eine Behandlung ist es dabei nicht nur wichtig, dass es Ärzte/-innen und Pflegekräfte gibt, sondern auch Medikamente und pharmazeutisches Personal. Die folgende Geschichte gibt einen kleinen Einblick in diese Thematik und zeigt auf, wie pharmazeutische Systeme von der Difäm-Arzneimittelhilfe konkret gefördert werden.

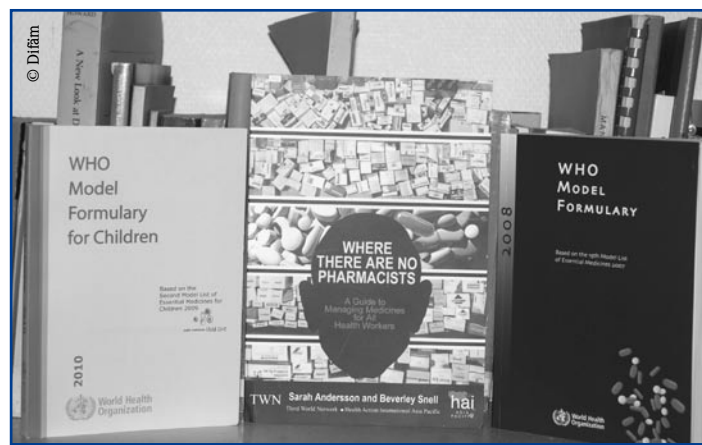
Ndala ist ein junges Mädchen im Osten des Kongo. Ihre Familie ist sehr arm. Normalerweise hilft sie ihren Eltern bei der Arbeit auf dem Feld oder im Haushalt. Seit ein paar Tagen hat sie Fieber, Kopfschmerzen, Durchfall und muss sich häufig übergeben. Ihre Eltern entscheiden, dass sie mit der Mutter zur nächsten Gesundheitsstation gehen muss. Es dauert mehrere Stunden, bis sie dort ankommen und es warten schon sehr viele Menschen auf ihre Behandlung. Nach längerer Zeit wird sie untersucht und es wird festgestellt, dass sie an Malaria erkrankt ist. Die Ärztin verschreibt ihr ein Medikament, das sie sofort einnimmt. Weil es schon so spät ist, übernachten sie in der Gesundheitsstation. Am nächsten Tag stellt sich heraus, dass das Medikament bei Ndala nicht mehr wirkt. Die Malaria-Erreger sind gegen den Wirkstoff resistent. In der Gesundheitsstation gibt es jedoch kein anderes Malaria-medikament. Ndala muss nun dringend ins nächste Krankenhaus. Leider müssen sie zu Fuß weiterlaufen, denn sie haben kein Geld für den Bus. Im Krankenhaus warten wieder viele Menschen auf Behandlung. Es dauert lange, bis Ndala an die Reihe kommt. Die Ärztin verschreibt ihr ein anderes Malariamedikament, das sie in der Krankenhausapotheke bekommen soll.

Was nun geschieht, kann sehr unterschiedlich sein:

Szenario 1: Das Medikament ist seit Wochen nicht im Regal, weil der zuständige angelernte Mitarbeiter nicht weiß, wie der Arzneibedarf vorausschauend geplant und organisiert werden kann.

Was wir tun - Qualifizierung von Fachkräften:

- Wie bereits in anderen Ländern, wurde im Jahr 2010 mit Unterstützung des Difäm in Ghana eine Analyse erstellt: In wie vielen christlichen Krankenhäusern Ghanas arbeitet pharmazeutisches Personal, und wie ist dieses ausgebildet? Nur mit diesen konkreten Daten kann dann versucht werden, Lücken zu füllen.
- In Malawi und in Tansania unterstützt das Difäm Studierende, die einen pharmazeutischen Beruf erlernen, mit einem Stipendium.
- Aus Sierra Leone, Kenia und Moldawien konnte pharmazeutisches Personal an einer zweiwöchigen Fortbildung über pharmazeutisches Management teilnehmen.
- Das Difäm bildete die Brücke zu „Brot für die Welt“, um dem Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerk EPN Zugang zu einer zweijährigen Förderung zu ermöglichen: In einem Pilotprojekt wird ein Modul für eine dreimonatige pharmazeutische Grundausbildung entwickelt, getestet und dann über die christlichen Gesundheitsbüros in verschiedenen Ländern umgesetzt. Ziel ist, dass in allen Krankenhäusern Afri-



kas südlich der Sahara mit mehr als 50 Betten eine pharmazeutische Fachkraft tätig ist.

Szenario 2: Das benötigte Medikament ist nicht vorrätig, weil die Apotheke gefüllt ist mit Arzneimitteln, die man nicht so dringend braucht. Hintergrund: Es gibt viel mehr Medikamente zu kaufen, als eigentlich benötigt werden, um eine gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation schon 1977 eine Liste der wichtigsten Medikamente erstellt. In einer guten Krankenhausapotheke wissen die Mitarbeitenden, dass sie sich beim Einkauf an dieser Liste orientieren können.

Was wir tun - Bücher für Krankenhausapotheken:

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zwei wichtige Nachschlagewerke herausgegeben, die die Auswahl und den Gebrauch essentieller Medikamente für Erwachsene

und für Kinder erläutern. Ein weiteres Buch erklärt in einfachsten Worten und Bildern die Funktion einer Krankenhausapotheke (hrsg. von Third World Network und HAI-Asia). In einem gemeinsamen Projekt mit der WHO und dem Ökumenisch-Pharmazeutischen Netzwerk (EPN) wurden diese drei Bücher allen kirchlichen Gesundheitsbüros in Afrika und Indien für ihre Krankenhäuser mit über 50 Betten angeboten. Bis Ende 2010 wurden 1855 Krankenhäuser aus 16 Ländern als Adressaten identifiziert. Anfang März 2011 werden sie in Nairobi ankommen und dann den Gesundheitsbüros zur Verteilung kostenlos zur Verfügung gestellt.

Szenario 3: Das Medikament ist vorhanden, denn seit einiger Zeit werden die Medikamente immer über die kirchliche Zentralapotheke eingekauft. Diese Zentralapotheke hat eine Übersicht über den Bedarf und verhandelt die Preise mit den Lieferanten. Sie bestellt in großen Mengen, das ist kostengünstig und reduziert die Transportkosten. Sie unterhält ein Lager mit Medikamenten und medizinischen Gütern und liefert die Materialien an die Gesundheitseinrichtungen aus.

*rechts: Kamerun:
Training zur Qualitätsprüfung von Medikamenten*

links: Regallieferung für MEDS in Kenia

Was wir tun - Förderung von Zentralapotheken:

Das Difäm steht in engem Kontakt zu 15 kirchlichen Zentralapotheken

in Afrika. Durch die Förderung und Qualifizierung solcher Einrichtungen können Millionen von Menschen mit Medikamenten versorgt werden.

- Die Difäm-Arzneimittelhilfe nutzte auch 2010 vor allem die kirchliche Zentralapotheke MEDS (Mission for Essential Drugs & Supply) in Kenia für Lieferungen in verschiedene Länder. Ein Großauftrag der Diakonie Katastrophenhilfe im Wert von über 150.000 Euro wurde dort innerhalb von drei Wochen für den Export von Kenia nach Somalia versandfertig bereitgestellt.

- Ein weiteres Projekt: Eine neue Lagerhalle musste mit Hochregalen ausgestattet werden. Hierfür bat MEDS um Hilfe. Die Suche nach einem passenden, gebrauchten Regalsystem war mühsam, aber letztlich erfolgreich. Im November 2010 konnten neun volle Großcontainer von Deutschland nach Mombasa verschifft werden. Sie sind inzwischen in Nairobi eingetroffen.

Szenario 4: Ndala und ihre Mutter können das Medikament kaufen, da es seit kurzem möglich ist, günstige Arzneimittel in guter Qualität zu besorgen.

Was wir tun - Qualitätssicherung von Medikamenten:

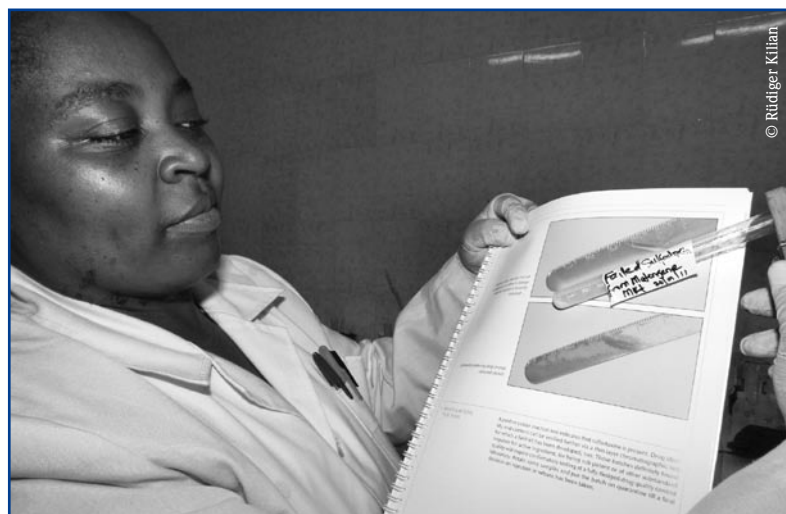
- Die Einrichtung eines qualifizierten Prüflabors ist sehr aufwän-

dig. Viele Jahre hatte es gedauert, bis das Labor von MEDS in Kenia so gut ausgerüstet war, dass es von der Weltgesundheitsorganisation anerkannt wurde. Heute prüft dieses Labor Medikamente für viele afrikanische Partner. Ein Meilenstein, der unter großer Anstrengung mit intensiver Begleitung des Difäm erreicht wurde. Auch 2010 hat das Difäm Arzneiprüben von verschiedenen Ländern und Partnern dort analysieren lassen.

- Bei einem weiteren Projekt ist das Difäm beratend eingebunden: Hier geht es um die Entwicklung einer einfachen und kostengünstigen Technologie, mit der auf wissenschaftlicher Basis Medikamente auf ihre Qualität hin untersucht werden können. Difäm-Partner aus Tansania, Kamerun und Ghana wie auch die dortigen Universitäten arbeiten in diesem Projekt mit, das vom Missionsärztlichen Institut Würzburg aus koordiniert und vom Bundesforschungsministerium finanziert wird.

Und wie erging es nun Ndala? Sie hatte Glück und erhielt das passende Medikament zu einem günstigen Preis. Dass dies möglich war, verdankt sie der guten Leitung des Krankenhauses, die verstanden hat, dass auch das pharmazeutische System viel Aufmerksamkeit benötigt.

Albert Petersen



Brauchen wir neue Medikamente?

In Deutschland sind etwa 3000 Arzneistoffe auf dem Markt - in Skandinavien kommt man mit weniger als 1000 aus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft 350 Arzneistoffe als unentbehrlich ein. Reichen sie aus, um besonders in wirtschaftlich armen Ländern Gesundheit zu fördern? Sehr viele Menschen können mit den vorhandenen Medikamenten gesund werden, und die meisten der rund neun Millionen Kinder, die jährlich sterben, könnten mit einfachen, kostengünstigen Präparaten gerettet werden, wenn sie diese erhalten würden.

Trotzdem sind wir weit entfernt von einer optimalen Medikamentenpalette. Insbesondere bei Kindermedikamenten bestehen noch große Lücken. Aluvia (in Deutschland Kaletra) ist z. B. ein sehr wichtiges Präparat zur HIV- und Aidsbehandlung von Kindern. Die Tablette für Kinder ist jedoch 1,5 cm groß. Wie sollen Kleinkinder diese zweimal täglich schlucken? Alternativ bietet die Firma einen Sirup an. Dieser muss aber im Kühlschrank gelagert werden, enthält 43 Prozent Alkohol und schmeckt bitter – dabei handelt es sich hier um eine Dauertherapie!

Flüssige orale Darreichungsformen stufen Experten der WHO und von UNICEF heute als sehr problematisch ein, vor allem für wirtschaftlich arme Länder. Die Dosierungen sind in der Regel ungenau, da Messlöffel u. ä. nicht vorhanden sind. Zuckerkhaltige Formen sind instabil, gerade bei tropischen Temperaturen und Mangel an Kühlschränken. Viele Säfte schmecken bitter und werden von Kleinkindern ausgespuckt oder erbrochen. Auch die Transportkosten schlagen zu Buche bei Flaschen. Deshalb geht der Trend heute in Richtung löslicher Kleintablette oder löslichen Granulats in Dosierungsbeuteln. Diese neuen Präparate sind zudem in der Anschaffung bis zu zwei Drittel günstiger. Bewusstseinsbildung ist hier sehr wichtig, damit diese Neuentwicklungen schnell in den Gesundheitseinrichtungen bekannt werden und lokale Gesundheitsbehörden sie rasch in ihre Richtlinien aufnehmen.

Aus Mangel an Wissen und Alternativen werden vielerorts immer noch

Tabletten für Erwachsene in Kinderdosierungen geteilt. Dies führt zu falschen Dosierungen und zu Verunreinigungen. Gefährliche Komplikationen können entstehen, wenn Tabletten genommen werden, die z. B. für Kleinkinder gar nicht geeignet sind oder wo durch das Zerteilen magensaftschützende Ummantelungen brechen.

Die WHO, UNICEF und andere arbeiten zudem an neuen Dosierungsempfehlungen. Studien ergaben z. B., dass die Dosierungen für Tuberkulosepräparate bei Kindern nicht stimmten, sie mussten deutlich erhöht werden. Solche Erkenntnisse führen dann dazu, dass die entsprechenden Präparate (noch) nicht zur Verfügung stehen – insbesondere nicht in den heute üblichen Kombinationen. Expertengruppen entwickelten einen langen Forderungskatalog an die Industrie, der aufzeigt, bei wie vielen Krankheiten optimale Medikamente fehlen.

Weltweit, auch in Deutschland, droht eine dramatische Situation: Immer mehr Erreger werden gegen gängige Antibiotika resistent – in der Regel durch falsches Verschreibungsverhalten. Es vergeht immer weniger Zeit von dem Moment, an dem das neue Medikament auf dem Markt ist, bis zur Resistenz. So bleibt den Firmen auch immer weniger Zeit, über den Verkauf der Medikamente ihre Forschungs- und Entwicklungsgelder wieder zu erwirtschaften. Dies führt dazu, dass immer weniger neue Antibiotika entwickelt werden.



Sehr viele Neuentwicklungen von Medikamenten, insbesondere bei HIV & Aids, Malaria und Tuberkulose, aber auch Krebspräparate, werden heute maßgeblich durch Stiftungen und öffentliche Gelder finanziert. Die Zivilgesellschaft fordert deshalb, dass auch die Vermarktung und vor allem die Preisfestsetzung solcher Präparate von der öffentlichen Hand bestimmt und kontrolliert werden muss und nicht von den produzierenden Pharmafirmen. Nur so kann es gelingen, dass dringend benötigte Medikamente patentfrei, und damit kostengünstig, auf den Markt kommen. Einzelne Beispiele dafür gibt es bereits bei Malariamedikamenten. Auch für die Entwicklung neuer Antibiotika wäre dieses Modell sehr sinnvoll, damit die Firmen einen Anreiz bekommen, neue wirksame Arzneistoffe zu erforschen.

Ja, wir brauchen auf vielen Gebieten neue Medikamente. Wir brauchen dringend neue Darreichungsformen für Kinder und wir brauchen auch dringend, gerade bei HIV & Aids, Malaria und Tuberkulose, neue, auch kindgerechte Kombinationspräparate.

Albert Petersen

Gesundheit und Heilung: Was bedeutet dies für Menschen mit Behinderung?

Samuel Kabue (58) ist Koordinator des Ecumenical Disability Advocates Network (EDAN), eines Netzwerks von und für Menschen mit Behinderungen des Ökumenischen Rats der Kirchen (ÖRK). Anlässlich eines Treffens einer Arbeitsgruppe des ÖRK im Difäm sprach Samuel Kabue mit Regina Seitz.

Was war der Anlass für Ihre Reise nach Tübingen?

Die vom Difäm koordinierte Arbeitsgruppe „Strategy Group on Health and Healing“ des ÖRK traf sich, um darüber zu diskutieren, wie lokale Gemeinschaften ihre eigenen Fähigkeiten zur Förderung von Gesundheit und Heilung besser nutzen können. Die zwölf Mitglieder der Gruppe aus acht Ländern sind Fachleute aus der Entwicklungszusammenarbeit, Medizin, Theologie und Psychologie. Ich vertrete die Anliegen von Menschen mit Behinderungen in dieser Gruppe.

Was ist der Beitrag von EDAN zum Thema Gesundheit und Heilung?

In der Arbeitsgruppe wollen wir ein ganzheitliches Verständnis von Heilung begründen, das theologische, medizinische und wissenschaftliche Sichtweisen und Erkenntnisse zusammenführt. Dabei ist es besonders wichtig, ein Verständnis von Heilung zu entwickeln, das auch für

Menschen mit Behinderung stimmig ist. Denn es geschieht immer wieder, dass sich Menschen mit Behinderung ausgeschlossen fühlen. Ihre Behinderung ist meist nicht heilbar im medizinischen Sinne. Was bedeutet dann der Begriff Heilung für sie? Kann es hier um die Wiederherstellung von körperlicher, seelischer oder geistiger Gesundheit gehen? Bei EDAN haben wir begonnen, den Begriff Heilung sehr stark mit dem Begriff Beziehung zu verknüpfen. Ein Mensch mit Behinderung, der eingebettet ist in ein Netz guter und versöhnlicher Beziehungen zu anderen Menschen und zu Gott, der seinen Platz im Leben hat, kann das Gefühl des Gesundseins bzw. "Heil-Seins" sehr wohl empfinden. Wie oft sprechen wir jedoch davon, dass der Mensch das Ebenbild Gottes ist. Wie fühlt sich ein Mensch mit Behinderung in einem Körper, der ganz und gar nicht "göttlich" im Sinne von "perfekt" oder "schön" ist? Hier geschehen innerhalb der Kirche tagtäglich tiefe Verletzungen und massive Ausgrenzungen. Wir wollen Sichtweisen korrigieren und konkrete Veränderungen anstoßen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene, sowohl in Kirchen wie auch gesamtgesellschaftlich.

Inklusion ist ein zentraler Begriff - was meint dies?

Inklusion meint, dass Menschen mit Behinderungen ein wichtiger Teil unserer Gesellschaft sind und wir ihnen einen konkreten Platz in Kirche und Gesellschaft zuerkennen müssen. Dafür müssen Strukturen geändert werden, und es reicht nicht, Menschen mit Behinderungen – im Sinne der Integration – in bestehende Strukturen einzugliedern. In der

internationalen Diskussion werden die speziellen Fähigkeiten und Bedürfnisse dieser Menschen nicht ausreichend berücksichtigt. Bei den zentralen Fragestellungen unserer Zeit sollte der Fokus immer auch auf Menschen mit Behinderung liegen, zum Beispiel wenn wir über Millenniumsentwicklungsziele, Menschenrechte, über HIV und Aids oder über Konflikte diskutieren. Wir arbeiten hierzu auch eng mit Einrichtungen der Vereinten Nationen zusammen.

Was können die Kirche und die Gesellschaft konkret tun?

Zunächst geht es um Bewusstseinsbildung. Wir bemühen uns sehr, diese Fragestellungen in die theologische Ausbildung zu integrieren. Dies ist uns schon in etlichen Ländern gelungen. Deutschland hat die UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen unterzeichnet, aber sie wird bei weitem nicht umgesetzt. Deshalb fordern wir die Regierungen auf, konkrete Gesetze zu erlassen, um die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.

Sind Sie zufrieden mit den Ergebnissen Ihres Treffens?

Wir haben uns klare Arbeitsziele gesetzt und unser Selbstverständnis umfassend geklärt. Bei einer so heterogenen internationalen Gruppe war dies ein intensiver Prozess, der uns gut gelungen ist. Ich bin sehr zufrieden und gespannt, wie sich diese Arbeit weiterentwickelt. Das Difäm ist seit vielen Jahren wichtiger Partner des ÖRK und spielt in der Koordination dieser Arbeit eine zentrale Rolle.

Mitglieder der ÖRK-Arbeitsgruppe mit Samuel Kabue (3.v.li.vorne)



Parasitologische Studie

Im November 2010 wurden im Christlichen Krankenhaus von Koyom, im Süden des Tschad, 291 Kinder im Alter von 6 – 10 Jahren auf Wurminfektionen untersucht. Ziel war es, verlässlichere und statistisch relevante Informationen über die aktuelle Häufigkeit dieser Erkrankungen zu erhalten.

Wurminfektionen bei Kindern sind nicht lebensbedrohlich, aber sie tragen häufig dazu bei, dass Kinder unter Blutarmut leiden, sich körperlich langsamer entwickeln und schlechtere schulische Leistungen erbringen. Seit 2003 werden im Rahmen eines von „Brot für die Welt“ geförderten Projektes alle sechs Monate Massenentwurmungen durchgeführt. „Mit der parasitologischen Studie (Geohelminthen-Studie) wollten wir nun überprüfen, ob wir damit weitermachen oder diese Maßnahmen korrigieren müssen“, erklärt Dr. Johannes Schäfer vom Difäm. An der Durchführung der Studie war aus Deutschland die Laborantin Karin Ludwig vom Difäm beteiligt. Neben dem leitenden Arzt Dr. Djékadoum Ndilta arbeiteten vier Laboranten und vier Assistenten aus Koyom und Koumra, einem weiteren Partnerkrankenhaus des Difäm, an der Studie mit.

Staubige Laboruntersuchungen

Schon die Organisation der Studie stellte eine Herausforderung dar. Zur Durchführung einer parasitologischen Studie bei Kindern empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation, ein mobiles Labor in einem Klassenzimmer einzurichten. Ein guter Rat, meint Karin Ludwig – aber was tun, wenn es gar kein Klassenzimmer gibt? „Deshalb war es notwendig, die Proben so schnell wie möglich ins Krankenhauslabor in Koyom zu bringen. Aber selbst die Untersuchung der Kinder war damit schon eine Herausforderung. Einmal brachte ein Schulleiter sogar seine privaten Stühle mit, um Ablagemöglichkeiten zu schaffen. Wir haben die Kinder auch gewogen, aber oft war es ganz schwierig, die Waage richtig auszutariieren, weil der Boden so uneben war. Immer haben

wir auch das nötige Wasser mitgebracht, denn wir mussten ein Minimum an Hygiene einhalten können. Es war sehr beeindruckend, wie die Kinder das alles mitgemacht haben. Sie waren sehr gut vorbereitet und alle immer vollständig anwesend.“ Sogar am hohen Feiertag, dem muslimischen Schlachtfest, wurde die Studie weitergeführt – dies sei bei allen Beteiligten keine Frage gewesen. „Die tägliche Arbeit war nicht ganz einfach“, erklärt Karin Ludwig. „Zum einen war es bei über 35 Grad sehr heiß – zum anderen mussten wir enge Zeitabläufe einhalten. Alle Proben eines Tages mussten noch am gleichen Tag untersucht werden, nur so konnten wir sicherstellen, dass die Ergebnisse brauchbar sind. Wir sind also nach dem Besuch in den Schulen ins Krankenhaus zurückgefahren und haben dort sofort weitergemacht. Bei der Vorbereitung haben wir wirklich an jedes Detail gedacht, nur nicht daran, richtige Pausen einzuplanen. Aber alle haben das Pensum mit viel Energie durchgehalten!“

Engagement und Partnerschaft

Die Vorarbeit und Organisation vor Ort wurden von Dr. Ndilta verantwortet. „Sein Engagement war wirklich bewundernswert“, betont Karin Ludwig. „Einmal konnten wir die Schule mit den Kindern nicht erreichen – sie war wegen der Regenzeit noch vollständig von Wasser umgeben. Dr. Ndilta krepelte kurz entschlossen die Hosenbeine hoch und begleitete die Kinder an die Stelle, an die wir mit unserem Auto hinfahren konnten.“ Johannes Schäfer ergänzt: „Wenn man das ‚normale‘ Chaos im Tschad kennt, weiß man, dass die Organisation und die reibungslose Durchführung dieser Studie wirklich eine

Meisterleistung waren!“ Für ihn ist die Durchführung dieser Studie ein Beispiel für echte Partnerschaft, denn jeder habe den anderen für den Erfolg gebraucht. „Diese Kooperation stärkt die Mitarbeitenden vor Ort in besonderer Weise. Sie erleben häufig, dass Wichtiges nicht erreichbar ist und sie fühlen sich auch oft überfordert. Diese Erfahrung war deutlich anders und sie konnten ihr Potential, mehr erreichen zu können, wirklich erleben.“

Die Studie ist Bestandteil einer Reihe von Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheitsversorgung der Menschen im Gesundheitsdistrikt von Koyom, in dem rund 170.000 Menschen leben. Das Difäm unterstützt das Krankenhaus im Bereich der Gesundheit für Mutter und Kind, in der HIV- und Aidsarbeit und bei der Versorgung mit Arzneimitteln und medizinischem Material. „Brot für die Welt“ ist ebenfalls langjähriger Kooperationspartner des Krankenhauses.

Regina Seitz *Kinder, die an der Studie teilgenommen haben*



Publikationen und Termine

HERZLICHE EINLADUNG ZU UNSEREN ZAHLREICHEN VERANSTALTUNGEN IN DIESEM JAHR:

Sonntag, 3. April um 17 Uhr: Benefizkonzert

Musik von Händel, Vivaldi und Mozart in der Kath. Kirche St. Ägidius, Tübingen-Hirschau, Ausführende: Streicherensemble aus Tübingen und Umgebung

Freitag, 6. Mai um 19 Uhr: Abend der Begegnung

Aktuelles aus unseren Projekten – Zeit für Gespräch und Austausch

Sonntag, 26. Juni ab 10 Uhr: Eine-Welt-Tag

Vom Pionier zum Partner auf Augenhöhe. Christliche Gesundheitsarbeit in Bewegung

Samstag, 24. September von 14 – 18 Uhr:

Tag der weltoffenen Tür

Gesundheit gerecht gestalten

Samstag, 19. November um 17 Uhr:

Benefizmusical „Bathseba“

Aufführung der Regenbogen-Kids für Jugendliche und Erwachsene

Weitere Angebote im Rahmen unserer Aktionswochen

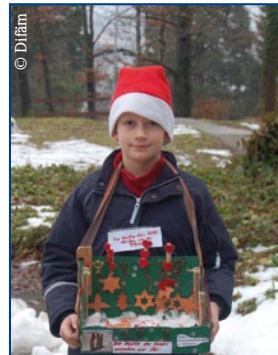
finden Sie auf unserer Homepage: www.difaem.de

Neu im Herbst:
Aktionswochen
„Gesundheit gerecht
gestalten“

Zahlreiche Menschen haben sich in den letzten Monaten für uns engagiert – ganz herzlich danken wir:

Der Frauengruppe „Frauen für Frauen“ aus Pliezhausen-Dörnach für den Erlös ihrer Basare, Dr. Ulrike Mühlhäuser für ihren Einsatz zugunsten des Buchprojekts der Arzneimittelhilfe, Ben Feucht für seine Weihnachtsaktion mit Bauchladen, dem Streicherensemble mit Prof. Dr. Hamacher für das Konzert im Advent und dem Strickkreis Simmozheim für die vielen Decken, die in diesem Winter in großer Anzahl nach Rumänien transportiert wurden.

Unser herzlicher Dank gilt darüber hinaus allen, die uns im letzten Jahr mit einer Spende bedacht haben!



SEMINARE

Neu: Tagesseminare zur Malariadiagnostik

19. März und 3. Dezember 2011

Labordiagnostik in der Tropenmedizin

31. März – 2. April 2011

Infektionskrankheiten

7. – 9. April 2011

Medizinisches Basiswissen für das Leben in den Tropen

23. Juli 2011 (für Laien geeignet)

Kindergesundheit und Safe Motherhood

13. – 15. Oktober 2011

HIV und Aids

15. – 17. Dezember 2011

Public Health und Tropenmedizin

7. November bis 2. Dezember 2011 mit anschließendem Kurs für Labordiagnostik in der Tropenmedizin vom 5. – 7. Dezember 2011.

Weitere Informationen zum Seminarangebot des Difäm finden Sie unter www.difaem.de

NAMEN UND NACHRICHTEN

Herzlich begrüßen wir Christine Grawunder, Politologin, die die Projektkoordination im Team Gesundheitsdienste übernommen hat. Sie vertritt Iris Williams in der Elternzeit.

Verabschiedet haben wir uns von Willi Focken, dem letzten Zivildienstleistenden der Arzneimittelhilfe. Damit geht eine Ära dem Ende zu: Ohne die vielen Zivildienstleistenden wäre die Arbeit der

Arzneimittelhilfe in den 50 Jahren ihres Bestehens bei Weitem nicht zu leisten gewesen. Ein herzlicher Dank an alle, die sich hier mit eingebracht haben!