ÄRZTETAG 2015

Ebola, Malaria & Co.

– Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien

Dokumentation

Erzbistum Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien
Eröffnungsworte ……..... 4

Dr. med. Uta E. Düll

Infektionskrankheiten im Wandel der Zeit – mit dem Risiko leben? ……..……..... 8

Dr. med. Klemens Ochel

Den Ebola-Opfern verpflichtet: Die Lehren aus Ebola 15

Anfragen und Antworten – Auszüge aus dem Plenumsgespräch ……. 24

Biographische Hinweise zu den Referenten 31

Dokumentationen der Ärztetage 32

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag hier im Heinz Nixdorf MuseumsForum. Wir werden uns heute mit einer Thematik auseinandersetzen, die uns noch Anfang des Jahres mit besorgniserregenden Schlagzeilen versorgte. Unter der Überschrift „Ebola, Malaria und Co.“ wollen wir uns mit dem oftmals hochrisikoreichen ärztlichen Einsatz bei Epidemien und den Möglichkeiten einer frühzeitigen Eindämmung der Infektionen beschäftigen. Das ist, wie Sie alle aus ihrer eigenen ärztlichen Praxis wissen, natürlich nicht nur der Fall in den entlegenen Teilen dieser Welt, sondern geschieht mit einer gewissen Regelmäßigkeit auch vor der eigenen Haustür. Jedoch hat der Höhepunkt der Ebola-Epidemie in Westafrika Ende 2014 bereits den Ausschlag dafür gegeben, diese Thematik hier bei unserem Ärztetag explizit anzusprechen. Ich freue mich daher sehr, dass Sie die Einladung angenommen haben, sich mit diesem Thema und den hier gegeben Problemen einer ausreichenden Gesundheitsvorsorge in den ärmsten Ländern der Welt auseinanderzusetzen.

Denn die damit zusammenhängenden Zahlen sind erdrückend: Millionen von Menschen sterben jährlich an eigentlich heilbaren Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria und Cholera.[1] Die Schlagzeilen zur Ebola-

[1] Vgl. den Internet-Beitrag „Die sieben Geißeln der Menschheit“, Kulturprogramm Deutsche Welle. Im Jahr 2013 starben allein in Afrika 450.000 Kinder unter 5 Jahren an einer Malaria-Infektion; die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht in Ihrem Bericht zur weltweiten Kindersterblichkeit den Hinweis, dass der Tod von fast 6 Millionen Kindern im Jahr 2013 bei ca. 50% der Kinder durch Infektionskrankheiten verursacht ist.

Epidemie machen uns bewusst, dass wir alle zusammen in dieser *einen* Welt leben. Mögen uns geographisch auch Grenzen, Meere und Gebirgszüge voneinander trennen – im Blick auf unser Menschsein und unsere Verwundbarkeit durch Krankheiten teilen wir das gleiche Schicksal. Umso mehr sind wir gefordert, Hilfen und Unterstützung so früh wie möglich leisten zu können.

Aktuell führt uns Papst Franziskus vor Augen, was es heißt, in *einer* Welt zu leben. Die Gegensätze zwischen arm und reich, zwischen Entwicklung und Unterentwicklung, Ernährung und Hunger sind trotz aller Versuche, die Gegensätze zu minimieren, noch immer unbeschreiblich groß. Umso wertvoller sind daher alle Initiativen von Einzelpersonen und Organisationen, die sich von solchen Krisen- und Konfliktfeldern nicht abschrecken lassen und sich mit ihrer tatkräftigen Hilfe den notleidenden, unterversorgten und kranken Menschen zuwenden.

In diesem Bereich kommt dem medizinischen Personal nicht nur eine bedeutende Funktion aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten zu, sich der Krankheit entgegenstellen zu können, sondern vor allem durch seine persönliche Entscheidung, sich einem solchen lebensnotwendigen humanitären Dienst zur Verfügung zu stellen. Diese Motivation des medizinischen Personals für die Umsetzung der Aufklärungs- und Hilfsaktionen angesichts der damit verbundenen Risiken für das eigene Leben ist nicht nur eine bewundernswerte Tat – sondern weit mehr: Sie ist ein unumstößliches Dokument der Nächstenliebe und offenbart so die tiefe, fundamentale Einheit unseres Menschseins! Radio Vatikan betitelte daher seinen Bericht und erneuten Hilfeaufruf aus Sierra Leone Anfang des Jahres 2015[2] zutreffend mit der Überschrift „Ebola wird nicht am Schreibtisch geheilt.“ Das persönliche Engagement ist der Hauptfaktor, um medizinische Hilfe wirksam umsetzen zu können.

Doch Infektionskrankheiten, die schwer und tödlich verlaufen können, machen immer wieder deutlich, wie gefährlich sich unsere Welt dem Menschen gegenüber darstellt. Ein Risiko, dass lautlos und unsichtbar vorhanden ist. So werden diese Krankheiten nicht von ungefähr als die „Geißeln der Menschheit bezeichnet“: Hepatitis B, Influenza, Malaria,

[2] http://de.radiovaticana.va/news/2015/01/09/sierra_leone_%E2%80%9Eebola_wird_nicht_am_schreibtisch_geheilt%E2%80%9C/1117548

Masern, Polio, Tuberkulose und AIDS. Ebola, das die berechtigte Frage entstehen ließ, ob wir mit der „Pest des 21. Jahrhunderts“[3] konfrontiert werden, ist die neue lebensgefährliche Infektionskrankheit in dieser Runde.

Blickt man in die Menschheitsgeschichte, dann haben wir Menschen, wenn wir nach unserer „Stellung im Kosmos“ fragten, schon immer versucht, Erklärungen für diese schicksalhaften Schläge durch Krankheiten zu finden. In der griechischen Mythologie sind es die von Artemis oder ihrem Bruder Apoll abgeschossenen vergifteten Pfeile, die die Menschen unvorhersehbar und plötzlich trafen. Und auch das Beispiel des untadeligen und gottesfürchtigen Hiob im Alten Testament macht eine fast vergleichbare Annahme, als er am ganzen Körper von Geschwüren befallen wurde, die ihm Satan durch die als Probe verfügte Erlaubnis Gottes zufügen durfte (Hiob 2,7). Erst im 19. Jahrhundert, als die naturwissenschaftlichen Erklärungen das Verständnis der Infektionskrankheiten grundlegend veränderten, wandelte sich auch ihre Wahrnehmung als zugefügtes Schicksal. Wir können dankbar dafür sein, dass die „wissenschaftliche Durchdringung der Krankheitsursachen den numinosen Schrecken der Seuchen reduziert“[4] hat.

Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass bereits zur damaligen Zeit der *missionsärztliche* Forscher- und Erkenntnisdrang beteiligt war, die moderne Medizin in den entlegensten Regionen dieser Welt zu etablieren. „Schon damals klärten ausländische Missionsärzte und Missionsschwestern die Einheimischen über Hygiene auf und versuchten, die Menschen vom magisch-animistischen Krankheits-Aberglauben zu befreien. Sie taten es im Geiste des „*Arztes Christus – des Heilands der Aussätzigen*“.[5]

Auch heute ist diese Aufklärungsarbeit nach wie vor notwendig, um die Übertragungswege der Infektionskrankheiten durch manche Rituale, wie es auch bei der Ausbreitung des Ebola–Virus erkannt wurde, zu unterbinden – und zugleich, um Menschen vor einer solchen unheimlichen Stigmatisierung durch ihre Krankheit zu bewahren. Das ist neben der ärztlichen Versorgung ein genauso wichtiger humanitärer Dienst, den die Hilfswerke in nicht-kirchlicher und in kirchlicher Trägerschaft gemeinsam leisten.

[3] So Michael Kuhnert und August Stich vom Missionsärztlichen Institut Würzburg in ihrem Beitrag: Die Pest des 21. Jahrhunderts? Ebola setzt das Thema Gesundheit an die Spitze der Entwicklungsagenda, in: HerderKorrespondenz 68, 11/2014, Seite 551-554

[4] Vgl. Prof. Timo Ulrichs im Tagungsbericht „Tödlich trotz Hightech-Medizin – Infektionskrankheiten als Herausforderung im 21. Jahrhundert“ der Evangelischen Akademie Berlin, 2. Dezember 2013

[5] Leitkommentar „Medizin&Mission“, in: Christ in der Gegenwart, Nr. 35, August 2014

Unser diesjähriger Ärztetag soll daher allen, die sich durch ihren ärztlichen oder sozialen Einsatz dieser Aufgabe widmen, Dank sagen für ihren segensreichen Dienst. Mit einem Gedanken der katholischen Ordensfrau und Ärztin Dr. Ruth Pfau, die seit 1960 als Lepra-Ärztin in Pakistan wirkt, möchte ich diesen Dank ins Wort bringen:

„Nach lieben sei helfen das zweitschönste Wort unserer Sprache. Denn helfen heißt Leben ermöglichen“.[6]

[6] Faltblatt „Lepra lebt“ des Deutschen Aussätzigen-Hilfswerkes (DAHW).

Infektionskrankheiten im Wandel der Zeit – mit dem Risiko leben?

von Uta Elisabeth Düll

Nicht als Epidemiologe, noch als Infektiologe, Medizinhistoriker oder Gesundheitspolitiker der WHO wurde ich eingeladen. Ich kann Ihnen nur aus meiner zwanzigjährigen Erfahrung als Ärztin in der Basisgesundheitsversorgung in Rwanda berichten. Aus meiner Erfahrung als Entwicklungshelfer, als „Missionar“ oder wie man heute sagt „Faith based health care“, als Mitglied einer benediktinischen Gemeinschaft, die in Gikonko/Rwanda mit 4-5 rwandesischen Mitschwestern lebt, betet, arbeitet und so das Leben teilt.

1. Rwanda

Zunächst möchte ich Ihnen einige strukturelle Daten über dieses Land und seine Bevölkerung mitteilen: Rwanda ist ein kleines Land von der Größe von Rheinland-Pfalz im Herzen Afrikas mit 11,7 Millionen Einwohnern. 50% der Menschen sind jünger als 50 Jahre alt. Trotz einer Bevölkerungsdichte von 432 Menschen/km^2 gebiert jede Frau im Schnitt 5-6 Kinder und trägt so zu einem weiteren Bevölkerungswachstum von 2,1% jährlich bei.

Das Land kämpft mit einer hohen Analphabeten-Quote, einer immer noch unzureichenden medizinischen Versorgung, einem hohen Anteil an Menschen, die unter der Armuts-Quote von 2 US-Dollar pro Tag leben, mit Unterernährung und einer mangelnden Infrastruktur im Blick auf die Wasser- und Stromversorgung. 93% der Menschen leben auf dem Land von ihrer Subsistenzwirtschaft, wenn gleich der Drang in die Stadt insbesondere unter jungen Menschen enorm ist. Mehr als 50% des Staatshaushaltes wird von externen Geldgebern finanziert.

Rwanda blickt auf eine Geschichte der jahrhundertelangen Monarchie zurück, die sich trotz immer wieder aufkeimender Konflikte bis in das 20. Jahrhundert durchtrug: 1884 bis 1916 war Rwanda Teil der Kolonie

Deutsch-Ostafrika. Von 1916 bis zur Unabhängigkeit 1962 unterstand das Land der belgischen Krone. 1994 fanden in einem 100tägigen Genozid 1 Mio. Menschen den Tod, gut 2 Mio. Menschen flohen ins nähere oder weitere Ausland. Die Infrastruktur des Landes war zerstört, das Land war am Boden.

Seit 1995 bemühen sich alle – der Staat, die Kirche, viele Gruppierungen und Initiativen – um den Wiederaufbau, die Neuorganisierung des Landes, insbesondere um eine zügige Gerichtsbarkeit und die Versöhnung. In diesem Land lebe und arbeite ich als Arzt, verantwortlich für ein Einzugsgebiet mit 27.000 Menschen. Zusammen mit 50 Mitarbeitern versorgen wir täglich 200-300 ambulante und 50-60 stationäre Patienten, und begleiten 60 Geburten im Monat.

2. Im Wandel der Zeit

2.1 Die Situation im Rückblick

Die 20 Jahre meiner persönlichen Erfahrung und meines Wirken in dem Land Rwanda, in der Behandlung von Infektionskrankheiten und in der Umsetzung der *Millennium Development Goals,* möchte ich in drei Perioden einteilen.

<u>1994-2000 Der erste Schritt nach dem Bürgerkrieg</u>

Im Chaos der unmittelbaren Nachkriegsjahre fehlte es an allem. Es gab nur eine unzureichende Zahl an Krankenhäuser und Gesundheitszentren, es mangelte an medizinischem Fachpersonal wie Ärzte, Krankenschwestern und Pflegern, es mangelte an entsprechendem Equipment und Medikamenten. Dazu kamen zahlungsunfähige Patienten (und diese in hoher Zahl) sowie eine prekäre Sicherheitslage. Es herrschte eine Abhängigkeit von den Geldgebern, finanziell, aber auch von deren Philosophie, die die Verhältnisse im Land nicht immer richtig einschätzte. Dazu auch ein Missbrauch der Subventionen, der nicht nur der Bevölkerung zu Gute kam. Die Geldgeber – nationale und nicht-nationale Organisationen, Kirchen, Privatpersonen etc. – versuchten hoch motiviert, oft mit viel Geld zu helfen. Leider oft ohne Absprache und Koordination mit den lokalen Shareholders.

2000-2012 Jahre der Konsolidierung

Dank der *Millennium Development Goals* wurde das Gesundheitswesen zunehmend strukturiert und auch finanziert. Ein lokale Krankenkasse „Mutuell“ wurde ins Leben gerufen. Die Finanzierung verschiedener Programme war gesichert, vor allem in der Bekämpfung der Hauptlasten Malaria, Tuberkulose und AIDS. Die Gelder dienten der Verbesserung der medizinischen Infrastruktur, der Versorgung der medizinischen Einrichtungen mit geschultem und ausreichendem Personal, Equipment und Medikamenten.

Die Regierung - in Zusammenarbeit mit der WHO und anderen Beratern - koordinierte straff die Umsetzung der Rahmenrichtlinien der Millennium Goals, die Verwendung der bereitgestellten Gelder und die erforderliche Dokumentation und Statistik.

2012-2015 Weltwirtschaftskrise und danach

In dieser Zeit ist der Rückgang der Subventionen deutlich spürbar. Der Versuch, das Defizit durch Zusatzabgaben durch die Bevölkerung („Agaciro“) auszugleichen, gelingt nicht.

Die durch die Millennium Goals erstellten Richtlinien und Standards gelten weiter, doch die dazu benötigte Finanzierung ist unzureichend und rückläufig, die Krankenkasse zunehmend zahlungsunfähig. Es fehlt in der medizinischen Versorgung erneut an Personal, Medikamenten, Hilfsmittel. Es entstehen zunehmend Versorgungslücken quantitativer und qualitativer Art.

Betrachtet man nun die medizinischen Herausforderungen in diesen drei Zeitabschnitten, dann ergibt sich folgende Einschätzung:

1995-2000: Der durch Krieg und Flucht geschwächten und verarmten Bevölkerung fehlt es an einer adäquaten medizinischen Versorgung; es fehlt an Fachpersonal, Medikamenten und Infrastruktur.

Die Infektionskrankheiten Malaria, Tuberkulose, HIV, Darminfekte dominierten und waren auf Grund der durch Unterernährung ohnehin geschwächten Resistenz oft in fortgeschrittenem Stadium und schnell letal. Die primäre Behandlung durch traditionelle Medizin und Heiler verzögerte und verkomplizierte Diagnostik und Therapie.

2000-2012: Die Gesundheitseinrichtungen sind besser ausgerüstet und verfügen über geschultes und ausreichendes Fachpersonal (dank guter Bezahlung hoch motiviert). Es besteht eine Verfügbarkeit von kostenloser Diagnostik und Therapie für HIV/AIDS und Tuberkulose, und großzügig subventionierte Medikamente für Malaria. Der insgesamt deutlich bessere Lebensstandard verbessert die Lebenserwartung.

Jedoch gewinnen in dieser Zeit auch andere Krankheiten an Bedeutung. Dazu gehören chronische Erkrankungen (Herzkreislauf, Diabetes, Asthma, Epilepsie), Tumorerkrankungen, die wir leider oft erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostizieren, orthopädische Probleme, angeborene Missbildungen (Hydrokephalus, Spina Bifida, etc.) und auch schwere Verletzungen durch Verkehrsunfälle.

2012-2015: In dieser jüngsten Zeit nehmen die Wohlstandserkrankungen in der Stadt zu; zahlungsfähige Patienten wandern in Privatpraxen ab oder gar ins Ausland.

In den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen fehlt Geld für Medikamente, Gehälter etc. Die breite Bevölkerung leidet unter verzögerter und teurer Diagnostik und Therapie, und nimmt daher erneut Zuflucht in der traditionellen Medizin. Jedoch gewinnen die Mittel aus privaten oder kirchlichen Fonds wieder an Bedeutung und sind sogar für viele Institutionen „lebensnotwendig“.

2.2 Zu den Infektionskrankheiten Malaria, Tuberkulose, HIV/AIDS

Mit 17 Millionen Todesfällen stehen die Infektionskrankheiten vor den Herz-Kreislauferkrankungen (15 Mio.) und Malignomen (7 Mio.) an erster Stelle der weltweiten Todesursachenstatistik.

Unter den Infektionskrankheiten dominieren Malaria, Tuberkulose und AIDS – Krankheiten, für die es immer noch keinen wirksamen Impfstoff gibt. Während die Hauptlast der Tuberkulosepatienten im Asiatischen Raum lebt, trägt das südliche Afrika die Last an Malaria (90%) und AIDS (70%). An einem Tag sterben kumulativ an diesen drei Erkrankungen mehr Menschen als während der Ebola-Epidemie 2014/15. Unter den 8 Millennium Goals der Vereinten Nationen steht daher der Kampf gegen diese drei Infektionskrankheiten an erster Stelle.

Malaria fordert bei 198 Mio. jährlichen Neuerkrankungen (2013) 584.000 Todesfälle, davon 90 % in Afrika-Subsahara und überwiegend Kinder unter 5 Jahren. Daher beinhalten die Ziele des Programmes „Roll Back Malaria“ bis 2015:

- Reduktion der Neuinfektionen um 75%
- Reduktion der Todesfälle auf Null
- Eliminierung der Malaria in 10 weiteren Ländern

Vorgesehene Interventionen und deren Realisierung:

- Expositionsprophylaxe durch Indoor-spraying und Verteilung von Moskitonetzen: 40-50% der exponierten Bevölkerung verfügt über diesen Schutz und dennoch fehlen 278 Mio. Moskitonetze.
- Die Inzidenz der Malaria-Fälle konnte in dem Zeitraum um 46%, die Todesrate um 55% reduziert werden. Damit wurden deutliche Fortschritte gemacht, doch die Millennium Goals nicht erreicht.
- Wenig effizient bleibt die Vektorkontrolle
- Problematisch bleibt die Finanzierung, die fast ausschließlich von internationalen Donor-Organisationen abhängt und kaum lokale Eigenfinanzierung beinhaltet.

HIV/AIDS hatte 2014 noch eine weltweite Prävalenz von 36,9 Mio. HIV-Trägern. Im selben Jahr gab es 2 Mio. Neuinfektionen, davon 70% südlich der Sahara. Problematisch ist, dass 50% der Virusträger ihren serologischen Befund nicht kennen, nur 40% der Virusträger von einer HAART-Therapie profitieren.

- Ziele des AIDS-Programmes sind: Aufklärung, Zugang zu HIV-Diagnostik, Prävention v.a. der Mutter-Kind-Übertragung, der Serodiskordanten Paare, Postexpositions-Prophylaxe, kostenloser und möglichst einfacher Zugang zu der Therapie (Fortbildung des medizinischen Personals, Verbesserung der Infrastruktur..)
- Auch diese Programm war erfolgreich: die Neuinfektionen konnten von jährlich 3,5 Mio. um 40% auf 2,1 Mio. reduziert werden.
- 2003 waren 800.000 Menschen unter antiretroviraler Therapie, 2014 bereits mehr als 13 Mio.
- Auch hier bleibt die Zukunft durch eine hohe Abhängigkeit von externen Finanzquellen problematisch

Tuberkulose zeigt jährlich immer noch 8-9 Mio. Neuerkrankungen und 1,5 Mio. Todesfälle.

- Wenn auch die Erfolge nicht ganz so beeindruckend sind, wie bei den vorgenannten Infektionen, so zeigt sich doch auch bei dieser Intervention eine Abnahme an Neuinfekten und Todesfällen.

3. Mit dem Risiko leben

Leben ist immer und überall lebensgefährlich! Risiken bei dem Einsatz in den Ländern des Südens sind nicht nur die Infektionen durch Malaria, Tuberkulose oder Aids, Hepatitis B und C, Magen-Darminfekten oder Schlangenbissen. Risiken sind eben auch die mangelnde medizinische Versorgung im Fall eines Herzinfarktes (kein Katheter, Labor), Zerebrale Insulte (keine Stroke-unit), Dialysepflicht, Autounfall ohne funktionierendes Ambulanzwesen. Risikoreich ist auch die Sicherheit in Ländern mit meist kritischen und labilen politischen Verhältnissen, in Ländern, in denen auch persönliche Konflikte anders ausgetragen werden.

Mit dem Risiko muss man leben, man kann es nur mindern. Prophylaxe gilt auch für den Arzt:

- Hygiene und gesunder Lebensstil
- Postexpositionsprophylaxe v.a. für den Chirurgen
- Psychohygiene
- Das Umfeld im Auge behalten und informiert in Kontakt bleiben
- Hilfsbereit, demütig, kompetent, geduldig, motiviert und engagiert seine Rolle annehmen in dem jeweiligen Gastland

4. Entwicklungshilfe oder Entwicklungszusammenarbeit

Kirche oder Faith-based-Care hat in diesem Zusammenspiel eine ganz wichtige Rolle: Meist haben die kirchlichen Strukturen durch Jahrzehnte/-hunderte lange Präsenz die bessere Kenntnis von lokalen Strukturen, Gebräuchen und der herrschenden Spiritualität. Zudem kennen sie die lokalen Autoritäten. Die Kirchen verfügen vor Ort über eine bestehende Logistik mit in Übersee bewährten Kooperationspartnern, die eine schnelle und flexible Ersthilfe bei Katastrophen ermöglichen. Sie können als Stimme des Volkes die Bedürfnisse und Nöte artikulieren, und sehen ihre Rolle in einer Partnerschaft im Geben und Nehmen, und nicht in einem Kapitalfluss

in eine Richtung mit entsprechenden Abhängigkeiten. Kennzeichen der kirchlichen Aktivitäten ist das stete Bemühen, das Selbsthilfepotential der Bevölkerung zu fördern sowie lokale Kräfte dauerhaft und verantwortlich zu integrieren. Eine weitere Besonderheit ist die damit verbundene Anthropologie, die den Menschen holistisch im physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und ökologischen Gleichgewicht sieht. Daher integrieren die Kirchen in ihre Tätigkeit nicht nur die Millennium Goals, sondern verstehen sich auch als Anwälte für „neglected tropical deseases“ und andere Probleme. Sie bleiben präsent, auch wenn die akute Notlage abgeschlossen scheint, und sichern so die Zukunftsfähigkeit und Nachhaltigkeit Ihres Einsatzes. Auch der finanzielle Aspekt hat in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung, denn für die Sponsoren sind die Kirchen Garanten für einen sinnvollen, uneigennützigen und kosteneffizienten Gebrauch der Gelder.

Daher sollten sich kirchliche Organisationen, Regierungs- und Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) nicht als Konkurrenten verstehen, sondern ihre komplementären Chancen nutzen.

„Coming together is a beginning,
staying together is a process,
and working together is a success“.

(Henry Ford)

Den Ebola-Opfern verpflichtet: Die Lehren aus Ebola

von Klemens Ochel

„Der Ausbruch von Ebola in Sierra Leone hat nahezu die Struktur der Gesellschaft zerstört. Alles, was uns und unsere Kultur bestimmt. Die Wirtschaft ist zusammengebrochen. Wir mussten viele traditionelle Praktiken aufgeben. Aber was das Schlimmste ist, wir haben das Vertrauen ineinander verloren, sogar das Vertrauen in uns selbst.“

Mit diesen Worten beschreibt Fr. Peter Conteh, der Direktor von Caritas Sierra Leone, die dramatische Lage in seinem schwer von Ebola getroffenen Land im April 2015. Seine weiteren Ausführungen über die Fastenzeit und die Heilige Woche geben Zeugnis, welche dramatischen Folgen die Ebola Epidemie auf die Kirche und die Praxis des christlichen Glaubens hatte. „Der Aschermittwoch fiel praktisch aus, da das Bezeichnen der Stirn mit einem Aschenkreuz wegen des Körperkontakts vermieden werden musste. Die wöchentlichen Kreuzwege fanden kaum Beteiligung, da die Polizei Menschenansammlungen vermutlich aufgelöst hätte. Aus dem gleichen Grund hatten die Leute Angst zur Taufvorbereitung zu kommen. Zum Palmsonntag hatte die Regierung wiederholt eine Ausgangssperre verhängt. Kein Gläubiger war bereit, sich am Gründonnerstag die Füße waschen zu lassen.“

Der Ausbruch von Ebola in Guinea, Sierra Leone und Liberia hat das letzte Jahr für die Menschen der Region, viele internationale Helfer, die Ortskirche aber auch die Orden und die kirchlichen Werke in Deutschland zu einem sehr außergewöhnlichen Jahr gemacht. Im Rahmen der Tagung der Konferenz der Missionierenden Orden möchte ich über meine Erfahrungen berichten und über zukünftige Herausforderungen diskutieren. Als ein Grund für den massiven Ausbruch waren rasch die schwachen Gesundheitsdienste in der Region identifiziert. In wie weit trifft dies auch auf die Einrichtungen der kath. Kirche zu?

Im Auftrag von Misereor und im Rahmen eines BMZ/GIZ-Nothilfe-programms bin ich seit Oktober 2014 viermal nach Monrovia, Liberia, gereist. Meine Erfahrungen beruhen weiter auf dem Austausch und der Zusammenarbeit mit S.E. Kurienkardinal Peter Turkson, vom Päpstlichen Rat Justitia und Pax, Mgr. Vitillo von Caritas Internationalis, missio Österreich, den kath. Werken in Deutschland, insbesondere Misereor und Kindermissionswerk und dem fachlichem Austausch mit Kollegen der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit.

Ebola – Der Ausbruch in Westafrika

Die Aussagen von Fr. Conteh machen deutlich, dass die Folgen von Ebola weit über die Gesundheit und den Gesundheitssektor hinausgehen. Ich beschränke mich aber in meinen Ausführungen auf Aspekte der Antwort der Weltkirche auf Ebola.

„Am 30. März letzten Jahres wurden die ersten zwei Verdachtsfälle von Ebola-Viruserkrankungen in der Grenzprovinz Lofa gemeldet und bestätigt“, sagte mir Sr. Barbara Brillant, Franciscan Missionary of Marry (FMM) Schwester und beauftragte Koordinatorin für Ebola der katholischen Kirche in Liberia bei meinem Treffen zum Abschluss meiner Beratung in Liberia Ende April 2015 in Monrovia.

Zunächst zögerliche Reaktion

Einen Monat später, so fährt Sr. Barbara fort, seien es bereits 34 bestätigte Fälle gewesen und Mitte Juni 2014 habe die Seuche erste Opfer in Monrovia gefordert. „Wir waren zurückblickend zu zögerlich und hatten die Hoffnung, dass unsere Gesundheitsdienste nicht betroffen würden“, erklärt Schwester Barbara selbstkritisch. „Mit der Meldung der ersten Fälle in Liberia hätten auch wir auf der Seite ihrer Partner im Norden proaktiv werden können und vielleicht sogar müssen“, räume auch ich unsere Unterlassung ein, „denn wir wussten, was an Infektionsschutz und Kontroll-Maßnahmen in solchen Fällen notwendig ist, damit zumindest die Gesundheitsdienste, auch wenn sie keine Ebola-Patienten behandeln, Verdachtsfälle isolieren und sicher weiterarbeiten können.“

„Juni, Juli waren Monate rasch wachsender Angst und Panik“, schildert Ms Ngha Gausi, die Koordinatorin der acht Gesundheitszentren der Erzdiöze-se Monrovia. „Das Personal wurde zunehmend unruhig angesichts rasch

ansteigender Todesfälle auch unter dem Gesundheitspersonal. Wir haben ihnen Plastikregenkleidung und Haushaltshandschuhe gegeben. Das Personal hat die Chlorlösung zur Desinfektion und zum Händewaschen nicht richtig dosiert und verließ mit tränenden Augen die Zentren.“ „Die Wende zu einer fachlich fundierten, strukturierten und engagierten Antwort trat erst ein, als es zu der tragischen Übertragung von Ebola zwischen Patienten und Personal im Sankt Joseph Krankenhaus Ende August 2014 gekommen war“, bestätigt Bruder Bernard Benda von den Barmherzigen Brüdern. „Betroffen waren u.a. unser Krankenhausdirektor, der Klinik-kaplan, die Pflegedienstleitung und zwei Ärzte, die als einzige überlebt haben.“

Kirchlicher Krisenstab

„Noch in meinem Urlaub in den USA wurde ich von der Liberianischen Bischofskonferenz zur Koordinatorin der Ebola-Antwort ernannt und am 8. September war unsere konstituierende Sitzung“, fasst Sr. Barbara zusam-men. An dem Treffen sind der kath. Nuntius in Liberia, S.E. Erzbischof Miroslaw Adamczyk, die drei liberianischen Ortsbischöfe, die Vertreter der Caritas Liberia, die Koordinatorinnen der kath. Gesundheitsdienste und der kommissarische Direktor des Sankt Joseph Krankenhaus, Br. Bernard, beteiligt gewesen. „Uns hat Mut gemacht, dass Freiwillige, Laien und Ordensbrüder und Schwestern, mitten in der Krise an unserer Seite stehen wollten, so Dr. Timothy Flanigan, ein Infektiologe der Brown Universität, Rhode Island, USA“, sagt Sr. Barbara. Dank der Freiwilligen und durch die Vermittlung von Fachinformationen des Missionsärztlichen Instituts (Anmerk. Medbox), bekamen wir das notwendige Fachwissen und konnten unsere Ausbildungsprogramme planen. Ein Glücksfall sei die große Motivation der diözesanen AIDS-Teams und der Mitarbeiterschaft der Mother-Patern-Hochschule für Medizin und Sozialwissenschaft gewesen, die mit Themen wie übertragbare Krankheiten, Stigma und Diskriminierung oder soziale Kommunikation umgehen konnten. Sie seien die Säulen der Aufklärung und sozialen Mobilisierung auch für die örtlichen Caritas Gruppen gewesen.

„Wir sind aber auch Misereor sehr dankbar, dass das Hilfswerk unsere Anfrage auf Unterstützung so rasch und positiv beantwortet hat,“ drückt Sr. Barbara gegenüber Dr. Martin Bröckelmann-Simon, dem Geschäftsführer

von Misereor, ihre Anerkennung aus, der zusammen mit mir im März 2015 die Partner in Liberia besucht hat. „Dies war die Zeit, wo es in Liberia mehr als 500 neue Ebola Fälle pro Woche gab. Die Menschen starben wegen fehlender Behandlungsplätze buchstäblich auf der Straße. MSF verkündete die Epidemie sei außer Kontrolle und die internationale Antwort lief nur schleppend an“, beschreibt Sr. Barbara die Situation.

Von Misereor bekam ich die Aufgabe, mit den Partnern vor Ort Maßnahmen zu planen, die ein sicheres Arbeiten in den kath. Gesundheitseinrichtungen ermöglichen würde und so die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sichern half. Mit den Mitteln von Misereor wurde Ausbildung und Supervision insbesondere zu Infektionsschutz in den Gesundheitszentren finanziert, Infektionsschutzmaterialien bestellt und das finanzielle Überleben der Zentren durch eine Subvention mit Medikamenten gesichert. Misereor leistete aber auch einen Beitrag für das Sankt Joseph Krankenhaus und übernahm die Erneuerung der Sterilisationsabteilung. Catholic Relief Services (CRS) stattete alle katholische Zentren mit Triage- und Isoliereinrichtungen aus, OXFAM erneuerte die Versorgung mit Trinkwasser, schaffte Einrichtungen zum Händewaschen und half Inzineratoren zu bauen, um infektiöses Material besser entsorgen zu können. Andere weltkirchliche Partner ermöglichten die soziale Mobilisierung auf Pfarreiebene, insbesondere durch Schulungsmaßnahmen und Übernahme der operativen Kosten, gaben Geld für Nahrungsmittelhilfe und zur Unterstützung der Ebola-Waisenkinder. Staatliche Hilfe aus Irland und der Schweiz unterstützte die kath. Schulen. Aus Deutschland kam Hilfe für das Sankt Joseph Krankenhaus.

GIZ - Nothilfeprojekt

„Ohne das vom BMZ finanzierte und im Auftrag der GIZ durch das Missionsärztliche Institut und den Barmherzigen Brüdern durchgeführte Nothilfe Projekt wäre das Krankenhaus heute nicht mehr am Leben“, erklärt Br. Bernard. Die Schließung und die anschließende Dekontaminierung des Krankenhauses haben viele Schäden verursacht, die erst langsam bei der Wiederinbetriebnahme offenkundig geworden sind. So mussten sämtliche Laborgeräte ersetzt werden, die unbrauchbar geworden sind. „Wir hätten aber auch nicht gewusst, wie wir das Personal hätten halten können, wenn wir nicht in der Lage gewesen wären, aus dem GIZ-Nothilfeprojekt

Risikozulagen zu zahlen“, sagt Br. Bernard dankbar. „Frauen, die heute wegen Geburtskomplikationen einen Kaiserschnitt brauchen, werden in Monrovia ans Sankt Joseph Krankenhaus überwiesen. Unsere Infektionsschutzmaßnahmen gelten als vorbildlich“, sagt mir Br. Bernard nicht ohne Stolz.

Blick auf den Erfolg mit einem systemischen Ansatz

Die Antwort der kath. Kirche und ihrer sozio-pastoralen Strukturen und der weltkirchlichen Solidarität auf Ebola muss den Vergleich zu staatlichen und anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren nicht scheuen. In keinem Fall soll die Antwort hier klein geredet oder gar geschwächt werden. Vielmehr sollen einige Punkte angesprochen werden, die eine kritische Selbstreflexion darstellen und die eine Diskussion und Handlungen auslösen, die helfen sollen, in Zukunft besser vorbereitet zu sein. Es gibt eine Verpflichtung, Neues zu wagen, weil Ebola den Kontext auch für sozial pastorale Dienste verändert hat. Dies ist eine Verpflichtung gegenüber den Opfern auch unter kirchlichen Gesundheitsarbeitern.

Als grundlegende Bausteine für Gesundheitsdienste sehen Fachleute u.a. Folgendes an: Personal und seine Entwicklung, die evidenz-basierte Qualität der Versorgung, die Planung der Entwicklung einer Institution und des Netzwerks von Einrichtungen in gleicher Trägerschaft, die Förderung einer solidarischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen oder die Zusammenarbeit mit anderen, insbesondere staatlichen Akteuren.

Viele der kath. Gesundheitseinrichtungen hatten genauso wie die staatlichen Gesundheitsdienste in der Region bereits vor der Epidemie ein Personalproblem. So arbeiteten am Sankt Joseph Krankenhaus überwiegend Ärzte aus dem afrikanischen Ausland. Dies tun sie, weil sie neben ihrem Gehalt weitere Vergünstigungen bekommen. Insgesamt erscheint ihre Vergütung aber immer noch niedrig für die geleistete Arbeit. Der Ausbildungsstand des einheimischen Pflegepersonals ist unterdurchschnittlich im Vergleich zu anderen afrikanischen Ländern. Zwar betreibt die kath. Kirche in Liberia eine Fachschule zur Ausbildung von Pflegekräften und Laborpersonal. Aber viele bekommen keine Anstellung in den kirchlichen Einrichtungen, weil diese das Personal nicht bezahlen können oder die Arbeitsbedingungen zu unattraktiv sind, wenn man berücksichtigt,

dass Familienangehörige der Fachkräfte wegen der dezentralen Lage der Zentren benachteiligt sind.

Die Gesundheitszentren sollen von ihren Einnahmen leben, evtl. sogar noch einen kleinen Gewinn für den sie betreibenden Orden oder die Ortskirche abwerfen. Einnahmen stellen somit eine Steuer auf Krankheit dar. Dies ist unsolidarisch und eigentlich nicht vereinbar mit dem christlichen Wert der Option für die Armen. Es werden Labordienste angeboten, die medizinisch nicht erforderlich sind, von den Patienten aber gerne angenommen und bezahlt werden. Da die angebotenen Dienste trotzdem oft immer noch günstiger sind als in staatlichen Einrichtungen, werden die kath. Zentren und vor allem Krankenhäuser vorrangig von wohlhabenderen Klienten genutzt, die somit den Zugang für die Armen erschweren.

Bereits vor der Krise waren schwere Hygienemängel in den kirchlichen Häusern und Einrichtungen bekannt. Die Komplikationsraten von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen lösten in der Regel aber keine Gegenmaßnahmen aus. Sie wurden als alternativlos hingenommen und damit gerechtfertigt, dass es nirgendwo besser sei.

Auch die Zusammenarbeit kann man kritisch sehen. Der Staat unterstellte kirchlichen Einrichtungen, sich dank weltkirchlicher Unterstützung unabhängig vom Staat zu machen bzw. zu finanzieren. Die Kirche fürchtet die staatliche Einflussnahme, insbesondere auf das Personal, das in kirchlichen Einrichtungen arbeitet und in Bezug auf das Spektrum von Gesundheitsdienstleistungen, die der Staat als Grundversorgung ansieht, insbesondere Dienste im Bereich reproduktiver Gesundheit. In Liberia bestand zum Höhepunkt der Krise keine Aussicht der Unterstützung der kirchlichen Dienste durch den Staat. Erst am Ende weichten die Fronten etwas auf und führten zu ersten vorsichtigen Vereinbarungen der Kooperation.

Gesundheitssystemstärkung ist ein Schlagwort der internationalen Politik und findet sich auch in den Absichtserklärungen kirchlicher Werke. Wenn diese Ankündigungen ernst gemeint sind, dann bedeuten sie, dass die Bereitschaft da ist, etwas zum Positiven zu verändern. Dies können die kirchlichen Partner in den Krisenländern nicht allein. Es gilt den Beweis anzutreten, dass die Entwicklung der Gesundheitssysteme eine ernstgemeinte, von Ortskirche und Weltkirche getragene Aufgabe ist.

Liberia Ebola-frei

Am 3. September 2015 erklärte die Weltgesundheitsorganisation zumindest Liberia frei von Mensch zu Mensch Übertragungen von Ebola, übrigens zum zweiten Mal in diesem Jahr. Dass es zum Auftauchen von Einzelfällen am Ende der Ebola-Epidemie kommen kann, ist nichts Ungewöhnliches. Es kann dadurch erklärt werden, dass die Inkubationszeit in Einzelfällen eben doch länger als 21 Tage betragen kann oder dass die Übertragung im Rahmen von Geschlechtsverkehr auch länger als 21 Tage sein kann.

Die Infektionsschutzmaßnahmen, die sehr Material- und Personalintensiv sind, müssen lange aufrechterhalten werden. Die Wachsamkeit für neue Fälle muss deshalb für Wochen, wenn nicht Monate von allen Akteuren hoch gehalten werden. Jeder gemeldete Todesfall wird sicherheitshalber auf Ebola untersucht. Eine Einschleppung aus den Nachbarländern ist möglich, solange diese nicht Ebola-frei sind. Nicht zuletzt kann es zu neuen Übertragungen aus dem Tierreich kommen. Das Ebola Virus ist in der Biosphäre der Region und kann wie andere sog. Hämorrhagische Fieber wie Lassa oder Gelbfieber jederzeit wieder ausbrechen. Das macht deutlich, dass die Region nicht nur durch Ebola gefährdet ist. Cholera, Meningitis oder auch Influenza Ausbrüche bedeuten eine Gefahr.

Für die nächste Krise vorbereitet sein

Wenn wir wirklich aus dieser Krise lernen wollen, dann muss der Weg aus der Krise als Gelegenheit verstanden werden, die nächste Krise vorzubereiten. Die Politik, wie zuletzt beim G7 Gipfel in Elmau, hat Absichtserklärungen abgegeben.

Durch veterinärmedizinische Überwachung bei Wildtieren können Alarmzeichen identifiziert werden, noch bevor es zu ersten Übertragungen bei Menschen kommt. Die fortgesetzte Förderung von sauberem Wasser, Hygiene und Gesundheitsverhalten auf **Gemeindeebene** verhindert die Ausbreitung auch anderer Epidemien wie Durchfallerkrankungen oder Cholera. Ungelöst ist bisher die Frage, wie man traditionelle Riten um die **Bestattung** von Toten so sicher machen kann, dass auf diesem Weg keine Mensch-Mensch Übertragung mehr stattfinden kann. Da sind insbesondere die religiösen Führer gefragt. Sie sollten im weltkirchlichen Kontext der

kath. Kirche Unterstützung erfahren, Kultur und Riten dem notwendigen Schutz vor Ansteckung anzupassen. Das jetzt geschaffene Potential in kath. Gesundheitseinrichtungen, auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit durch Infektionskrankheiten wie Ebola, Lassa, Cholera, Gelbfieber, Meningitis, oder ähnliches eingehen zu können, muss aktiv erhalten werden. **Triage- und Isolationseinrichtungen** müssen unterhalten werden und ihre Nutzung muss regelmäßig erprobt werden. Infektionsschutz muss Thema der Personalausbildung, Schulung und Supervision werden. Bereits vor der Krise war bekannt, dass die Anzahl der **Gesundheitsfachkräfte** bezogen auf die zu erbringende Versorgungsleistung zu gering ist und ihr Ausbildungsstand im regionalen Vergleich unterdurchschnittlich. Dies wird eine entscheidende Säule der **Gesundheitssystemstärkung** sein müssen, wenn man sie wirklich will.

Solidarische und soziale Finanzierung von Gesundheit

Die kath. Gesundheitsdienste in Liberia haben in der Vergangenheit versucht, ihre Kosten durch Gebühren auf medizinische Dienstleistungen zu finanzieren. Dies reichte kaum für die laufenden Ausgaben. Eine Gebühr auf Krankheit ist eigentlich unakzeptabel, da unsolidarisch und unsozial. Ohne unsere weltkirchliche Unterstützung besteht die Gefahr, dass unsere kirchlichen Partner in diese Stufe zurückfallen. Die Ebola Krise hat zu einer besseren Wahrnehmung des Beitrags der Ortskirche durch die Gesundheitsbehörden vor Ort geführt. Bis zum Juni dieses Jahres gibt es Vereinbarungen für eine finanzielle staatliche Unterstützung. Diese wird nur dann fortgeführt, wenn katholische, besser noch christliche Dienste sich zu einem Gesundheitssystem vereinen und entsprechend ihren Leistungen und für ihren Beitrag zur öffentlichen Gesundheit langfristig Unterstützung bekommen. Doch die Ressourcen des Landes werden nicht ausreichen. Nicht nur das Land Liberia ist bei der Überwindung von Globalen Gesundheitskrisen auf die Zusammenarbeit mit globalen Akteuren angewiesen. Die Ebola-Krise hat gezeigt, unsere kirchlichen Partner sind es auch. Wenn wir den weltkirchlichen Heilsauftrag angesichts globaler Gesundheitsrisiken ernst nehmen, dann müssen wir Gesundheitssystemstärkung ebenfalls weltkirchlich angehen. Das ist mein Resümee der Ebola-Einsätze der letzten neun Monate.

Als wesentliche Ergebnisse zur Antwort kirchlicher Gesundheitsdienste auf Ebola in Westafrika möchte ich also festhalten:

- Die katholischen Gesundheitszentren haben mehrheitlich während der gesamten Krise funktioniert und sind nicht geschlossen gewesen.
- Die Caritas in den drei Ländern hat wesentlich zur sozialen Mobilisierung der Bevölkerung beigetragen.
- Nur durch kirchliche Vertrauenspersonen konnten die Menschen dazu gebracht werden Riten und Praktiken abzulegen, durch die sich Ebola ausbreitete, oder Kontroll-Maßnahmen wie die Isolation von Verdachtsfällen zu akzeptieren und allgemeine Hygienemaßnahmen wie Händewaschen anzunehmen.
- Durch die Kirchen erhielten direkt und indirekt Betroffene eine Basisversorgung unter Beibehaltung der sozialen Kontakte.
- Ohne die internationale weltkirchliche Unterstützung in Form von Infektionsschutzmaterialien, Medikamenten, Fachberatung und Ausbildung oder die spirituelle – solidarische Unterstützung hätte die Ortskirche diese Antwort jedoch nicht geben können.
- Die Ortskirche und ihre sozial-caritativen Einrichtungen leiden im Augenblick unter den wirtschaftlichen und sozialen Folgen der Ebola-Epidemie. Sie sind weit davon entfernt, um auf einen weiteren Ausbruch oder eine weitere Katastrophe antworten zu können.

Anfragen und Antworten

Auszüge aus dem Plenumsgespräch[1]

Teilnehmer: Als Arzt und als Ärztin haben wir auch heute noch den Grundsatz: „In erster Linie nicht schaden“. Und mir sind bei dieser Deutlichkeit von „Geld = Hilfe“ natürlich auch kritische Texte durch den Kopf gegangen. Und auch immer wieder die Frage: „Haben wir zu den von der Regierung, von der Öffentlichkeit bereitgestellten Entwicklungshilfe-geldern wirklich adäquate Projekte?“ Ganz häufig höre ich von GIZ[2]-Mitarbeitern und auch vor Ort, dass mit unseren hier geplanten, dort mühsam mit Organisationen vor Ort durchgeführten Projekten viel Unheil geschehen ist. Sie hatten auch, um es exemplarisch zu zeigen, die „schöne Straße“ gezeigt, die vorher nur aus einem Holzweg bestand. Natürlich ist es schön, große Straßen zu haben. Gleichzeitig haben sie in ihrem eigenen Vortrag gefragt, „warum haben wir im Kongo diesen ewigen Ebola-Virus? – die Ausbrüche sind immer begrenzt geblieben“. Natürlich plädiere ich nicht dafür, dass alles so bleiben soll und wir kümmern uns nicht darum, aber: werden wir hier wirklich mit diesen kurzen Interventionen auskommen? Wir schütten mal einen Prozent mehr Geld dort hinein, es ist ja vorhanden und bleibt eine virtuelle Zahl, die wir jonglieren. Meine Frage lautet daher: Ist es wirklich sinnvoll, so zu agieren, und werden wir der Komplexität des Problems damit gerecht? Was ist Ihr Eindruck? Ich selber habe größtes Zutrauen in kirchliche Organisationen und diese Institutionen zu nutzen.

Dr. Ochel: Meine Erfahrung ist in der Tat, dass die Zusammenarbeit wirklich partnerschaftlich und kontinuierlich sein muss, dass Qualitätskriterien eingebaut werden müssen, und dass sie evidenzbasiert und fachlich

[1] Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um eine gekürzte Abschrift der Tonaufzeichnungen aus der Plenumsdiskussion. Die Fragen der Teilnehmenden wurden anonymisiert, die Antworten der Referenten wurden durch diese für den Abdruck freigegeben.

[2] Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, www.giz.de

sein muss. Public Health ist nicht einfach nur gesunder Menschenverstand und der Wille zum Helfen. Erlauben sie mir eine kritische Anmerkung zum Begriff des Helfens: Wir bemühen uns von unserem missionsärztlichen Institut dem Ganzen auch eine Fachlichkeit zu geben. Es gibt wissenschaftliche Erkenntnisse im Public Health Bereich, die in diese Dinge einfließen müssen! Wenn ich zum Beispiel die Behandlung von HIV/ Aids Patienten nehme, dann freue ich mich sehr, dass heute 15 Millionen Menschen Zugang zu einer Behandlung haben. Aber sie wissen auch, dass dieser Zugang dann ein Leben lang gewährleistet sein muss, damit der Patient bei dieser hochkomplexen Therapie ärztlich begleitet werden kann. Mit anderen Worten: in Liberia, das immerhin 16% des Bruttonationaleinkommens für Gesundheit aufbringt und damit sogar über dem UN- Standard von 15% liegt, sind es trotzdem nur 12 Dollar pro Einwohner und Jahr. Dafür ist Gesundheit auch in Liberia nicht zu haben.

Es gibt gute Vorstellungen, was von den Staaten geleistet wird und Frau Düll hat gesagt, auch die Regierung von Ruanda ist nach ihren Möglichkeiten an dem Behandlungsprogramm beteiligt, und unsere internationale Solidarität leistet zusätzlich. Das ist auch erforderlich. Meine Erfahrung ist, dass es seit 2008 die politische Vorgabe war, sich aus Gesundheitsprojekten zurückzuziehen. Sehr viele Länderprogramme haben heute keine Gesundheitskomponente mehr, sondern nur noch soziale oder politische Komponenten. Jetzt kam Ebola und Elmau[3] hat gesagt, dass wir das Gesundheitssystem stärker machen müssen. Dafür hat die GIZ im Augenblick überhaupt keine Strukturen mehr und selbst die Vereinten Nationen tun sich sehr schwer. Auch in den Zielen der nachhaltigen Entwicklung, die jetzt im September von Frau Merkel mitunterschrieben wurden, heißt es: Wir haben den Wert von Basisorganisationen und kirchlichen Strukturen kennengelernt, die kontinuierlich vor Ort sind. Für mich ist es sozusagen eine Einladung, dass die staatliche Entwicklungshilfe intensiver mit Kirche zusammenarbeitet. Ebola-Kontrolle war nur deshalb ein Erfolg, weil die Kirchen die Bevölkerung mobilisiert haben. Also: es ist immer noch nicht in trockenen Tüchern und man muss weiter daran arbeiten. Es gibt eine Wissenschaftlichkeit dahinter, aber trotzdem würde ich für „Geld schafft Gesundheit“ plädieren.

[3] Gemeint ist der G7-Gipfel von Elmau: http://www.g8-2015.de/

Teilnehmer: Sie haben eben auf die alten Strukturen hingewiesen und meinten damit die missionsärztlichen oder kirchlichen Institutionen in den Entwicklungsländern. Ist es wirklich so, dass die Kirche hier eine ganz besondere Rolle spielt, wenn es auch um die medizinisch-ärztliche Kompetenz geht?

Dr. Düll: Da gibt es keine einheitliche Antwort für alle Länder gleichzeitig. Man muss jedes Land getrennt betrachten. Für Ruanda kann ich sagen, dass die Kirche hier eine große Rolle spielt. Insbesondere bei Fällen, die nicht durch die vertikalen Programme, die von der WHO vorgegeben sind, betroffen sind. 50% sind Infektionskrankheiten, aber 50% sind auch Blinde, Behinderte, und auch alle anderen Krankheiten. Dort fehlen Finanzierung und fachliche Begleitung. Hier spielt die Kirche eine ganz große Rolle. Aber es ist wichtig, wie ich das auch bei meinen letzten Bildern gezeigt habe, dass wir zusammen arbeiten müssen. Die Kirche kann nicht ohne den „Global Fund“ arbeiten[4]. Ich hätte wahrscheinlich aus eigenen Kräften keine zehn HIV Patienten in die Therapie bekommen und finanziert - in der Zwischenzeit sind es über 300 Patienten. Das heißt, ich bin für diese Projekte absolut auf diese Unterstützung des „Global Fund“ angewiesen. Ich brauche die kirchliche Zusammenarbeit und die der Kollegen hier für die Behandlung der weiteren 50%. Das muss Hand in Hand gehen, nur so können wir in die Zukunft gehen. Ich hoffe, dass sowohl von Seiten der Kirche als auch von Seiten der internationalen Organisationen der Mut besteht, sich gegenseitig anzunähern und die Erfahrungen des anderen zu schätzen und zu nutzen. Der Kirche wird immer vorgeworfen „Mit eurer HIV- Arbeit und mit Familienplanung funktioniert es gar nicht, ihr behindert unser Weiterkommen“. Dennoch tun wir ganz viel für die HIV-Positiven. Und trotz allem werden bis heute die Mehrzahl der HIV-Patienten in kirchlichen Strukturen betreut und begleitet. Ich denke, wir sollten uns gegenseitig wertschätzen und die Domäne des jeweils anderen anerkennen - und unsere Bemühungen verzahnen.

Teilnehmer: Beide Referenten haben in Ihrem Vortrag den Begriff der Partnerschaft benutzt - auch als Voraussetzung für Nachhaltigkeit. Können

[4] The Global Fund ist ein globaler Finanzierungsmechanismus um Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS zu bekämpfen, initiiert zur Jahrtausendwende u.a. vom damaligen UN Generalsekretär Koffi Annan; http://www.theglobalfund.org/en/

Sie das etwas näher erläutern? Heißt es, dass erst eine persönliche Beziehung entstehen muss, damit diese Hilfe funktioniert? Das Geld und das „Know-how“ sitzen doch hier. Wie sieht Partnerschaft in der Entwicklungshilfe aus?

Dr. Düll: Für mich sieht Partnerschaft zum einen fachlich aus. Wenn ich ein Problem habe, mache ich ein Foto und schicke es per Internet durch die Welt und bekomme daraufhin sehr nützliche Ratschläge. Das ist fachliche Zusammenarbeit. Es kommt bei mir auch vor, dass Kollegen aus Bielefeld wieder zu mir kommen, um zu helfen. Das sind sehr nützliche Art und Weisen der Zusammenarbeit. Partnerschaft ist aber auch eine finanzielle Sache. Ein Teil wird von diesen vertikalen Programmen finanziert, aber ein anderer Teil kann aus lokalen Mitteln nicht bezahlt werden. Medizin ist teuer und auch die Patienten in den Ländern des Südens sind nicht in der Lage ihre Behandlungen aus der eigenen Tasche zu zahlen, auf jeden Fall dann nicht, wenn es um chronische Krankheiten geht. Bei diesen Krankheiten sind wir nach wie vor davon abhängig, dass uns Menschen guten Willens unterstützen, sodass wir diese Hilfe leisten können. Es gibt nichts Schwierigeres, als einen Patienten zu haben und zu wissen, dass eine Therapie möglich ist, aber nicht über die ausreichenden Gelder zu verfügen. Dies ist für mich eine Erfahrung, die für mich zu den schmerzlichsten gehört. Von daher ist Zusammenarbeit sowohl fachlicher Austausch, als auch Austausch im finanziellen Bereich.

Teilnehmer: Was halten sie jetzt als „Kinder der Realität“ für einen Mindestzeitraum, den man für einen freiwilligen ärztlichen Einsatz vor Ort einplanen sollte? Dies interessiert vielleicht auch diejenigen, die auch noch nicht fachärztlich tätig sind. Was würden sie Studenten sagen, die sich für einen solchen Einsatz interessieren? Wie lange müssen sie sich schulen und dann einsetzen lassen? Über welche Organisation kann das geschehen?

Dr. Ochel: Unsere Antwort darauf ist die Gründung der „Akademie für globale Gesundheit und Entwicklung“ (AGGE)[5]. Das ist eine Fortbildungsakademie, die unterschiedliche Zielgruppen auf solche Einsätze in armen Ländern vorbereitet und entsprechende Fortbildungen anbietet. Dazu

[5] http://www.agge-akademie.de/startseite.html

gehören Famulaturstudenten, Allgemeinmediziner oder Mediziner für öffentliche Gesundheit, aber auch Fachärzte. Die Akademie für globale Gesundheit und Entwicklung ist eine Kooperation zwischen dem deutschen Institut für ärztliche Mission (DIFÄM), das ist das protestantische Partner-institut zum missionsärztlichen Institut in Würzburg, und der Universität Heidelberg. Dort gibt es ein regelmäßiges Fortbildungsprogramm, und für mich ist das die „conditio sine qua non“: ohne eine solche Fortbildung sollte niemand ausreisen.

Dr. Markus: Ich bin einer der Vertreter, der genau das in vergleichbarer Weise getan hat. Die jungen Kolleginnen und Kollegen müssen mindestens drei Jahre in der praktischen, meistens klinischen Medizin zu Hause gewesen sein, bevor sie in einen solchen Einsatz gehen können. Die „German Doctors“ sind einmal als „Ärzte für die Dritte Welt“ gegründet worden, - aufgrund eines Mangels an praktischer ärztlichen Tätigkeit, die ein Jesuitenpater vor Ort wahrgenommen hat, als er mit den "Grünhelmen" Rupert Neudecks unterwegs war. Er sah, dass es zwar genug Kranken-schwestern, Pfleger und Manager vor Ort gab, es aber an Ärzten fehlte. Und so hat er dann beim Dekanat der Universität in Frankfurt einen Aushang gemacht: „Ich brauche für sechs Wochen Ärzte, die in dieser Zeit in den Slumgebieten bzw. auf den Müllhalden der Philippinen, in Kalkutta oder Kenia tätig sind. Sie sollten aber über mind. 3 Jahre Berufserfahrung verfügen“. Der Zuspruch von Ärzten war überwältigend. Die Zahl derer, die voller Idealismus helfen wollten, schier unglaublich. Doch dann war sehr schnell die Notwendigkeit da, dass man die Ärzte für solche Einsätze konkret schulen musste. Bei den „German Doctors“ ist es nach wie vor so, dass jeder für einen Zeitraum von sechs Wochen in die armen Länder geht. Die Ärzte werden vorher in Seminaren, unter anderem auch im missionsärztlichen Institut geschult. Also: Wer diese sechs Wochen investieren kann und wirklich basisärztlich arbeiten möchte, - der ist herzlich willkommen bei den „German Doctors“ als eine mal „ganz andere“ der vielen Organisationen, die es dafür gibt[6].

Teilnehmer: Ganz kurz noch ein Hinweis auch für jüngere Kollegen: es gibt die deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie. Wir veranstalten jährlich Workshops und Symposien, die sich an Kollegen richten, die ins Ausland

[6] https://www.german-doctors.de

gehen wollen. Es besteht dort die Möglichkeit eines Feedbacks von Kollegen, die schon im Ausland waren. Das ist auch eine gute Chance, sich auf die entsprechenden Einsätze vorzubereiten.

Teilnehmer: Ich würde es gerne nochmal etwas konkreter hören. Wenn Sie, Frau Dr. Düll, jetzt einen Wunsch frei hätten, gerichtet an die Haus- und Klinikärzte, die hier arbeiten: Was sollen wir denn tun? Was würden sie sich denn wünschen, was passieren soll? Sollen wir Geld sammeln? Sollen wir unsere Arbeit zur Verfügung stellen? Was wäre sinnvoll?

Dr. Düll: Das ist eine schwierige Frage. Ich bin auch immer wieder damit konfrontiert, dass manche der jüngeren Kollegen als Famulanten zu mir kommen wollen. Man muss diesen Kollegen bei allem Idealismus auch immer wieder sagen, dass sie vieles, was sie hier in Deutschland als Standard gewohnt sind, bei uns nicht einsetzen können. Wenn ein Patient hustet, haben sie kein Röntgenthorax bzw. nicht so schnell. Wenn jemand einen akuten Bauch hat, haben sie einen Ultraschall, können aber kein Röntgenbild machen. Um ein CT zu bekommen, müssen sie erst einmal einen Transport in die Hauptstadt organisieren - und dann noch das Geld. Das heißt, sie müssen unter ganz anderen Umständen arbeiten, als sie es hier gewohnt sind. Sie haben in der Regel keinen Kollegen, den sie mal fragen können. Wenn sie z.B. einen zentralen Zugang nicht legen können, können sie nicht erwarten, dass ein Kollege da ist und ihnen hilft. Entweder schafft man es - oder nicht. Das ist also eine nicht ganz einfache Situation, wenn man nicht über viel praktische Erfahrung verfügt.
Je länger jemand Zeit hat, desto nützlicher wird er dann auch für die Institution. Kurzzeiteinsätze sind sehr nützlich für Spezialisten. Wenn ein Spezialist kommt und sagt: „Ich operiere dir alle Fisteln weg“, dann werden entsprechend vorher die Patienten zusammengetrommelt und Fisteln operiert. Oder es kommt jemand, der operiert die Hasenscharten, das ist eine tolle Sache. Aber meistens ist man nach drei Jahren Facharztzeit noch nicht auf diesem Standard, dass man in so eine Bedarfslücke einsteigen kann. Es ist natürlich was ganz anderes, wenn man mit den „German Doktors“ zusammenarbeitet. Das sind ganz andere Projekte als zum Beispiel unsere Gesundheitszentren. Wenn ich jetzt einen Wunsch an Sie hätte, dann bräuchte ich natürlich ihre finanzielle Unterstützung. Ich brauche aber auch Ihren Rat. Ich bin Chirurgin und es gibt viele

Krankheitsbilder, von denen ich keine Ahnung habe. Ich bin dankbar, wenn ich einen Kardiologen habe, dem ich dann eine Ultraschallaufnahme schicken und er mir sagen kann, was ich machen soll. Oder wenn ich bei anderen Krankheitsbildern, die mit dermatologischen, pathologischen oder urologischen Bereichen zu tun haben, einfach jemanden um Rat fragen kann. Dies sind Zusammenarbeiten, die sind unheimlich kostbar, wenn man so abgelegen arbeitet, wie wir das tun. Diese Kurzzeiteinsätze sind sicher möglich, sei es in Projekten von „German Doctors“, „Ärzte ohne Grenzen“ oder bei anderen Organisationen. Die Ärzte werden gut vorbereitet, sodass man nicht mit falschen Erwartungen kommt. Einfacher ist es auch, wenn man in größere Kliniken eingesetzt wird, in denen man eher die Möglichkeit hat, sich mit anderen auszutauschen oder besser eingewiesen zu werden. Je kleiner das Gesundheitszentrum, desto schwieriger wird das.

Dr. Markus: Herzlichen Dank. Wir Ärzte sind es gewohnt, nach solch einer Veranstaltung eine „take-home-message“ mitzunehmen. Ich bitte Sie, dazu die letzten Ausführungen der Kollegin im Kopf zu behalten und zu bedenken, welche praktischen Möglichkeiten sich uns bieten, als Ärztinnen und Ärzte außerhalb Europas zu helfen. Ich danke Ihnen beiden für ihre informativen Ausführungen und Ihnen, den Zuhörern, für Ihr reges Interesse.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz sowie Mitglied der „Gemeinsamen Konferenz“ von Deutscher Bischofskonferenz und Zentralkomitee der deutschen Katholiken.

Uta Elisabeth Düll, Dr. med.

geboren 1960 in Hongkong, aufgewachsen in Basel und Bonn. 1980/81 Studium der Chemie an der Friedrich Wilhelms Universität Bonn, 1981-1986 Studium der Medizin an der Joh. Gutemberg Universität in Mainz, Stipendiatin der Bischöflichen Studienstiftung Cusanuswerk, nach Studienaufenthalten in England und Guatemala 1988 Promotion zum Dr. med.; 1988/89 Noviziat im Missionsbenediktinischen Säkularinstitut St. Bonifatius in Detmold; 1989-1995 Facharztausbildung in Allgemeinchirurgie im Franziskus-Hospital Bielefeld, Zusatzausbildung in Tropenmedizin an den Universitäten Heidelberg, Würzburg und Berlin. Seit 1995 Leitung des „Centre de Santè“ GIKONKO in Rwanda. Von 1995-2005 Gastprofessorin für „Chirurgie speciale“ an der Nationalen Universität Rwanda.

Klemens Ochel, Dr. med.

geboren 1958 in Warstein/Sauerland. Studium der Humanmedizin in Münster und Lille/Frankreich, 1984 Approbation; dreijähriger Aufenthalt als Entwicklungshelfer in Benin/Westafrika; 1992 Master of International Public Health (MPH) am Prinz Leopold Institut in Antwerpen; 1994 Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Tropenmedizin; seit 1992 Fachreferent für Public Health und Tropenmedizin beim Missionsärztlichen Institut Würzburg; Schwerpunktthemen sind HIV/Aids und Infektionskrankheiten, Globale Gesundheit und e-learning Programme im Gesundheitssektor; Lehrauftrag an der Ruhr Universität Bochum im Studiengang Humanitäre Hilfe; im Auftrag der kath. Werke Beratung von Partnern in Deutschland und weltweit.

Die gedruckten Dokumentationen der früheren Tagungen sind kostenlos erhältlich und können telefonisch unter 05251 125-4462 oder per Email bestellt werden: **info@liborianum.de**

Als Broschüre verfügbar:

2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn
Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg

2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg

2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal
Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg

2010 **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg
Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg

2011 **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**

Beiträge von: Weihbischof Hubert Berenbrinker
Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien, Münster / Osnabrück
Prof. Dr. Manfred Spieker, Osnabrück

2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
Prof. Dr. Eckhard Frick SJ, München

2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Dr. Uta E. Düll, Gikonko/Rwanda
Dr. Klemens Ochel, Würzburg

Über die Homepage des Liborianums stehen alle Dokumentationen als pdf-Datei zur Verfügung: **http://www.liborianum.de/Unser-Programm/Ärztetag**

Als PDF-Datei verfügbar:

1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums"**

1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**

2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**

2001 **Als Mensch beginnen – als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**

2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**

2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**

2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**

2005 ***Wie* alt werden in unserer Gesellschaft – Lebensqualität nur durch Medizin?**

2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**

2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**

2008 **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**

2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**

2010 **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**

2011 **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**

2012 **Diagnose Burnout – Die erschöpfte Seele als Symptom unserer Zeit**

2013 **Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung**

2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**

2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**

Erzbistum
Paderborn

Herausgeber:
Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3 · 33098 Paderborn