

DOSSIER

GESUNDHEIT
FÜR KINDER
WELTWEIT



DIE STERNSINGER
KINDERMISSIONSWERK

→ KINDER
IM FOKUS

→ BERICHTE
UND INTERVIEWS

→ FAKTEN
UND DATEN



LIEBE LESERINNEN UND LESER,

wie steht es um die Gesundheit von Kindern in Entwicklungsländern? Was bedroht sie? Was macht junge Menschen krank? Wie sieht es mit der Gesundheitsversorgung aus? Welche Rolle spielen dabei kirchliche Einrichtungen? Was bedeutet „Global Health Governance“, wie und warum sind wir Teil davon? Wie engagiert sich das Kindermissionswerk für eine bessere Gesundheitsversorgung, was motiviert unsere Projektpartner bei ihrer Arbeit? Wie gehen sie mit kranken Kindern um, wie stehen sie den Familien zur Seite?

Antworten auf diese Fragen möchte Ihnen das vorliegende Dossier geben. Beiträge von Fachleuten und Projektpartnern, Zahlen, Fakten und Projektbeispiele gewähren einen tieferen Einblick in das Thema Kindergesundheit in Entwicklungsländern.

Ausdrücklich danken möchte ich den vielen Gastautoren, die sich trotz hoher Arbeitsbelastung die Zeit genommen haben, einen Beitrag für unser Dossier zu verfassen. Gemeinsam ist uns – den Autoren, den Mitarbeitenden des Kindermissionswerks und sicherlich auch Ihnen, liebe Leserinnen und Leser – das Anliegen, dass überall in der Welt die gesundheitliche Versorgung von Kindern gewährleistet wird, und zwar unabhängig von ihrer Herkunft, Hautfarbe, Religion und dem sozialen Status der Eltern.

Eine informative Lektüre wünscht Ihnen

Prälat Dr. Klaus Krämer
Präsident des Kindermissionswerks „Die Sternsinger“

INHALTSVERZEICHNIS

Teil 1: Kindergesundheit weltweit – unser Anliegen

- „Heilt die Kranken“ – Politische, soziale und theologisch-ethische Aspekte zum Thema Kindergesundheit *Markus Offner* 5
 Ressourcenmangel in Entwicklungsländern bedroht die von Kirchen geleistete Gesundheitsversorgung *Dr. Sonja Weinreich* 8

Teil 2: Die Krankmacher – was Kindergesundheit bedroht

- Krankmacher Armut *Verena Hanf* 12
 Infografik: Kindersterblichkeit und Armut weltweit 14
 Häufigste Todesursachen bei Neugeborenen und Kleinkindern in Entwicklungsländern 16
 Krankmacher Ernährungsmangel *Dr. Barbara Breyhan* 20
 Krankmacher Umwelt und Gesellschaft *Verena Hanf* 24
 Gesundheitsgefahr Klimawandel *Dr. med. Winfried Zacher* 28

Teil 3: Kindergesundheit im globalen Blickfeld

- „Global Health Governance“ oder: Weltgesundheit ist das Werk von uns allen *Prof. Dr. Wolfgang Hein* 32
 Personalkrise überwinden, Informationstechnologie nutzen *Dr. med. Klemens Ochel* 35
 „Enormer Nachholbedarf in der Forschung“ – Ein Plädoyer der BUKO-Pharma-Kampagne 38
 Zugang zu Medikamenten: „Kinder doppelt benachteiligt“ *Claudia Jenkes und Dr. med. Klemens Ochel* 39

Teil 4: Kindergesundheit an der Basis fördern

- Mit einfachen Methoden Kinderleben retten *Dr. med. Piet Reijer* 41
 Projektbeispiele Lateinamerika
 Schulmedizin mit traditionellen Heilmethoden verknüpfen – der Centro de Medicina Andina in Cusco / Peru 44
 Die Pastoral da Criança in Brasilien – ein Erfolgsmodell 46
 Projektbeispiele Asien
 Ernährung, Bildung, Aidsprävention – das Mother of Perpetual Help Center in Nong Bua Lamphu / Thailand 49
 Ambulante und stationäre Versorgung der Santal in Westbengalen / Indien 51
 Projektbeispiele Afrika
 Mutter-Kind-Versorgung im Angar-Guten-Tal / Äthiopien 54
 Erfolgreich gegen Malaria und Parasiten – der Benediktiner-Gesundheitsdienst in Peramiho / Tansania 56

Teil 5: Projektpartner berichten: Umgang mit Kinderkrankheit und Tod als pastorale Herausforderung

- „Kinder wollen wissen, welche Krankheit sie haben“ – *Schwester Esther Wairimu Mwangi, Kenia* 59
 „Es ist schwer, ein Kind sterben zu sehen“ – *Péguedwendé P. Rose Zongo, Burkina Faso* 62
 „In unserer Region ist man solidarisch“ – *Schwester Esther Ekpo, Burkina Faso* 64
 „Prävention ist uns besonders wichtig“ – *Schwester Pheelima, Indien* 65
 „Gesundheit ist keine individuelle Angelegenheit“ – *Carlos F. Vallejo Narváez, Mexiko* 66
 „Jeden Tag mein Bestes geben“ – *Makur Ater John, Südsudan* 68

- Impressum 71

TEIL 1

Kindergesundheit weltweit – unser Anliegen



HEILT DIE KRANKEN (LK 10,9)

Einige politische, soziale und theologisch-ethische Aspekte zum Thema Kindergesundheit

„**A**rmut tötet. Weltweit besteht ein enger Zusammenhang zwischen Armut und schlechter Gesundheit“.¹ Knapp und eindringlich beschreibt der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen den Teufelskreis von Armut und Krankheit. Armut verhindert, dass Menschen ihre Grundbedürfnisse – gesunde Ernährung, sauberes Wasser, Hygiene, medizinische Grundversorgung, soziale Dienste – hinreichend befriedigen können. Die dadurch verursachte schlechte Gesundheit schränkt die Arbeitsfähigkeit ein. Die Folge sind geringeres Einkommen und noch größere Armut. Insofern ist die Verbesserung der Gesundheitssituation ein wichtiger und unmittelbarer Beitrag zur Bekämpfung der Armut. Sie ist eine politische, soziale und auch theologisch-ethische Herausforderung.

Völkerrechtlich verbindlich

Die Weltgemeinschaft hat darum im September des Jahres 2000 bei der Vollversammlung der Vereinten Nationen neben anderen Entwicklungszielen beschlossen, bis zum Jahr 2015 die folgenden drei medizinischen beziehungsweise gesundheitspolitischen Ziele zu verwirklichen: Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern sowie die Bekämpfung von

HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose (TB) und anderer Krankheiten.² Der völkerrechtlich verbindliche Auftrag zu handeln ist grundgelegt. Das Recht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit ist ein Grundrecht, das von allen Nationen und Institutionen verteidigt und geachtet werden muss.³ Daher darf es nicht sein, dass Gesundheit innerhalb eines unter dem Druck der Globalisierung privatisierten Gesundheitswesens zur Ware wird, die ausschließlich den Gesetzen von Angebot und Nachfrage unterliegt.

Mit Blick auf die Situation der Kinder wird dieses Menschenrecht ausdrücklich und konkret im Rahmen der UN-Kinderrechtskonvention⁴ ausgeführt. Orientiert am Vorrang des Wohles des Kindes (Art. 3) und am Recht jedes Kindes auf Leben (Art. 6) führt der Art. 24 zur Gesundheitsfürsorge aus:

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“

Im Abschnitt 2 werden die entscheidenden Handlungsfelder benannt: Verringerung der Säuglings- und

Kindersterblichkeit; Sicherstellung ärztlicher Hilfe und Gesundheitsfürsorge; Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung; Bekämpfung von Unter- und Fehlernährung u. a. durch die Bereitstellung ausreichender vollwertiger Nahrungsmittel und sauberen Trinkwassers; angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung.

Hinzu kommen partizipative Elemente wie Schulungen und Aufklärung für Eltern und Kinder über Gesundheit und Ernährung des Kindes, Hygiene und Unfallverhütung. Den Abschluss dieses Artikels bildet die besondere Fokussierung der Südländer: „Bei den Maßnahmen sind die Bedürfnisse der Entwicklungsländer besonders zu berücksichtigen.“

Kranke als Ebenbild Gottes

Der ethische Imperativ, nicht nur individuell, sondern auch auf institutioneller, staatlicher und überstaatlicher Ebene kranken Menschen zu helfen, ist völkerrechtlich verbindliches Allgemeingut geworden.

In der jüdisch-christlichen Tradition hat die Zuwendung zu den Kranken ihr Fundament in der Ebenbildlichkeit mit Gott (Gen 1,27). Daraus ergibt sich die sittliche Verpflichtung zur Ehrfurcht vor jedem Menschen,

ob geboren oder ungeboren, ob gesund oder behindert. Zudem begegnet uns nach christlicher Überzeugung Christus in jedem Menschen (Mt 25: „Was ihr dem geringsten meiner Brüder ...“). Aus dem biblischen Schöpfungsbericht folgt auch die Ehrfurcht vor jedem Geschöpf, die Achtung vor jedem Lebewesen und der behutsame Umgang nicht nur mit Pflanzen und Tieren, sondern mit allen Schöpfungsressourcen, was wiederum der Gesundheit des Menschen dient.

Krankheit – keine Folge individueller Schuld

Schon immer haben die Religionen den Zusammenhang von Heilung und Heil präsent gehalten. Auch die Zehn Gebote Moses sind nicht zuletzt Richtlinien für die gesunde Entfaltung des Einzelnen wie auch für das Gedeihen der menschlichen Gemeinschaft insgesamt. Beginnend mit Hiob im Alten Testament als lei-

dendem Gerechten verdichtet sich im Neuen Testament die Überzeugung, dass es keinen Zusammenhang zwischen individueller Schuld und Krankheit gibt, im Unterschied zu den fernöstlichen Religionen Hinduismus und Buddhismus mit ihren Vorstellungen von Reinkarnation und Karma.

In der Geschichte von der Heilung des Blindgeborenen weist Jesus jegliche Spekulation über einen Zusammenhang von Sünde und Krankheit entschieden zurück (Joh 9,1-12).

Vielmehr deutet Jesus die Sünde als eine Art Krankheit, die der Heilung bedarf, wenn er – der öffentlich mit als Sündern bekannten Personen isst und trinkt – sein Verhalten mit den Worten begründet: „Nicht die Gesunden brauchen den Arzt, sondern die Kranken.“ (Mk 2,17; Mt 9,12; Lk 5,31)

Zuwendung als Nachfolge Jesu

Jesu Leben zeigt eine besondere Zuwendung zu den Kranken (vgl. Mk 1,32-34). Das Beispiel Jesu, so berichten die ersten Kapitel der Apostelgeschichte, prägte sich tief in den Dienst der Urgemeinde ein (vgl. Apg 3; 5,15f). Die Sorge um die Kranken ist bis heute ein Erkennungszeichen der Kirche. In der Nachfolge Jesu ist der Besuch von Kranken von alters her eines der sieben leiblichen Werke der Barmherzigkeit.⁵

Heilung als Zeichen des anbrechenden Gottesreiches

Das von Christen geforderte Verhalten Kranken gegenüber ist unmittelbarer Ausdruck der Christus-Nachfolge – „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (Mt 25,36) – und hat seinen Grund in den im Neuen Testament bezeugten Krankenheilungen und der Lebenspraxis Jesu Christi selbst.

KINDERGESUNDHEIT DARF NICHT VOM GELDBEUTEL DER ELTERN ABHÄNGEN

Der Nachfolge Christi verpflichtet setzt sich das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ in Afrika, Asien, Ozeanien, Lateinamerika und Osteuropa für die umfassende Betreuung und Begleitung von Kindern ein, die wegen Armut und Ausgrenzung gesundheitlich besonders gefährdet sind. In Krankenhäusern, Gesundheitsstationen und ambulanten Diensten helfen Projektpartner durch Mangel und Krankheit geschwächten und beeinträchtigten Kindern, Kräfte zu gewinnen, zu genesen und sich ihren Fähigkeiten entsprechend zu entwickeln. Sie stehen aber auch insbesondere den Kindern zur Seite, die – körperlich oder geistig behindert – besonderer Hilfe und Unterstützung bedürfen.

Gleichzeitig fordern Projektpartner des Kindermissionswerks in ihren Ländern und Regionen sowie auf internationaler Ebene die umfassende Umsetzung des Kinderrechts auf Gesundheit und die Gewährleistung bestmöglicher Entwicklungschancen eines jeden Kindes. Voraussetzung dafür ist eine basisorientierte, allen zugängliche Gesundheitsversorgung, die nur durch eine Verbesserung der Gesundheitssysteme und gerechtere, am Gemeinwohl orientierte nationale und internationale Strukturen gesichert werden kann.

Kindergesundheit darf nicht vom Geldbeutel der Eltern abhängen. Gleich wo und unter welchen Umständen ein Kind geboren wird: Es ist ein Kind Gottes und hat ein Recht darauf, in Würde aufzuwachsen, sich zu entwickeln und zu leben.

Die von den Evangelisten berichteten Heilungen und Dämonenaustreibungen, die wir heute auch als Heilung schwerer psychischer Erkrankungen verstehen, müssen dabei immer im Zusammenhang mit der Verkündigung des Reiches Gottes durch Jesus gesehen werden. Sie sind Zeichen des anbrechenden Gottesreiches: Menschen werden von ihrem Leiden erlöst, und Hungrige werden gesättigt.

Jesus bezeugt: „Wenn ich aber die Dämonen (...) austreibe, dann ist das Reich Gottes schon zu euch gekommen.“ (Mt 12,28) Vorher heißt es bei Matthäus (11,4-5): „Blinde sehen wieder, und Lahme gehen; Aussätzige werden rein, und Taube hören; Tote stehen auf, und den Armen wird das Evangelium verkündet.“ Gerade dieses Jesuswort belegt, wie eng für Jesus das therapeutische Anliegen mit dem sozialen bzw. sozialkritischen verknüpft war. Seine Zeichen und Aussagen über das Reich Gottes belegen das ganzheitliche Heilsverständnis Jesu.

Die wieder gewonnene Gesundheit ist im christlichen Verständnis ein „Zeichen des Heils, das Gott uns durch Christus schenkt; sie findet Ausdruck in den Worten Jesu: Dein Glaube hat dir geholfen. Wer in Leid und Krankheit den Herrn anruft, kann sich sicher sein, dass seine Liebe ihn niemals im Stich lässt und auch die Liebe der Kirche, die sein Heilswirken in der Zeit fortsetzt, niemals schwindet. Die körperliche Heilung, Ausdruck des tieferen Heils, offenbart so die Bedeutung, die der Mensch in seiner Ganzheit von Seele und Leib für den Herrn hat.“⁶

Aktives Handeln gefordert

Im Mittelpunkt der Heilungswunder Jesu steht nicht das Heilungsgeschehen, sondern der Kranke. Es geht um das Leiden der Einzelnen, das mit der wahrgenommenen Krankheit verbunden ist. Dazu gehören immer auch die negativen Reaktionen des sozialen Umfelds wie Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung.

Jesus stellt den Kranken wieder so her, wie Gott – nicht der Mensch – ihn sieht. In diesem Sinne ist es auch heute notwendig, dass Akteure in Gesundheitsprojekten nicht nur den therapeutischen, sondern auch die gesellschaftlichen, sozialen und politischen Aspekte von Krankheiten mit berücksichtigen.

Das Verhalten Jesu Kranken gegenüber fordert uns zu aktivem Handeln heraus. Es ist eine tief christliche Aufgabe, im Sinne Jesu an der Beseitigung des Leidens in der Welt mitzuwirken. Verantwortung zu übernehmen und Mitmenschlichkeit in dieser Welt zu zeigen, da, wo Armut, Hunger und Krankheit anzutreffen sind, ist ein grundlegender Dienst an den Menschen im Sinne der Verkündigung des Reiches Gottes. In den Kranken und Armen wird uns in besonderer Weise Christus selbst vor Augen gestellt.

¹ UNFPA, Weltbevölkerungsbericht. Wege aus der Armut: Menschen, Chancen und Entwicklung 2002, S. 39

² Vgl. Alexander Lohner, Teilen verbindet. Gemeinsam gegen Krankheit in der Welt. In: Heilung und Heil 2/2005, S. 11 – 14

³ Das Recht auf Gesundheit gehört zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten und damit zur „Zweite Generation der Menschenrechte“ (so John Gibson in seinem „Dictionary Of International Human Rights Law“). Basis ist Artikel 25 der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ von 1948. „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes“ – so formuliert es die WHO-Verfassung von 1948 – „bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

⁴ Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGBl. II S. 121)

⁵ Die Sorge der Kirche um die Kranken, Die deutschen Bischöfe Nr. 60, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Bonn 1998, S. 3

⁶ Botschaft von Papst Benedikt XVI. zum 20. Welttag der Kranken am 11. Februar 2012



ZUM AUTOR:
Markus Offner ist Theologe
und Grundsatzreferent
im Kindermissionswerk
„Die Sternsinger“.

KINDERGESUNDHEIT AN DER BASIS FÖRDERN

Die Förderung der Kindergesundheit gehört zum christlichen Auftrag. Doch Ressourcenmangel in Entwicklungsländern bedroht die von Kirchen geleistete Gesundheitsversorgung.

Kirchliche Gesundheitsarbeit richtet sich vor allem an arme und marginalisierte Menschen. Dazu zählen Kinder, da sie, je jünger sie sind, nicht allein für ihre Gesunderhaltung sorgen können und auf die Unterstützung von Erwachsenen angewiesen sind. Auch können sie ihr Recht auf Gesundheit – das ihnen wie jedem Menschen zusteht – nicht selbst einfordern.

Unter den Bedingungen der Armut sind Kinder oft besonders benachteiligt. So sind sie verwundbar durch Mangelernährung, die sie anfälliger für Krankheiten macht. Wie etwa für Durchfall und Lungenentzündun-

gen, die dann die Nahrungsaufnahme zusätzlich hemmen. Dieser Teufelskreis wird verstärkt, wenn Kinder keinen oder nur unzureichenden Zugang zu medizinischer Behandlung haben.

Die Kirchen haben seit jeher die Sorge um die Gesundheit der Menschen als eine ihrer Kernaufgaben gesehen dem Beispiel von Jesus Christus folgend, der etwa Blindheit und Lähmungen heilte. Außerdem widmete sich Jesus in besonderer Weise den Kindern und identifizierte sich mit ihnen. Wie das Markusevangelium berichtet, stellte Jesus ein Kind in die Mitte und sagte zu seinen Jüngern:

„Wer ein solches Kind um meinet Willen aufnimmt, der nimmt mich auf.“

Zunehmende Ressourcenknappheit

Diese Nachfolge und das daraus resultierende Engagement für Kinder drückt sich unter anderem darin aus, dass kirchliche Krankenhäuser Abteilungen für Kinder (Pädiatrien) unterhalten. In vielen Entwicklungsländern sind kirchliche Gesundheitseinrichtungen jedoch von zunehmender Ressourcenknappheit betroffen. Es fehlen ausgebildete Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal und Hebammen. Um finanziell bestehen zu können, sehen sich viele kirchliche Krankenhäuser in armen Ländern daher gezwungen, Patientengebühren zu erheben. Mütter und Kinder unter fünf Jahren sind allerdings fast immer davon ausgenommen. So wird der besonderen Verletzlichkeit der Kinder und der Bedeutung von guter Gesundheit für lebenslanges Wohlergehen Rechnung getragen. Wenn jedoch nicht genügend Personal, Medikamente oder medizinische Ausrüstung zur Verfügung stehen, ist auch die Gebührenfreiheit nur bedingt hilfreich.

Die Sorge um die Gesundheit von Kindern ist in den meisten Entwicklungsländern auch Teil der Gemein-

GESUNDHEIT ALS MILLENNIUM- ENTWICKLUNGSZIEL

189 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen haben im Jahr 2000 acht Millennium-Entwicklungsziele verabschiedet. Drei davon beziehen sich auf die Gesundheit: Die Kindersterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren soll im Vergleich zu den Zahlen von 1990 bis 2015 um zwei Drittel gesenkt werden; die Müttersterblichkeit soll um drei Viertel zurückgehen; die Ausbreitung von HIV/Aids soll zum Stillstand gebracht und anschließend reduziert werden, der Ausbruch von Malaria und anderer schwerer Krankheiten soll unterbunden und ihr Auftreten zum Rückzug gezwungen werden.

Quelle: www.unric.org



ZUR AUTORIN: Dr. Sonja Weinreich ist Ärztin und Public Health-Spezialistin. Sie arbeitete mit der AGEH in Sambia in HIV/Aids-Projekten, danach beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission als HIV/Aids-Beraterin für die evangelische Entwicklungszusammenarbeit. Seit 2008 ist sie Referentin für Gesundheit beim Evangelischen Entwicklungsdienst (eed) und Ko-Sprecherin der AG Gesundheit des Verbands Entwicklungspolitik der deutschen Nichtregierungsorganisationen (VENRO).

defürsorge und wird häufig in die Familienarbeit eingebunden. Hierbei bezieht sich Gemeinde nicht nur auf die Kirchengemeinde im engeren Sinn, da sich die Kirchen allen Menschen zuwenden und zwar unabhängig von Geschlecht, Religion und Ethnie. Ortskirchen haben zunehmend einen menschenrechtsbasierten Ansatz und helfen, das Recht auf Gesundheit für Kinder umzusetzen.

Kinder und Frauen im kirchlichen Fokus

Viele kirchliche und andere im Gemeindebereich arbeitende Nichtregierungsorganisationen (NRO), die sich für Kindergesundheit einsetzen, folgen dem Ansatz der Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care). Dieser Ansatz wurde bereits im Jahr 1974 von der Weltgesundheitsorganisation – unter maßgeblicher Beteiligung der Kirchen – entwickelt und auf der Konferenz von Alma-Ata im Jahr 1978 bekannt gemacht. Es geht darum, „Gesundheit für alle“ in einem umfassenden Sinne zu fördern. Zu diesem Zweck soll Gesundheitsversorgung zunächst so nah wie möglich am Wohnort der Menschen stattfinden, beispielsweise durch Gesundheitsstationen in ländlichen Gebieten. Gesunde Ernährung, die Sicherung der Trinkwasserversorgung und

MENSCHENRECHT GESUNDHEIT

Gesundheit ist ein universelles Menschenrecht. Das wichtigste völkerrechtliche Abkommen zum Schutz des Rechts auf Gesundheit ist der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt), den bisher 160 Staaten ratifiziert haben.

Dieser Pakt definiert das Recht auf Gesundheit als das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (UN-Sozialpakt, Artikel 12 Absatz 1). Der Staat ist demnach verpflichtet, die Voraussetzungen zu schaffen, die für eine Person „im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“ (UN-Sozialpakt, Artikel 12, Absatz 2 d). Das Recht auf Gesundheit soll ohne Diskriminierung gewährleistet werden, die Leistungen der gesundheitlichen Versorgung müssen für die Betroffenen bezahlbar sein.

Das Recht auf Gesundheit ist auch in der UN-Kinderrechtskonvention verankert und zwar gleich mehrfach: Artikel 3 (1): „Bei allen Maßnahmen (...) ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ Artikel 6 (2): „Die Vertragsstaaten gewährleisten im größtmöglichen Umfang das Überleben und die Entwicklung des Kindes.“ Artikel 24 (1): „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an (...).“

Quelle: <http://treaties.un.org/>

sanitärer Einrichtungen gehören ebenso zur Basisgesundheitsversorgung wie die Versorgung mit essentiellen Medikamenten.

In kirchlichen Programmen der Basisgesundheitsversorgung ist die Gesundheit von Kindern und Müttern nahezu immer ein zentraler Bestandteil, ist sie doch von großer Bedeutung für das Wohler-

gehen der Familien und ganzer Gesellschaften. Sie kommt allerdings aus traditionellen, sozialen und kulturellen Gründen häufig zu kurz. Frauen und Mütter kümmern sich aufopferungsvoll um Gesundheit und Wohlergehen ihrer Kinder, haben jedoch oft nicht die nötigen Mittel, dies wirkungsvoll zu tun und brauchen Unterstützung. Kirchen sind gut aufgestellt für diese Aufgaben

EINE SCHWIERIGE DEFINITION

Ist man gesund, wenn man keine Schmerzen hat? Wenn der Körper reibungslos funktioniert? Welche Rolle spielt die seelische und geistige Verfassung? Lässt sich das überhaupt messen? „Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben“, so die Sozialwissenschaftler Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak. Definitionen von „Gesundheit“ gibt es dementsprechend viele, dabei gehen sie oft von der Abgrenzung zum Begriff „Krankheit“ aus – Gesundheit als Abwesenheit von diagnostizierter oder diagnostizierbarer Krankheit.

Als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen, sozialen Wohlbefindens“ definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Gesundheit. Sie ist demnach weit mehr als das „Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“. Diese ambitionierte Definition von Gesundheit geht auf den Begriff der Ganzheitlichkeit („Lateinisch integritas“) zurück. Sie begrenzt Krankheit nicht nur auf ein körperliches Phänomen, sondern räumt ein, dass auch Geist und Seele erkranken können – und zwar aus individuellen wie aus sozialen Gründen.

Lässt sich der Zustand des „vollkommenen körperlichen, geistigen, sozialen Wohlbefindens“ überhaupt erreichen? Das scheint eine utopische Vorstellung zu sein. Kaum ein Mensch, unabhängig davon, wie und wo er lebt, wird dieser Definition nach „gesund“ sein – zumindest nicht über einen längeren Zeitraum hinweg.

Trotzdem wird die weite Definition der WHO als Grundlage aller Bemühungen des Gesundheitswesens und der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit genommen; auch das universelle Recht auf Gesundheit und die Millenniumsziele orientieren sich an dieser Definition.

WAS IST KINDERGESUNDHEIT?

In Anlehnung an den WHO-Gesundheitsbegriff definiert das Kindermissionswerk ein gesundes Kind als eines, dessen körperlicher, seelischer und geistiger Zustand und dessen Lebensumfeld Basis für eine bestmögliche Entwicklung bieten. Dazu gehört auch, dass es unbelastet Kind sein darf, damit es spielerisch die Welt erkunden kann.

der Basisversorgung – haben sie doch ein Netz, das meist auch in entfernte und abgelegene Winkel eines Landes reicht. Dies ist besonders wichtig in Ländern, in denen die Regierung nicht in der Lage oder nicht willens ist, der Gesundheit von Kindern Priorität einzuräumen. Würden nicht Kirchen und andere NRO hier einspringen, hätten viele Kinder keinerlei medizinische

Versorgung. Aber auch die kirchlichen Einrichtungen brauchen Unterstützung und Ressourcen, um Basisversorgung zu leisten.

In den vergangenen Jahren ist es in vielen armen Ländern gelungen, Erfolge in der Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV-Infektionen zu erzielen. Dass weltweit fast

die Hälfte HIV-infizierter schwangerer Frauen entsprechende Medikamente erhält, ist nicht zuletzt auch kirchlichem und NRO-Engagement zu verdanken, wie etwa dem Aktionsbündnis gegen Aids. Das Netzwerk von über 100 Mitgliedern – Kirchen, Kirchengemeinden, NRO – hat speziell zum Schutz von Neugeborenen die Kampagne „in9Monaten“ initiiert (mehr dazu auf S. 17). Mit Unterschriftensammlungen und Aktionen setzt sich diese Kampagne dafür ein, dass die deutsche Politik ihren Beitrag dazu leistet, allen Frauen und Kindern auf der Welt ein Leben ohne HIV-Infektionen zu ermöglichen.

HIV-Übertragungen vorbeugen

Dennoch werden weiterhin Kinder mit HIV infiziert. Kirchliche Programme tragen dazu bei, dass Kinder Zugang zu lebensrettenden Behandlungen haben und nicht stigmatisiert werden. Programme der evangelischen und katholischen Kirche stärken Familien, die an Aids leiden und unterstützen Waisenkinder, deren Eltern an Aids starben.

Das Engagement der Kirchen für Gesundheit und Prävention, Krankheitsbekämpfung und medizinische Versorgung ist für viele Kinder in Entwicklungsländern lebensnotwendig. Es verdient unsere weitere Unterstützung, etwa durch Partnerschaften auf Ebene von Kirchengemeinden, durch politisches Engagement wie Aktionsbündnisse und durch Spenden.

Zum Thema „Globale Gesundheit“ hat VENRO in Zusammenarbeit mit der Redaktion „welt-sichten“ im August 2011 ein Dossier herausgegeben.

Es kann kostenlos im Internet unter: → www.venro.de im Bereich „Publikationen“ heruntergeladen werden.

TEIL 2

Was Kindergesundheit bedroht



DIAGNOSE: ARMUT

Unter- und Mangelernährung, unzureichende medizinische Versorgung sowie ungenügende Prävention und Bildung führen zu Krankheiten, Beeinträchtigungen und einer hohen Kindersterblichkeit in Entwicklungsländern.

„Und? Wird es ein Junge oder ein Mädchen?“ – „Hauptsache gesund“, lautet eine Standardantwort auf die Frage, die schwangere Frauen seit dem Einsatz von Ultraschall bei Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland immer wieder zu hören bekommen. „Hauptsache es überlebt“, könnte die Antwort lauten, stellte man Frauen in armen Regionen der Welt diese Frage.

Zwar hat sich nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Sterblichkeitsrate von Säuglingen und Kleinkindern in den vergangenen zwanzig Jahren fast halbiert – ein beachtlicher Fortschritt. Dennoch sterben täglich noch etwa 19.000 Kinder vor ihrem fünften Geburtstag. Das Millenniums-Entwicklungsziel Nummer vier – zwischen 1990 und 2015 die Kindersterblichkeitsrate um zwei Drittel zu senken – wird wahrscheinlich nicht erreicht.

Je unterentwickelter die Region und je ärmer die Familie ist, in die ein Kind hineingeboren wird, desto höher ist die Gefahr des frühzeitigen Todes. In armen Gegenden Afrikas, Asiens, Ozeaniens und Lateinamerikas fehlt es an Gesundheitszentren und Fachpersonal, an Krankenwagen und Medikamenten. Abgesehen davon ist eine medizinische Behand-

lung für arme Familien oft unerschwinglich. Patente auf Medikamente verhindern die Produktion günstiger Nachahmerpräparate (Generika). Staatliche Sozialversicherungssysteme sind in Entwicklungsländern kaum oder gar nicht entwickelt, und private Krankenversicherungen können sich nur Wohlhabende leisten. Liberale Wirtschaftsstrategien und Strukturanpassungsprogramme in Entwicklungsländern führen gar zu weiteren Kürzungen in diesen als unproduktiv eingestuftem Sektoren.

Großes Gefälle

Die weltweit ungleiche Güterverteilung und medizinische Versorgung sowie die Konzentration des medizinischen Fortschritts auf wohlhabende Länder spiegeln sich auf eklatante Weise in der Kindersterblichkeitsstatistik wieder (vgl. WHO, UNICEF): Bei Kindern, die aus den weltweit ärmsten 20 Prozent der Haushalte stammen, ist die Wahrscheinlichkeit, vor dem fünften Geburtstag zu sterben, fast doppelt so hoch wie bei Kindern, die in den reichsten 20 Prozent der Haushalte geboren werden.

Vor allem in unterentwickelten ländlichen Regionen ist die Sterblichkeitsrate bei Säuglingen und Kleinkindern überdurchschnittlich hoch. Am höchsten ist sie in afrikanischen

Ländern südlich der Sahara, wo jedes achte Kind vor seinem fünften Geburtstag stirbt. In Südostasien wird jedes 15. Kind nicht älter als fünf Jahre. Besonders hohe Kindersterblichkeitsraten sind auch in Indien, Nigeria, Kongo, Pakistan und China zu verzeichnen.

Säuglinge besonders gefährdet

Je jünger das Kind, desto gefährdeter ist es: Das Sterberisiko ist am höchsten in den ersten 28 Tagen nach der Geburt. 40 Prozent der kindlichen Todesfälle ereignen sich in dieser Zeitspanne. Fehlende medizinische Begleitung vor, während und nach der Geburt, eine unhygienische Umgebung und eine unzureichende Versorgung von Mutter und Säugling sind lebensbedrohlich. Lungenentzündung, Durchfall, Komplikationen nach Frühgeburten und Sauerstoffmangel bei der Geburt sind die vier Hauptursachen der hohen Sterblichkeitsrate bei Neugeborenen und Kleinkindern. Mehr als zwei Drittel dieser frühen Kindestode könnten mit einfachen Mitteln und Behandlungen verhindert werden. Dazu gehören auch eine gute Schwangerschaftsvor- und nachsorge und die Informationsvermittlung an Eltern, wie sie mit einfachen Mitteln und hygienischen Vorkehrungen Infektionsrisiken eingrenzen können.



ZUR AUTORIN:

Verena Hanf ist Redakteurin
beim Kindermissionswerk
„Die Sternsinger“.

Hunger schwächt

Unter- und Mangelernährung spielen bei jedem dritten kindlichen Todesfall eine wesentliche Rolle. Dem Welthungerindex 2010 zufolge leiden 32 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren an Mangelernährung, sie erhalten nicht genügend Proteine und Kohlenhydrate. Eine hungergeschwächte Mutter kann ihr Baby nicht ausreichend stillen. Und ein geschwächtes Kleinkind ist weniger widerstandsfähig und anfälliger für Krankheiten, die der körperlichen Verfassung entsprechend lebensbedrohlich verlaufen. Der Mangel an sauberem Trinkwasser in vielen Regionen der Welt wirkt sich ebenfalls verheerend aus: Verunreinigtes Wasser überträgt Krankheitserreger und enthält Giftstoffe – lebensbedrohlich insbesondere für kleine Kinder.

Langzeitfolgen

Armut und Mangel führen nicht allein Kindersterblichkeitsraten, sie beeinträchtigen bei „überlebenden“ Kindern auch erheblich die frühkindliche Entwicklung, die für das weitere Leben und Wohlbefinden ausschlaggebend ist. Jährlich bleiben mehr als 200 Millionen Kinder unter fünf Jahren hinter ihren körperlichen, geistigen und sozialen Ent-

wicklungsmöglichkeiten zurück. Die meisten dieser Kinder leben in Südasien und in Afrika südlich der Sahara. „Entscheidend ist, dass die Folgen von Kinderarmut – etwa körperliche und geistige Unterentwicklung als Folge von Unter- bzw. Mangelernährung – oftmals unumkehrbar sind“, schreiben die Sozialwissenschaftler Joachim Betz und Daniel Neff. Sie definieren Kinderarmut „insbesondere durch das Fehlen einer Umgebung, in der Kinder gesund – das heißt körperlich und seelisch geschützt – ihr Potential entfalten können.“¹

Die Folgen der unzureichenden frühkindlichen Entwicklung sind schwer: Die Kinder haben schlechte schulische Ergebnisse, brechen die Schule vorzeitig ab und bleiben weitgehend un(aus)gebildet. Dementsprechend schlecht sehen ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt und ihre Einkommensmöglichkeiten aus. Viele von ihnen bekommen sehr früh Kinder, denen sie wiederum nur unzureichend die Bedingungen bieten können, die für eine gute Entwicklung notwendig sind – Armut und mangelhafte Entwicklungen werden so von Generation zu Generation übertragen. Armut macht nicht nur einzelne Menschen krank und anfällig und beeinträchtigt sie in ihrer Entwicklung. Sie schwächt ganze Gesellschaften.

Zusätzliches Armutsrisiko

Ein schwer erkranktes Kind bedeutet für Eltern nicht nur große Sorgen und Leid. Es kann auch die materielle Lebensgrundlage der ganzen Familie bedrohen. Fahrtkosten zur nächsten Gesundheitsstation, Behandlung und Medikamente sind für viele Menschen nur über Verschuldung finanzierbar.

Da selbst in Krankenhäusern die Pflege des kranken Kindes oft nicht gewährleistet werden kann, ist meist die Mutter damit betraut, bei dem Kind zu wachen und für seine Mahlzeiten zu sorgen. In dieser Zeit kann sie sich weder um ihre anderen Kinder kümmern, noch arbeiten gehen: Der Einkommensverlust führt noch tiefer in die Mittellosigkeit – Armut und Krankheit als Teufelskreis. Um diesen zu durchbrechen, braucht es nicht nur eine Gesundheitsversorgung, die allen zugänglich ist, sondern auch bessere Sozialversicherungssysteme, faire Arbeitsbedingungen, mehr soziale Gerechtigkeit und größere Investitionen in Bildung.

¹ Joachim Betz, Daniel Neff: Kinderarmut hat Langzeitwirkung. Zu Umfang und Ursachen in Entwicklungsländern; GIGA Focus, Nummer 8 / 2010

KINDERSTERBLICHKEIT UND ARMUT WELTWEIT

FAKTEN



Müttersterblichkeit ist ein Schlüsselindikator für Ungleichheit in der Gesundheitsvorsorge – zwischen armen und reichen Ländern und zwischen Armen und Reichen innerhalb eines Landes. Jährlich sterben mehr als 350.000 Frauen wegen Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt. 99 Prozent der Müttersterblichkeitsfälle treten in Entwicklungsländern auf.



80 Prozent nichtübertragbarer Krankheiten treten in Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen auf. 100 Millionen Menschen jährlich geraten wegen dieser Krankheiten und der damit verbundenen medizinischen Kosten in Armut.



Die durchschnittliche Lebenserwartung variiert stark von Land zu Land – mit einer Spanne von 36 Jahren. Während in armen Ländern die durchschnittliche Lebenserwartung bei etwa 57 Jahren liegt, beträgt sie in reichen Ländern etwa 83 Jahre.



Ungleichheit und Mängel in der Gesundheitsversorgung verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten (z. B. durch Verlust an Produktivität und Steuereinnahmen).



Andauernde Ungleichheit verlangsamt Entwicklung. Mehr als 800 Millionen Menschen – etwa ein Drittel der Weltbevölkerung – leben in slumartigen Verhältnissen, die Krankheiten Vorschub leisten. Mangelnde Gesundheitsversorgung erschwert das Erreichen der Millenniumsziele.

Quelle: WHO-Factsheets



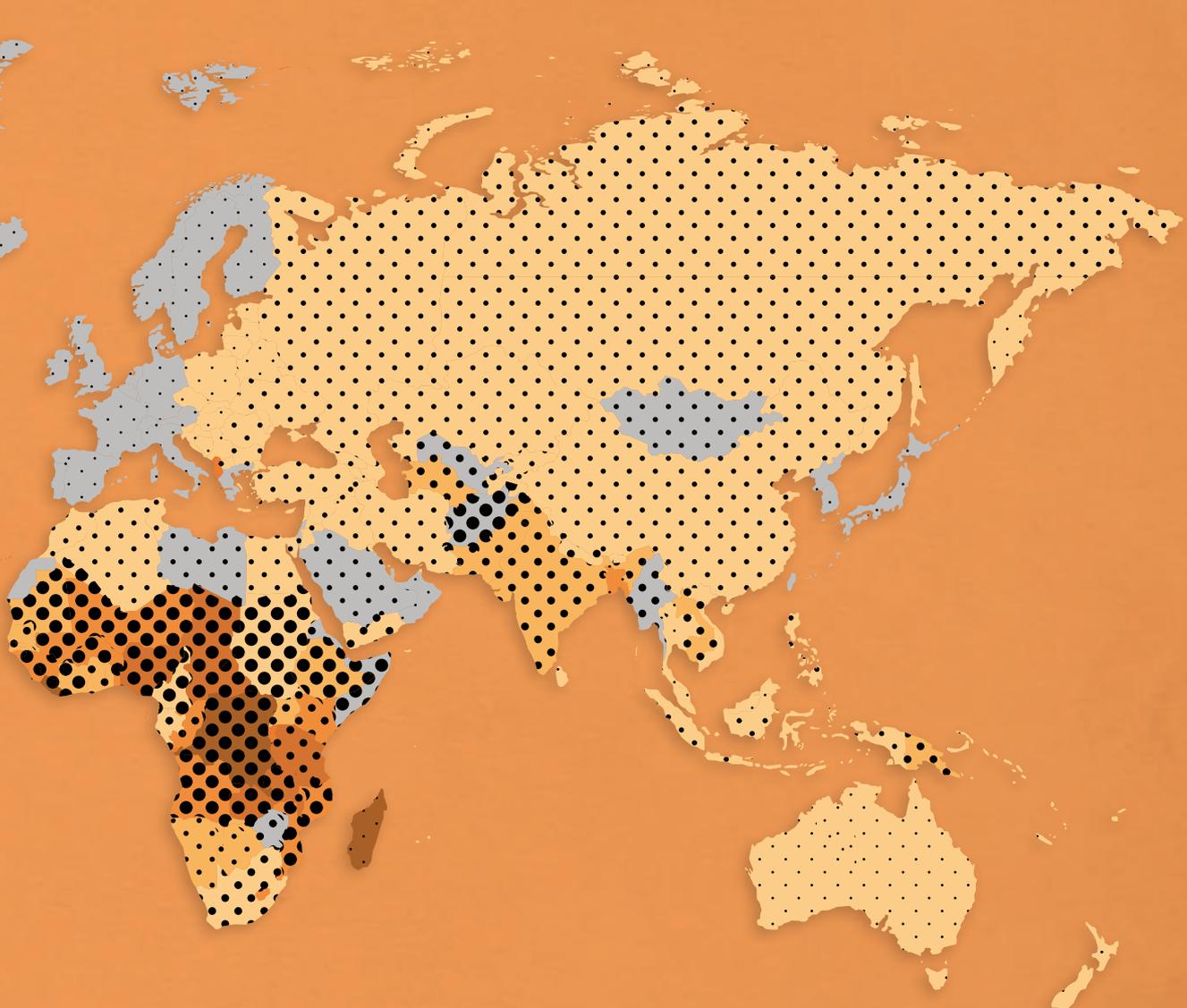
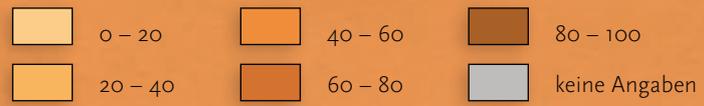
Die Kindersterblichkeitsrate beziffert die Todesfälle der Unter-Fünfjährigen bezogen auf 1.000 Lebendgeburten im gleichen Zeitraum.

Der Armutsindex zeigt an, wieviel Prozent der Bevölkerung eines Landes weniger als 1,25 Dollar pro Tag zur Verfügung haben.

KINDERSTERBLICHKEIT



ARMUTSINDEX



Quelle: WHO (Kindersterblichkeit), Weltbank (Armutsindex)

HÄUFIGSTE TODESURSACHEN BEI NEUGEBORENEN UND KLEINKINDERN IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN

Malaria

Malaria ist die Tropenkrankheit, die am häufigsten auftritt. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkrankten 2010 etwa 216 Millionen Menschen an Malaria, und 655.000 starben daran. Betroffen sind vor allem schwangere Frauen und Kinder. In Afrika stirbt jede Minute ein Kind an Malaria. Malaria wird durch Parasiten (Plasmodien) hervorgerufen, die von der weiblichen Anophelesmücke durch Stiche übertragen werden. Da sich die Mücke in ruhenden Gewässern vermehrt, tritt Malaria verstärkt in der Regenzeit auf. Die Anophelesmücken sind vor allem bei Einbruch der Dunkelheit und nachts aktiv.

Der Malariaerreger – ein Einzeller – durchläuft im menschlichen Körper einen Teil seiner Entwicklung. Darauf reagiert der Körper mit Fieber, es kann zu Organschädigungen, insbesondere zur Schädigung des Gehirns kommen. Kinder haben diesem oft wenig entgegenzusetzen und erkranken schwer, bei Erwachsenen bildet sich meist eine Art Immunität gegen die akute heftige Erkrankung.

Ein Impfstoff gegen Malaria befindet sich noch in der Entwicklung. Eine medikamentöse Prophylaxe, wie von Touristen angewendet, ist für die Bevölkerung in Endemiegebieten nicht umsetzbar. Zur Vorbeugung von krankheitsübertragenden Stichen wird den Menschen in Malariagebieten vor allem empfohlen, mit Permethrin behandelte Moskitonetze zu nutzen, Brutstätten der Anophelesmücke in der Nähe von Häusern zu beseitigen oder sich durch Ganzkörperbekleidung zu schützen.

Durchfall

Durchfall wird in der Regel durch eine Erkrankung des Dünndarms mit vermehrtem Flüssigkeits- und Elektrolytverlust verursacht. Auslöser sind meist Viren, Bakterien und Parasiten, deren Aufnahme in aller Regel mit fäkal verseuchtem Wasser und Nahrungsmitteln oder über verunreinigte Hände erfolgt. Jährlich sterben bis zu 1,5 Millionen Kinder an Durchfall. Vor allem bei Kleinkindern bis zu zwei Jahren führt der Durchfall oft zum Tod. Durchfallerkrankungen treten vor allem dort auf, wo besonders viele Menschen auf engem Raum zusammenleben und nicht genügend sauberes Trinkwasser zur Verfügung haben. Da es viele unterschiedliche Ursachen für Durchfall gibt, sind Impfungen nicht möglich. Die beste Vorbeugung besteht in der gewissenhaften Einhaltung allgemeiner Hygieneregeln.

Atemwegserkrankungen

Die gefährlichste Form der Atemwegserkrankung ist die Lungenentzündung. Sie kann akut oder chronisch auftreten und ist für die meisten Todesfälle bei den unter Fünfjährigen verantwortlich (18 Prozent der frühkindlichen Todesfälle). In Industrieländern stellt die Lungenentzündung die häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit dar.

Auslöser für eine Pneumonie können verschiedene Bakterien, Viren, Parasiten oder Pilze sein. Aber auch chemische oder physikalische Einflüsse können zu einer Lungenentzündung führen.

Die Ansteckung erfolgt meist über die Luft (Tröpfcheninfektion – Husten und Schnupfen). Wohnsituationen, in denen viele Menschen auf engstem Raum leben wie zum Beispiel in Flüchtlingslagern, leisten der Verbreitung Vorschub. Unter- und Mangelernährung und ein dadurch geschwächtes Immunsystem sowie Luftverschmutzungen (etwa durch offenes Feuer und Rauchentwicklung in geschlossenen Räumen) sind Risikofaktoren, die gerade bei Kindern den Krankheitsverlauf lebensgefährlich erschweren.

HIV/Aids

Seitdem Aids Anfang der 70-er Jahre im Kongo (damals Zaire) erstmals auftrat, hat sich die Krankheit pandemisch, d. h. über Länder und Kontinente hinweg, ausgebreitet. Das HI-Virus wird über Sexualkontakte verbreitet, aber auch Transfusionen von infiziertem Blut oder Blutprodukten sowie das gemeinsame Benutzen von Spritzen führen zu einer Infektion.

Heute leben nach Angaben von UNAIDS weltweit mehr als 33 Millionen HIV-Infizierte, zwei Drittel davon in Afrika südlich der Sahara. Die WHO schätzt, dass 2,5 Millionen Kinder HIV-infiziert sind. 15,2 Millionen Kinder sind 2009 durch die Pandemie zu Waisen geworden. Auch auf Neugeborene kann das Virus entweder unmittelbar vor oder während der Geburt übertragen werden. Etwa die Hälfte der HIV-positiven Kinder stirbt vor dem zweiten Lebensjahr. Eine antiretrovirale Behandlung der Mutter vor der Geburt und ein Kaiserschnitt vor Wehenbeginn können die Übertragungsrate deutlich senken. Vom Stillen sollte eine infizierte Mutter – sofern möglich – absehen.

Quellen: WHO, UNAIDS, Ärzte ohne Grenzen



Foto: Martin Steffen

KAMPAGNE „IN9MONATEN“

Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Neugeborene kann deutlich reduziert werden. Erhält eine HIV-positive Frau vor und während der Geburt des Kindes wie auch während der Stillzeit antiretrovirale Medikamente, so sinkt das Ansteckungsrisiko auf unter fünf Prozent. Doch gerade in armen Ländern haben Mütter kaum Möglichkeiten, diese lebenswichtigen Medikamente und Behandlungen zu erhalten. Im Jahr 2010 infizierten sich daher noch 390.000 Neugeborene durch die Übertragung des HI-Virus der eigenen Mutter.

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ unterstützt die Kampagne „In9Monaten“ des Aktionsbündnisses gegen Aids, die sich dafür einsetzt, dass bis 2015 die Eltern-Kind-Übertragung gestoppt wird – und zwar weltweit.

Die Kampagne fordert von der Bundesregierung:

- ★ Versprechen halten – Gelder bereitstellen: Deutschland muss seine Zusagen für eine Erhöhung der öffentlichen Entwicklungshilfe einhalten, um den universellen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung aller von HIV und Aids betroffenen Menschen zu erreichen und somit der Verantwortung in der internationalen Gemeinschaft gerecht zu werden. Bis zum Jahr 2015 sollte Deutschland seinen jährlichen Beitrag für den Gesundheitsbereich insgesamt auf rund 3,6 Milliarden Euro steigern. Davon sollten mindestens 1,5 Milliarden Euro für die Schlüsselmaßnahmen der HIV-Prävention, -Behandlung und -Unterstützung eingesetzt werden.
- ★ Partnerländer unterstützen: Deutschland soll seine Partnerländer in der Entwicklungszusammenarbeit bei der Umsetzung der WHO-Richtlinien unterstützen.
- ★ Eigenverantwortung übernehmen: Deutschland soll die EU-Charta gegen die Abwerbung ausländischer Fachkräfte unterschreiben, damit Ärzte und Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern nicht länger Mängel in europäischen Gesundheitssystemen ausgleichen.

Weitere Informationen unter → www.ingmonaten.de



Foto: Stefanie Wilhelm

Kinder müssen sich nicht mit HIV infizieren, um darunter zu leiden. Wenn nur einer der beiden Eltern an Aids stirbt, bricht die ganze bisherige Welt der Kindes zusammen.

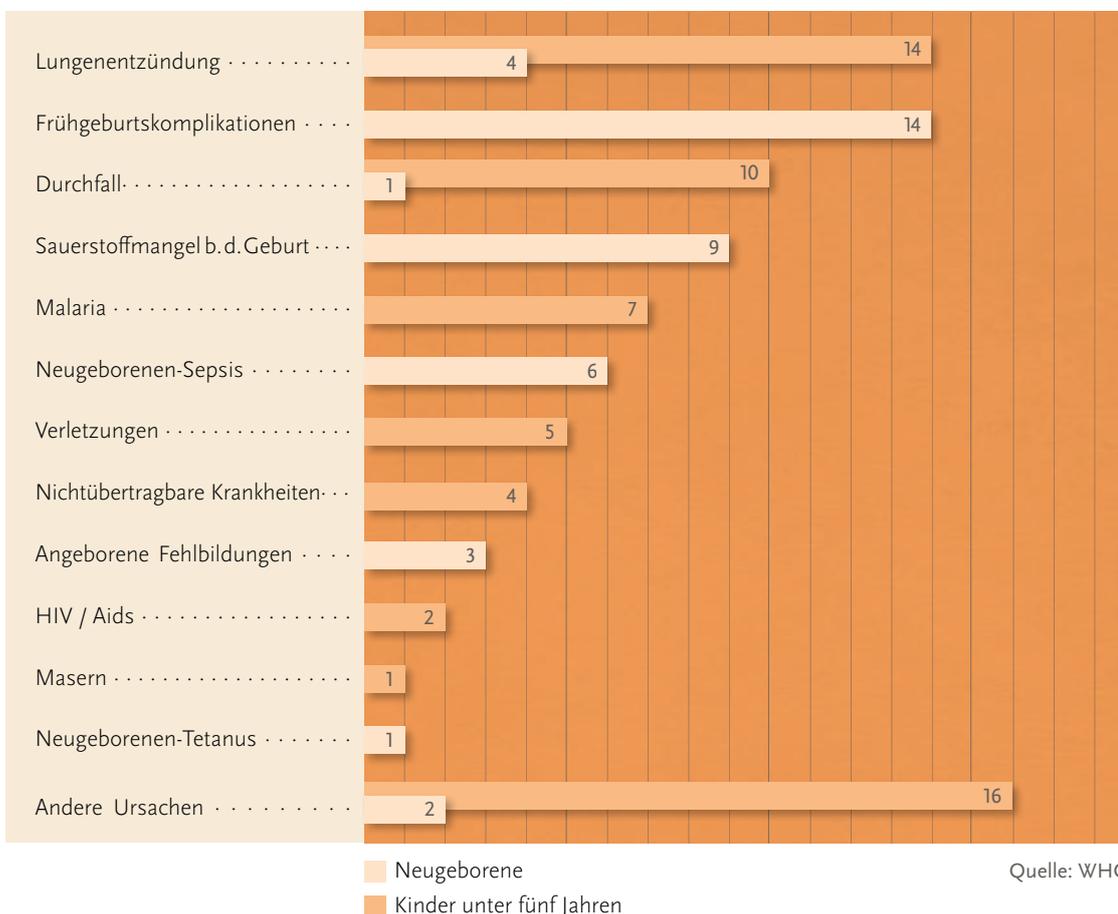
Joachim Betz, Daniel Neff: Kinderarmut hat Langzeitwirkung. Zu Umfang und Ursachen in Entwicklungsländern; GIGA Focus, Nummer 8 / 2010

Eine Studie über Waisenkinder in Tansania zeigt, dass es hinsichtlich der kindlichen Entwicklung eine Rolle spielt, wann ein Kind einen Elternteil verliert und ob der Elternteil dem gleichen oder dem anderen Geschlecht angehört. So leidet zum Beispiel die Gesundheit der Kinder am meisten, wenn Mädchen ihre Mutter bzw. Jungen ihren Vater vor der Pubertät verlieren.

Jens Hagen, Toman Mahmoud und Natalia Trofimenko (2010), Orphanhood And Critical Periods in Children's Human Capital Formation: Long-Run Evidence From North-Western Tanzania, unveröffentlichtes Working Paper, Kiel: Kieler Institut für Weltwirtschaft

URSACHEN DER KINDERSTERBLICHKEIT

Prozentualer Anteil der Haupttodesursachen bei Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren (2010)



KLEINER, SCHMÄCHTIGER, ANFÄLLIGER

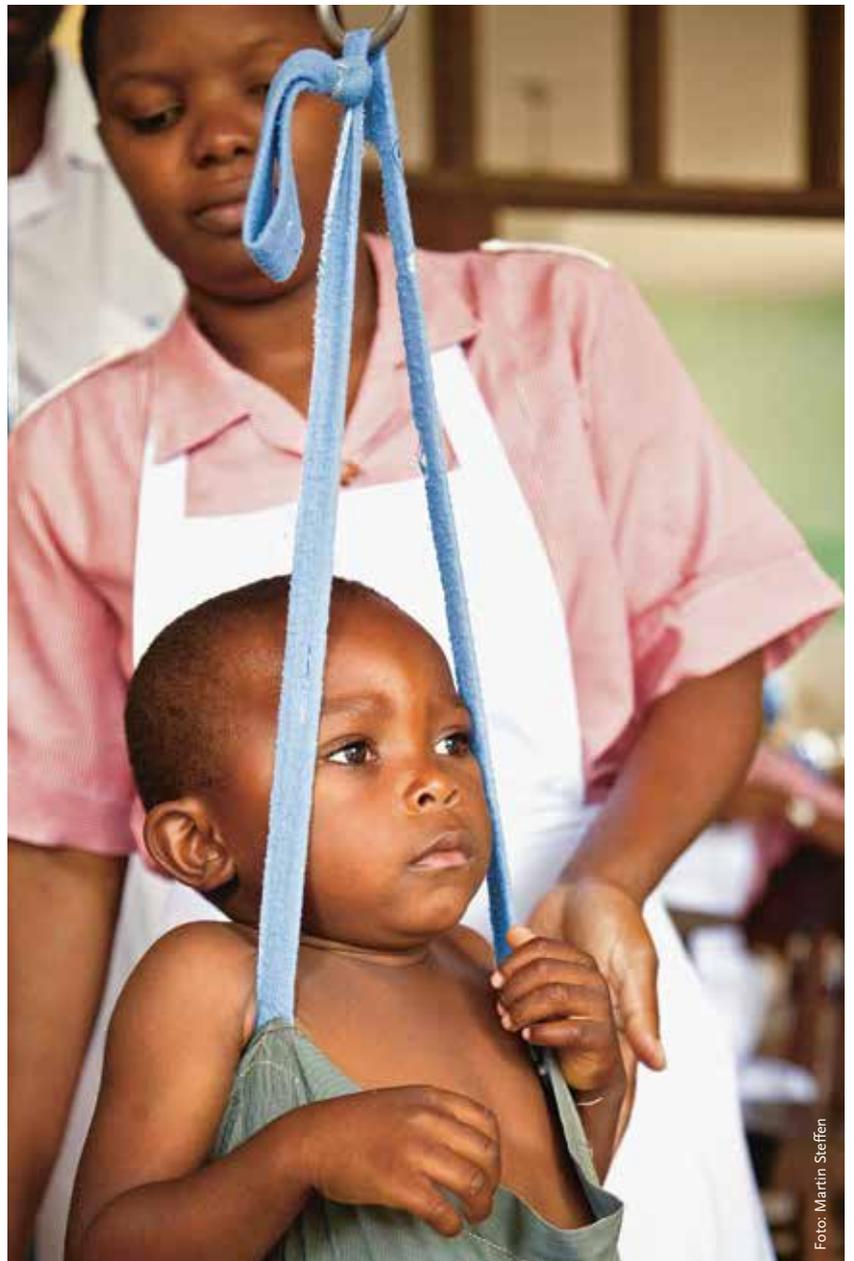
Unzureichende und unausgewogene Nahrungsmittelversorgung führt bei Kindern zu Beeinträchtigungen und Langzeitschäden. Die meisten Behinderungen wären mit geringem Aufwand vermeidbar.

Leidet ein Kind Mangel – etwa an Nahrung, an Behausung, an Fürsorge, an Bildung oder Hygiene –, mündet dies häufig in eine chronische Mangelernährung. Unzureichende Hygiene und Gesundheitsversorgung und fehlendes Wissen um eine gesunde Ernährung führen zu einem sich verstärkenden Wechselspiel von Infektionen, verminderter Nahrungsaufnahme und schlechterer Nahrungsverwertung. So spielt laut WHO und UNICEF Mangelernährung bei jedem zweiten Todesfall von Kindern unter fünf Jahren eine wichtige Rolle. Jedes dritte Kind weltweit leidet an Mangelernährung.

„90 Prozent der Kinder mit einer Behinderung besuchen keine Schule. Nur 45 Länder verfügen über Gesetze, die Diskriminierung aufgrund einer Behinderung verbieten.“

(BMZ Spezial 162: Gesundheit und Menschenrechte)

Zur Beschreibung der Mangelernährung haben sich die Begriffe „unterentwickelt“ (das Kind bleibt zu klein für sein Alter) und „ausgezehrt“ (das Kind ist für seine Größe zu leicht) durchgesetzt.





ZUR AUTORIN:

Dr. Barbara Breyhan, Medizinstudium und Facharztausbildung Chirurgie, Master in International Health. Seit vielen Jahren berufsbegleitend tätig für die Nepalhilfe Aachen und die Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie. Fachreferentin für Gesundheit beim Kindermissionswerk.

Mangel an einzelnen Nährstoffen wie etwa Eisen, Jod, Zink oder Vitaminen hat weitreichende gesundheitliche Folgen:

- ✱ Eisen spielt eine große Rolle beim Sauerstofftransport im Blut. Erst wenn alle Eisenspeicher des Körpers leer sind, sinkt die Menge des roten Blutfarbstoffes, der den Sauerstoff transportiert (Anämie). Daraus resultiert eine verminderte Leistungsfähigkeit. 50 Prozent der Kinder unter fünf Jahren in Entwicklungsländern leiden an Anämie, 68 Prozent dieser Kinder leben in Afrika südlich der Sahara. Kinder, die unter Eisenmangel leiden, schneiden in kognitiven Tests signifikant schlechter ab als ihre Altersgenossen. Langzeitstudien zufolge wird dieses Defizit meist nicht wieder aufgeholt.
- ✱ Vitamin-A-Mangel trifft insbesondere Vorschulkinder und Frauen im gebärfähigen Alter. Weltweit leiden etwa 250 Millionen Vorschulkinder daran, davon 44 Prozent in Afrika und 49 Prozent in Südostasien. Folgen des Vitamin-A-Mangels sind eine Zunahme von und schwerere Verläufe bei Infektionen, Erkrankungen des Auges und Minderwachstum. Nach WHO-Angaben erblinden jährlich zwischen 250.000 und 500.000 Vorschulkinder aufgrund eines Mangels an Vitamin A, 50 Prozent dieser Kinder sterben innerhalb der folgenden zwölf Monate. Vitamin-A-Mangel ist die häufigste vermeidbare Ursache von Erblindung im Kindesalter.
- ✱ Etwa 1,6 Millionen Menschen leiden weltweit an Jodmangel. Jod ist essentiell für die Entwicklung des Kindes bereits im Mutterleib. Folgen von Jodmangel sind geistige Entwicklungsstörung, erhöhte Kleinkindersterblichkeit, Kropf und Unterfunktion der Schilddrüse mit Antriebsmangel und Aufmerksamkeitsstörungen. Nach WHO-Schätzungen führt schon geringer Jodmangel zu einer geistigen Minderentwicklung der Kinder. Jodmangel bleibt damit die häufigste Ursache von vermeidbaren Hirnschädigungen und geistiger Retardierung.
- ✱ Zink ist in vielen Enzymen, aber auch bei der Zellteilung vonnöten. Ein besonders hoher Bedarf besteht daher während des Wachstums. Es gibt kein eindeutiges Symptom für einen Zinkmangel, aber die Kinder fallen durch Wachstumsstörungen, chronischen Durchfall und generell erhöhte Infektanfälligkeit auf. Eine Korrektur des Zinkhaushalts geht auch mit einer Verbesserung des Vitamin-A- und Jodhaushalts einher, da diese Stoffe dann besser aufgenommen und verwertet werden können.

Dabei spiegelt ein unterentwickeltes Kind eine chronische Mangelernährung und ein ausgezehrtetes Kind eine akute Mangelernährung wider. Die am stärksten von Mangelernährung betroffenen Regionen sind Afrika südlich der Sahara sowie Süd- und Südostasien. 90 Prozent der unterentwickelten Kinder leben in Afrika, 40 Prozent der ausgezehrteten Kinder in Indien.

Ausgezehrtete Kinder

Denken wir an Mangelernährung, sehen wir vor unserem geistigen Auge bis aufs Skelett abgemagerte Kinder, manche mit aufgedunsenem Bauch. Dies ist eine Form der akuten Mangelernährung, es fehlen Proteine und andere Energieträger in der Nahrung. Zwischen ein und fünf Prozent der Kinder unter fünf Jahren in Entwicklungsländern – in Hunger- und Katastrophenzeiten gar bis zu 20 Prozent – leiden unter einer schweren Mangelernährung. Sie sind schwer krank und bedürfen medizinischer Hilfe. Hier haben sich in den letzten zehn Jahren unter der Leitung von WHO und UNICEF wirksame Behandlungsprotokolle etabliert, dennoch erreicht diese Hilfe viele betroffene Kinder in den Krisenregionen nicht oder zu spät.

Die milde bis moderate Form der Mangelernährung ist weniger offensichtlich. 30 bis 70 Prozent der Kinder unter fünf Jahren in den Entwicklungsländern sind hiervon betroffen. Häufig beginnt diese bereits im Mutterleib, denn 20 Prozent der Frauen in Entwicklungsländern sind untergewichtig und können daher ihre Kinder in der kritischen Zeit der ersten 1.000 Tage nach der Empfängnis nicht ausreichend ernähren. Diese Kinder können die Defizite im Laufe ihres Lebens nicht wieder ausgleichen. Sie leiden unter häufigeren und schwereren Infektionen als ihre Altersgenossen, ihr Körperbau bleibt kleiner und schwächer. Dies führt neben der ohnehin eingeschränkten Aufnahmefähigkeit unterentwickelter Kinder zu mehr Fehlzeiten in der Schule. Verminderte Körperkraft und schlechtere Bildung prägen ihr (Berufs-)Leben, sie geben ihre Defizite an die nächsten Generationen weiter.

Vielfältige Ursachen

Die Ursachen der Mangelernährung sind vielfältig. Dem müssen Interventionen zur Bekämpfung Rechnung tragen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf Kinder und junge, insbesondere schwangere Frauen gerichtet werden. Die Diversifizierung der Nahrungsmittel und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit konsequenter Behandlung der Infektionen stehen im Zentrum der Bemühungen. Diese müssen flankiert werden von Einkommen schaffenden Maßnahmen, verbesserter Hygiene und Bildung. Im Gegensatz zu einer Substitution, d. h. einer Verteilung von Grundnahrungsmitteln, die nur in Krisenzeiten sinnvoll ist, hat die Substitution von Spurenelementen ihre Berechtigung und wird auch erfolgreich angewandt. Erprobte Strategien sind etwa das Kochen in Eisentöpfen, die Entwurmung von Kindern und me-



Nur drei von 100 Menschen, die mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung leben, haben jemals die Möglichkeit, einen Arzt zu besuchen. Das Recht auf besondere Fürsorge und Betreuung bei einer Behinderung ist eines der Kinderrechte, für die sich das Kindermissionswerk in rund 200 Projekten zum Schutz, der Förderung, der Integration und bestmöglichen Entwicklung von Kindern mit Behinderung engagiert. Ziel ist es, neben der Verbesserung der Gesundheitssituation und Schulbildung auch zur Bewusstseinsveränderung beizutragen. Denn tief sitzende Vorurteile gegenüber Menschen mit einer Behinderung tragen in zahlreichen Entwicklungsländern immer noch zu Ausgrenzung und Leid bei.



Foto: Alice Simets

dikamentöse Eisenergänzung in der Schwangerschaft zur Verbesserung des Eisenhaushalts.

Durch die Jodierung von Speisesalz oder Trinkwasser werden viele Haushalte auch in Entwicklungsländern erreicht – laut UNICEF 60 Prozent der Haushalte in Afrika südlich der Sahara, 73 Prozent in Asien

und 57 Prozent der Haushalte in den am wenigsten entwickelten Ländern. Vitamin-A-Substitution in Schulen oder bei Impfkampagnen kann die Sterberate bei Kindern in von Vitamin-A-Mangel stark betroffenen Regionen um 25 Prozent senken, bei an Masern erkrankten Kindern gar um 50 Prozent. Auch hier sind beachtliche Erfolge erzielt

DRAMATISCHER MANGEL AN PERSONAL

Die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern unterliegen einem mehrfachen Mangel: an Sachmitteln, Medikamenten, Instrumenten und Geräten, aber auch einem Mangel an Gesundheitspersonal auf allen Ebenen. Es fehlt an Ärzten und an Pflegepersonal. Dieser Mangel betrifft alle Länder des Südens, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.



Auch innerhalb eines Landes ist die Versorgung der Bevölkerung ungleich verteilt. Die Fachkräfte wandern vom Land in die Stadt, vom staatlichen in den privaten Sektor, in Länder des Südens mit besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen und schließlich in die Industrieländer. Dieser sogenannte Brain Drain – die Emigration gut ausgebildeter Menschen – führt zu einer dramatischen Unterversorgung der Menschen in den ärmsten Regionen.

Nach WHO-Angaben sind zur Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele 2,5 Gesundheitsfachkräfte pro 10.000 Einwohner nötig. Laut WHO (Jahresbericht 2006) gibt es in 30 afrikanischen Ländern höchstens eine Fachkraft pro 10.000 Einwohner. Zur Vergegenwärtigung des Mangels: 14 Prozent der Weltbevölkerung leben in Afrika, diese Region trägt 25 Prozent der weltweiten Krankheitsbürde, verfügt aber nur über 1,3 Prozent des weltweiten Gesundheitspersonals. Dies bedeutet, dass den ärmsten Bevölkerungsteilen der Zugang zum Gesundheitssystem oft völlig fehlt. Selbst wenn es eine Gesundheitsstation gibt, ist sie häufig nicht oder nicht ausreichend besetzt.

Die Internationale Gemeinschaft ist sich des Problems des Fachkräftemangels und des Brain Drain bewusst und hat Strategien zu seiner Eindämmung erarbeitet. Die Mitgliedsländer der WHO haben 2010 einen Code of Practice verabschiedet, dessen Richtlinien einer Abwanderung und Abwerbung der Fachkräfte im Gesundheitswesen vorbeugen sollen. Inwieweit dies einen Effekt haben wird, hängt von der (nicht verpflichtenden) Umsetzung in den Mitgliedsländern ab.

Quelle:

Taylor et al.: Stemming The Brain Drain – A WHO Global Code Of Practice On International Recruitment of Health Personnel, The New Journal of Medicine, December 2011

worden: So erhielten im Jahr 2008 in Subsahara-Afrika 73 Prozent, in Asien 70 Prozent und in den am wenigsten entwickelten Ländern gar 85 Prozent der Vorschulkinder eine ausreichende Substitution von Vitamin A.

Trotz dieser teils erfolgreich eingesetzten Methoden bleibt die Mangelernährung eine der stärksten Gefährdungen des Kindeswohls.

Quellen: Müller, O; Krawinkel, M; Malnutrition And Health In Developing Countries, CMAJ, Aug 2, 2005; 173 (3)
Neumann, C; Child Nutrition In Developing Countries: Critical Role In Health
→ www.ph.ucla.edu
→ www.unicef.org
→ www.who.int

LESETIPP

**grenzenlos – Themenheft
„Behinderung – (k)ein Thema“
Ausgabe 2/2010**

Die Unterrichtsmaterialien für die Klassen 3 bis 6 laden die Kinder dazu ein, sich mit dem Thema Behinderung auseinanderzusetzen. Welche Ursachen führen zu Behinderung? Wie erleben blinde oder gehörlose Menschen die Welt? Kinder und Jugendliche aus Haiti, Kambodscha und Südafrika sprechen über ihr Leben mit Behinderung. Die Bausteine für die Klassen 7 bis 10 beschäftigen sich mit den Rechten von Behinderten und stellen neue Zugänge im Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung vor.

Das Heft kann kostenlos im Online-Shop des Kindermissionswerks bestellt werden:
→ www.sternsinger.de/shop

Bestell-Nr. 102210

KRANKMACHER UMWELT UND GESELLSCHAFT

Nicht allein Mangel, auch eine verschmutzte Umwelt und gesellschaftliche Missstände machen Kinder krank. Hier eine kurze Übersicht über krankmachende Bedingungen, denen insbesondere Kinder in Entwicklungsländern ausgesetzt sind.

Weltweit sind mehr als 40 Millionen Menschen auf der Flucht, knapp die Hälfte von ihnen sind minderjährig. Die meisten flüchten vor Krieg und Verfolgung oder sind gewaltsam aus ihrer Heimat vertrieben worden. Auch menschengemachte und Naturkatastrophen zwingen Minderjährige zur Flucht sowie schwierige, von Gewalt und Armut geprägte Familien- und Lebensverhältnisse. Manche Mädchen flüchten vor drohender Zwangsheirat und Genitalbeschneidung, manche Jungen vor Zwangsrekrutierungen als Kindersoldaten. Viele Flüchtlinge bleiben im eigenen Land: Die Zahl der Binnenflüchtlinge weltweit wird auf 26 Millionen geschätzt, knapp die Hälfte davon lebt in Afrika.

Etwa die Hälfte aller Flüchtlinge verweilt nach Angaben des Hohen Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR) in Lagern. Viele dieser Lager sind überfüllt, dementsprechend schlecht sieht es mit der Versorgung der Flüchtlinge aus. Es gibt Engpässe bei der Nahrungs- und Trinkwasserausgabe, es fehlt an sanitären Einrichtungen und geschützten Schlafplätzen. Das UNHCR und andere Hilfsorganisationen berichten immer wieder von sexuellen

Übergriffen und Schwangerschaften minderjähriger Mädchen. Gefährdet sind insbesondere Kinder, die Waisen sind oder bei der Flucht von den Eltern getrennt wurden.



Ob mit Verwandten oder allein, ob geflüchtet, vertrieben oder migriert – und gleich aus welchen Gründen: Kinder auf der Flucht bedürfen besonderen Schutzes und besonderer Aufmerksamkeit.

Daher sorgen Projektpartner des Kindermissionswerks in Grenzregionen, Flüchtlingslagern und Großstadtslums für offene Türen: Sie versorgen die Kinder mit Lebensmitteln, Medikamenten und Trinkwasser und setzen sich für Schulbesuch und Betreuung der oftmals traumatisierten Kinder ein.

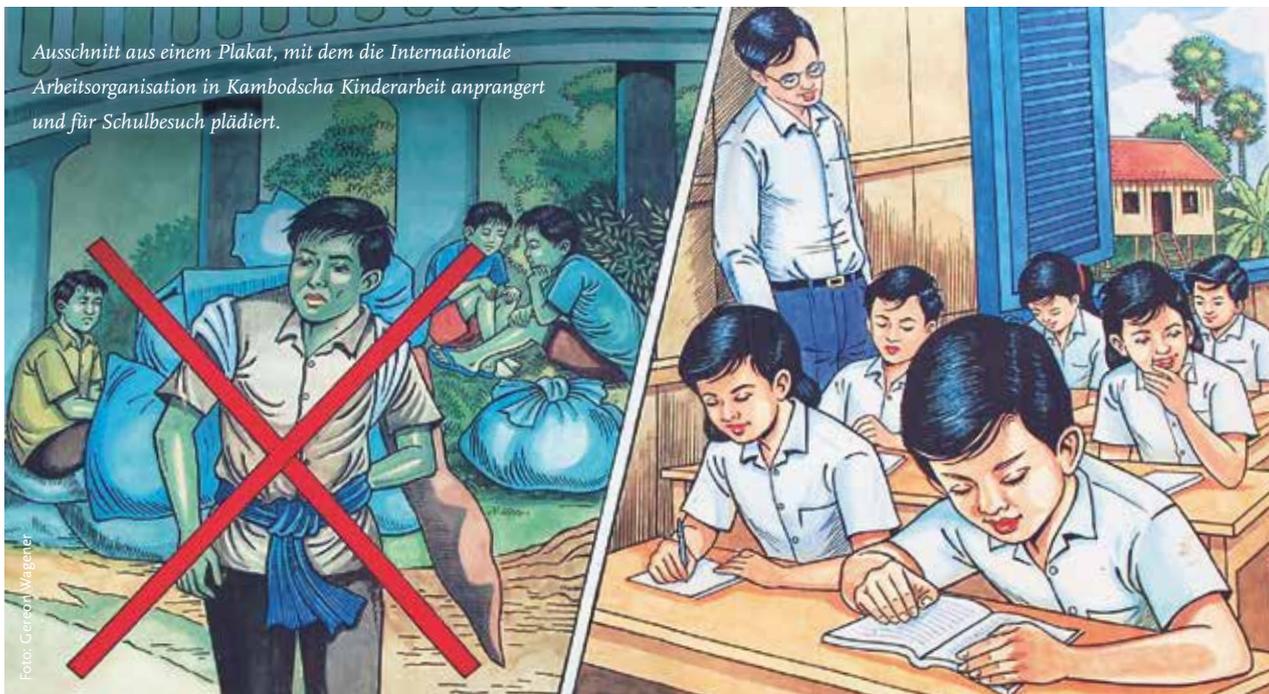
Die Flucht, ihre Auslöser und Begleiterscheinungen sind gerade für Kinder höchst traumatisierend. Erfahrungen von Gewalt und Brutalität, Überlebensangst und Leid durch den Verlust von Angehörigen und der vertrauten Umgebung hinterlassen tiefe körperliche und seelische Schäden.

Wegen der Überfüllung der Lager sind die medizinische Versorgung und insbesondere die psychosoziale Betreuung der traumatisierten Kinder oft nicht gewährleistet. Flüchtlingskinder, die nicht in Lagern leben, ergeht es teilweise noch schlechter, vor allem wenn sie auf sich allein gestellt sind, keine finanziellen Mittel und keine gültigen Papiere haben.

Gefährliche Kinderarbeit

Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) schätzt, dass rund 215 Millionen Kinder zwischen fünf und siebzehn Jahren arbeiten müssen. Vor allem im asiatischen/pazifischen Raum und im subsaharischen Afrika ist Kinderarbeit verbreitet, aber auch im mittleren und nördlichen Afrika sowie in Lateinamerika. Ein Teil der Kinder erledigt Arbeiten, die als „mithelfend“ bezeichnet werden: Sie unterstützen etwa ihre Eltern bei der Haus- und Gartenarbeit oder verkaufen nach der Schule Kleinwaren. Im internationalen Sprachgebrauch geht es dabei um „child work“, das im Gegensatz zu „child labour“ dem Alter des Kindes angemessen, gesichert, zeitlich begrenzt und freiwillig bleibt, den Schulbesuch weiterhin ermöglicht und von den Erziehungsverantwortlichen beauf-

AUTORIN:
Verena Hanf



sichtigt wird.¹ Allerdings gibt es weltweit schätzungsweise 115 Millionen Kinder, die „child labour“ verrichten müssen: Sie arbeiten unter ausbeuterischen, gefährlichen und gesundheitsschädlichen Bedingungen. Sie werden etwa in der Landwirtschaft (mehr als zwei Drittel der arbeitenden Kinder, vor allem Jungen) oder in Bergwerken eingesetzt, aber auch in Privathaushalten (vor allem Mädchen) und im Tourismus, wo die Gefahr von Missbrauch und sexueller Ausbeutung groß ist.



Projektpartner des Kindermissionswerks setzen sich dafür ein, Kinder vor jeder Art gefährlicher und ausbeuterischer Arbeit zu schützen. Statt zu arbeiten sollen Kinder eine Schule besuchen können, denn nur mit einer ausreichenden Bildung sind sie später in der Lage, einer besseren Arbeit nachzugehen und der Armut zu entkommen.

Es gibt wenige Untersuchungen, die sich systematisch und länderübergreifend mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Kinderarbeit beschäftigen. „Zwar beschreiben auftretende Erkrankungen und Unfälle das Risiko arbeitender Kinder, aber in Ermangelung einer Vergleichsgruppe nicht arbeitender Kinder kann der Einfluss der Arbeit auf das Krankheitsgeschehen in aller Regel nicht quantifiziert werden.“² Doch wie die WHO und die ILO unterstreichen, ist harte und riskante Arbeit



Insbesondere in Regionen, in denen Mädchen in Gesellschaft und Familie diskriminiert werden, engagieren sich Projektpartner für Gleichberechtigung und sorgen für Bildung, Ernährungs- und Gesundheitsversorgung betroffener Mädchen. In Gesprächen, Katechese- und Elternkursen machen sie zudem immer wieder deutlich, dass es keinen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen geben darf. In vom Kindermissionswerk geförderten Einrichtungen finden misshandelte, missbrauchte und ungewollt schwangere Mädchen sichere Anlaufstellen, Seelsorge und Bildungsmöglichkeiten.

für Kinder eben besonders gefährlich: Ihre nicht voll entwickelten Körper leiden besonders unter Belastungen wie Chemikalien, Lärm, schweren Lasten und zu langen Arbeitszeiten. Risikoreiche Arbeit, Ausbeutung und Missbrauch verursachen bei ihnen zudem psychische Probleme und führen zu Verhaltensauffälligkeiten.³

Geschlechterbedingte Ungleichheit

In vielen Gesellschaften werden Mädchen extrem benachteiligt – und zwar nicht allein, was Bildung, Wertschätzung und Selbstbestimmung angeht, sondern auch in der Ernährungs- und Gesundheitsversorgung. Die geschlechterbedingte Ungleichbehandlung ist in vielen arabischen Ländern ausgeprägt, aber auch in Süd- und Ostasien. In China, Indien, Bangladesch und Korea etwa werden vielfach Jungen bevorzugt, teilweise sogar Mädchen schon im Mutterleib gezielt getötet, wie UN-Organisationen regelmäßig anprangern. Dieser so genannte Fetoizid sowie die erhöh-

te weibliche Kindersterblichkeit aufgrund einer schlechteren Ernährungs- und Gesundheitsversorgung der Mädchen – auch in Ländern wie Indien, Pakistan, Nepal und Iran – führen zunehmend zu einem zahlenmäßigen Ungleichgewicht zwischen Jungen und Mädchen. Im subsaharischen Afrika dagegen gibt es keine messbaren Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der Ernährungs- und Gesundheitsversorgung. Hier ist die Sterblichkeitsrate der Jungen sogar etwas höher als die der Mädchen, die im Allgemeinen körperlich widerstandsfähiger sind.

Dagegen sind heranwachsende junge Mädchen im subsaharischen Afrika wie auch in anderen Regionen geschlechtsspezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt: frühe Heirat, frühe Mutterschaft, sexueller Missbrauch oder gesundheitlich verantwortungsloses Verhalten der oftmals erheblich älteren Partner. Nach Angaben der WHO wird immer noch ein Drittel der Mädchen in Entwicklungsländern vor deren 18. Geburtstag verheiratet. Sie sind oft nicht sexuell aufgeklärt und wissen kaum etwas über sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV/Aids und können sich daher nicht schützen.

Auch die frühe Mutterschaft birgt besondere Risiken. Jährlich werden rund 14 Millionen Mädchen und junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren schwanger; mehr als 90 Prozent dieser sehr jungen Mütter leben in Entwicklungsländern. In dieser Altersgruppe sind schwangerschafts- und geburtenbedingte Komplikationen sowie die Folgen von Abtreibungen die Haupttodesursache. Im Vergleich zu älteren Müttern gebären sehr junge Mütter häufiger Kinder, die untergewichtig, mangelernährt und anämisch sind. Junge Mütter leiden öfter an obstetrischen Fisteln, einer Folge von Verletzungen, die bei der Geburt auf-

treten kann, und Inkontinenz, und sie entwickeln später eher einen Gebärmutterhalskrebs.⁴

Umweltverschmutzung und -gefahren

Jedes Jahr sterben nach Angaben der WHO rund drei Millionen Kinder unter fünf Jahren an den Folgen von Umweltverschmutzungen, weitere Millionen tragen irreparable Schäden davon. Die kindlichen zentralen Nerven-, Verdauungs- und Immunsysteme sind noch nicht voll entwickelt und daher zu schwach, um Umweltgifte abzubauen. Kinder, die in Entwicklungsländern und in armen Verhältnissen leben, sind Umweltkontaminationen in besonderem Maß ausgesetzt.

Auto-, Motorrad-, Lastwagen- und Busabgase, qualmende Fabrikschlote, stinkende Müllberge, kaum Grünflächen und Bäume – vor allem in Groß- und Megastädten der Entwicklungsländer leiden Kinder an Atemwegserkrankungen, die nach Angaben der WHO zu 60 Prozent auf Luftverschmutzungen zurückgehen.



Projektpartner des Kindermissionswerks setzen sich in vielfältiger Weise dafür ein, Kinder vor Umweltverschmutzungen, Vergiftungen und Verletzungen zu schützen. Eltern wie Kinder werden etwa über die Gefahren von offenen Feuerstellen und toxischen Materialien aufgeklärt, dazu angehalten, hygienische Grundregeln zu beachten und sorgsam mit ihrer Umwelt umzugehen. Auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene prangern Projektpartner regionale Umweltverschmutzungen an und fordern von staatlichen Behörden besseren Schutz und wirksamere Prävention.



Foto: Gereon Wagener

Bakterien- und chemikalienhaltige Industrie- und Haushaltsabwässer fließen oft ungefiltert in Flüsse und verseuchen das Grundwasser – eine weitere große Gefahrenquelle für Kindergesundheit. 1,5 Millionen Kinder sterben jährlich an Durchfall. In 90 Prozent ist verunreinigtes Wasser die Ursache der Diarrhö. Auch die in der Landwirtschaft eingesetzten Pestizide und die durch Bergbau freigesetzten Schwermetalle verschmutzen das Trinkwasser und führen in manchen Regionen zu Hautausschlägen, Haarausfällen und Magenbeschwerden.

Neben den äußeren Umweltverschmutzungen belasten aber auch innerhäusliche Verschmutzungen die Kindergesundheit. Kochen auf offe-

nen Feuerstellen und das Heizen mit Biomassen-Brennstoffen wie Dung, Stroh, Holz oder Kohle verursachen gesundheitsschädlichen Rauch, der die Atemwege der Kinder erheblich belastet. Ungesund sind auch die vor allem in Slums herrschenden, meist äußerst beengten Wohnverhältnisse: undichte, dadurch feuchte oder zugige Behausungen, toxische Baumaterialien, mangelndes Licht oder zu grelle Beleuchtung, permanente Lärmbelästigung und fehlende sanitäre Einrichtungen schaden der Gesundheit und Entwicklung von Kindern.

Ein nicht kindergerechtes Umfeld erhöht zudem beträchtlich die Verletzungsgefahr von Kindern. Nach Angaben der WHO werden vor allem Kin-

der aus Ländern mit mittlerem oder niedrigem Einkommen Opfer von „unbeabsichtigten“ Verletzungen wie Verkehrsunfällen, Vergiftungen, Stürzen und Brandverletzungen. Die Versorgung der Verletzungen ist für Kinder aus armen Ländern und Familien oft unzureichend, so dass sie teilweise lebenslange Schäden davontragen.

1 Vgl.: Oliver Razum, Jürgen Breckenkamp, Pitt Reitmeier (Hrsg.), *Kindergesundheit in Entwicklungsländern*, Frankfurt 2012

2 *ibid.*, S. 157.

3 Mehr dazu → www.ilo.org

4 Quelle und weitere Informationen: → www.unfpa.org/gender/girls.htm

GESUNDHEITSGEFAHR KLIMAWANDEL

Die Erderwärmung wird zunehmend Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Vor allem Kinder in Entwicklungsländern sind gefährdet.

Ende 2012 läuft das Kyoto-Protokoll aus, in dem sich die meisten Industriestaaten verpflichtet hatten, ihre Emissionen deutlich zu verringern. Im Dezember 2011 haben sich in Durban die Hoffnungen auf eine Erneuerung und Erweiterung der Selbstverpflichtung nicht erfüllt. Vermutlich ist nicht mehr zu verhindern, dass die Erde sich bis zum Ende des Jahrhunderts um mehr als zwei Grad Celsius erwärmt. Daraus ergeben sich schon jetzt und zukünftig verstärkt verheerende Gesundheitsfolgen – vor allem für Kinder. Aber Gesundheit spielt in der internationalen Diskussion um den Klimawandel bislang noch kaum eine Rolle. Dabei wäre dies ein zusätzliches und wichtiges Argument für die Begrenzung der Erderwärmung.

Der letzte Weltklimabericht des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) von 2007 macht unmissverständlich deutlich, dass der Klimawandel eine gravierende Bedrohung auch für die Gesundheit der Menschheit darstellt (IPCC 2007). Der Weltentwicklungsbericht von 2010 nennt als eine der fünf wichtigsten Folgen des Klimawandels: „Die globale Erwärmung von 2 Grad Celsius über dem vorindustriellen Wert wird aller Voraussicht nach zur Folge haben: (...) Tod und Krankheit



Licht und Strom aus Sonnenenergie für Kinderkrankenstationen in Ghana, Solarschulboote in Bangladesch, Wiederaufforstungsprojekte in Bolivien: Das Kindermissionswerk unterstützt Projektpartner dabei, an der Basis für Umwelt- und Klimaschutz zu sorgen und zur Bewahrung der Schöpfung beizutragen. Ob es um den Einsatz erneuerbarer Energien geht, um die Entwicklung alternativer und Ressourcen schonender Anbaumethoden oder um umweltpädagogische Projekte – im Mittelpunkt der Bemühungen stehen immer die Kinder und ihre bestmögliche Entwicklung.

durch die Verbreitung von Infektionskrankheiten, Durchfällen und extremer Hitze.“ (Weltbank 2010) Und die Direktorin der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Margret Chan, nennt den Klimawandel „die größte Gesundheitsherausforderung des 21. Jahrhunderts“ (WHO 2010). Trotzdem spielt das Thema Gesundheit in der internationalen Klimadiskussion noch kaum eine Rolle – zu Unrecht.

In welchem Umfang der Klimawandel auf die menschliche Gesundheit

einwirkt, hängt stark von der Region und noch stärker von der sozialen Situation der betroffenen Bevölkerung ab. Die Folgen werden manchmal nur gering, oft aber erheblich, selten werden sie positiv, in vielen Fällen jedoch katastrophal sein.

Wie wirkt der Klimawandel auf die Gesundheit?

Unter den direkten Auswirkungen des Klimawandels versteht man Erkrankungen und Todesfälle, die als unmittelbare Folge auf Extremwetterereignisse wie Hitzewellen, Überflutungen, Dürreperioden, Unwetter und Stürme zurückzuführen sind. Indirekt wirkt sich der Klimawandel auf die Gesundheit aus, weil er die Übertragungsbedingungen für Infektionskrankheiten ändert, weil er auf die landwirtschaftliche Produktion und damit die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln erheblichen Einfluss hat und weil er sich auf die Verfügbarkeit von sauberem Wasser und die Abwasserentsorgung auswirkt.

Zusammenhänge und Wirkungsketten sind oft komplex. Überschwemmungen oder Dürreperioden führen zu Epidemien, Hungersnöten oder Flüchtlingsströmen. Auch die Gesundheitsversorgungssysteme selbst kann der Klimawandel so beeinträchtigen, dass sie ihrer Auf-



ZUM AUTOR:

Dr. med. Winfried Zacher, Master of Public Health, Allgemein- und Tropenmediziner, ist ehrenamtlich bei Germanwatch als Berater für Gesundheit und Entwicklung tätig. Er hat zehn Jahre in Afrika gearbeitet und war Leiter des Ärztlichen Dienstes und Fachreferats Gesundheit im Deutschen Entwicklungsdienst (DED).

gabe nicht mehr gerecht werden können: Eine Durchfall- oder gar Choleraepidemie als Folge einer Überschwemmung kann bestehende Einrichtungen ebenso schnell überfordern wie ein starker Anstieg von Herz-Kreislauf-Problemen, ausgelöst durch eine Hitzewelle; nach einem Hurrikan ist oft auch das Krankenhaus zerstört, und eine Flutwelle macht die Dorfgesundheitsstation unbrauchbar.

Historisch ist der enorme Verbrauch an fossilen Brennstoffen durch die Industrieländer für die Erderwär-

mung verantwortlich – auch wenn die Schwellenländer mittlerweile gewaltig „aufgeholt“ haben und damit nun auch in der Verantwortung stehen. Die Gesundheitsfolgen des Klimawandels sind auch für die Industrieländer nicht zu vernachlässigen; aber es besteht kein Zweifel, dass die Entwicklungsländer die Hauptlast tragen.

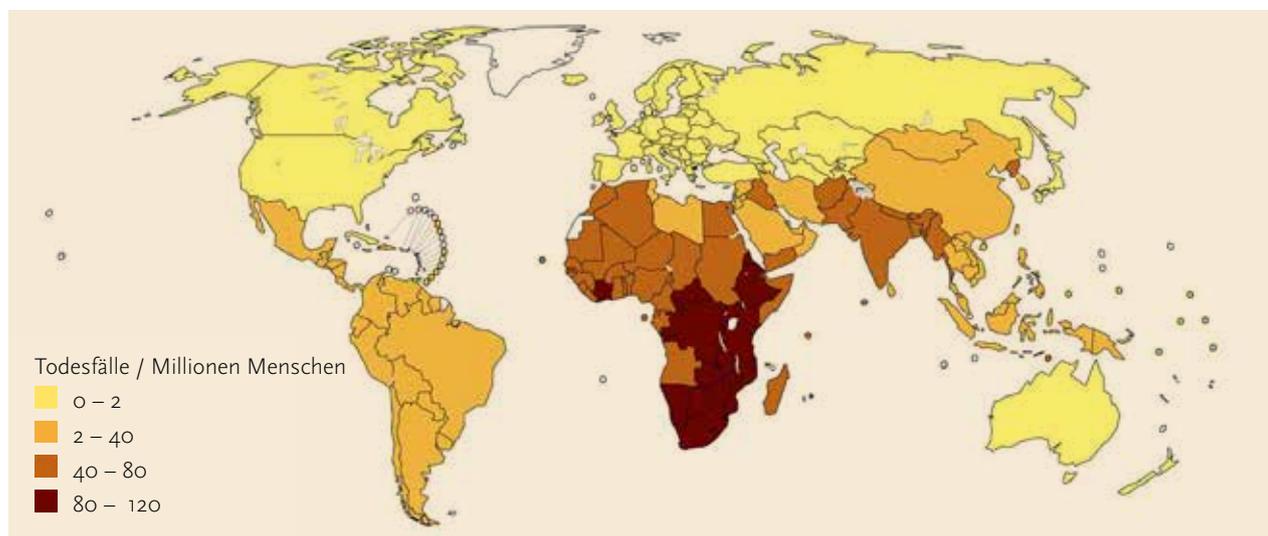
Im Jahr 2010 verursachte der Klimawandel etwa 150.000 zusätzliche Todesfälle weltweit, für 2030 belaufen sich die Schätzungen auf etwa 400.000 pro Jahr. Diese Todesfälle

betreffen zu 80 Prozent Kinder – vor allem in Subsahara-Afrika und in Südasien. Das gleiche gilt für klimabedingte Erkrankungen, die nicht zum Tod führen: 90 Prozent davon erleiden Kinder unter fünf Jahren in Entwicklungsländern (Patz 2007).

In weiten Teilen der Entwicklungsländer wird sich die Nahrungsmittelproduktion wegen der Erwärmung und des zunehmend erratic fallenden Regens deutlich verschlechtern. Und Kinder sind meist die Hauptleidtragenden, wenn sich die Ernährungslage verschlechtert.

TODESFÄLLE DURCH DEN KLIMAWANDEL

Die Fläche der Region entspricht jeweils dem Anteil der klimabedingten Todesfälle zwischen 1950 und 2000.





Mangelernährung und daraus folgende Immunitätseinbußen führen zu Infektionen, allen voran Atemwegserkrankungen. Durchfälle werden sowohl durch den klimabedingten Wassermangel befördert sowie durch Sturzregen und Überflutungen von Latrinen. Die Malaria wird sich deutlich ausbreiten und viele zusätzliche Todesopfer fordern; aber auch das Denguefieber wird wegen der verbesserten Brutbedingungen für die Überträgermoskitos in vielen Regionen zunehmen – um nur zwei von vielen Infektionskrankheiten zu nennen, die sich ausbreiten werden. Die wichtigsten klimabedingten Gesundheitsprobleme für Kinder sind also die, die schon jetzt für den größten Teil der Säuglings- und Kindersterblichkeit in Entwicklungsländern verantwortlich sind, die aber auf Grund der Klimaerwärmung noch erheblich zunehmen werden.

Was tun?

Grundsätzlich müssen zur Bewältigung des Klimawandels zwei Handlungsstränge verfolgt werden:

- * das Unvermeidbare bewältigen
= Anpassung (adaptation)
- * das Unbewältigbare vermeiden
= Klimaschutz (mitigation)

Dies gilt auch für den Gesundheitsbereich.

Anpassung heißt hier für die meisten Entwicklungsländer vor allem: die bereits vorhandenen Basisgesundheitsysteme endlich funktionsfähiger zu machen und sie gleichzeitig auszubauen, um den besonders benachteiligten Gruppen – Armen, Kindern, Müttern – Prävention und Behandlung für die wichtigsten Erkrankungen zu ermöglichen.

Klimaschutz bedeutet für den Gesundheitsbereich: eine Verringerung der Treibhausemissionen, die zu einem geringeren Anstieg der Welttemperatur führt und so die daraus resultierenden Erkrankungen und Epidemien vermeidet. Erst neuerdings wird außerdem deutlich: Viele emissionsmindernde Maßnahmen haben unmittelbar positive Folgen für die Gesundheit – auch für uns Europäer.

Wenn der Verkehr emissionsärmer gemacht wird, gehen die Atemwegserkrankungen erheblich zurück; wenn weniger tierisches Eiweiß produziert wird, werden weniger Klimagase verursacht – und ein verringerter Konsum von Fleisch- und Milchprodukten senkt erheblich Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Merksatz: Was für das Klima gut ist, ist auch für die Gesundheit gut. Und vieles, was der Gesundheit nutzt,

hilft auch, den Klimawandel zu bekämpfen.

„Kinder stellen eine besonders verletzbare Gruppe dar, die ... überproportional an den ... Gesundheitsfolgen des Klimawandels leiden wird. Alle, die sich mit Kindergesundheit befassen, (...) müssen sich deswegen als deren Fürsprecher für starke Klimaschutz- und Anpassungsmaßnahmen auf allen Ebenen – von der lokalen bis zur globalen – einsetzen.“ (Shea KM)

Quellen:

DARA, Climate Vulnerability Monitor 2010, The State Of The Climate Crisis

Friel, Sh., Global Health Equity And Climate Stabilisation, 2008

Intergovernmental Panel on Climate Change, Contribution Of Working Group II To The Fourth Assessment Report Of The Intergovernmental Panel On Climate Change, 2007

Patz, JA, Climate Change and Global Health: Quantifying A Global Ethical Crisis, 2007

Shea KM, Global Climate Change And Children's Health. Pediatrics, 2007

The World Bank, World Development Report 2010, Development And Climate Change, Washington DC, 2010

WHO, Parma Declaration on Environment and Health, 2010



TEIL 3

Kindergesundheit im globalen Blickfeld

GLOBAL HEALTH GOVERNANCE

Spenden ist Beteiligung an „Governance“. Doch „Governance“ heißt auch, Einfluss auf Regeln zu nehmen, um einer ständigen Erneuerung der Ungleichheiten entgegenzuwirken.

Was ist „Governance“? Das ist eine schwierige Frage, wobei sich die meisten Sozialwissenschaftler zumindest über einen Aspekt einig sind: Veränderungen in jedem Bereich – von unserem Stadtteil über unser Land bis zur Welt insgesamt – werden nicht nur von einer zuständigen Regierung und ihren Entscheidungen bestimmt, sondern auch von Vereinen, Verbänden, Kirchen oder einzelnen religiösen Gruppen, Unternehmen und unorganisierten Gruppen, von Zeitungen, dem Fernsehen und Individuen. Alle, die im Kleinen wie im Großen den Gang der Dinge bewusst verändern wollen, sind Teil von Governance-Prozessen – natürlich mit unterschiedlichem Einfluss auf das, was tatsächlich passiert. In einem gut organisierten und demokratischen Staat sind zumindest einige Dinge verbindlich geregelt, durch Gesetze, über die demokratisch gewählte Parlamente entscheiden. Auch an solchen Gesetzen, die etwa die Grundzüge unseres Gesundheitssystems bestimmen, haben viele Gruppen – im sozialwissenschaftlichen Jargon oft „Akteure“ genannt – mit unterschiedlichen Zielen und Interessen mitgearbeitet.

Nun gibt es aber keine Weltregierung. Ob das gut oder schlecht ist, soll uns hier nicht interessieren. Es

gibt immerhin die Vereinten Nationen, die dafür gesorgt haben, dass umfangreiche Verträge über die Menschenrechte abgeschlossen wurden, auch über das „Menschenrecht auf Gesundheit“. Die einzelnen Staaten sollen das Recht umsetzen, und die reichen Länder sollen den armen dabei helfen. Aber es gibt niemanden, der die Staaten dazu zwingen und vor allem verbindlich festlegen könnte, wie hoch diese Hilfe tatsächlich sein soll.

Weiterhin extreme Ungleichheit

Von 1990 bis 2010 ist die Hilfe im Gesundheitsbereich immerhin von 5,7 auf 26,8 Milliarden US-Dollar gestiegen. Doch wenn man berücksichtigt, dass mehr als zwei Milliarden Menschen in den ärmeren Ländern leben (niedriges und „lower middle“-Pro-Kopf-Einkommen nach der Klassifikation der Weltbank), dann sind das nur 13 US-Dollar pro Kopf. Die jährlichen Gesundheitsausgaben liegen in den Top-Ländern (USA, Norwegen und Luxemburg) bei etwa 7.300 Dollar, in Deutschland bei 4.800 Dollar, dagegen in Eritrea, Äthiopien und der Demokratischen Republik Kongo bei nur neun Dollar pro Kopf (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Ein Abbau der extremen weltweiten Ungleichheiten ist nicht feststellbar. Auch wenn immer wie-

der von erfolgreichen Spendenkampagnen berichtet wird und die Hilfgelder nicht-staatlicher Organisationen zwischen 1990 und 2010 von etwa 500 Millionen auf knapp zwei Milliarden US-Dollar gestiegen sind, bleiben sie ein Tropfen auf den heißen Stein.

Einfluss auf Regeln nehmen

Spenden ist zweifellos ein Ausdruck der Beteiligung an „Governance“: Die Geber sind bereit, auf ein (meist kleines) Stück Reichtum zu verzichten, um die Welt etwas gerechter zu machen. „Governance“ heißt allerdings auch, Einfluss auf die Regeln zu nehmen, die zu einer ständigen Erneuerung der Ungleichheiten beitragen. Viele dieser Regeln betreffen die wirtschaftlichen Beziehungen in der Welt, den Handel, die Landwirtschaft, aber auch die Gesundheit.

Striktes Patentrecht

Ich will im Folgenden auf ein wichtiges Konfliktfeld eingehen, das erst um die Jahrtausendwende im Zusammenhang mit dem Zugang zu Medikamenten gegen HIV/Aids in großer Breite in das öffentliche Bewusstsein getreten ist, nämlich das Patentrecht als die zentrale Form der Finanzierung von privatwirtschaftlicher pharmazeutischer Forschung.



ZUM AUTOR:

Wolfgang Hein ist Professor an der Universität Hamburg und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien (GIGA) in Hamburg

Das Patentrecht hat eine wichtige Funktion: Es ermöglicht die Finanzierung der oft hohen Kosten der Forschung und Entwicklung neuer Produkte. Hinter jedem erfolgreichen Medikament stecken eine jahrelange Forschung zu vielen anderen Wirkstoffen, die sich letztlich als nicht erfolgreich erwiesen haben, sowie jahrelange Tests bis zur gesetzlichen Zulassung des Medikaments.

Am Ende steht dann eine Pille, die hohe Entwicklungskosten verursacht hat, aber in der eigentlichen Herstellung nicht viel kostet. Um eine Konkurrenz durch Nachahmerpräparate (medizinisch einwandfreie Generika) zu vermeiden, hatte die Pharmaindustrie – in enger Zusammenarbeit mit Softwareherstellern – erfolgreich ihren politischen Einfluss genutzt, um innerhalb der Welthandelsorganisation ein Abkommen abzuschließen. Das so genannte TRIPS-Abkommen (Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum) verpflichtete alle Unterzeichner – wenn auch mit gewissen Ausnahmeregelungen, sogenannten Flexibilitäten –, ein striktes Patentrecht zu verabschieden.

Das führte zu der Situation, dass gegen Ende der 1990er Jahre zwar Medikamente verfügbar waren, die aus Aids praktisch eine chronische

Krankheit machten. Doch sie waren für die meisten Infizierten, die in vielen der ärmsten Länder Afrikas lebten, unerschwinglich: Eine Behandlung kostete pro Jahr etwa 10.000 US-Dollar.

Selbst wenn alle der oben genannten finanziellen Hilfen aus dem Norden ausschließlich für den Aufkauf von Aids-Medikamenten ausgegeben worden wären (damals etwa 10,5 Milliarden US-Dollar), hätte das bei weitem nicht ausgereicht, die Medikamente für die 25,3 Millionen HIV-Infizierten in Afrika zu kaufen.

Widerstand gegen Generika

Im Jahr 2000 kamen dann Generika aus Indien für Preise um die 500 Dollar per Patient und Jahr auf den Markt. Sie durften zwar dort produziert werden, ihre Vermarktung war jedoch in vielen anderen Ländern nicht erlaubt. Mit diesen Generika war eine umfassende Behandlung von Aids-Patienten finanzierbar – vorausgesetzt, das TRIPS-Abkommen würde verlässlich so interpretiert, dass ihre Produktion und Vermarktung in den Entwicklungsländern zulässig wäre. Dagegen gab es einen erheblichen Widerstand der internationalen Pharmaunternehmen und der einflussreichsten Industrieländer.

Medikamenten-Zugang gefordert

Bereits einige Jahre zuvor hatte sich ein Netzwerk zivilgesellschaftlicher Organisationen formiert, die einen Zugang aller Menschen zu lebenswichtigen Medikamenten forderte. Diese Bewegung erhielt bald breite Unterstützung einer in diesem Fall tatsächlich weltweiten Zivilgesellschaft. Die Regierungen der USA und vieler europäischer Staaten, die ansonsten im Zusammenhang mit dem Patentrecht wenig kompromissbereit waren, konnten den Forderungen nach einer (jedenfalls aus ihrer Sicht) „großzügigen“ Interpretation der TRIPS-Flexibilitäten nicht länger Widerstand entgegensetzen. Im November 2001 wurde die „Doha-Erklärung zu TRIPS und öffentlicher Gesundheit“ verabschiedet. Sie stellte klar, dass alle Länder das Recht hätten, sogenannte Zwangslizenzen zur generischen Produktion von Medikamenten zu erteilen, wenn dies „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“ nötig sei.

Damit war ein großer Schritt zu einem gesicherten Zugang auch ärmerer Länder zu Aids-Medikamenten getan, aber das Problem nicht ein für alle Mal gelöst. Auch wenn die Industrie grundsätzlich die Produktion generischer Formen bekannter Medikamente hinnimmt und diese selbst

in den ärmeren Ländern billiger verkauft, hat es seitdem immer wieder neue Konflikte um die Reichweite dieses Rechts gegeben. Ist es „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“ auch nötig, die neueste Generation von Medikamenten sofort zu einem Preis zu verkaufen, der einen allgemeinen Zugang ermöglicht? Vor allem aber: Wie sieht es mit Arzneimitteln gegen Krankheiten aus, die früher als die typischen Krankheiten der Industrieländer bezeichnet wurden, deren Verbreitung aber jetzt auch in den ärmeren Ländern rasant zunimmt: Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes?

Regeln beeinflussbar

Die Auseinandersetzungen um den Zugang zu Medikamenten haben gezeigt, dass auch Regeln wie die des internationalen Patentrechts nicht nur von Regierungen ausgehandelt werden, sondern durch Governance-Prozesse beeinflusst werden, die die Kräfteverhältnisse zwischen einer Vielzahl von Akteuren widerspiegeln.

Politisches Engagement, die Mobilisierung der öffentlichen Meinung, verbunden mit einem konkreten Engagement in der praktischen me-

dizinischen Hilfe (exemplarisch bei den Ärzten ohne Grenzen, aber auch bei vielen anderen zivilgesellschaftlichen und kirchlichen Organisationen) spielen eine entscheidende Rolle, um „den Gang der Dinge“ hin zu einer wirklichen Durchsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit zu beeinflussen.

„Global Health Governance“ ist nicht die Steuerung eines globalen Gesundheitssystems durch eine zentrale Organisation, sondern das Ergebnis des häufig auch konfliktiven Zusammenspiels vieler beteiligter Akteure.

Hier eine Liste der Veröffentlichungen von Prof. Dr. Wolfgang Hein zum Thema „Global Health“:

* Joachim Betz/ Wolfgang Hein (Hg.), Neues Jahrbuch Dritte Welt 2003, Soziale Sicherung in Entwicklungsländern, Op-laden 2004, darin: „Global Public Health – ein wichtiger Schritt auf dem Wege zu globaler Sozialpolitik“, S. 33 – 56

* Wolfgang Hein/ Sonja Bartsch/Lars Kohlmorgen (Hg.), Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS, Basingstoke, Palgrave 2007

* Kent Buse/ Wolfgang Hein/ Nick Drager (Hg.), Making Sense of Global Health Governance: A policy perspective, Basingstoke, Palgrave 2009

Artikel in Sammelbänden und Zeitschriften:

* (zus. mit Sonja Bartsch), „TRIPS und globale Partnerschaften. Konflikte um den Zugang zu Medikamenten im Rahmen von Global Health Governance“, in: Peripherie, Nr. 90/91/2003: 202-231

* mit Lars Kohlmorgen, „Die Vereinten Nationen und globale Gesundheitsgefahren – der Kampf gegen HIV/AIDS“, in Zeitschrift für Politik, Sonderband 1 (Globale Probleme und Zukunftsaufgaben der Vereinten Nationen, Baden-Baden 2006: 129-147

* Global Health. Ein Politikfeld von unterschätzter Bedeutung, Bonn (FES, Reihe: Kompass 2020) 2007, 17 S. (auch auf Englisch)

* mit Lars Kohlmorgen, „Global Health Governance: Conflicts on Global Social Rights“, in: Global Social Policy, 1/2008, S. 80 – 108

* mit Jan Peter Wogart, Gilberto Calagnotto und Christian von Soest, AIDS, Access to Medicines and the Different Roles of the Brazilian and South African Governments in Global Health Governance, GIGA Working Paper, No.86, September 2008.

* „Globale Gesundheitspolitik. Eine ‚unstrukturierte Pluralität von Akteuren und Konzepten?‘“ in: Helmut Breitmeier /Michèle Roth/Dieter Senghaas (Hrsg.): Sektorale Weltordnungspolitik: Effektiv, gerecht und demokratisch? EINE Welt Band 22 der Stiftung Entwicklung und Frieden, Baden-Baden: Nomos 2009

* Gesundheit, soziale Ungleichheit und Global Health Governance“, in: Franz Kolland et al. (Hg.), Soziologie der globalen Gesellschaft. Eine Einführung, Wien 2010: S. 174 – 208

PERSONALKRISE ÜBERWINDEN, INFORMATIONSTECHNOLOGIE NUTZEN

Mehr Gesundheit für die Kinder in der Einen Welt – Was können kirchliche Einrichtungen dafür tun?

Bei einer meiner letzten Dienstreisen hatte ich das Glück, den Ort im westafrikanischen Land Benin besuchen zu können, an dem ich vor einem Vierteljahrhundert als Arzt gearbeitet habe. Die Bevölkerung des ländlichen Inlanddistrikts ist in der Zwischenzeit um das Zweieinhalbfache angestiegen. Durch den Distrikt zieht sich heute eine Teerstraße. Die größeren Orte sind mit Strom und Wasser versorgt. Dank der Mobilfunknetze ist Kommunikation kein Problem. Langsam hält auch das Internet Einzug. Die örtlichen Gesundheitsdienste, deren erste Schritte ich damals aktiv mitgestalten durfte, arbeiten mit Erfolg. Die Kindersterblichkeit ist seit Mitte der achtziger Jahre um mehr als die Hälfte auf eine von 15 Lebendgeburten zurückgegangen. Auch die Müttersterblichkeit ist von nahezu 800 je 100.000 Lebendgeburten auf unter 500 gesunken. Beim Besuch der Kinderabteilung des Distriktkrankenhauses berichtete das Personal, dass komplizierte Malariafälle eine Seltenheit geworden seien und die Krankheit dank imprägnierter Moskitonetze und der Kombinationsbehandlung mit mehreren Wirkstoffen nur noch in Ausnahmefällen Menschen das Leben kostet. Aufgrund der mittlerweile langjährigen Impfabdeckungsrate von über 90 Prozent blieben auch früher häufig

auftretende Epidemien wie Meningitis oder Masern aus.

Dieses Beispiel zeigt, dass in den vergangenen dreißig Jahren im Gesundheitssektor enorm viel erreicht wurde. Die Anzahl der Todesfälle ging weltweit von 12,4 Mio. Kindern (1990) auf 7,6 Mio. zurück. Heute liegt die weltweite Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren im Durchschnitt bei 57 von 1.000 Lebendgeburten.

Aktuelle Herausforderungen

Dennoch ist es beunruhigend, dass diese Rate in vielen Staaten Subsahara-Afrikas bis zu 17-mal höher liegt als in den entwickelten Regionen der Welt. Berücksichtigt man soziale Determinanten für Gesundheit und vor allem die Einkommenssituation der Familien, dann tut sich auch innerhalb vieler Länder eine unakzeptabel große Schere auf. Das Kinderhilfswerk UNICEF wies in seinem jüngsten Bericht über die Situation der Kinder in der Welt darauf hin, dass in Ländern wie Kambodscha, Guinea, Niger oder auch Benin die Kindersterblichkeit für den reichsten Teil der Bevölkerung bei 20 bis 40 Todesfällen auf 1.000 lebend Geborene liegt, während sie bei den 20 Prozent der Ärmsten der Gesellschaft weiterhin bei unannehmbar hohen 140 bis 160 Todesfällen liegt.

Ein Blick in die Statistiken weist auf verschiedene Ursachen für die kindlichen Todesfälle hin. Neben Mangelernährung und Problemen in der Neugeborenenperiode haben soziale, politische und umweltbedingte Aspekte einen extrem nachteiligen Einfluss auf die Kindergesundheit:

- * die rapide zunehmende Urbanisierung der Bevölkerung
- * die höchst problematischen städtischen Lebensbedingungen vor allem in Slums
- * Naturkatastrophen und Folge von Klimaveränderungen
- * bewaffnete Konflikte
- * sozialer Ausschluss aufgrund von Kastenzugehörigkeit, Herkunft oder Religion
- * die Folgen von schlechter Regierungsführung

Fachleute sind sich einig, dass gerade die zuletzt genannten Faktoren nicht durch den Gesundheitssektor allein überwunden werden können. Vielmehr müssen gute Regierungsführung gestärkt, mehr lokale Ressourcen für Gesundheit bereitgestellt, Armut bekämpft und der Klimawandel gemildert werden.

Doch auch der Gesundheitssektor muss sich den neuen Herausforderungen stellen. Von den acht Millennium-Entwicklungszielen sind die

gesundheitsbezogenen am weitesten von ihrer Umsetzung entfernt.

Schwächung kirchlicher Gesundheitsdienste

Nicht zuletzt aus diesem Grund haben die Vereinten Nationen mit Unterstützung einiger Industriestaaten (allen voran die USA), internationaler globaler Gesundheitsinitiativen (z. B. der Bill und Melinda Gates Foundation) und sogenannter Public Private Partnerships (Partnerschaften, an denen sich die Industrie und der Privatsektor beteiligen) eine globale Strategie zur Erreichung dieser Ziele entwickelt. Die für den Gesundheitssektor von Entwicklungsländern zur Verfügung stehenden Geldmittel haben sich durch globale Gesundheitsinitiativen, die Weltbank, das Gesundheitsprogramm des amerikanischen Präsidenten PEPFAR und nicht zuletzt durch den Globalen Fonds im vergangenen Jahrzehnt vervierfacht. Sie fließen aber vor allem in staatliche Einrichtungen. Daher ist der kirchliche Gesundheitsdienst in vielen Bereichen deutlich zurückgefallen. Seine Personalsituation und sein Qualitätsmanagement haben sich verschlechtert. Es ist nicht damit zu rechnen, dass der durch Orden und kirchliche Solidarität unterstützte kirchliche Gesundheitsdienst in Entwicklungsländern zukünftig in ähnlicher Weise wie der staatliche gefördert wird. So bleibt den kirchlichen Einrichtungen nur der Weg, alte Berührungspunkte zu überwinden und zu praktikablen Kooperationen mit staatlichen Behörden zu kommen.



Foto: Martin Steffen

Personal qualifizieren

Kirchliche Partner in der Entwicklungszusammenarbeit müssen unbedingt mehr Anstrengungen unternehmen, um qualifiziertes Personal auszubilden und in den dezentralen Strukturen der Kirche zu halten. In Bezug auf Kindergesundheit bedeutet dies, dass die pädiatrischen Abteilungen zunehmend von entsprechend qualifizierten Kinderärzten geführt werden sollten. Neben der Ausbildung müssen auch Supervision und Weiterbildung des Fachpersonals verstärkt werden. Will man ein hohes technisches Niveau in peripheren Diensten erreichen, ist es notwendig, neue Informationstechnologien zur Verbesserung der Kommunikation zu nutzen. Bereits heute gibt es telemedizinische Pilotprojekte. Krankenhäuser in Nigeria, der Republik Kongo, Mauritius oder Ägypten stehen über Datenleitungen in regelmäßigem Kontakt mit Kollegen in Industriestaaten oder Indien. Dadurch kommt es zu einer fallorientierten Weiterbildung und einer Qualifizierung der medizinischen Arbeit. Eine Expertengruppe der amerikanischen Fachzeitschrift *The Economist* sieht darin eine Zukunft für die Gesundheitsversorgung in Afrika.

Neonatalogie – ein neuer Weg

Eine andere Qualität von Technologien ist notwendig, wenn man die neonatale Sterblichkeit bekämpfen will, die besonders hoch ist. Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ arbeitet dazu beispielsweise mit dem Krankenhaus Hôpital St. Jean de Dieu in Thiès im Senegal zusammen. Ziel dieser Kooperation ist der Aufbau einer perinatalogischen Intensivstation.

Die neonatale Sterblichkeit hängt wesentlich von der Schwangerenversorgung und bei komplizierten Geburten von der rechtzeitigen Überweisung in eine entsprechende Abteilung ab.

Aber gerade bei gefährdeten Neugeborenen ist auch eine intensivmedizinische Nachbehandlung notwendig. Wie eine vom Kindermissionswerk beauftragte und vom Missionsärztlichen Institut ausgeführte Untersuchung ergab, wurden in senegalesischen Gesundheitszentren und peripheren Krankenhäusern Risikoschwangerschaften meist beizeiten diagnostiziert und die betroffenen Frauen an Spezialabteilungen überwiesen. Dort konnte zwar unter Umständen noch rechtzeitig ein Kaiserschnitt durchgeführt werden, aber die Neugeborenen starben häufig wegen des Fehlens einer intensivmedizinischen Nachbehandlung.

Pilotprojekt im senegalesischen Thiès

Im Sinne der Prinzipien der kirchlichen Soziallehre von Subsidiarität und Komplementarität versucht nun das katholische Krankenhaus in Thiès mit seinen Partnern aus Deutschland ein Modell medizinischer Versorgung aufzubauen, das sowohl die Schwangerenbetreuung als auch geburtshilfliche Aspekte und die intensivmedizinische Betreuung von kranken und gefährdeten Neugeborenen in der unmittelbaren Nachgeburtsphase vorsieht. Es geht darum, Erfahrungen zu sammeln und auszuwerten und nicht kritiklos alle möglichen und in Industrieländern vorhandenen Technologien bereitzustellen. Nach Schaffung der räumlichen Voraussetzungen, der Erstausrüstung des Kreißsaals und der neonatologischen Abteilung steht die Ausbildung des Personals an. Pflegerische Betreuung und ärztliche Versorgung werden schrittweise aufgebaut. Die in Thiès gewonnenen Projekterfahrungen könnten helfen, zukünftig auch in anderen Orten die medizinische Versorgung zu verbessern.

Ausblick

Der Beitrag kirchlicher Gesundheitsdienste wird dann wegweisend sein, wenn es ihnen gelingt,

- * regional angepasste moderne Technologien in pädiatrischen Einrichtungen in Entwicklungsländern einzuführen,
- * mit kirchlicher Solidarität die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften sicherzustellen,
- * moderne Informationstechnologien einzusetzen, mit denen man grenzübergreifend Erfahrungen sammelt und austauscht.

Zudem muss sich die Kirche weiterhin dafür einsetzen, dass die Gesundheitsversorgung ein öffentliches Allgemeingut in den Ländern wird, und kirchliche Einrichtungen Zugang zu staatlichen Mitteln bzw. Mitteln der internationalen Solidarität bekommen.



ZUM AUTOR:

Dr. med. Klemens Ochel ist Allgemeinarzt und Tropenmediziner (MPH). Nach dreijähriger Entwicklungshelfer-Zeit in Benin arbeitet er seit 1992 als Fachberater am Missionsärztlichen Institut in Würzburg. Für die Katholische Fachstelle Gesundheit begleitet er Projekte im frankophonen Afrika, Asien und Osteuropa. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit sind Ausbildungsprogramme.

ENORMER NACHHOLBEDARF IN DER FORSCHUNG

Wie kann die Forschung sogenannter vernachlässigter Krankheiten, die vor allem arme Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern trifft, gewährleistet werden?

Die BUKO-Pharmakampagne, der Evangelische Entwicklungsdienst, Ärzte ohne Grenzen und Universities Allied for Essential Medicines Germany plädieren für eine nachhaltige öffentliche Förderung. Hier die Kurzfassung des gemeinsamen Plädoyers.

Die Situation

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Doch gerade die Bekämpfung von Krankheiten, die ärmere Menschen besonders häufig treffen, wird vernachlässigt. Viele Todesfälle ließen sich durch eine medizinische Behandlung und Prävention verhindern – wenn die Menschen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, Impfstoffen, Diagnostika und Präventionsmaßnahmen hätten.

Das Problem

Derzeit wird Arzneimittelforschung hauptsächlich durch hohe Medikamentenpreise refinanziert. Doch dieses Modell hat entscheidende Schwächen und führt zu einer mangelnden Versorgung von ökonomisch schwachen Ländern und Bevölkerungs-

gruppen. Für die sogenannten „vernachlässigten Krankheiten“ gibt es keinen kommerziell interessanten Markt, da sie vor allem in Entwicklungs- und Schwellenländern auftreten. Die bisherige öffentliche Forschungsförderung in Deutschland kann diese Lücke kaum füllen. Im Jahr 2009 wurden in Deutschland etwa 27,8 Millionen Euro öffentliche Gelder in die Erforschung vernachlässigter Krankheiten investiert. Hier gibt es einen enormen Nachholbedarf in der Forschung und Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten.

Auch neuere Therapien von Krankheiten, die in reichen Ländern häufig sind, werden den Menschen in armen Ländern oft vorenthalten. Behandlungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebs sind oft nicht verfügbar, wobei hohe Kosten eine wichtige Rolle spielen.

Der Ausweg

Sinnvolle Rahmenbedingung wäre ein internationaler Forschungsvertrag. Mehr öffentliche Gelder für die Erforschung vernachlässigter Krankheiten sind dringend erforderlich. Verschiedene Förderungswege stehen dafür zur Auswahl. „Push-Mechanismen“ fördern die Forschung unabhängig davon, ob das

gewünschte Ziel schließlich erreicht wird. Hierzu gehört die klassische Forschungsförderung durch öffentliche Geldgeber oder Stiftungen. Auch „Product Development Partnership“, die sich als eine neue Form der Forschungskooperation für vernachlässigte Krankheiten herausgebildet haben, bedienen sich solcher Forschungsmechanismen.

Werden die Forschungsergebnisse öffentlicher Einrichtungen an Unternehmen weiterlizenzieren, können entsprechende Verträge dafür sorgen, dass die Produkte auch kostengünstig für ärmere Länder verfügbar werden (Equitable Licensing). Um mehr Geld für unabhängige öffentliche Forschung zu bekommen, sind neue Steuern denkbar – z. B. eine Abgabe auf Pharmawerbung. Die gebündelte Verwaltung von Patenten über einen Pool kann die Entwicklung neuer Medikamente ebenfalls fördern.

„Pull-Mechanismen“ arbeiten nach einem anderen Prinzip: Geld fließt erst dann, wenn die Produktentwicklung erfolgreich abgeschlossen ist. Als Belohnung können Forschungsprämien ausgeschrieben werden, wobei deren Höhe sich am gesundheitlichen Nutzen orientieren sollte. Ebenfalls diskutiert werden Gutscheine für bevorzugte Zulassun-

KINDER DOPPELT BENACHTEILIGT

Was den Zugang zu geeigneten Medikamenten angeht, sind Kinder in armen Ländern doppelt benachteiligt, so Claudia Jenkes von der BUKO-Pharmakampagne.

„Natürlich betreffen viele der häufig auftretenden Erkrankungen in armen Ländern (Malaria, Aids, Chagas usw.) auch und vor allem Kinder. Doch der Zugang zu entsprechenden Medikamenten ist bei Kindern noch komplizierter, denn in der Regel werden Medikamente für Erwachsene entwickelt. Das heißt dann noch lange nicht, dass sie auch für Kinder geeignet sind. Dafür wären zusätzliche Studien nötig, die aber viel zu selten durchgeführt werden. Weil Kinderarzneien gegen viele Erkrankungen fehlen, erhalten Kinder dann Medikamente, die eigentlich für Erwachsene gedacht sind.“

Das Problem mangelnder sicherer und wirksamer Kinderarzneien wird auch in Europa diskutiert, und die WHO fordert ebenfalls mehr Forschungsaktivität in diese Richtung. Kleinkinder brauchen z. B. Suspensionen statt Tabletten, die sie nicht schlucken können, und Kinder reagieren auf manche Stoffe völlig anders als Erwachsene. Weil Kinderdosierungen zu wichtigen Arzneimitteln fehlen, müssen Tabletten häufig umständlich geteilt werden, und eine richtige Dosierung ist kaum möglich. Kinder in armen Ländern sind also, was den Zugang zu Arzneimitteln betrifft, doppelt benachteiligt.“

Grundlagenforschung sollte in den Entwicklungsländern betrieben werden, meint Dr. med. Klemens Ochel vom Missionsärztlichen Institut Würzburg:

„Kinder mit einer HIV-Infektion haben einen deutlich schlechteren Zugang zu moderner Therapie und Behandlung als Erwachsene. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass forschende Arzneimittelunternehmen lange Zeit die Entwicklung sogenannter antiretroviraler Medikamente in für Kinder geeigneten Zubereitungsformen und Dosierungen vernachlässigt haben. Selbst die Diagnostik einer HIV-Infektion oder die der so häufig todbringenden opportunistischen Infektion der Tuberkulose machen immer noch Probleme.“

Da es diese Fälle in Industriestaaten kaum noch gibt und daher leider das Forschungsinteresse finanziell bedingt gering ist, sollte die Grundlagenforschung in die Entwicklungsländer dezentralisiert und dort unterstützt werden.

Derzeit werden 90 Prozent des Forschungsbudgets für Gesundheitsprobleme der Menschen in Industriestaaten ausgegeben – und nur zehn Prozent für die Erforschung von Krankheiten, die 90 Prozent der Weltbevölkerung betreffen. Auf dieses Ungleichgewicht haben die Gesundheitsdienste eines Entwicklungslandes und auch die Ortskirchen nur bedingt Einfluss. Dennoch können sie sich als qualifizierte Partner erweisen, um mit Forschungseinrichtungen aus dem Norden zusammenzuarbeiten.“

gen. Auch Abnahmegarantien zu einem festgelegten Preis könnten Anreize zur Entwicklung eines Produkts bieten.

Wo ansetzen?

Die Bundesregierung wird aufgefordert, aktiv voranzugehen und sich für die Schließung der bestehenden Lücken in Forschung, Entwicklung und Versorgung einzusetzen. Sie soll diejenigen Modelle unterstützen, die durch Nachhaltigkeit und Sozialverträglichkeit gekennzeichnet sind. Nicht gewinnorientierte, öffentlich geförderte Forschung muss eine Schlüsselrolle spielen. Öffentliche Forschungsförderung muss an die Bedingung gekoppelt werden, die Produkte möglichst vielen Men-



schen zugänglich zu machen. Wir ermutigen die Bundesregierung aber auch, neue Wege zu erproben und „Pull-Mechanismen“ wie z. B. Prämien zu fördern.

Die Herstellung von Generika hat sich als wirksamste Maßnahme zur Erzielung günstiger Preise erwiesen. Wichtigstes Ziel bei allen Maßnahmen der öffentlichen Förderung muss deshalb sein, den Produktpreis von den Forschungskosten abzukoppeln. Die Bundesregierung sollte sich auf internationaler Ebene aktiv für einen internationalen Forschungsvertrag einsetzen.

Quelle: Pharma-Brief Spezial 1/2011,
Download des gesamten Dokuments unter:
→ www.bukopharma.de

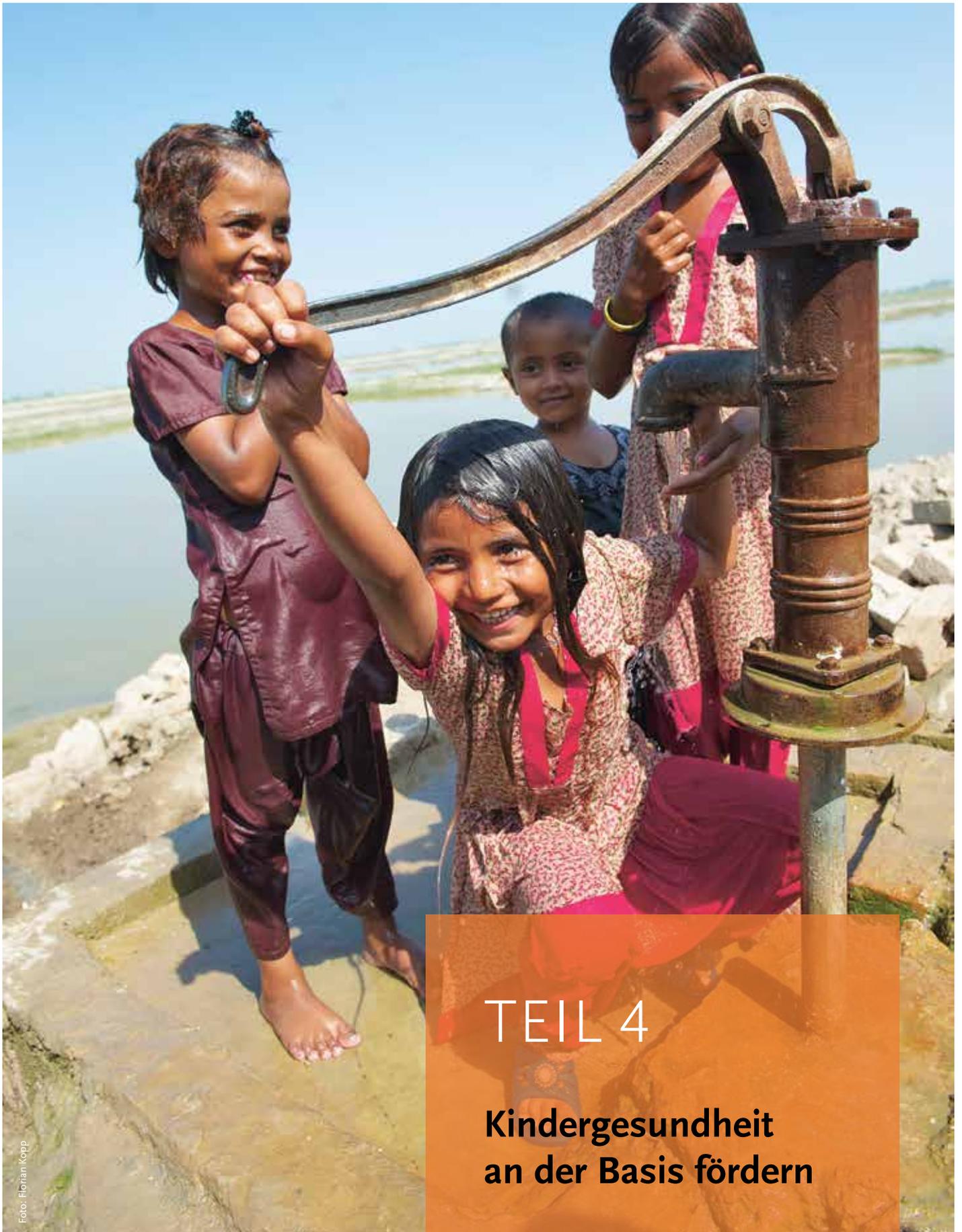


Foto: Florian Kopp

TEIL 4

Kindergesundheit an der Basis fördern

MIT EINFACHEN METHODEN KINDERLEBEN RETTEN

Mit ausreichend ausgestatteten Gesundheitsstationen in Dörfern und simplen Maßnahmen lässt sich die Kindersterblichkeitsrate rasch und kostengünstig senken.

Die im September 2000 von allen 193 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen unterzeichnete „Millenniumserklärung“ ist die Basis der Millenniums-Entwicklungsziele. Sie sollen durch eine Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen die Entwicklung in den ärmsten Ländern vorantreiben. Das vierte Entwicklungsziel bezieht sich auf die Kinder: Ihre Sterblichkeitsrate (sie beziffert den Anteil der Kinder, die im Zeitraum der ersten fünf Lebensjahre sterben, bezogen auf 1.000 Lebendgeburten) soll zwischen 1990 und 2015 um zwei Drittel gesenkt werden.

Auch wenn die Kindersterblichkeitsrate in den vergangenen zwei Jahrzehnten insgesamt zurückging: Zwischen industrialisierten Ländern wie beispielsweise Deutschland und am wenigsten entwickelten Ländern wie etwa Tansania gibt es extreme Unterschiede. Dies veranschaulichen die folgenden WHO-Daten, die die Kindersterblichkeit in verschiedenen Regionen und Ländern in den Jahren 1990, 2000 und 2010 aufgreifen.

Im subsaharischen Afrika sterben immer noch dreißig Mal mehr Kinder vor ihrem fünften Lebensjahr als in Deutschland. Auch innerhalb der

Länder sind die Unterschiede groß. In Indien zum Beispiel ist die Kindersterblichkeitsrate in armen Familien dreimal höher als in reichen Familien. Wie in diesem Dossier bereits aufgezeigt, gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Armut und Kindersterblichkeit.

Verhältnismäßig wenige Kinder sind Opfer natürlicher Katastrophen wie etwa einer Dürre. Wir sehen oft im Fernsehen schreckliche Bilder von extrem unterernährten Kindern. Aber diese Unterernährung geht nicht allein auf Mangel an Essen zurück. Sie gründet häufig auf chronischen Durchfall durch verschmutztes Trinkwasser, auf chronische Malaria und auf unzureichendes Stillen – Folgen von Armut.

Schätzungsweise 7,6 Millionen Kinder unter fünf Jahren starben im Jahr 2010, die Hälfte von ihnen in Afrika. UNICEF geht davon aus, dass etwa 70 Prozent an Atemwegserkrankungen, Durchfall, Masern, Malaria oder Unterernährung starben – oder an einer Kombination dieser Ursachen. Die meisten dieser frühen Kindstode wären mit einem verbesserten System der Basisgesundheitsversorgung und anderen einfachen und günstigen Vorkehrungen vermeidbar gewesen. Das ist keine neue Erkenntnis, das weiß

man schon seit vielen Jahren. Daher ist es so ungerecht, dass jedes zehnte Kind im subsaharischen Afrika seinen fünften Geburtstag nicht erleben wird.

Basisgesundheitsversorgung verbessern

Ein verbessertes System der Basisgesundheitsversorgung könnte die Kindersterblichkeitsrate rasch senken. Es könnte zum Beispiel auf kleine dörfliche Gesundheitsstationen aufbauen, die Behandlungen für die gängigsten Krankheiten anbieten, Impfungen vornehmen und die Menschen vor Ort – insbesondere Mütter – in Sachen Gesundheit und Krankheitsprävention unterrichten. Bisher haben die meisten Menschen in Afrika und Teilen Asiens kein Gesundheitszentrum in erreichbarer Nähe. Oder es gibt zwar eine Gesundheitsstation, die jedoch aus Mangel an finanziellen Mitteln kein Fachpersonal, keine Ausstattung und keine Medikamente hat.

Viele Krankheiten vermeidbar

Nicht alle Krankheiten und ihre Ursachen sind vermeidbar, aber viele. Malaria beispielsweise kann mit relativ simplen Methoden, einer Kombination von Behandlung und Prävention eingedämmt werden: Unter

einem mit Insektizid imprägnierten Moskitonetz zu schlafen, verhindert nicht nur die Anzahl der Stiche, sondern tötet auch die Mücke, die mit dem Netz in Berührung kommt. Einige Insektizide haben eine Haltbarkeit bis zu fünf Jahren und sind für Menschen harmlos. Wenn alle Bewohner eines Dorfes – insbesondere die Kinder – unter imprägnierten Netzen schliefen, würde die Sterblichkeitsrate rasch sinken. Die Verteilung der Netze ließe sich über das lokale Gesundheitszentrum organisieren. Gleichzeitig könnten dessen Mitarbeiter den Menschen vermitteln, wie man die Symptome einer Malariaerkrankung erkennt. Würde diese diagnostiziert, müssten die notwendigen Medikamente zur Verfügung stehen.

Kinderimpfungen

Eine andere Aufgabe des dörflichen Gesundheitszentrums könnte darin bestehen, die Kinderimpfungen zu gewährleisten. Einer der größten gesundheitlichen Erfolge war die Auslöschung der Pocken. Ein anderer Impferfolg ist der massive weltweite Rückgang der Kinderlähmung. Dagegen sterben Kinder in Entwick-

lungsländern mangels Impfungen immer noch an Masern oder tragen bleibende Schäden davon: In Afrika sind es rund zehn Prozent der an Masern erkrankten Kinder. Der Masern-Impfstoff muss allerdings kühl gehalten werden, sonst verliert er rasch seine Wirksamkeit. In vielen Gesundheitszentren Afrikas gibt es jedoch keinen Kühlschrank, oder er funktioniert nicht. Es gibt solarbetriebene Kühlschränke, doch sie sind teuer – das Leben eines Kindes ist teurer.

Wasser-Salz-Lösungen

Mangelernährung und das Fehlen an sauberem Trinkwasser tragen zur Hälfte der Kindstode bei. Mit Information und einfachen Vorkehrungen könnten auch hier viele Todesfälle vermieden werden. Durchfall ist häufig eine „selbstlimitierende Krankheit“, das heißt, der Körper scheidet den Krankheitserreger innerhalb weniger Tage aus. Kinder trocknen dabei rasch aus, das ist für sie lebensgefährlich. Mit dem „Oral Rehydration Treatment“ (Behandlung mit Wasser-Salz-Lösung) kann man dieser Austrocknung auf einfache

Weise und von zuhause aus vorbeugen. Allen Müttern müsste beigebracht werden, diese einfache und lebensrettende Lösung vorzubereiten und ihren durchfallerkrankten Kindern zu verabreichen.

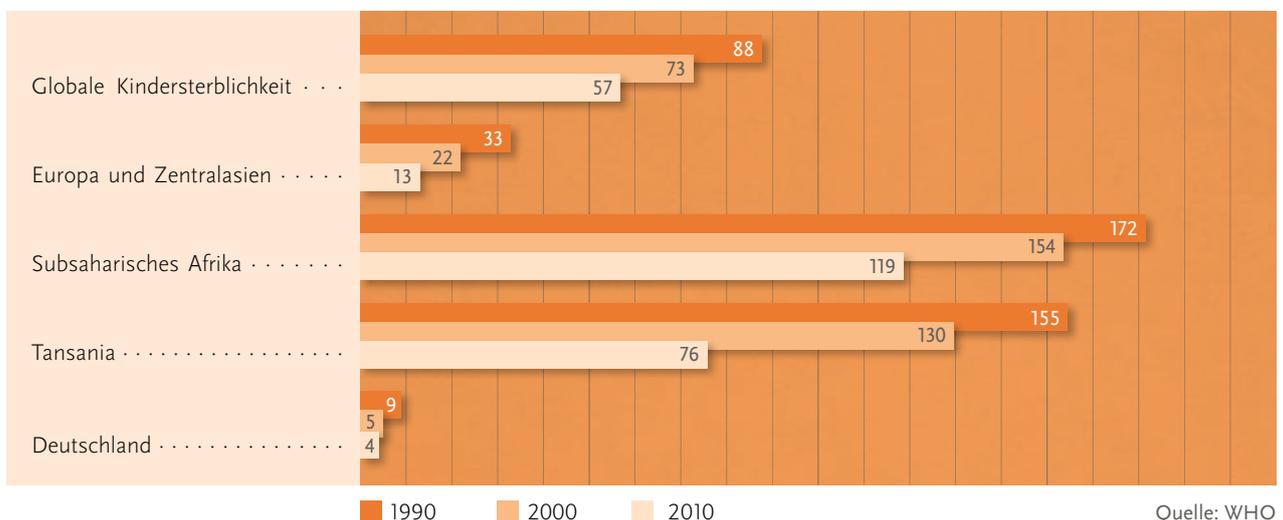
Schädliche Keime zerstören

Viele Durchfallerkrankungen sind durch sauberes Trinkwasser vermeidbar. Während wir in Deutschland einfach nur den Wasserhahn aufdrehen, um unbesorgt Wasser trinken zu können, ist das Leitungswasser in vielen armen Ländern verschmutzt – wenn es denn überhaupt eine Leitung gibt. Vor allem in ländlichen Regionen müssen die Menschen Wasser aus Flüssen oder offenen Brunnen schöpfen. Es ist ihnen oft nicht möglich, das Wasser abzukochen, da Brennmaterial rar und teuer ist.

Zunehmend gibt es billigere Lösungen zur Wasserklärung, zum Beispiel mithilfe von Chlor oder leicht erhältlichen PET-Flaschen (aus Polyethylen Terephthalate). Wenn man etwa Flusswasser in eine PET-Flasche gießt und sie zwischen sechs und acht Stunden auf

RÜCKGANG DER KINDERSTERBLICHKEIT

Die Kindersterblichkeitsrate bezeichnet die Todesfälle der Unter-Fünffährigen pro 1.000 Geburten im gleichen Zeitraum.



dem Dach in die Sonne stellt, dann zerstören die ultravioletten Strahlen fast alle schädlichen Keime. Dies ist eine einfache und nahezu kostenlose Methode zur Wasserreinigung und damit zur Prävention von Durchfallerkrankungen.

Politischer Wille vonnöten

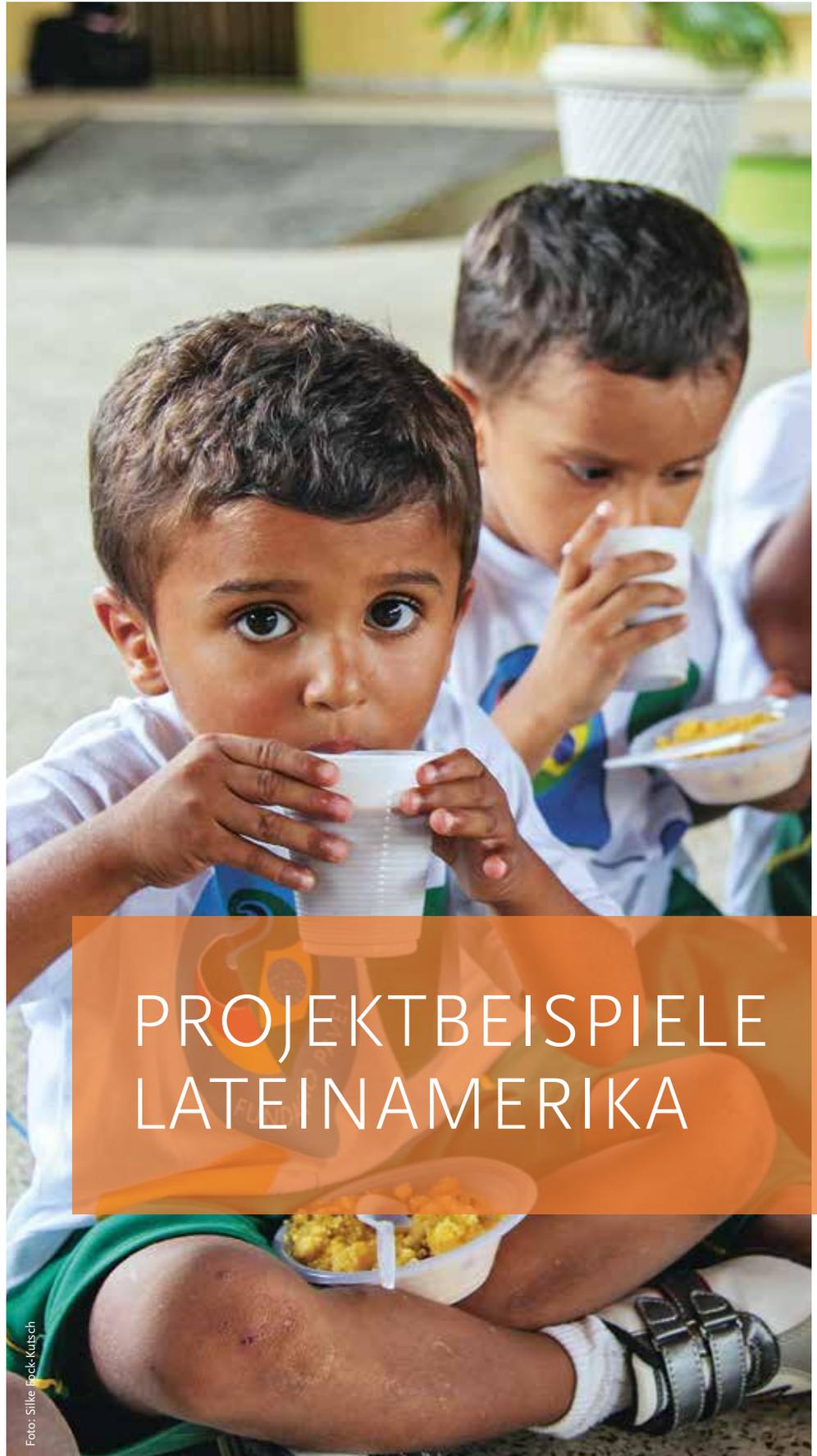
Diese Beispiele zeigen: Die Senkung der Kindersterblichkeit in armen und einkommensschwachen Ländern kann durch einfache Methoden wie einer Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung und der Einführung kostengünstiger Technologie erzielt werden. Kirchliche Einrichtungen wie das Missionsärztliche Institut in Würzburg und kirchliche Projektinitiativen wie die des Kindermissionswerks tragen dazu bei, für eine verbesserte Basisgesundheitsversorgung in vielen verschiedenen Regionen zu sorgen.

Gleichzeitig bedarf es aber auch eines politischen Willens und einer entsprechenden finanziellen Unterstützung lebensrettender Maßnahmen, um die Kindersterblichkeitsrate dauerhaft zu senken und das vierte Millenniumsziel zu erreichen.



ZUM AUTOR:

Dr. med. Piet Reijer ist seit 2001 Berater des Missionsärztlichen Instituts in Würzburg. Von 1980 bis 1999 arbeitete er als Tropenarzt und Public Health Spezialist in Afrika.



SCHULMEDIZIN MIT TRADITIONELLEN HEILMETHODEN VERKNÜPFEN

Der Centro de Medicina Andina im peruanischen Cusco setzt sich gegen die Kindersterblichkeit und für eine verbesserte Lebenssituation von Familien ein.

Nach Schätzungen des peruanischen Gesundheitsministeriums haben nur 60 Prozent der Bevölkerung Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung. In ländlichen Regionen sind es lediglich 20 Prozent: Die Infrastruktur ist schlecht, es fehlt an Krankenstationen und Fachpersonal. Besonders Kinder und Mütter leiden unter dem Mangel. Häufig führen Infektionskrankheiten und Mangelernährung zum Tod. In Peru liegt die Kindersterblichkeit bei 22 von 1.000 Lebendgeburten (2010) und ist damit eine der höchsten Lateinamerikas.

Die Region Cusco liegt im Süden des Andenhochlandes. Ihre rund 350.000 Einwohner leben weit verstreut in Dörfern und Weilern. Die meisten von ihnen gehören zum indigenen Volk der Quechua und leben in großer Armut, überwiegend von der Subsistenzwirtschaft. Etwa drei Viertel der Kinder der Region sind unter- oder mangelernährt, was sie anfällig für lebensbedrohliche Krankheiten macht. Ungeschützte Feuerstellen verursachen gesundheitsschädlichen Rauch – viele Kinder leiden an Atemwegserkrankungen.

Werden die Kinder in abgelegenen Dörfern krank, müssen die Eltern oft lange Wege zu Fuß oder in Kleinbussen zum nächsten Gesundheitszen-

trum des Distrikts oder der Provinz auf sich nehmen. In den Dörfern arbeiten zwar Heilkundige und einheimische Gesundheitspromotoren, die erste Hilfe leisten, doch es gibt keine Ärzte. Wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird, fehlt es oft an Geld für die Fahrt nach und den Aufenthalt in Cusco, der Provinzhauptstadt.

Medizinische Grundversorgung gewährleisten

Um der hohen Kindersterblichkeit in der Region entgegenzuwirken, eine medizinische Grundversorgung für schwangere Frauen zu gewährleisten und dabei die traditionellen Medizinkenntnisse der Quechua und Aymara aufzuwerten und systematisch zu nutzen, gründeten die deutschen Entwicklungshelfer Franz und Regina Riedel mit Gemeindereferenten und Gesundheitsfachleuten 1981 der Centro de Medicina Andina (CMA). Schwangere erhalten hier Geburtsvorsorge, Kinder Impfungen und Medikamente. Mitarbeiter der Einrichtung besuchen gefährdete Familien, sie kochen mit ihnen und zeigen, wie sie mit eigenen Produkten die Ernährung der ganzen Familie verbessern können. Sie helfen, Kochstellen zu sichern und mit einem Abzug zu versehen.



„Das Zentrum begleitet die Familien mit unter- oder mangelernährten Kindern langfristig“, berichtet Eva Pevec, Länderreferentin für Peru im Kindermissionswerk „Die Sternsinger“. „Eine Fortbildung allein reicht nicht aus. Alle Familienmitglieder müssen einbezogen werden, um eine Umstellung in der Ernährungsweise zu erzielen und dadurch Krankheiten zu vermeiden.“

Heilpflanzen nutzen

Bei den Aufklärungsprogrammen zu Gesundheit, Ernährung und Hygiene werden nicht nur schulmedizinische Praktiken vermittelt, sondern auch Erkenntnisse aus der traditionellen Medizin genutzt. „Das Besondere am Centro de Medicina Andina ist, dass dessen Mitarbeiter die traditionellen Lebensweisen und Erfahrungen der Menschen vor Ort mit einbeziehen“, unterstreicht Eva Pevec. „Vermittelt werden zum Beispiel Kenntnisse über Heilpflanzen: Welche lindern oder heilen welche Krankheiten, wie

müssen sie aufbewahrt, verarbeitet, dosiert werden, um wirksam zu sein.“ Das Zentrum unterweist die Frauen darin, eigene Gärten mit Gemüse und Heilpflanzen anzulegen und einfache Medikamente nach Hausrezepten herzustellen.

Ausbildung von Gesundheits Helfern

Ein Fokus des Zentrums liegt auf der Aus- und permanenten Weiterbildung ehrenamtlicher Basisgesundheitsshelfern. Diese versorgen in ihren Dörfern kranke Kinder und Erwachsene, leisten Schwangerschaftsvorsorge, Gesundheitserziehung und Krankheitsprävention. Damit die Helfer ihre Arbeit besser verrichten können, haben sie mit Unterstützung des Zentrums über 70 kleine Dorfapotheken eingerichtet, die sie selbst verwalten.

Beispielhafte Vernetzung

Für Eva Pevec ist das Zusammenspiel zwischen traditionellen und schulmedizinischen Praktiken im Centro de Medicina Andina ebenso beispielhaft wie die gute Vernetzung des Zentrums mit anderen Gesundheitsdiensten, Nichtregierungsorganisationen, Schulen und Behörden. „Die vielfältigen Kooperationen gewährleisten, dass möglichst viele Kinder und ihre Familien der Region in Sachen Gesundheit und Ernährung erreicht werden.“ Hervorzuheben ist aber auch die Aufklärungsarbeit zu sozialen Themen, die der Centro de Medicina Andina und seine Mitarbeiter in Kursen und bei Hausbesuchen leisten: Auf verständliche Weise vermittelt es den Familien, wie wichtig ein gewaltfreies Miteinander ist und dass die Rechte der Kinder zu schützen sind.

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ unterstützt das Gesundheitsprogramm für Mütter und Kinder des Centro de Medicina Andina seit 2004.

OFT ERSTAUNLICHE WIRKUNG

Die traditionelle Medizin der Anden und des Urwalds in Peru ist auch heute noch sehr aktuell und wird sowohl auf dem Land als auch in den Städten von etwa 80 Prozent der Bevölkerung zur Krankenheilung angewandt. Tausende von Heilpflanzen in Gebirge und Urwald, tierische Produkte, mineralhaltiger Ton, Erde und Wasser werden genutzt, um Krankheiten zu behandeln. In fast allen Dörfern gibt es Heilkundige, Männer und Frauen, die nach jahrhundertealter Tradition die Heilpflanzen und andere Naturprodukte kennen und anwenden – oft mit erstaunlicher Wirkung.

Diese Tradition ist eingebettet in die Kultur und die Weltsicht der indigenen Bevölkerung, die den Menschen in Beziehung zu den anderen, zur Natur/Umwelt und zur übernatürlichen Welt sieht. Wenn der Mensch in Harmonie mit diesen Wirklichkeiten lebt, ist er gesund. Ist diese Harmonie gestört, wird er krank. Er kann mithilfe der Pflanzen und Naturprodukte gesunden, aber nur dann, wenn er die Harmonie wiederherstellt. Dessen sind sich die Heilkundigen bewusst und begleiten die Kranken oft stundenlang inmitten ihrer Familie und Nachbarn, sprechen und beten mit den Anwesenden, teilen das Essen und führen ihre Behandlung durch.

Eine Priorität des Centro de Medicina Andina ist daher die Aufwertung der traditionellen Medizin, die Verbreitung ihrer Erkenntnisse und Erfahrungen und ihre praktische Anwendung. Nach einer Zeit der Konkurrenz und Ablehnung durch die Schulmedizin gewinnen die Menschen wieder stärkeres Vertrauen in ihre hergebrachte Medizin, deren Heilmittel und Heilkundigen sie kennen, während sie längst die Begrenzungen der modernen Medizin erfahren haben. Durch die Ausbildung und Mitarbeit des CMA mit sogenannten Gesundheitspromotoren der Dörfer, Frauengruppen, Jugendlichen und Schulen lernen die Menschen ihre eigenen Ressourcen wieder zu schätzen: Sie sammeln Heilpflanzen in ihrer Umgebung, bewahren sie in ihren Häusern auf und pflanzen sie in ihren Biogärten an, um sie jederzeit zur Hand zu haben. Sie lernen auch, Pflanzen zu Salben, Tinkturen und Hustensäften zu verarbeiten. Die Nutzung regionaler Produkte zur Behandlung von Krankheiten und zur Förderung der gesunden Ernährung trägt zu einer Verbesserung der Lebenssituation der in extremer Armut lebenden Bevölkerung bei.



Franz Riedel, Theologe und Mediziner, arbeitet mit seiner Frau seit 40 Jahren in den Anden im Süden Perus in verschiedenen kirchlichen sozialen Institutionen der Entwicklungshilfe. Er ist Mitgründer und Direktor (1995 - 2000 und 2002 - 2012) des Centro de Medicina Andina.

PASTORAL DA CRIANÇA – EIN ERFOLGSMODELL

Die Kinderpastoral in Brasilien setzt sich landesweit für Kindergesundheit ein.

Ein Erfolgsmodell der basisorientierten kirchlichen Gesundheitsfürsorge für Kinder ist die Pastoral da Criança, die Kinderpastoral in Brasilien. Rund 219.000 ehrenamtliche Helferinnen in 38.000 Pfarregemeinden versorgen in 3.695 Ortschaften etwa 76.000 Schwangere und 1,4 Millionen Kinder (2011). Schwangerschaftsvorsorge und Wochenbettbetreuung, Säuglingsuntersuchungen, Gewichtskontrolle und Impfungen, Ernährungs-, Hygiene- und Erziehungskurse – die Bandbreite der Dienstleistungen des

GANZHEITLICHER ANSATZ

Wie am Beispiel der brasilianischen Kinderpastoral deutlich wird, verfolgt die Gesundheitspastoral der katholischen Kirche einen entschiedenen ganzheitlichen Ansatz – auch in anderen Ländern Lateinamerikas. Sie setzt sich praktisch und seelsorglich für Kranke ein und engagiert sich gleichzeitig für die Verbesserung der Lebenssituation der Menschen, die am Rande der Gesellschaft unter gesundheitsschädlichen Bedingungen leben müssen. Sie setzt den befreienden Auftrag Jesu Christi im Gesundheitswesen um, indem sie Leben bewahrt, fördert, schützt und ehrt und dazu beiträgt, eine gerechtere und solidarische Gesellschaft aufzubauen. Gemäß der bei den Bischofskonferenzen 1968 in Medellín (Kolumbien) und 1979 in Puebla (Mexiko) getroffenen „Option für die Armen“ und „Option für die Jugend“ widmet sich die Kirche in erster Linie bedürftigen und marginalisierten kranken Menschen; Kinder und Jugendliche erfahren ebenfalls besondere Aufmerksamkeit.

Die Tätigkeitsfelder der katholischen Kirche in der Gesundheitspastoral in Lateinamerika reichen von ärztlicher und psychologischer Behandlung kranker Menschen über Ausbildung im Gesundheitssektor bis hin zum politischen Einsatz für Gesundheitsreformen. Gut vernetzt arbeiten kirchliche Mitarbeiter mit den lokalen Gemeinden eng zusammen, denn nur gemeinsam lassen sich die schlechten Lebensbedingungen vieler Bevölkerungsgruppen verbessern und eine Kooperation mit lokalen Institutionen und Politikern intensivieren.

Das Recht der Kinder auf Gesundheit, die Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse sowie ihr weitgehend unbeschwertes Aufwachsen stehen im Fokus der kirchlichen Projektpartner des Kindermissionswerks „Die Sternsinger“. Sie tragen zur Qualitätssteigerung der präventiven und kurativen Leistungen im Gesundheitsdienst bei und ermöglichen insbesondere Kindern aus den Stadtrandgebieten Zugang zur medizinischen Versorgung. Hauptprojektpartner des Kindermissionswerks sind dabei christliche Organisationen, die mit meist langjähriger Expertise in der Gesundheitspastoral tätig sind und von Ehrenamtlichen unterstützt werden.



Manuel Pereira-Tristão ist Jurist und Länderreferent im Lateinamerikateam des Kindermissionswerks „Die Sternsinger“.



landesweit größten Solidaritätsnetzwerks ist groß. Dank der Einsatzteams der Kinderpastoral lernen Eltern beispielsweise, wie sie Unterernährung bei ihren Kindern erkennen, Durchfall und Lungenentzündungen vorbeugen und mit Eierschalen ein kalziumhaltiges Getränk herstellen können.

Hilfe zur Selbsthilfe ist die Grundregel der Kinderpastoral, und zwar mit Mitteln, die für alle leicht zugänglich sind und wenig kosten. Die Familien sollen nicht abhängig von externen Hilfen werden. Jede ehrenamtliche Helferin ist im Durchschnitt 24 Stunden im Monat für die Kinderpastoral tätig. Im Jahr 2011 machten die Freiwilligen insgesamt 20 Millionen Hausbesuche.

Fest in den Gemeinden verwurzelt

Geschult werden die Helferinnen in den Gemeinden mit Hilfe von Materialien, die die Kinderpastoral entwickelt. Öffentliche Veranstaltungen, Filmvorführungen und Radiosendungen ergänzen das Bildungsangebot. „Die Kinderpastoral ist fest in den Gemeinden verwurzelt und bietet mit ihrem nachbarschaftlichen Netzwerk insbesondere armen Familien, die sich eine Behandlung in Krankenhäusern oder Arztpraxen

nicht leisten können, eine große Hilfe“, berichtet Meinolf Schröder, Brasilien-Referent des Kindermissionswerks „Die Sternsinger“.

Doch sie leistet noch mehr: „Neben der Basisgesundheitsversorgung und Krankheitsprävention setzt sich die Pastoral da Criança mit Informationsveranstaltungen und Lobbyarbeit auch entschieden dafür ein, Gewalt gegen Kinder zu bekämpfen. Sie trägt damit auch auf politischer Ebene zum Kinderschutz und zur Wahrung der Kinderrechte bei“, so Meinolf Schröder. „Für dieses umfassende Engagement ist die Kinderpastoral auch international ausgezeichnet worden. Das in Brasilien entwickelte Konzept wird inzwischen erfolgreich auch in anderen lateinamerikanischen, afrikanischen und asiatischen Ländern umgesetzt.“

In staatliche Programme integriert

Die Pastoral da Criança kann auf eine fast 30-jährige Erfolgsgeschichte zurückblicken. 1982 beauftragte die Brasilianische Bischofskonferenz die Kinderärztin Zilda Arns Neumann, die Pastoral da Criança aufzubauen, um der hohen Kindersterblichkeitsrate im Land entgegenzuwirken. Zilda Arns Neumann,

Schwester von Paulo Evaristo Kardinal Arns, hatte sich schon vorher landesweit für Kindergesundheit eingesetzt, u.a. in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Universität São Paulo. Nachdem es Zilda Arns und ihren ehrenamtlichen Helferinnen bereits im ersten Jahr gelang, im Bundesstaat Paraná – wo die Organisation in Curitiba ihren Hauptsitz hat – die Kindersterblichkeitsrate signifikant zu senken, wurde das Engagement der Kinderpastoral auf alle brasilianischen Bundesstaaten ausgeweitet. Heute ist der basisorientierte Ansatz der Kinderpastoral vielerorts auch in staatliche Programme der Gesundheitsversorgung integriert.

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ unterstützt die Arbeit der Kinderpastoral auf lokaler und diözesaner Ebene, zum Beispiel in Projekten zur Ernährungssicherung, bei Aufklärungs- und Bildungskampagnen oder bei der Schulung von Multiplikatorinnen.

Homepage der brasilianischen Kinderpastoral:
→ www.pastoraldacrianca.org.br



PROJEKTBEISPIELE ASIEN

ERNÄHRUNG, BILDUNG, PRÄVENTION

Das Mother of Perpetual Help Center in der thailändischen Provinz Nong Bua Lamphu setzt vor allem auf Aufklärung.

Die Provinz Nong Bua Lamphu liegt in der Region Isaan im Nordosten Thailands und gehört zu den ärmsten Gegenden des Landes. Die Bevölkerung – etwa eine halbe Million Menschen, darunter viele Immigranten aus dem Nachbarland Laos – lebt überwiegend von der Landwirtschaft. Die Arbeitslosigkeit in der Region ist überdurchschnittlich hoch. Viele Menschen ziehen auf der Suche nach besseren Einkommensmöglichkeiten in die Städte. Aber als unqualifizierte und mittellose Arbeitskräfte werden sie dort häufig ausgebeutet und geraten in die Prostitution. Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, ist hoch. Bricht die Krankheit aus, kehren die meisten in ihre Heimatregion zurück.

Noch immer ausgegrenzt

„HIV-infizierte Erwachsene und Kinder werden in Thailand immer noch ausgegrenzt“, berichtet Dorothee Schmidt, Länderreferentin beim Kindermissionswerk „Die Sternsinger“. Thailand setzt sich zwar seit Anfang der neunziger Jahre vielfach gegen die HIV-Verbreitung und für die Behandlung aidskranker Menschen ein. Die Infizierungsrate ist daher vor allem unter Neugeborenen und Kindern unter 15 Jahren erheblich zurückgegangen, die aidsbedingten Todesfälle ebenfalls. Doch im asiati-

schen Vergleich rangiert die Rate der HIV-Infizierten in Thailand mit etwa 1,3 Prozent der Bevölkerung weit oben. „Und die Berührungsängste gegenüber HIV-Infizierten bestehen weiter – im Arbeitsleben wie auch im persönlichen Umfeld der Betroffenen. Vor allem die Kinder leiden unter der Marginalisierung“, so Dorothee Schmidt. „Wegen der Krankheit und der daraus folgenden Arbeits- und Mittellosigkeit der Eltern sind sie zudem oft mangelernährt.“

Der Orden der Steyler Missionare in der Provinz Nong Bua Lamphu setzt sich seit rund zehn Jahren für von Aidsbetroffene und marginalisierte Kinder und Jugendliche ein. Das Mother of Perpetual Help Center verteilt mit Hilfe von HIV/Aids-Selbsthilfe-

gruppen Milchpulver an mittellose Mütter, die ihre Babys wegen ihrer HIV-Infektion nicht stillen können. Nahrungsergänzung wie Eier, Obst, Gemüse und Fisch erhalten Kinder, die mangelernährt oder durch die Krankheit geschwächt sind. Auch Schulmaterialien und Schuluniformen werden, wenn nötig, an von Aids betroffene Kinder verteilt.

Beratung und Aufklärung

„Doch die Unterstützung geht über die Nahrungsergänzung und Schulbeihilfe weit hinaus“, unterstreicht Dorothee Schmidt. „Es geht auch um Beratung, Vorsorge und Prävention.“ Das Mother of Perpetual Help Center bietet Familien Workshops und Seminare zu Gesundheitserziehung,



Aids-Aufklärung und ausgewogener Ernährung an. Bei Hausbesuchen in den sechs Distrikten der Provinz vermitteln Mitarbeiter des Zentrums Eltern und Großeltern Wissen über Gesundheit und Ernährung.

Ein weiterer Schwerpunkt des Zentrums ist es, Vorurteile und Ängste gegenüber HIV-Infizierten abzubauen und in Schulen über Aids aufzuklären. „Ein besseres Wissen über Aids und seine Verbreitungsart vermindert die Ansteckungsgefahr unter Jugendlichen. Man muss sie aber rechtzeitig aufklären und zwar, bevor sie sexuell aktiv werden“, so Projektleiter Bruder Damien Lunders. Jedes Jahr organisiert das Zentrum Aufklärungscamps für rund 20 Schulen, an denen jeweils sechs Schüler und zwei Lehrer teilnehmen. Diese wiederum geben anschließend ihr Wissen und das Aufklärungsmaterial zusammen mit dem Team des Mother of Perpetual Help Center in ihren Schulen weiter.

„In der präventiven Arbeit wird den Jugendlichen in anschaulichen Aktivitäten die Gefahr der Ansteckung verdeutlicht“, so Länderreferentin Dorothee Schmidt. „Nur wenn man der Krankheit Aids präventiv begegnet und hierbei Wege geht, die die Jugendlichen erreichen, können wir bei der Aidsbekämpfung langfristig Erfolge erzielen.“

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ unterstützt die Arbeit des Mother of Perpetual Help Center zugunsten von HIV-betroffenen Kindern jährlich mit etwa 11.000 Euro.

GEGEN DIE UNWISSENHEIT

Sex wird in Thailand vielerorts zunehmend als einfache Einkommensquelle legitimiert, und zwar nicht nur in den Hochburgen des so genannten Sextourismus wie Bangkok, Pattaya und Phuket. In der Prostitution arbeiten Frauen, Kinder und Männer, die häufig auch aus den angrenzenden Nachbarländern kommen. Das Bildungsministerium fordert Sexkunde, aber er findet oft nicht statt, weil man eben – den traditionellen kulturellen Werten folgend – doch nicht öffentlich über Sexualität spricht. Zwölf bis 16 Prozent der Schülerinnen werden noch während ihrer Schulzeit schwanger. Abtreibungszahlen sind hoch, offizielle Zahlen jedoch nicht zugänglich.

Wie groß das Unwissen über HIV ist, das nach wie vor zu gesellschaftlichen Stigmatisierungen führt, ist in den Workshops des Mother of Perpetual Help Center erkennbar. Daher geht es in den Kursen zunächst darum, das Eis zu brechen und öffentlich über Sexualität zu sprechen sowie über in der Gesellschaft vorhandene Vorurteile in Bezug auf HIV und Aids. Die Kursleiter erläutern die Infektionswege und wie man sich schützen kann. In Kleingruppenarbeiten leiten sie die Jugendlichen an, sich über Lebensentwürfe und Partnerschaften auszutauschen. Zum Welt-Aids-Tag lädt das Zentrum alle Schulen ein, an einem Umzug durch die Provinzhauptstadt teilzunehmen. Die Schüler bereiten Transparente vor, die auf die Tabuisierung von HIV/Aids aufmerksam machen. Mal- und Schreibwettbewerbe sensibilisieren die Teilnehmer und regen eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema an.

Vor allem wenn der Bezug zu den Primärfamilien fehlt, müssen Jugendliche früh Verantwortung für ihr Leben übernehmen – oft ohne es gelernt zu haben. Die Biographien einiger Jugendlicher zeigen, dass sie allzu schnell ihrem (Schul-) Alltag entfliehen und auf eine schnelle Befriedigung ihrer Bedürfnisse aus sind. Es drohen Abhängigkeiten von Internet- und Glücksspielen, Drogen und Alkohol. Viele geraten in die Schuldenfalle. Schulabbrüche und fehlende Perspektiven erschweren die Situation zusätzlich.

Mit dem „Life Skills Programm“ ermöglichen Mitarbeiter des Mother of Perpetual Help Center Kindern und Jugendlichen eine intensive Auseinandersetzung mit den Fragen des Lebens, die in den Schulen nicht erörtert werden: Was ist mir im Leben wichtig? Welche Werte spielen für mich eine Rolle? Wie definiere ich meine persönlichen und beruflichen Ziele? Wie treffe ich Entscheidungen? Wie gehe ich mit anderen Menschen um? Wie schütze ich mich und andere?

Das Zentrum will mit seinen Aufklärungs- und Präventionsprogrammen Kinder und Jugendliche darin bestärken, ihre Fähigkeiten und ein Bewusstsein für sich selbst zu entwickeln. Sich besser zu kennen und zu verstehen heißt auch, seine eigenen Werte zu kennen, sich auf respektvolle Freundschaften und Beziehungen einzulassen und selbstbewusst in die Zukunft zu gehen. Das sind die besten Voraussetzungen dafür, ein gesundes Leben zu führen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.



Br. Bernd Ruffing SVD, geb. 1974 in Ottweiler. Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger (1997), Studium der Pflegepädagogik (2003), 2004 Eintritt in die Gemeinschaft der Steyler Missionare. 2006 – 2008 Leitung einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Wien, anschließend dreijähriges „Overseas Training Programm“ im Rahmen der Ordensausbildung in Thailand, dort Mitarbeit im beschriebenen Projekt.

PRÄVENTIVE, AMBULANTE UND STATIONÄRE PFLEGE

Karmelitinnen und der Verein Shining Eyes e.V. sorgen im indischen Bolpur für eine umfassende medizinische Versorgung der Santal.

Westbengalen ist gemessen an der Einwohnerzahl der viertgrößte Bundesstaat Indiens. Die Mehrheit des mit rund 91 Millionen Einwohnern äußerst dicht besiedelten Bundesstaates gehört dem Volk der Bengalen an. Doch es leben auch nepalesischstämmige und indigene Gruppen in Westbengalen (sog. Adivasi), darunter mehr als zwei Millionen Santal. Die oft auch „Ureinwohner Indiens“ genannten Santal sind eine der größten indigenen Gruppen des Landes.

Basisgesundheitszentrum für Dörfer

In Westbengalen leben die Santal meist als Kleinbauern und Tagelöhner verstreut in Dörfern und Weilern. Sie wohnen in schlichten Lehmhütten und bestreiten ihren Lebensunterhalt hauptsächlich mit Reisanbau. Ihre Ernährung ist einseitig und besteht meist aus Reis und Linsen. Es fehlt ihnen an Einkommen, um Gemüse, Fleisch, Fisch oder Milch zu kaufen. Dies führt zu Mangel- und Unterernährung. Sie schwächt vor allem die Kinder, beeinträchtigt ihre Entwicklung und macht sie krankheitsanfällig. Die staatliche Gesundheitsversorgung ist mangelhaft. Das städtische Krankenhaus ist für die Menschen in den Dörfern kaum erreichbar. Eine lebensrettende Be-



handlung scheidet oft schon am fehlenden Fahrtgeld.

Um für die Kinder der Santal in 46 abgelegenen Dörfern Westbengalens eine medizinische Versorgung sicherzustellen, unterhalten Karmelitinnen in der nördlich von Kalkutta gelegenen Gemeinde Bolpur ein Basisgesundheitszentrum. Neben der Schulmedizin werden auch traditionelle Heilmethoden und -pflanzen angewandt.

Kinderkrankenhaus mit vielfältigem Angebot

Um bei schwereren Krankheitsfällen auch eine stationäre Behandlung für Kinder der umliegenden Dörfer zu ermöglichen, errichteten die Karmelitinnen mit Unterstützung des Vereins Shining Eyes e.V. und des

Kindermissionswerks ein kleines Kinderkrankenhaus, das St. Mary's Child & Mother Health Care Centre. Im April 2011 wurde es eingeweiht. Hier werden vor allem untergewichtige Kinder und Kinder mit Infektionskrankheiten behandelt. In der Ambulanz erhalten mangelernährte Kinder und Schwangere dreimal in der Woche eine protein- und vitaminreiche Zusatznahrung.

„Neben der kurativen Therapie wird auf eine heilsame Atmosphäre und liebevolle Pflege Wert gelegt“, so die Verantwortlichen des Vereins Shining Eyes e.V. Daher sollen im Krankenhaus neben den Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern künftig auch Sozialarbeiter und Heilpädagogen eingestellt werden. Das Krankenhausteam arbeitet vor allem mit Müttern zusammen: Wie pflegt,

ernährt und stärkt man ein Kind, welche Hygieneregeln gilt es zu beachten, wie erkennt man Krankheits-symptome, wie pflanzt und nutzt man Heilkräuter, um nicht schon bei einer Erkältung gleich auf starke Antibiotika zurückgreifen zu müssen?

Ein Schwerpunkt der Arbeit des Basisgesundheitszentrums und der Kinderkrankenstation ist die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften und Gesundheitshelfern, die in den Dörfern Vorsorgeprogramme umsetzen.

Dorfentwicklung und Weiterbildung

„Die Karmelitinnen unter Leitung von Schwester Pheelima, selbst Ärztin, und der Verein Shining Eyes mit seiner Vorsitzenden Dr. med. Monika Golembiewski leisten mit ihrer Arbeit und ihrem umfassenden Engagement nicht nur vorbildliche Kinderkrankenpflege“, so Elaine Steiner, Asien-Referentin beim Kindermissionswerk. „Sie tragen auch zur langfristigen Verbesserung der Ernährungs- und Gesundheitssituation vor Ort und der Entwicklung der Dörfer bei. Und sie helfen, bestehende Vorurteile und Aberglauben im Bezug auf Krankheitssymptome abzubauen.“

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ unterstützt die Arbeit der Karmelitinnen – Unterhalt der Gesundheitsstation, Gehälter und Honorare für Personal, Behandlungskosten, Ausbildung und Training von Gesundheitspersonal, Basisgesundheitskits – in den Jahren 2011/2012 mit insgesamt 23.000 Euro.



„LEUCHTENDE AUGEN“

Der Verein Shining Eyes über die Arbeit der Dorfhelfer:

„Wir haben Dorfhelfer für ein Präventionsprogramm ausgebildet, das alle Kindergartenkinder mit Vitaminen, Zink- und im Bedarfsfall mit Eisentabletten und Wurmmitteln versorgt. Auch werden die Impfpässe geprüft und Impfungen gegebenenfalls vervollständigt. Die mangelernährten Kinder bekommen eine Zusatznahrung. Den Kindern werden die Nägel geschnitten, um Wurminfektionen zu vermeiden. Kinder mit Krätze werden mit Neemblätter-Paste eingerieben. Ohrspülungen sind dringend nötig, um die vielen Käfer, Steinchen und Moskitos aus den Gehörgängen zu entfernen.“

Dr. med. Monika Golembiewski über den notwendigen Vertrauensaufbau:

„Seit 18 Jahren komme ich immer wieder in die gleichen Dörfer. Durch das Leben mit den Menschen vor Ort kenne ich ihre Nöte und Bedürfnisse und habe ein tiefes Verständnis ihrer Lebensbedingungen entwickelt. Der tägliche Kontakt und ihre Offenheit hat ein Vertrauensband zwischen uns wachsen lassen, so dass sie sich schon sicher fühlen, wenn ich da bin. Die Mütter kommen mit ihren Kindern und ihren Nöten sofort, da sie gute Erfahrungen gemacht haben – auch mit Homöopathie und Heilpflanzen, die ich anwende. Dieses Vertrauen in unsere Arbeit vor Ort muss im Krankenhaus noch aufgebaut werden. Die Adivasi sehen das Krankenhaus vorerst noch als eine letzte Notlösung an. Die Patienten, die bereits bei uns waren, bringen aber zunehmend Kranke aus ihren Dörfern zu uns, da sie gute Erfahrungen gemacht haben.“

Einen Erfahrungsbericht von Schwester Pheelima finden Sie auf Seite 65.

Foto: Dr. Monika Golembiewski (links) im Gespräch mit Schwester Pheelima.

PROJEKTBEISPIELE AFRIKA



MUTTER-KIND-VERSORGUNG IM FOKUS

Die Missionsgemeinschaft des Heiligen Apostels Paulus im äthiopischen Angar-Guten-Tal beugt mit einem Ernährungs- und Gesundheitsprogramm Krankheiten vor.

Äthiopien ist eins der ärmsten Länder der Welt. Auch wenn das Wirtschaftswachstum des nordostafrikanischen Landes in den vergangenen Jahren erheblich über dem regionalen und internationalen Durchschnitt lag, lebt der Großteil der 90 Millionen Einwohner Äthiopiens unter der absoluten Armutsgrenze. Dem Human Development Index 2011 zufolge liegt Äthiopien auf Platz 174 von 187 Ländern. Die ausgeprägte Armut hat mehrere Gründe: extreme und in kürzeren Abständen auftretende Dürreperioden, Entwaldung und Erosion, rasches Bevölkerungswachstum, Mangel an Ressourcen und fehlende Infrastruktur. Steigende Lebensmittelpreise und eine starke Inflation erschweren die Lebensbedingungen der Menschen zusätzlich.

Vor allem die ländliche Bevölkerung leidet an den Folgen der extremen klimatischen Bedingungen. In Dürreperioden sind die Wasserspeicher leer, die Felder verdorren, das Vieh verendet. Millionen Äthiopier sind dann nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen und benötigen Nahrungsmittelhilfen.

Chronische Mangelerkrankung

Auch in der westlich der Hauptstadt Addis Abeba gelegenen Diözese Nekemte leidet die Bevölkerung unter chronischer Unter- und Mangelerkrankung. Diese beeinträchtigt die Entwicklung der Kinder und macht sie anfälliger für Krankheiten. Da es in dieser Region kaum Möglichkeiten medizinischer Versorgung gibt, ist die dortige Kindersterblichkeitsrate eine der höchsten im Land.

Die Missionsgemeinschaft des Heiligen Apostels Paulus engagiert sich schon seit längerer Zeit in Äthiopien, um Mangel- und Unterernährung entgegenzuwirken und die Bevölkerung medizinisch zu versorgen. Im Angar-Guten-Tal – etwa 70 Kilometer von der Stadt Nekemte entfernt – leitet die Gemeinschaft unter der Leitung von Maria Josefa Nuñez Varela eine Klinik und zwei Gesundheitsstationen. Diese sind die einzigen Anlaufstellen für die Kranken der Region. Kinder und Familien aus einem Einzugsgebiet von 75.000 Menschen werden hier versorgt.

Neben der Behandlung von Malaria und Tuberkulose liegt der Fokus der Arbeit auf der Mutter-Kind-Pflege. Die Mitglieder der Missionsgemeinschaft betreuen Mütter vor und nach der Geburt ihrer Kinder, sie imp-

fen Neugeborene und verabreichen unterernährten Kleinkindern Nahrungsmittelergänzungen.

Modellgärten und Kursangebote

Um Unter- und Mangelerkrankung nachhaltig zu bekämpfen, haben die Mitarbeiter der Gemeinschaft drei Modellgärten angelegt und vermitteln Kursteilnehmern, wie man den Gemüse- und Obstanbau optimiert und diversifiziert, um einseitiger Ernährung vorzubeugen.

Darüber hinaus bieten sie insbesondere Müttern Kurse zu Gesundheitsprävention und Hygiene an. „Die Aufklärungsarbeit bindet systematisch die lokale Bevölkerung ein“, berichtet Klara Koch, Afrika-Länderreferentin beim Kindermissionswerk. „Kursabsolventen geben ihr Wissen in ihren Dörfern weiter und tragen somit zur langfristigen Verbesserung der Ernährungs- und Gesundheitsversorgung vor Ort bei.“

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ hilft der Missionsgemeinschaft bei der Finanzierung von Weiterbildungen für Gesundheitshelfer und landwirtschaftliche Fachkräfte sowie beim Kauf von Medikamenten, medizinischem Material, Saatgut und Gartengeräten.



Foto: Stefanie Wilhelm

„VOR ALLEM FRAUEN ZEIGEN INTERESSE AN WEITERBILDUNG“

In einem Projektbericht schildert die Missionsgemeinschaft des Heiligen Apostels Paulus die soziale und wirtschaftliche Situation der Menschen im Angar-Guten-Tal und die gesellschaftliche Benachteiligung der Frauen:

Das Angar-Guten-Tal umfasst rund 15.000 Quadratkilometer und liegt in der Wollega-Region. 90 Prozent der Menschen, die wir mit unserem Basisgesundheitsprogramm erreichen, leben in kleinen ländlichen Gemeinden von der Subsistenzwirtschaft. Sie haben einige Tiere und bauen Mais, Hirse und Sesam an. Die Erträge reichen allerdings nicht aus, um das ganze Jahr über eine Familie zu ernähren. Doch es ist schwierig, andere Einkommensquellen zu finden. Die Arbeitslosigkeit ist gerade auch unter den Binnenmigranten groß, die sich in den Städten und Dörfern der Region niederlassen. Die Analphabetenrate ist hoch, nur 35 Prozent der Kinder im entsprechenden Alter besuchen eine Schule.

Ethnisch und kulturell gibt es drei Gemeinschaften im Angar-Guten-Tal: die Oromos, etwa 70 Prozent der Bevölkerung, die Amhara und Tigray, die meist in den Städten leben, sowie die Gumuz, die sozial und wirtschaftlich am stärksten benachteiligt sind. Nicht nur Christen, auch Muslime und Anhänger traditioneller Religionen nehmen an unseren Programmen teil.

Frauen haben kein Recht, Eigentum oder Ressourcen zu besitzen oder darüber zu verfügen. Die meisten Menschen hier akzeptieren das widerspruchslos. Frauen nehmen kaum am öffentlichen Leben teil. Männer entscheiden in der Familie, in lokalen Organisationen und in der Kirche. Frauen arbeiten den ganzen Tag über hart. Sie kümmern sich um die Kinder und sind durchschnittlich zwei oder drei Stunden täglich unterwegs, um Trinkwasser und Brennholz zu besorgen. Auch Mädchen sind benachteiligt. Jungen ermutigt man, zur Schule zu gehen, Mädchen bleiben bei den Müttern zuhause: Sie hüten die jüngeren Geschwister, sie helfen beim Wasserholen und Kochen.

Daher ist auch Ziel unserer Arbeit, mit Bildungsangeboten die Situation der Frauen und Mädchen zu verbessern. Bei all unseren Aktivitäten zur Verbesserung der Ernährungs- und Gesundheitssituation in der Region zeigen vor allem Frauen Einsatz und Interesse an Weiterbildung. Sie verstehen auch mehr und mehr, wie wichtig eine gute Gesundheit ist und was man selbst dafür tun kann.

ERFOLGREICH GEGEN MALARIA UND PARASITENERKRANKUNGEN

Benediktiner betreiben seit mehr als 20 Jahren in Peramiho in Tansania einen Basisgesundheitsdienst und bilden einheimische Kräfte aus.

Auch wenn in den vergangenen zehn Jahren die malaria-bedingten Todesfälle in Afrika um 33 Prozent gesenkt werden konnten, stirbt dort noch jede Minute ein Kind an Malaria. Diese Krankheit ist damit weiterhin die häufigste Todesursache bei Kindern unter fünf Jahren. So auch in Tansania in Ostafrika. Dort treibt zwar die Regierung die Verteilung von vor Stichen schützenden Bettnetzen dank eines erfolgreichen sozialen Marketings voran, gibt sie an besonders gefährdete Zielgruppen kostenlos ab und erreichte dadurch, dass mittlerweile gut zwei Drittel der Kinder in Tansania unter Moskitonetzen schlafen. Doch der Kampf gegen Malaria und andere lebensbedrohliche, dabei mit einfachen Mitteln vermeidbare Krankheiten ist noch nicht gewonnen. Vor allem in ländlichen Regionen haben viele Ortschaften keine medizinische Infrastruktur. Kirchliche Organisationen versuchen, dem Mangel entgegenzuwirken und engagieren sich auf vielfältige Weise für eine bessere Gesundheitsversorgung.

Bettnetze und Brunnensicherung

In der Ortschaft Peramiho im Südwesten Tansanias betreiben die Benediktiner seit mehr als 20 Jahren einen Basisgesundheitsdienst, der die Menschen in und um Perami-

ho versorgt und sich insbesondere der rund 15.500 Kindern der Region annimmt. Mit Erfolg: War Malaria vor zwanzig Jahren noch für 80 Prozent aller Todesfälle verantwortlich, so sind es heute nur noch 20 Prozent.

„Die Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes gehen mehrgleisig vor“, weiß Stefanie Frels, Afrika-Referentin des Kindermissionswerks. „In Schulen und bei Hausbesuchen informieren sie die Menschen über Malaria, über die Symptome der Krankheit und über Behandlungs- und Präventionsstrategien. Sie verteilen insektizidbehandelte Bettnetze und informieren ausführlich und verständlich, wie man sie aufhängt, spannt und pflegt. Dadurch wird gewährleistet, dass insbesondere Kinder unter einem imprägnierten Netz schlafen und vor dem Stich der nachtaktiven Anophelesmücke geschützt werden.“

Die Malariaprävention umfasst zudem die Sicherung von Wasserstellen – durch den Ausbau und die Reparatur von Brunnen –, um den für die Malariaübertragung verantwortlichen Anophelesmücken Brutstätten zu entziehen. Der Schutz der Wasserstellen verbessert die Trinkwasserqualität und dämmt damit Durchfallerkrankungen ein.



Foto: Stefanie Frels

Wissen weitergeben

Auch Mangelernährung und parasitäre Erkrankungen wie Hakenwürmer und Bilharziose konnten in den vergangenen zwei Jahrzehnten dank der Arbeit des Gesundheitsdienstes erheblich reduziert werden. „Ein großer Verdienst der Benediktiner ist, dass sie zahlreiche einheimische Mitarbeiter aus- und weitergebildet haben, die ihr Wissen wiederum an Familie, Nachbarn und Freunde weitergeben“, so Stefanie Frels. „Die Menschen wissen mittlerweile viel mehr über Krankheitsvorbeugung und Gesundheitspflege.“

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ unterstützt die Arbeit der Gesundheitsstation in Peramiho seit 2004 mit insgesamt 52.800 Euro.



AUF EINHEIMISCHE KRÄFTE SETZEN

Ich bin im März 2012 60 Jahre alt geworden. In Würzburg bin ich auf das Gymnasium gegangen und habe mit 19 Jahren begonnen, Medizin zu studieren. Während des Studiums in den siebziger Jahren hatte ich Gelegenheit, Afrika zu besuchen. Ich lernte die Benediktinermission in Kenia kennen. Dieser erste Eindruck ließ sich nicht mehr verdrängen. Nach dem Studium ging ich zunächst in die Wissenschaft und arbeitete am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Doch mir wurde klar, dass ich mein Leben nicht der wissenschaftlichen Karriere widmen kann, sondern meine Arbeit denen zugute kommen sollte, denen es nicht so gut erging wie mir. Nach einigen Beratungen schloss ich mich 1979 den Benediktinern in Münster-schwarzach an. Im Noviziat prüfte ich mich, ob das Ganze nicht nur eine verrückte Idee war. Dieses Jahr ohne Arbeit, mit Zeit für mich selbst, verstärkte meinen Entschluss.

Ab 1980 begann ich dann als Mönch meine Facharztausbildung und wurde Internist. Zusätzlich ging ich nach London und erwarb das Diplom für Tropenmedizin. 1987 ging ich nach Peramiho in Tansania und musste dort mit nur 35 Jahren die Leitung des Krankenhauses übernehmen. Ich blieb 16 Jahre vor Ort. Sehr bald war mir klar, dass die medizinische Arbeit in Tansania nicht von ausländischen Ärzten erledigt werden kann. Daher suchte ich von Anfang an einheimische Mitarbeiter und bildete sie weiter. Gleichzeitig erschütterte mich auch, dass so viele Menschen, vor allem Kinder, an vermeidbaren Krankheiten litten. Das brachte mich auf die Basisgesundheitsdienste, die nach vielen Jahren nun große Erfolge zeigt.

Hier ein Beispiel einer vermeidbaren Erkrankung: Mir wurde ein sechsjähriger Junge in das Behandlungszimmer gebracht. Die Eltern kamen aus einer Gegend, die 500 Kilometer entfernt lag. In einem dortigen Krankenhaus wurde Leberkrebs diagnostiziert. Dies wäre ein Todesurteil für den Jungen gewesen. Der Junge war apathisch, er sprach kaum und war völlig abgemagert. Er sah durchaus wie ein krebserkranktes Kind aus. Als ich ihn untersuchte, bemerkte ich eine geschwollene und schmerzhafte Leber. Die Ultraschalluntersuchung zeigte aber keinen Krebs, sondern einen Leberabszess. Ich führte sofort eine Nadel in den Abszess und konnte viel Eiter ablassen. Solche Abszesse werden durch Amöben verursacht. Geeignete Medikamente brachten das Kind schon in wenigen Tagen auf die Beine, und ich verabschiedete einen strahlenden Jungen mit seinen glücklichen Eltern. Ohne Diagnose und Behandlung wäre der Junge gestorben. Diese Erkrankung war völlig unnötig. Sauberkeit, Wasser und das Wissen um Infektionszusammenhänge hätten genügt, die Infektion zu vermeiden. Dieses Beispiel zeigt, warum wir die Schulen mit Wasser versorgen und die Schulgesundheitsprogramme begonnen haben.



Bruder Ansgar Stüfe, Benediktiner und ausgebildeter Tropenmediziner, ist Gründer des Basisgesundheitsdienstes in Peramiho.



TEIL 5

**Projektpartner berichten –
Umgang mit Kinderkrankheit
und Tod als pastorale
Herausforderung**

„KINDER WOLLEN WISSEN, WELCHE KRANKHEIT SIE HABEN“

In unserem Aids-Gesundheitszentrum in Nairobi behandeln wir jährlich kostenlos rund 170 Kinder unter fünf Jahren. Die meisten leiden an Atemwegserkrankungen wie Schnupfen, Lungenentzündung oder Bronchitis. Aber viele von ihnen werden auch zu uns gebracht, weil sie Malaria oder Aids haben. Diese Krankheitsbilder betreffen mehr als drei Viertel unserer kleinen Patienten.

Zwei Krankenschwestern kümmern sich in Vollzeit um die medizinische Versorgung der Patienten. Wir Ordensschwwestern pflegen die Kinder im Zentrum, machen aber auch Hausbesuche. Wir haben immer ein offenes Ohr für die Sorgen und Ängste der Familien, der Beratungsbedarf ist groß. Daher haben wir nach und nach ein Beratungsprogramm entwickelt, etwa zum Thema Krankheitsprävention.

Austausch und Prävention

Wir organisieren Gruppentreffen, in denen Kranke und Eltern kranker Kinder über ihre Erfahrungen und Ängste sprechen. Es gibt zum Beispiel monatlich eine Gruppentherapie für Aidskranke. Oder eine Beratungsstunde zum Thema „Gesunde Ernährung“. Außerdem stellen wir den Menschen Moskitonetze, Wasserfilter und Ther-

mosflaschen zur Verfügung, um bessere Gesundheitsbedingungen für den Alltag zu schaffen.

Lobbyarbeit für bessere Kliniken

Wir setzen uns dafür ein, dass mehr gut ausgestattete Kliniken in der Region etabliert werden. Jedes Kind unter fünf Jahren hat in Kenia das Recht auf kostenlose medizinische Versorgung und Impfungen. Dieses „Immunization Program“ kann aber erst dann richtig ausgeführt werden, wenn es genügend erreichbare Impfstellen und Kliniken gibt. Die Regierung hat sich zwar auf Gesetzesebene für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung eingesetzt, aber es fehlt noch an Mitteln für die Umsetzung. Das Ziel, bis 2012 alle Kinder mit dem Impfprogramm zu erreichen, ist noch nicht erfüllt.

Beratung und Betreuung

Wir vom Orden der Little Sisters of St. Francis versuchen, die Regierung in der Gesundheitsarbeit nach Kräften zu unterstützen. Vor allem die Beratungstätigkeit nehmen wir ernst. Denn die Betreuung von kranken Kindern kann sehr unterschiedlich aussehen.

Es gibt Eltern, die immer für ihre Kinder da sind. Aber es gibt auch andere, wie dieser jüngste Fall zeigt:



Schwester Esther Wairimu Mwangi (31), gehört dem Orden der Little Sisters of St. Francis an und ist die Koordinatorin des Aids Community Based Health Care Program (ACBHCP) in Nairobi, Kenia.

Drei HIV-positive Kinder wurden von ihrer Mutter eingesperrt, kaum mit Wasser und Nahrung versorgt und teils geschlagen. Die Nachbarn fürchteten sich vor der Frau und konnten nicht helfen. Wir vom Aids Community Based Health Care Program (ACBHCP) erhielten dann von offizieller Seite den Auftrag, die Kinder in ein Kinderheim zu bringen, wo es ihnen mittlerweile viel besser geht. Ich besuche sie regelmäßig und merke jedes Mal, dass ich solchen Kindern auch ein Stück weit die Mutter ersetzen muss. Ich bin froh, dass ich das für sie tun kann.

Ängste, Aufklärung und Seelsorge

Kranke Kinder ohne nahe Verwandte oder aus Familien, die sich nicht um sie kümmern, sind sehr ängstlich. Ich rede viel mit ihnen über ihre Ängste und versuche, so gut es geht, ihnen zu erklären, an welcher Krankheit sie leiden. Im besten



Foto: Jens Grossmann

Fall sind die Eltern bei solchen Gesprächen dabei. Zu Hause bekommen die Kinder oft keine Antwort auf die Frage, welche Krankheit sie überhaupt haben und ob sie wieder gesund werden. In vielen Fällen wird sogar verschwiegen, dass sie eine schwere Krankheit wie Aids haben. Die Eltern wollen ihre Kinder nicht psychisch belasten und fürchten, dass die Kinder ihre Lebensfreude verlieren. Oder sie haben Angst vor Stigmatisierung. Oft schämen sich HIV-krankte Eltern, dass sie ihre Kinder mit der Krankheit angesteckt haben.

Die Notwendigkeit der Wahrheit

Kinder wollen genau wissen, was sie haben, warum sie krank sind und wie sie wieder gesund werden – auch wenn sie oft große Angst vor Spritzen und Impfungen haben. Ich habe

die Erfahrung gemacht, dass Kinder die Wahrheit verstehen müssen, um nicht zusätzlich psychisch unter ihrer Krankheit zu leiden. Wenn Kinder nicht von ihren Eltern, sondern von anderen, ihnen nicht nahe stehenden Menschen erfahren, dass sie Aids haben und sterben werden, verletzt sie das tief. Kinder, denen die Wahrheit gesagt wurde, akzeptieren ihren Krankheitszustand oft besser. Meiner Erfahrung nach leben Kinder zuversichtlicher mit der Wahrheit, als wenn sie spüren, dass ihnen etwas Wichtiges verheimlicht wird.

Zu späte Behandlung

Leider passiert es oft, dass kranke Kinder aus verschiedenen Gründen nicht sofort in ein Krankenhaus oder eine Gesundheitsstation gebracht werden. Die einen haben Angst, ihren Kindern die Wahrheit

über ihre Krankheit zu sagen, andere hält ihr Glaube davon ab.

Ich erinnere mich an einen Fall, in dem die Mutter des kranken Kindes Mitglied einer religiösen Sekte war. Sie war der Meinung, dass allein Gott die Menschen heilt. Deshalb überließ sie ihr krankes Kind sich selbst. Als wir sie zu Hause besuchten und feststellten, dass der Zustand des Kindes äußerst kritisch war, organisierten wir ein Auto, das die beiden zum Krankenhaus bringen sollte.

Die Mutter weigerte sich. Als wir die Mutter endlich von der notwendigen Untersuchung überzeugt hatten, war es zu spät, das Kind starb unterwegs. Das war ein sehr schwieriger Moment für mich. All meine Leidenschaft und Überzeugungskraft hatten nicht ausgereicht, dem kranken Kind zu helfen.

Tiefer Wunsch zu helfen

Jeder einzelne kleine Patient stärkt meinen Wunsch, ihm bestmöglich zu helfen. Wenn Kinder bessere Lebenschancen erhalten, dann werden sie für ihre Familien und für die Gesellschaft eine Quelle der Freude sein.

Ich bin selbst in äußerst armen Verhältnissen aufgewachsen und habe drei Geschwister verloren. Sie waren noch sehr jung, und es tat mir in der Seele weh, dass sie das Leben, das noch vor ihnen lag, nicht leben durften. Seitdem hatte ich den tiefen Wunsch, Menschen zu helfen. Ich habe alles daran gesetzt, Krankenschwester zu werden. Ich wollte mit und für Menschen arbeiten, nicht mit Maschinen. Ich liebe es, mich für andere einzusetzen und vor allem marginalisierten und benachteiligten Kindern zu helfen, ihre Fähigkeiten zu entwickeln.

Auch der Kontakt mit den Eltern ist mir äußerst wichtig: Ich ermutige sie dazu, ihre Kinder sofort ins Krankenhaus zu bringen, wenn sie etwas haben. Dann stehen die Heilungschancen viel höher. Und ich teile ihren Schmerz mit ihnen, höre ihnen zu, ermutige sie. Und ich versuche ihnen beizubringen, wie viel man zur Krankheitsvermeidung beitragen kann, indem man gesund und bewusst lebt. Besonders für die hinterbliebenen Geschwister ist es wichtig, dass die Eltern auch für sie da sind und sich um sie kümmern.

Mir gibt es jedes Mal neue Energie, wenn ich sehe, dass ein krankes Kind wieder gesund wird oder dass eine Familie, die nach dem Verlust eines Kindes in tiefer Trauer verharrte, wieder Frieden und Lebensmut findet. Dann weiß ich, dass alle unsere Anstrengungen hier im Aids Community Based Health Care Program belohnt werden.

Erfolge ihrer Einrichtung

Unsere Organisation ist in der Region mittlerweile bekannt als eine Institution mit bemerkenswerten Erfolgen für die Gesundheit der Menschen. Fast keiner unserer Aids-Patienten ist in einem schlimmen Stadium der Krankheit, denn wir geben uns alle Mühe, sie davor zu bewahren. Viele lokale und auch internationale Organisationen wollen mit uns zusammenarbeiten, weil unsere Präventionsprogramme so gute Ergebnisse erzielen. Denn wissen Sie, was das Wichtigste zur Vermeidung von Krankheiten ist? Bildung!

Ihre Botschaft an die Spender in Deutschland

Ich danke allen Menschen, die unser Gesundheits- und Beratungsprogramm möglich machen, vor allem auch den Spendern in Deutschland. Ihre Hilfe kommt an! Durch diesen Bericht haben wir von den „Kleinen Schwestern des heiligen Franziskus“, die Chance, Sie wissen zu lassen, wie wichtig Ihre Spende für uns ist. Die Menschen in Nairobi sind jeden Tag dankbar, dass wir für sie da sind und uns um ihre kranken Kinder kümmern. Danke nach Deutschland, und Gott schütze Sie!



„ES IST SCHWER, EIN KIND STERBEN ZU SEHEN“

In unserer Region in Burkina Faso leiden die Kinder vor allem an Durchfall, Atemwegserkrankungen, Mangelernährung, Hautkrankheiten, Malaria, Masern und Hirnhautentzündung.

Reaktionen der kranken Kinder

Wenn kleinere Kinder schwer krank werden, haben sie oft Halluzinationen. Auch wenn sie sich nicht mündlich ausdrücken können, spürt man ihren Schmerz im traurigen Blick. Größere Kinder hören auf zu spie-

len, sie werden ganz still, das beunruhigt ihre Eltern. Selten stellen die Kinder Fragen, höchstens diejenigen, die zur Schule gehen und dort etwas über ihre Krankheit gehört haben. Wir erläutern ihnen dann die Gründe der Krankheit und sagen ihnen, wie sie sich am besten verhalten sollen.

Angst vor dem Tod

Wie die Erwachsenen haben auch die Kinder Angst zu sterben. Manche schnappen etwas auf und stellen Fra-

gen über den Tod. Man erfährt über diese Fragen, was sie fühlen, womit sie sich beschäftigen.

Reaktionen der Eltern

Die Eltern beruhigen ihre kranken Kinder und zeigen ihnen sehr viel Liebe. Sie nehmen sich Zeit für sie, zeigen ihre Sorge und ihre Umsicht, kümmern sich auch im Krankenhaus um das Essen der Kinder und helfen ihnen bei der Körperpflege. Einige Eltern greifen lieber auf traditionelle als auf moderne Heilmethoden zu-



Foto: Beate Jantzen



*Péguedwendé Pouloumde Rose Zongo (36)
ist Krankenschwester in Koudougou, Burkina Faso.*



Foto: Beate Jantzen

rück. Andere setzen viel auf das gemeinsame Gebet und auf Lieder, die sie mit den kranken Kindern singen. Doch wenn die Angst um das lebensbedrohlich kranke Kind überhand nimmt, dann werden sie häufig sehr nervös und vergessen das Gebet, manche fallen auf Heilsversprechen von Scharlatanen herein.

Die Sorge der Geschwister

Die Geschwister sind sehr beunruhigt, wenn sie ihren Bruder oder ihre Schwester schwer krank sehen.

Sie fühlen sich hilflos und trauen sich manchmal nicht, sich dem kranken Geschwisterkind zu nähern, selbst wenn sie es gerne möchten.

Wie wir reagieren

Schwer kranke Kinder zu sehen, stimmt uns traurig. Manchmal haben wir das Gefühl zu versagen und nicht genug getan zu haben oder machen zu können, um den Tod eines Kindes zu vermeiden. Das raubt uns den Schlaf. Ich persönlich bete dann das Vater Unser oder ein Gegrüßet

seist du, Maria für das schwer kranke Kind. Aber es fällt mir schwer, obwohl ich an solche Situationen gewöhnt bin.

Wir trösten die Eltern mit sanften Worten und Gesten, die unser Mitgefühl ausdrücken. Und wir raten ihnen, sich Gott anzuvertrauen, denn allein das Wort „Gott“ zu hören, beruhigt das Herz. Es ist der Glaube, der unsere Hoffnung erhält. Ein kleines Gebet am Morgen bestärkt mich, den Kranken so gut wie es geht zu helfen. Die Genesung kranker Kinder gibt uns ebenfalls Mut.

Oft passiert es mir, dass ich mit Gott hadere, denn es ist schwer, ein Kind sterben zu sehen. Vor allem, wenn es leidet und kämpft und seinen Schmerz nicht ausdrücken kann. Das tut mir so unendlich leid für das Kind und seine Eltern.

Definition eines gesunden Kindes

Ein gesundes Kind ist für mich ein ausgeglichenes, ein blühendes Kind, das seine Fähigkeiten ausschöpfen kann, das gut genährt ist und dessen Eltern sich moralisch und finanziell dafür einsetzen, es glücklich zu machen und ihm eine strahlende Zukunft zu ermöglichen.

„IN UNSERER REGION IST MAN SOLIDARISCH“

Die häufigsten Krankheiten in unserer Region in Burkina Faso sind: Malaria, Durchfall, Atemwegserkrankungen, Parasitenerkrankungen, Mangelernährung, Augenkrankheiten, neurologische Probleme (Epilepsie) sowie psychische Beeinträchtigungen.

Die Rolle von Staat und Kirche

Die Regierung verfolgt eine Gesundheitspolitik mit mehreren Programmen zu Krankheitsprävention (Impfkampagnen für Kinder, Kampf gegen Tuberkulose, Aids, Erblindung). Sie will die Gesundheit der Bevölkerung verbessern, indem sie Gesundheitsstrukturen bildet und Fachkräfte ausbildet. Doch der Staat kann nicht alles machen, es fehlen die Mittel. Deswegen entwickeln Diözesen wie auch der Privatsektor – in Abstimmung mit den staatlichen Behörden – eigene Gesundheitsstrukturen.

Die Ängste der kranken Kinder

Kinder haben Angst zu sterben, so wie die Erwachsenen. Sie und ihre Eltern fürchten, keine Mittel für die Behandlung zu haben. Ihre Gesichter sind traurig, manche möchten nicht mehr essen. Die Angst der Kinder drückt sich durch Weinen, Panik und dem Zurückschrecken vor unbekanntem Situationen aus.

Manchmal, wenn ein Gesundheitsshelfer in einer Krankenstation besonders liebevoll mit dem kranken Kind umgeht, möchte es dort bleiben und nicht mehr mit den Eltern nach Hause zurückkehren. Aber die meisten kranken Kinder möchten am liebsten bei ihren Eltern sein. Oft stellen die Kinder Fragen. Sie möchten wissen, was mit ihnen geschieht. Die Gesundheitsshelfer versuchen, so gut und verständlich wie möglich zu antworten.

Sozialer Zusammenhalt

In unserer Region wie überall in Afrika ist man solidarisch – Familie, Geschwister, Nachbarn, Verwandte: man hält zusammen. Die Eltern bleiben am Krankenbett, Verwandte und Angehörige kümmern sich um das materielle Wohl, bringen Essen, beteiligen sich manchmal am Kauf der Medikamente.

Trost und Hilfe

Ich sehe jeden Tag kranke Kinder und traurige und verzweifelte Eltern. Ich versuche sie zu unterstützen, indem ich präsent bin, an ihrer Seite bleibe, indem ich sie berate und für sie bete. Mich stimmt es besonders traurig, wenn die Eltern kein Geld haben, um ihre Kinder behandeln zu lassen. Ich versuche dann, Mittel für sie zu finden und bringe sie mit sozialen Diensten in Kontakt. Man muss die Eltern ermutigen, diese Schritte zu tun, die ihnen dabei helfen, ihren Kindern zu helfen.

Mein Glaube

Kraft für meine Arbeit finde ich im Glauben. Aber auch meine Ausbildung hilft mir, Hoffnung zu bewahren und meine Aufgaben zu erledigen. Dank meines Gottvertrauens bleibe ich ruhig, selbst wenn ich mir angesichts der Krankheit und des Kindstodes manchmal die Frage stelle: Warum? Letztlich ergebe ich mich dem Willen Gottes und versuche weiterhin, so gut ich kann, kranken Kindern zu helfen.

Schwester Esther Ekpo (43), ist Nigerianerin und arbeitet in Nouna, Burkina Faso.

Die Krankenschwester ist die Verantwortliche des Diözesankomitees zur Begleitung der Kranken und des Zentrums für Ernährungserziehung (CREN).



„PRÄVENTION IST UNS BESONDERS WICHTIG“

Wir hier im indischen Bolpur haben vor allem unterernährte Kinder mit Durchfall sowie Kinder, die an Lungenentzündung, Bronchitis, Anämie, Hepatitis, Brandwunden, Wurminfektionen, Lähmungen, Polio, Tuberkulose oder Hautinfektionen leiden.

Mein Arbeitsfeld

Wir bilden Gesundheitskräfte aus, besuchen Kinder in den Dörfern, untersuchen sie und behandeln diejenigen, die Hilfe brauchen. Schwer erkrankte und unterernährte Kinder bringen wir in unser Krankenhaus. Dort erhalten sie fünf Mal pro Tag nährstoffreiche Mahlzeiten mit Vitamin- und Mineralienergänzungen. Die Krankheiten behandeln wir überwiegend mit sanfter Medizin (Homöopathie, Heilpflanzen). Wir bieten auch Physiotherapie an.

Prävention

Prävention ist uns besonders wichtig. Wir vermitteln den Gesundheits Helfern, wie sie die hygienischen Bedingungen in den Dörfern verbessern können, welche Krankheitsursachen es gibt, wie man Notfälle erkennt und behandelt. Schwangeren und Müttern bieten wir Kurse zur ausgewogenen Ernährung, zur Säuglingspflege und Familienplanung an.

Außerdem verteilen wir Samen für Gemüsegärten, damit die Menschen sich abwechslungsreicher ernähren.

Das Verhalten kranker Kinder

Sie sind traurig, inaktiv und ängstlich, vor allem auch deshalb, weil viele Eltern selbst die Krankheit nicht verstehen und denken, dass ein böser Geist von dem Kind Besitz ergriffen hat. Die Kinder haben Angst zu sterben, manche sind schweigsam und hoffnungslos, andere weinen und wehren sich, wenn die Krankenschwestern sie untersuchen möchten.

Begleitung der Eltern und Kinder

Die meisten Eltern haben kaum oder keine Zeit, sich um ihr krankes Kind zu kümmern, da sie die tägliche Feldarbeit verrichten müssen und noch andere Kinder zu ernähren haben. Nur wenn die Kinder sehr krank sind, bringen sie sie ins Krankenhaus, haben aber keine Zeit, länger mit ihnen dort zu bleiben. Sie lieben ihre Kinder, aber sie wissen nicht, wie sie sich um sie kümmern sollen. Manche beten und opfern Tiere, um den vermeintlichen bösen Geist zu bitten, den Körper ihres Kindes zu verlassen. Wenn ihr Kind lebensbedrohlich krank ist, resignieren sie oft und ergeben sich in ihr Schicksal. Wir geben unser Bestes,



Schwester Pheelima (44), ist Karmelitin und Ärztin. Sie leitet das St. Mary's Child & Mother Health Care Centre in Bolpur, Indien.

um das Leben der Kinder zu retten. Wir fühlen und leiden mit ihnen, wir bleiben bei ihnen. Von der vertrauensvollen Bindung zwischen ihnen und uns hängt viel ab.

Gottvertrauen

Auch wenn wir Trauriges erleben: Wir behalten unsere Geduld dank des Gebets und des Gottvertrauens. Ich zweifle nie an Gott. Er ist immer gnädig und fürsorglich. Er hilft mir, mich für bedürftige Menschen einzusetzen – das ist mir am wichtigsten im Leben.

An die Spender in Deutschland

Wir sind sehr dankbar für Ihre großzügige Hilfe. Wir beten dafür, dass Gott Ihnen Ihr Engagement vergelten möge.

„GESUNDHEIT IST KEINE INDIVIDUELLE ANGELEGENHEIT“

Die Dörfer des indigenen Volk der Rarámuri in der mexikanischen Region Tarahumara liegen zwischen 2.100 und 2.500 Meter über dem Meeresspiegel. Im Winter sinkt die Temperatur auf bis zu minus 15 Grad. Daher leiden die Kinder in der kalten Jahreszeit (November bis April) vor allem an Atemwegserkrankungen wie Bronchitis, Hals- und Lungenentzündung.

Auch Hauterkrankungen wie Pusteln, Windpocken, Rötungen und Verschorfungen treten in dieser Zeit verstärkt auf. Im Sommer (Mai bis Oktober) haben die Kinder vor allem Magen-Darm-Infektionen. Viren und Bakterien, die sich auch wegen der schlechten Trinkwasserqualität verbreiten, führen zu Durchfall und Dehydrierung. In diesem Jahr ist zudem die Trockenheit sehr ausgeprägt. Sie lässt die Ernte verdorren, die Tiere haben nicht genug zu trinken. Infolge der Lebensmittelknappheit nehmen die Fälle kindlicher Unterernährung zu.

Gefahren unterwegs und zuhause

Die Rarámuri leben mehr in den Wäldern als zuhause. Sie weiden ihr Vieh, vor allem Ziegen. Den ganzen Tag sind sie mit ihnen unterwegs in den Bergen. Da kann es hin und wie-

der zu Stürzen, Muskelzerrungen und Knochenbrüchen kommen. Ihre Häuser beheizen sie mit Holzfeuern, sie kochen über offenem Feuer – das birgt Verbrennungsgefahren, gerade bei Kindern.

Die Arbeit der Gesundheitshelfer

Unsere Gesundheitshelfer besuchen die entlegenen Gemeinden monatlich. Sie untersuchen und wiegen die Kinder. Wenn sie feststellen, dass ein Kind ärztliche Hilfe braucht oder sich nicht altersgemäß entwickelt, bringen sie es zur Untersuchung und Behandlung in das Krankenhaus San Carlos in Norogachi, das zur Diözese Tarahumara gehört. Die Familien vertrauen den Gesundheitshelfern, da diese selbst auch Rarámuri sind und zur Dorfgemeinschaft gehören, hier geboren sind und dieselbe Sprache sprechen. Die Gesundheitshelfer arbeiten alle ehrenamtlich, manche schon seit mehr als 20 Jahren, als wir das Gesundheitsprogramm starteten. Ich koordiniere sie, bin aber nicht der Leiter. Ich verwalte und verteile die Materialien und Medikamente. Wenn es zu einem Konflikt zwischen den Helfern und einer Dorfgemeinschaft kommt, vermittele ich, diene als Schiedsrichter und biete Lösungen an. Die Entscheidungen fällen sie aber selbst.

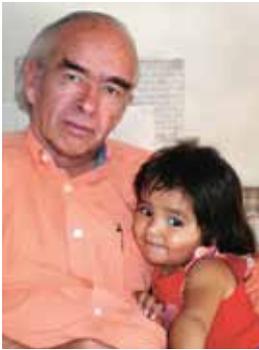
Viele Rarámuri hegen ein tiefes Misstrauen gegenüber der „anderen“ Kultur der Spanisch sprechenden Mexikaner. Ich helfe ihnen, ihre Kultur zu bewahren, aber auch aufgeschlossen zu sein. Derzeit gibt es viele Einrichtungen, die die Rarámuri unterstützen – etwa in Sachen Ernährung und Trinkwasserversorgung. Als wir vor Jahren erstmals Impfkampagnen starteten, waren einige Familienväter dagegen. Heute sind alle dankbar für diese Dienste.

Hilfe von Zahnärzten

Wir werden von einer Gruppe von Zahnärzten unterstützt, die seit rund zwanzig Jahren ein- oder zweimal jährlich aus der 1.200 Kilometer entfernten Stadt Guadalajara anreist, um die Menschen unserer Gemeinden zu untersuchen und zu behandeln. Das ist ein großartiges Angebot für Menschen, die sich sonst niemals eine zahnärztliche Behandlung leisten könnten.

Rarámuri-Heilmethoden

Die Rarámuri haben ein gut gearbeitetes Gesundheitssystem. Ihre Gesundheitshelfer sind vielfältig spezialisiert. Sie kennen sich bestens in Naturmedizin aus. Sie haben auch eine Reihe von Gemeinschaftsritu-



Carlos F. Vallejo Narváez (64), hat in der Diözese Tarahumara in Mexiko ein Netz ehrenamtlicher Gesundheitshelfer mit aufgebaut. Sie alle gehören dem indigenen Volk der Rarámuri an, das abgeschieden im Norden des Landes lebt. Er selbst lebt seit 27 Jahren in einer Rarámuri-Gemeinschaft.

alen, die dazu beitragen, in Harmonie mit sich selbst, mit der Gemeinschaft, mit der Natur und mit Gott zu leben. Es ist ein umfassendes Lebenskonzept. Es gibt Präventionsriten, damit die Menschen nicht krank werden. Und es gibt kurative Rituale. Die so genannten Owirúame – weit mehr als Heiler – nutzen Worte, Gesten, Körperhaltungen und Riten, die fest in der Rarámuri-Kultur verwurzelt sind, um Krankheiten vorzubeugen und zu heilen. Die meisten Owirúame sind kostenlos für die Kranken tätig, manchmal bekommen sie Lebensmittel oder ein Tier für ihre Dienste.

Ein wichtiges Ritual ist das „rutuburi“ oder „yúmari“. Viele Familien nehmen daran teil. Manchmal werden während dieses Rituals Kranke behandelt, doch im Wesentlichen ist es ein Präventionsritual, das an einem besonderen, Gott geweihten Ort stattfindet. Mit einem Gesang wird Gott eingeladen, an der Gemeinschaftsveranstaltung teilzunehmen. Anschließend isst und trinkt man zusammen – Gaben Gottes, die man zu achten hat.

Die Rarámuri haben sehr gute Pflanzenmedizin. Die Heilpflanzenvielfalt und ihre Nutzung sind enorm. Wurzeln, Blätter, Blüten und Samen

werden verwendet, manche gekocht, andere zerstampft oder zerkaugt, einzeln oder kombiniert genutzt, man stellt daraus Tinkturen, Salben, Seifen und Pomaden her.

Meiner Meinung nach können die Heilmethoden der Rarámuri einen hohen Prozentsatz der Kinderkrankheiten in unseren Dörfern heilen. Aber wenn eine Krankheit zu heftig verläuft oder zu weit fortgeschritten ist, dann braucht man manchmal eben doch Antibiotika. Und auch die Kinderimpfungen sind notwendig. Da sind wir auf Lieferungen von außen angewiesen.

Die Wurzeln des Engagements

Meine gesamte Lebensmotivation ist es, Jesus von Nazareth nachzufolgen. Eines der Zeichen für das anbrechende Reich Gottes ist das Leben, das Leben in Fülle. Für die Gesundheit von Kindern zu sorgen, sehe ich als Auftrag des Evangeliums.

Gleichzeitig ist es mir neben der praktischen Hilfe wichtig, die Kultur und Traditionen der Rarámuri zu schützen. So gebe ich etwa Rarámuri-Sprachkurse an zwei Universitäten von Guachochi und biete Workshops zur „Teología India“ an. Begabte junge Rarámuri ermutige ich, nach der

Schule ein Studium aufzunehmen, und helfe bei der Stipendiumssuche.

Definition von Kindergesundheit

In der Gemeinschaft der Rarámuri versteht man Gesundheit als etwas Integrales: Gesund ist, wer in Harmonie mit der Natur, mit der Gemeinschaft und mit Gott ist. Es ist keine persönliche, individuelle Angelegenheit. Für mich ist ein gesundes Kind eines, das harmonisch mit und in seiner Familie lebt, ein aktives Mitglied der Gemeinschaft ist, innerhalb dieser Gemeinschaft seine Aufgaben erfüllt und an den gemeinsamen religiösen Feiern der Gemeinschaft teilnimmt. Und eines, das eine ausgewogene Ernährung und genügend Trinkwasser erhält.

„JEDEN TAG MEIN BESTES GEBEN“

Unser Krankenhaus, das Mary Immaculate Hospital Mapuordit im Sudan, gibt es seit 2002. Ursprünglich war es eine Apotheke, damals die einzige Gesundheitseinrichtung in der Region Mapuordit. Wegen des zunehmenden Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung sind wir mittlerweile ein relativ großes Krankenhaus: 3.000 Patienten wurden hier im vergangenen Jahr stationär und 28.000 Menschen ambulant betreut. Neben der ärztlichen Versorgung gibt es in unserem Krankenhaus auch ein Ernährungsprogramm für mangelernährte Kinder. Mütter erhalten Informationen zur gesunden Ernährung. Das machen meist unsere angehenden Krankenschwestern. Seit kurzem ist das Mary Immaculate Hospital nämlich auch Ausbildungsstätte.

Das Mary Immaculate Hospital arbeitet mit der Regierung zusammen.

Das staatliche EPI-Programm zur Prävention der häufigsten Infektionskrankheiten bei Kindern stellt uns zum Beispiel Malaria-Impfstoffe zur Verfügung. Auch die Beratung der Eltern zur „Gesundheitserziehung“ wird vom Gesundheitsministerium finanziert, ebenso wie Stipendien für die Aus- und Weiterbildung medizinischer Fachkräfte.

Die häufigsten Kinderkrankheiten

Die meisten Kinder, die zu uns gebracht werden, leiden an Malaria. Sie machen 40 Prozent der Patienten aus, die meisten von ihnen sind jünger als fünf Jahre. Besonders in der Regenzeit – die im Südsudan bis zu acht Monaten dauern kann – sterben viele Kinder an Malaria.

Sind die Kinder einmal infiziert, dann schwächt das ihre Abwehrkräfte so stark, dass sie oft Begleiterkrankungen bekommen, etwa Lungenentzündung, Dehydrierung und starke Blutarmut. Das verkompliziert den Verlauf der Malaria um ein Vielfaches. Auch Atemwegserkrankungen und Magen-Darm-Entzündungen können rasch zum Tode führen.

Wie das Krankenhaus vorgeht

Wenn kranke Kinder zu uns ins Krankenhaus gebracht werden, stel-

len wir zunächst fest, wie stark sie mangelernährt sind und an welchen Krankheiten sie leiden. Dementsprechend entscheiden wir, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung nötig ist. Wenn Kinder stationär behandelt werden müssen, bleiben die Mütter oft bei ihnen im Krankenhaus. Die Familie übernimmt dann die Aufgaben der Mutter zu Hause. Das bedeutet für die ältesten Kinder meist eine große Verantwortung.

Zuerst zum Mediziner

Krankenhäuser sind nicht die erste Anlaufstelle, wenn ein Familienmitglied krank ist. Es gehört zu unserer Kultur, dass die meisten Menschen zuerst den örtlichen Mediziner aufsuchen. Dieser verabreicht Kräuter und weist die Familien unter Umständen auch an, ein Huhn oder eine Ziege zu opfern. Damit sollen die Ahnen besänftigt werden, die die Krankheit geschickt haben könnten.

Leider kommt es immer wieder vor, dass Kinder, die mit starken Kräutern behandelt wurden, toxisch reagieren. Das verschlimmert die Krankheit nur. Bei besonders schweren und verschleppten Erkrankungen kann dann oft selbst der Krankenhausbesuch das Kind nicht mehr retten.

Makur Ater John (32), ist leitender Angestellter des Mary Immaculate Hospital und Koordinator des Ernährungsprogramms in Mapuordit in der Provinz Lakes State im Südsudan.



Umgang der Eltern mit Krankheit und Tod

Die Eltern versuchen optimistisch zu bleiben, sie setzen oft ihre ganze Hoffnung in die Heilkunst der Ärzte – vor allem, wenn die Behandlung durch den Mediziner erfolglos blieb. Wenn sie spüren, dass es dem Kind immer schlechter geht und es kaum mehr Überlebenschancen hat, nehmen einige Eltern ihr Kind mit nach Hause, damit es dort sterben kann. Andere warten damit, bis der Arzt bestätigt, dass das Leben nicht zu retten ist. Die meisten Afrikaner akzeptieren den Tod als Teil eines natürlichen Kreislaufes – er ist kein Tabu. Dennoch wird der Verlust eines Kindes, der hier in der Region viele Familien trifft, als besonders schmerzhaft empfunden.

Das Verhalten der Kinder

Die Hoffnung der Eltern und das Engagement unserer Mitarbeiter geben den meisten der kleinen Patienten Zuversicht. Ich kenne keinen Fall, in dem ein krankes Kind Angst vor dem Tod hatte. Bemerkenswert sind das Durchhaltevermögen und die „mentale Widerstandskraft“ der Kinder, selbst die der schwerkranken.

Trost, Trauer und Ermutigung

Eltern, die ihr Kind trotz aller Bemühungen der Ärzte verloren haben, versuche ich zu trösten. Es ist wichtig, dass sie ihren Schmerz herauslassen. In afrikanischen Kulturen wird erwartet, dass Todesfälle öffentlich betrauert werden. Gleichzeitig versuche ich die Eltern zu ermutigen, nun besonders auf ihre verbliebenen Kinder zu achten und ihnen klar zu machen, dass sie sofort und ohne Verzögerung ins Krankenhaus kommen müssen, wenn eines ihrer Kinder erkrankt. Nur dann stehen die Chancen auf Heilung wirklich gut.



Hoffnung und Mühe

Hoffnung und Mut bei meiner Arbeit schöpfe ich dadurch, dass ich mir stets in Erinnerung rufe, dass viel mehr Kinder gesunden als sterben. In meinem Herzen weiß ich, dass ich jeden Tag mein Bestes gebe, um die Kinder zu retten. Wenn ein Kind stirbt, bin ich traurig und leide mit den Eltern mit, aber ich versuche es als Gottes Willen zu akzeptieren. Ich hoffe, dass die Eltern spüren, dass wir das Bestmögliche für ihr Kind getan haben. Beim nächsten schweren Krankheitsfall gebe ich mir dann noch mehr Mühe. Der Austausch mit den Kollegen und unsere gegenseitige Unterstützung sind sehr hilfreich.

Schmerz und Wut

Ich hadere nicht mit Gott, aber was mich jeden Tag aufs Neue traurig und wütend macht, sind die Umstände, die zu schwerer Kinderkrankheit und Tod führen. Ich fühle

mit den Müttern mit, deren kranke Kinder die lange Reise zu uns nicht überleben. Besonders schlimm ist es, wenn ich ein Kind behandle, das wenige Tage früher wahrscheinlich durchgekommen wäre. Wenn das Krankenhaus nur ein bisschen näher gewesen wäre. Oder mehr Ärzte zur Verfügung stehen würden. Oder die Eltern besser über Gesundheit informiert wären. Ich bin traurig über den Mangel an Gesundheitsversorgung in meinem Land.

Dankbarkeit

Dagegen bin ich dankbar, dass zumindest das Krankenhaus hier in Mapuordit verhältnismäßig gut ausgestattet ist. Ich bin froh, dass ich hier arbeiten kann. Und ich bin auch froh, dass meine Frau und ich nicht sehr weit weg von Mapuordit wohnen. Wenn wir einmal Kinder haben, dann haben wir es nicht so weit zum Krankenhaus wie die meisten Familien hier in der Region.

Alle, die von meinem Bericht berührt wurden, sind herzlich eingeladen, uns in Mapuordit zu besuchen, um mit eigenen Augen zu sehen, wie hart wir täglich kämpfen und wie anders wir leben. Alle, denen das nicht möglich ist, möchte ich bitten, die Arbeit des Kindermissionswerks weiterhin zu unterstützen, so dass wir Kindern ein besseres Leben ermöglichen können. Unsere Regierung ist noch nicht lange im Amt und braucht Ihre Unterstützung und Ihr Gebet. Vielen Dank für alles, was Sie für uns tun.



ZUR PROJEKTARBEIT DES KINDERMISSIONSWERKS „DIE STERNSINGER“

Das Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ förderte im Jahr 2011 weltweit rund 2.900 Projekte für notleidende Kinder. Gesundheits- und Ernährungsversorgung, Bildung und soziale Integration, Rehabilitation und Seelsorge, Katastrophen- und Flüchtlingshilfe: die Unterstützung ist für Kinder, die Hilfe besonders benötigen.

Dank der großzügigen Spenden aus Deutschland kamen im Jahr 2011 rund 68 Millionen Euro zusammen. Die Mittel fließen in mehr als 120 Länder der Welt: in armutsgeprägte Regionen Afrikas, des Nahen Ostens, Lateinamerikas, Asiens, Ozeaniens sowie Mittel- und Osteuropas. Die Partner in den Zielländern sind Diözesen, Pfarreien und Orden, kirchliche oder kirchennahe Nichtregierungsorganisationen und Vereine, die sich beispielhaft für Kinder einsetzen.

Eigeninitiative stärken

Um Bevormundung zu vermeiden und Eigeninitiative zu fördern, gilt das Antragsprinzip: Die Projektpartner, d. h. die Verantwortlichen vor Ort, entwickeln und planen das Projekt und kalkulieren die Kosten. Können sie diese nicht selbst decken, arbeiten sie einen Antrag aus, der bestimmten Kriterien entsprechen muss, und reichen ihn beim Kindermissionswerk ein.

Kriterien der Projekthilfen

Die Projekte müssen Kindern zugute kommen, die besonders dringend auf Hilfe angewiesen sind. Sie sollen eine nachhaltige Verbesserung der Situation vor Ort bewirken – etwa durch Prävention und Aufklärung, Erziehung und (Bewusstseins-)Bildung, Rehabilitation und Integration. Sie sollen möglichst basisorientiert sein. Die Partnerorganisationen leisten auch selbst einen Beitrag zur Finanzierung ihrer Initiative. Das trägt dazu bei, Abhängigkeiten zu vermeiden und Eigenverantwortung zu stärken.

Niedrige Verwaltungs- und Werbeausgaben

Die Ausgaben des Kindermissionswerks für Verwaltung und Werbung beliefen sich im Jahr 2011 auf nur 5,86 Prozent und werden daher vom Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) als niedrig eingestuft. Bestätigt wurde die satzungsgemäße und sparsame Verwendung der Mittel durch die Vergabe des DZI-Spenden-Siegels.

Spendenkonto

Konto 1 031 · BLZ 370 601 93 · Pax-Bank eG

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

IMPRESSUM

Herausgeber

Kindermissionswerk „Die Sternsinger“ e.V.
Stephanstraße 35 · 52064 Aachen
Telefon: +49 (0) 241 4461 0
Fax: +49 (0) 241 4461 15
www.sternsinger.de

Redaktion

Verena Hanf (verantwortlich),
Dr. Barbara Breyhan, Marijke Knod,
Lena Monshausen

Korrektorat

Marie-Theres Rueben

Gestaltung

Unikat Werbeagentur GmbH,
Wuppertal → www.unikat.net

Bildnachweis

Titelbild: Martin Steffen
Unbenannte Fotos: Kindermissionswerk
„Die Sternsinger“ und Projektpartner

Herstellung

MVG Medienproduktion, Aachen
Gedruckt auf 100% Recyclingpapier,
ausgezeichnet mit dem
Europäischen Umweltzeichen

Bestellnummer

208012

Stand der Information

Oktober 2012



Das Kindermissionswerk
hat das Spendensiegel des
Deutschen Zentralinstituts
für soziale Fragen.
Ein Zeichen für Vertrauen.

WWW.STERNSINGER.DE