



Blutdruckmessungen an der Rezeption der neuen Mutter-und-Kind-Klinik in Kwilu Ngongo, Demokratische Republik Kongo

© Viktor Böhm

Gesundheit und Entwicklung

SDG 3: Ein gesundes Leben für alle Menschen ermöglichen

In der Systematik der 17 Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen geht es beim dritten Ziel, bekannt als SDG 3 (Sustainable Development Goal), darum, „ein gesundes Leben für alle Men-

schen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern“. Über die vielen Jahre unserer Zusammenarbeit mit sozialen Projekten in aller Welt ist Gesundheit – zusammen mit SDG 1 „Keine Armut“ und SDG 2 „Kein Hunger“ – immer wichtig gewesen. Ein Beispiel ist das Malaria-Projekt in Kalimantan oder die Förderung traditioneller Heilpflanzenkunde in Kamerun zusammen mit der Organisation ANAMED.

Der Schwerpunkt dieser Umschau sind die Susila Dharma Gesundheitsprojekte in der DR Kongo: Der Bedarf dort ist riesig, denn wir sprechen von einem der schwierigsten und ärmsten Länder der Welt. Die Arbeit im Kongo ist

besonders. Dort gemeinnützige Strukturen aufzubauen ist eine Herausforderung. Wir freuen uns über die Erfolge unseres Partners Susila Dharma Congo!



Liebe Leserinnen und Leser,

dieses Jahr 2020 steht unter dem besonderen Zeichen der Corona-Pandemie. Viele gewohnte Abläufe sind auf den Kopf gestellt worden.

Die vorliegende Umschau befasst sich mit dem großen Thema Gesundheit am Beispiel unserer Susila Dharma (SD) Projekte in der Demokratischen Republik Kongo.

Über die Jahre bin ich oft dorthin gereist, zuletzt kurz vor dem Lockdown Anfang des Jahres. Der Aufbau von kommunalen Gesundheitszentren durch unseren Partner SD Congo ist eine große Leistung in diesem schwierigen Land. Ich bin sehr zufrieden damit, wie effektiv wir im internationalen SD Verbund zusammenarbeiten.

Wir haben das Glück, dass das BMZ den Aufbau unserer Mutter-Kind-Klinik im Ort Kwilu Ngongo 3 Jahre lang zu 75% und weitere 2 Jahre zu 90% finanziert(e). Es ist inzwischen ein ansehnliches Gesundheitszentrum entstanden. Für uns als Verein ist es das bisher größte BMZ-Projekt. Neben der Schulmedizin ist auch das Thema traditionelle Heilpflanzen für unsere Arbeit wichtig. Mehr dazu ab S. 11...

Wir bedanken uns für das Interesse und die Unterstützung und wünschen Euch viel Freude beim Lesen.

Ihr/Euer Viktor Böhm



Sehr junge Mutter mit ihrem Kind © SDIA



Vor der Mutter-und-Kind-Klinik in Kwilu Ngongo

© Viktor Böhm

Lasst uns gemeinsam Leben in der DR Kongo retten

Hamida Virginia Thomas, SDIA

Stellen wir uns für einen Moment vor, eine schwangere Frau im ländlichen Afrika zu sein, die medizinische Versorgung benötigt. Das nächste Gesundheitszentrum ist vermutlich viele Kilometer entfernt, die Straßen sind staubig und unbefestigt, bei Regen werden sie schlammig und teilweise unpassierbar. Auf dem Land haben normale Menschen kein Auto und es gibt in den Dörfern keine Busse. Was tun?

Oder stellen Sie sich vor, dass Ihr Kleinkind sehr krank ist, mit hohem Fieber, das sich in der Nacht verschlimmert. Es ist 2 Uhr morgens, und Sie sind extrem ängstlich. Verzweifelt machen Sie sich im Dunkeln zu Fuß auf den Weg.

Wer im Notfall bzw. bei ernsthaften Erkrankungen oder Verletzungen nicht rechtzeitig behandelt werden kann, bezahlt die fehlende medizinische Grundversorgung oft mit dem Leben.

Hamida Thomas: „Als ich zu Beginn meiner Arbeit als Geschäftsführerin für Susila Dharma International (SDIA) im Jahr 2008 zum ersten Mal die Demokratische Republik (DR) Kongo besuchte, brachte ich relativ viel Erfahrung aus der Entwicklungszusammenarbeit mit, denn ich hatte in der ganzen Welt gearbeitet, auch in vielen Ländern Afrikas. Aber nichts davon bereitete mich auf die Armut in Kinshasa vor: offene Abwasserkanäle, unbefestigte Straßen, Umweltverschmutzung, menschliches Elend, kein sauberes Wasser und keine Elektrizität. Hier begegnete mir einer der schwierigsten und schmut-

zigsten Plätze der Welt zum Leben und Arbeiten.

Im Laufe der Jahre habe ich eine ungeheure Bewunderung für die Menschen in der DR Kongo entwickelt, die trotz dieser Schwierigkeiten gesund und fröhlich bleiben. Verhältnisse, bei denen die meisten von uns umfallen und nicht wieder aufstehen würden.“

Das Gesundheitswesen im Kongo ist desolat. Im ganzen Land mangelt es an Infrastruktur und gut ausgebildetem medizinischen Personal. Die Menschen, vor allem auf dem Land, haben große Probleme, auch nur die grundlegendste medizinische Versorgung zu erhalten. Täglich sterben viele an Ursachen, die leicht vermeidbar und gut behandelbar wären. Besonders die Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit ist hoch. Die Hälfte der Bevölkerung hat keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, und etwas mehr als zwei Drittel kennen keine Toiletten. Die Entfernungen und hohen Transportkosten, die schlechten Straßen in Kombination mit einer Vielzahl an tropischen Krankheiten, Armut und Mangel-Ernährung muten den Menschen viel zu.

Epidemien (z.B. Ebola) konnten sich ausbreiten und Maßnahmen zur Eindämmung tödlicher Krankheiten wurden lange vernachlässigt.

Land in schwerer Krise

Die DR Kongo ist eigentlich ein reiches Land: Sie verfügt über viele wertvolle Rohstoffe, große Süßwasserreserven und riesige tropische Regenwälder. Doch viele Jahrzehnte ausbeuterischer Kolonialherrschaft und anschließenden

der Diktatur haben das Land bitterarm gemacht. Die in den Kongokriegen von 1996 bis 2002 angerichteten Zerstörungen sind bis heute nicht überwunden.

Vielleicht hat gerade der große Reichtum an Bodenschätzen tragischer Weise zur Ausbeutung und Verarmung geführt: 81% der rund 82 Millionen Kongolesen leben unterhalb der Armutsgrenze und 13 Millionen sind auf humanitäre Hilfe angewiesen. Die soziale und humanitäre Situation ist katastrophal. Auf dem aktuellen Index der menschlichen Entwicklung der Vereinten Nationen steht die DR Kongo auf Platz 179 von 189 gelisteten Staaten.

Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 49 Jahren. Annähernd die Hälfte der Bevölkerung ist jünger als 15 Jahre (65% sind jünger als 25). Dies ist auf die hohen Opferzahlen während der Kongo-Kriege, die zahlreichen Erkrankungen und unzureichende medizinische Versorgung, auf die Tötung durch Landminen sowie auf die hohe HIV/AIDS-Infektionsrate zurückzuführen.

Das Durchschnittseinkommen liegt bei weniger als 400 Dollar (USD) pro Jahr und viele müssen mit weniger auskommen. Gleichzeitig sind Preise teilweise ungewöhnlich hoch. Korruption und Bestechung sind weit verbreitet

Die DR Kongo hat weltweit die geringsten Gesundheitsausgaben pro Kopf. In vielen Krankenhäusern und Gesundheitszentren fehlt es an allen Ecken und Enden. Da der Staat extrem wenig in den Gesundheitssektor investiert, müssen sich die Gesundheitseinrichtungen selbst um ihre Finanzierung bemühen. Dies geht zu Lasten der Qualität und auf Kosten der Patienten, die die Behandlungen oftmals teuer bezahlen müssen.

Vor allem für Gesundheitszentren an abgelegenen Orten ist gut ausgebildetes medizinisches Personal schwer zu finden. Auch die Versorgung mit Medikamenten ist sehr schwierig.

Quellen:

BMZ-Website, Länderinformation
http://www.bmz.de/de/laender_regionen/subsahara/demokratische_republik_kongo
SD USA Website
https://www.laender-lexikon.de/Demokratische_Republik_Kongo
<https://www.malteser-international.org/de/hilfe-weltweit/afrika/dr-kongo/dr-kongo-aufbau-eines-starken-gesundheitssystems.html>

Susila Dharma Arbeit im Kongo

Seit vielen Jahren arbeiten unsere Susila Dharma Kolleg*innen daran, Mittel und Wege zu finden, Schulen und Gesundheitszentren zu bauen und zu betreiben, die nicht nur gute Qualität anbieten können, sondern sich auf lange Sicht auch selbst tragen.

Wie bereits beschrieben: Das Umfeld ist politisch und wirtschaftlich extrem schwierig, die Armut der Bevölkerung groß und Bestechlichkeit ist der Modus Vivendi.

Um gemeinnützige Strukturen zu schaffen, benötigt man nicht nur das Geld, um z.B. Gebäude, Ausstattung und Gesundheitspersonal bereitstellen zu können. Die wichtigste Herausforderung besteht darin, die Prinzipien der Gemeinnützigkeit und Gemeinwohl-Orientierung überhaupt erstmal zu verankern und im Betrieb erfolgreich zu machen.

Es gab bei der Susila Dharma Arbeit im Kongo zu Beginn auch Misserfolge, aber die Lernprozesse und der Gesamtfortschritt sind erstaunlich.

Gemeinde-Gesundheitszentren: das CSCOM-Modell

SD Congo entschied sich vor 10 Jahren, ein partizipativ orientiertes, gemeinnütziges Konzept der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zu übernehmen, welches im Französischen CSCOM abgekürzt wird, für „Centre de Santé Communautaire“, übersetzt: Gemeinde-

Gesundheitszentrum. Wichtige Ziele sind die lokale Verankerung, Verwaltung und nachhaltige Finanzierung einer Gesundheitseinrichtung.

Für den Bau/Betrieb eines CSCOMs kooperieren mehrere Parteien und bilden ein Verwaltungsgremium:

1. eine Nichtregierungsorganisation, in unserem Fall SD Congo,
2. Verantwortliche der kommunalen Gesundheitsbehörden und
3. gewählte Vertreter*innen der Gemeinde/n vor Ort.

Wichtig ist darüber hinaus die Einrichtung einer genossenschaftlichen „Dorf“-Krankenkasse, die zukünftige Patient*innen motivieren soll, monatlich (regelmäßig) etwas Geld für die Gesundheitsversorgung einzuzahlen. Das übliche Procedere ist sonst die Barzahlung, die vor jeder Behandlung erst geleistet werden muss, was für viele arme Menschen eine (zu) hohe Hürde darstellt.

Wer übernimmt im CSCOM-Modell welche Aufgaben?

SD Congo verantwortet die Mittelbeschaffung für den Bau eines Gesundheitszentrums, ist formal auch Eigentümer und kümmert sich um die Ausbildung des CSCOM-Personals und um die Koordination des Projekts.

Die Gesundheitsbehörden sind für die Bereitstellung medizinischer Geräte, Räumlichkeiten und Basis-Gehälter für den Regelbetrieb zuständig. Sie koordinieren



Leistenbruchoperation eines 10-jährigen Jungen

© Papy Kabondo, SD Congo

nieren auch die kommunalen Gesundheitsausschüsse.

Die Vertreter*innen der Gemeinde/n haben Mitspracherechte im CSCOM-Aufsichtsrat und tragen dazu bei, die Dorf-Krankenkasse aufzubauen und in ihren Gemeinden bekannt zu machen. Im CSCOM-Aufsichtsrat sind i.d.R. verschiedene Gemeindegruppen, der Gesundheits- sowie Entwicklungsausschuss, andere NROs, Kirchen und Elternausschüsse vertreten.

Uns hat in der Zusammenarbeit sehr geholfen, dass unser Fördermittelgeber, das BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit), seine Entwicklungszusammenarbeit mit der DR Kongo regierungsfern ausgerichtet hat: Statt mit zentralstaatlichen Stellen wird verstärkt auf Provinz- und Gemeindeebene sowie mit zivilgesellschaftlichen Organisationen kooperiert. Dazu passt das CSCOM-Modell sehr gut. Es kommt auch in vielen anderen Ländern Afrikas zum Einsatz.

Die Hauptstadt Kinshasa liegt im Westen des Landes. Von hier aus operiert SD Congo.

In den Ost-Provinzen ist die Lage extrem viel schwieriger, dort dominieren seit 20 Jahren bewaffnete Konflikte und Bürgerkriege. In 10 von 26 Provinzen des Landes kämpfen rund 50 bewaffnete Gruppen um Einfluss und Macht. Millionen von Menschen sind vertrieben worden, man schätzt über 5 Millionen Binnenflüchtlinge.

Kinshasa und die umliegenden Provinzen sind zwar keineswegs einfaches Terrain, aber kein Vergleich zu den katastrophalen Bedingungen im Osten, besonders in Nord-Kivu.

Das erste CSCOM hat SD Congo in einem Vorort von Kinshasa, in Lemba Imbu, ab 2011 gebaut und im Juni 2012 eröffnet. Es wird seitdem unter der Leitung der lokalen Gesundheitsbehörden betrieben.

Im März 2013 eröffnete SD Congo ein zweites CSCOM (Nkandu III) in der Stadt Inkisi und im September 2013 ein drittes in Kingantoko. Zusätzlich hierzu verwaltet SD Congo zwei Kliniken in Kinshasa.

SD Congo ist die erste Organisation, die das CSCOM-Modell in der DR Kongo eingeführt hat. Die Gemeinnützigkeit ist alles andere als selbstverständlich, viele Anbieter sind primär auf Gewinn-

erzielung und nicht unbedingt auf die Verbesserung des gesamten Gesundheitssystems ausgerichtet.

Die Erfahrungen im Betrieb der CSCOMs zeigen ein viel höheres Niveau an Gemeindebasierter Eigenverantwortung und Partizipation als andere Gesundheitszentren in den gleichen Orten.

Deshalb wird SD Congo immer wieder angesprochen, diese Erfahrungen weiterzugeben und bei der Errichtung von weiteren CSCOMs in unterversorgten Gemeinden mitzuhelfen. So auch von Gemeindevertreter*innen des Ortes Kwilu Ngongo, ca. 180 km südwestlich von Kinshasa, die es sich zum Ziel gemacht hatten, die Gesundheitsversorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich endlich zu verbessern.

Der Vorsitzende von SD Congo, Salomon Dianteza Dimpiokia, erzählte dem SDIA-Team vor zwei Jahren, wie das neue Mutter-Kind-Gesundheitszentrum in Kwilu Ngongo einem vernachlässigten Teil der Bevölkerung hilft:

„Vor dem Bau des Krankenhauses wurde die Gesundheitsversorgung der meisten Menschen nur sehr lückenhaft abgedeckt: Es gab nur ein etwa 5 km entfernt liegendes staatliches kleines und sehr unzureichendes Gesundheitszentrum sowie eine Vielzahl von traditionellen Heilern und Heilerinnen, von denen viele Scharlatane sind oder zumindest unter unhygienischen Bedingungen und ohne angemessene Ausbildung arbeiten müssen.

Zwar gibt es in Kwilu Ngongo auch ein gut ausgestattetes Krankenhaus, das von einer belgischen Zuckerfirma im Ort betrieben wird, aber hier werden nur die Angestellten der Firma und ihre Familienangehörigen behandelt, die Allgemeinheit bleibt ausgeschlossen.

Die von uns neu errichtete Mutter- und Kind-Klinik (Gemeinde-Gesundheitszentrum) dient der übrigen Bevölkerung, die vorher völlig unterversorgt war.“

Susila Dharma Network eNews – Ausgabe 109, Oktober 2018

Das Gesundheitszentrum in Kwilu Ngongo, das vom BMZ zu großen Teilen finanziert wurde, ist vor allem auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen und



Salomon Dianteza Dimpiokia, Vorsitzender SD Congo © privat

Kindern von der Schwangerschaft bis zum fünften Lebensjahr ausgerichtet. Es wird offiziell als Centre Hôpitalier Mères et Enfants (CHME) bezeichnet.

Eckdaten: Susila Dharma Congo als Verein

Susila Dharma DR Congo (SD Congo) ist seit 31.12.2005 eine offiziell eingetragene gemeinnützige Nichtregierungsorganisation (NRO) mit Sitz in der Hauptstadt Kinshasa. SD Congo unterstützt Projekte auf dem Gebiet der Gesundheit, Erziehung und der Landwirtschaft in den Provinzen Kinshasa, Kongo Zentral und in Katanga.

SD Congo kooperiert seit vielen Jahren mit mehreren Susila Dharma Organisationen, neben SD Deutschland besonders mit: SDIA, SD France, SD Canada und SD Britain. Seit 10 Jahren ist die kanadische Buchan International Foundation (BIF) ein wichtiger Partner.

Im SD Congo Büro arbeiten sieben erfahrene Mitarbeiter*innen und eine Sekretärin auf Teilzeitbasis:

- Direktor/Geschäftsführer: Salomon Dianteza Dimpiokia
- Kommunikation: Papy Kabondo Ngoy
- Medizinischer Experte (Arzt): Dr. Jean Mayemba
- Finanzen und Koordinator für die Krankenversicherungen: Innocent Mbala Nossa
- Koordinatorin für Gemeindeentwicklung: Victorine Mpampu
- Administration: Philbert Diansiwa Makedika
- Gender-Fragen: Christine Nsapo Ngalula

Historie des BMZ-Vorhabens Mutter-Kind-Klinik in Kwilu Ngongo

Dr. Viktor Böhm

2014, beim Subud-Weltkongress in Puebla, Mexiko, haben wir zum ersten Mal mit dem SD Congo Vorsitzenden, Salomon Dianteza, über die Möglichkeit gesprochen, mit Unterstützung des BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit) ein gemeinsames Gesundheitsprojekt in Kwilu Ngongo zu realisieren.

Die Verantwortlichen aus der Gesundheitszone in Kwilu Ngongo hatten SD Congo als Partner für das geplante Gesundheitszentrum ausgesucht. SD Congo musste sich jetzt also um Geldgeber kümmern.

Auf der SDIA-Mitgliederversammlung (AGM) 2015 in Great-Malvern, UK, wurde das Projekt für SD Deutschland konkret: Wir arbeiteten im Anschluss über mehrere Monate intensiv an dem BMZ-Antrag für ein dreijähriges Projekt zur Errichtung und Inbetriebnahme einer Mutter-und-Kind-Klinik.

Der Ort Kwilu Ngongo, den ich in den letzten Jahren mehrfach besucht habe, liegt in der Provinz Kongo Zentral, ca. 180 km und mehrere Autostunden von Kinshasa entfernt, man fährt auf der Nationalen Straße N1 Richtung Boma, der einzigen Hafenstadt ganz im Westen des Landes.

Zusammen mit SDIA hat SD Congo in Kwilu Ngongo 2015 Voruntersuchungen durchgeführt, ein Grundstück von ca. 1 Hektar Größe ausfindig gemacht und mit dem Besitzer einen relativ günstigen Preis ausgehandelt.

Mit Beginn 1. Januar 2016 wurde unser BMZ-Antrag tatsächlich genehmigt. Eine zweiwöchige Reise in die DR Kongo mit lieben Kolleg*innen von SDIA, SD Canada, SD Frankreich und mir fand gleich Ende Januar 2016 statt. Es wurde der Kauf des 1ha großen Geländes in Kwilu Ngongo vereinbart und alle Genehmigungen beim Distrikt beantragt. Das Gelände wurde vermessen und von Vegetation befreit. Im Mai wurde die Baugenehmigung erteilt, so dass mit der Hilfe des kanadischen Bauingenieurs, Paul Roberge, das Bauvorhaben ordnungsgemäß an 8 lo-



Das Personal der Klinik mit Viktor Böhm und Hilma Simon im Sept. 2017 © Viktor Böhm

kale Baufirmen ausgeschrieben werden konnte. Baubeginn war am 3. Juli. Während der in Polen im August 2016 stattfindenden SDIA AGM besprachen wir mit Dianteza viele Details des Projektes, einschließlich der Handhabung der Buchführung.

Gut ein Jahr später, am 25. Sept. 2017, fand die feierliche Einweihung der Mutter-Kind-Klinik in Anwesenheit des Gesundheits-Ministers der Provinz Kongo Zentral und vieler lokaler Würdenträger statt. Das medizinische Personal war schon vorher ausgesucht und geschult worden, so dass sie mit dem Betrieb gleich anfangen konnten. Am 28.9.2017 kam das allererste Kind in der neuen Klinik zur Welt. Vor lauter Begeisterung – und weil ich zufällig in

der Nähe war – nannte die Mutter ihr Baby „Viktor CSCOM“. Viktor, das bin ich, und CSCOM ist der Name des neuen Gesundheitszentrums.

Betrieb der Mutter-und-Kind-Klinik und Erweiterungsbedarfe

Seit drei Jahren ist das Gesundheitszentrum mittlerweile in Betrieb und hat sich einen guten Ruf erarbeitet. Schwerpunkt ist die Mutter- und Kind-Versorgung (Ultra-Schall-Analysen, Entbindungen und Kaiserschnitte). Zusätzlich werden allgemeine Kinder, Frauen- und Männerkrankheiten behandelt und in beschränktem Maße auch Operationen durchgeführt. Laboruntersuchungen werden gemacht und Medikamente verschrieben, Blutdruck



Zwei Mütter mit Kindern im Februar 2020

© SDIA



Klinik-Arzt Dr. Tutuma in seinem Büro

© Viktor Böhm

gemessen und Impfungen durchgeführt. Auch HIV-Analysen und Vorsorgemaßnahmen werden angeboten.

Eine im November 2018 kurz vor Ende des ersten Projektabschnitts durchgeführte Evaluation der Klinik durch eine externe leitende Medizinerin ergab, dass noch mehrere medizinische Bereiche wie eine eigene Kinder-, Labor- und Röntgen-Station, ein Refektorium und eine Leichenhalle wünschenswert seien, um weiteren dringenden Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

Dadurch ergab sich der Bedarf für ein zweijähriges Erweiterungsprojekt, welches nach 10-monatiger Revision Anfang Sept. 2019 vom BMZ bewilligt wurde. Neben Bauaktivitäten und einer Verbesserung der Ausstattung an medizinischen Geräten sind in diesem zweiten Projekt sehr viele Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen (Capacity Development) für das Klinikpersonal, Vertreter*innen der Gesundheitsbehörden und auch für SD Congo als Projektträger-Organisation vorgesehen. Besonders wichtig sind auch die Stärkung und der Ausbau der lokalen Krankenversicherung.

Im laufenden Jahr 2020 werden diese baulichen Erweiterungen realisiert:

- eine Pädiatrie (Kinderheilkunde) Einheit,
- ein Refektorium, das ist ein Ess-Saal mit Kochmöglichkeit für die Ange-

hörigen, da Kranke in der DR Kongo sonst nicht verköstigt werden können

- ein Gebäude für Röntgenstrahl-Behandlungen
- eine Leichenhalle zur Kühlung der Verstorbenen, was in den Tropen auch aus Hygienegründen besonders wichtig ist

Eigentlich noch gebraucht wäre eine Chirurgie, dieses Teilprojekt ist jedoch jenseits der aktuellen Budgetmöglichkeiten und kann daher kurzfristig nicht realisiert werden.



Siemens Ultraschallgerät © Viktor Böhm

Zusammenarbeit mit den Behörden

Entsprechend der Philosophie des CS-COM-Konzepts ist die Kooperation mit den verschiedenen Akteuren auf lokaler und regionaler Ebene wichtig und funktioniert gut. Es ist das Ziel unseres Projekts, diese Zusammenarbeit über die Grenzen von Kwilu Ngongo hinaus auch auf andere Gesundheitszonen auszuweiten. Der Grundstein zur Vernetzung der Gesundheitszonen und ein Austausch über gemeinsame Strukturen soll in der Projektlaufzeit gelegt werden.

Beiträge zur Finanzierung des Gesundheitszentrums

Die Regierung übernimmt das sog. „Prime de Risque“ für das Personal der Klinik, das entspricht einem Grundgehalt. Hierzu wurde Ende 2015 eine Vereinbarung zwischen der Gesundheitszone Kwilu Ngongo und SD Congo getroffen. Zusätzlich erhalten alle Angestellten einen prozentualen Anteil der Einnahmen des Gesundheitszentrums als Gehalt. Die Regierung stellt zusätzlich monatlich Arzneimittel zur Verfügung (z.B. für Malaria, Tuberkulose, HIV), die einen bedeutenden Beitrag zur Klinikfinanzierung darstellen. Die Zusammenarbeit ist bisher sehr verlässlich und hat auch andere Vorteile: Sie ist z.B. eine Art Schutz vor den Steuereintreibern der Region.

Der Bedarf ist immer noch größer

Die Mutter-und-Kind-Klinik in Kwilu Ngongo ist – sowohl für dortige Verhältnisse als auch im Vergleich zu den BMZ-Projekten, die wir bisher durchgeführt haben – vom finanziellen Umfang her groß, und wir sind glücklich, dass alle Maßnahmen relativ gut umgesetzt werden konnten. Gleichwohl ist der Bedarf vor Ort in jeder Hinsicht noch viel größer. Unsere pensionierte Ärztin, Dr. Ursula Hilma Simon, war schon kurz nach der Eröffnung der Klinik im Jahr 2017 gleich im Einsatz bei einer Entbindung dabei und konnte miterleben, unter welchen Bedingungen in Kwilu Ngongo gearbeitet werden muss. Die Ausstattung ist kein Vergleich zu deutschen Standards. Die Erfahrung hat Dr. Simon veranlasst, in Deutschland mehrere gebrauchte Ultraschallgeräte und zusätzliche Ausstattung zu organisieren.



Der dringend benötigte Krankenwagen konnte im Sommer 2020 endlich angeschafft werden

© Papy Kabondo

Ein Krankenwagen für Kwilu Ngongo

Das CSCOM hat einen großen Einzugsbereich: Die Gesundheitszone deckt ein Gebiet von ca. 50 km x 50 km ab. Um in Notfällen schnell helfen zu können, ist ein Krankenwagen sehr wichtig. Im Sommer 2020 wurde der Kauf vom BMZ mit 10.000 Euro bewilligt. Sofort machte sich SD Congo in Kinshasa auf die Suche nach einem gebrauchten Krankenwagen und sie wurden fündig: gekauft wurde ein Mercedes Ambulance Car, der genau so viel kostete wie veranschlagt. Inzwischen hat SD Congo ihn umlackiert mit dem Namen der Klinik in Kwilu Ngongo. Damit ist das Projekt ist nochmals funktionsfähiger geworden.



SDG 3: Beitrag der Projekte von SD Congo

Ca. eine Million Menschen leben im Einzugsgebiet der sechs Gesundheitseinrichtungen, die SD Congo in den Provinzen Kinshasa und Kongo Zentral verwaltet. Folgende SDG 3 Unterziele (siehe <http://sdg-indikatoren.de/3>) werden adressiert: Bis 2030 soll

- die Müttersterblichkeit auf unter 70 Todesfälle pro 100.000 Geburten gesenkt werden sowie
- den vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren ein Ende gesetzt werden. Ziel: die Sterblichkeit bei Säuglingen auf weniger als 12 von 1.000 Neugeborenen und bei Kindern unter 5 Jahren auf weniger als 25 von 1.000 zu senken.
- Der allgemeine Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschließlich Familienplanung, Information und Aufklärung, soll gewährleistet sein.

Aktuelle Zahlen für die DR Kongo:
 Müttersterblichkeit: 473 von 100.000, die während/nach der Entbindung sterben
 Säuglingssterblichkeit: 67 von 1.000 Geburten
 Akute Unterernährung bei ca. 11,5% der Kinder unter 5 Jahren

Die Gesundheitszentren leisten wertvolle Beratung und Betreuung der

Patient*innen im Hinblick auf Familienplanung, Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft und Geburt. Ganz junge Mädchen, viele minderjährig, werden viel zu häufig schwanger. Beratung und Verhütungsmittel sind dringend erforderlich. Durch enge Begleitung von Müttern während und nach der Schwangerschaft, die Versorgung mit Medikamenten und die Möglichkeit zu chirurgischen Eingriffen wie Kaiserschnitten bieten die Gesundheitszentren sowohl Müttern als auch Neugeborenen viel bessere Chancen zu überleben. Ein weiterer Risikofaktor sind Unter- und Mangelernährung, besonders während der Schwangerschaft – dadurch sind Frauen und ihre ungeborenen Kinder bereits so geschwächt, dass ihr Sterberisiko drastisch steigt. Die Gesundheitszentren steuern dem entgegen und bieten auch Impfungen und Gesundheits-Checks während der ersten 5 Lebensjahre an.

Bis 2030 sollen weiterhin die Aids-, Tuberkulose- und Malaria-Epidemien und die vernachlässigten Tropenkrank-

Die CSCOM-Projekte, insbesondere das Projekt in Kwilu Ngongo, tragen auf mehreren Ebenen zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei:

- Verbesserung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen (mengenmäßig und qualitativ)
- Zurückdrängung von Anbietern zweifelhafter Qualität
- Verbesserung der finanziellen Zugänglichkeit durch Einführung einer Krankenversicherung
- Schulung von Gesundheitsfachkräften und Mitarbeiter*innen von Beratungsstellen in den Gesundheitszonen
- Beratung der Regierung und der lokalen Gesundheitsbehörden, um das Gesundheitssystem landesweit zu verbessern.

heiten beseitigt und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpft werden.

Trotz der hohen Infektionsrate ist HIV/Aids in der DR Kongo immer noch ein Tabuthema. Die Unwissenheit über HIV/Aids, Präventions- und Übertragungsmöglichkeiten ist groß. Insbesondere Jugendliche sind aufgrund ihres geringen Wissenstandes gefährdet, sich mit dem Virus zu infizieren.

Ein Schlüssel zur Bekämpfung von Epidemien wie HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria sind Aufklärung, Behandlung und Vorsorgemaßnahmen. Alle SD-Gesundheitszentren führen obligatorische Tests für schwangere Frauen auf HIV/Aids und Malaria durch. Als Erweiterung der Gesundheitsvorsorge in den Gemeinden laufen Pilotprojekte zur Verbesserung der Wasserqualität, ein wichtiger Schritt zur Verhütung von Krankheitsübertragung durch verunreinigtes Wasser.

Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken und der Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten und sicheren, wirksamen und bezahlbaren Arzneimitteln und Impfstoffen soll für alle möglich sein. In ländlichen Regionen der DR Kongo steht durchschnittlich gerade mal ein Arzt für 20.000 Patient*innen zur Verfügung (in Europa: 1 zu 500). Die Gesundheitszentren verbessern die allgemeine medizinische Versorgung. Durch die Krankenversicherung werden die Familien angehalten, jeden Monat zu sparen. Das kann sie im Fall von Krankheit, Schwangerschaft oder Unfällen vor Verschuldung und Verarmung schützen. Die Mitglieder einer Krankenversicherung erhalten auch Mitspracherechte, welche Arten von Dienstleistungen sie am meisten benötigen und wo die Qualität der Dienstleistungen und Medikamente verbessert werden muss.

Die Gesundheitsfinanzierung und die Rekrutierung, Aus- und Weiterbildung und Bindung von Gesundheitsfachkräften sollen gefördert werden.

SD Congo spielt eine wichtige Rolle bei der Auswahl, Qualifizierung und Aufsichtung des Gesundheitspersonals, das in den Zentren arbeitet. Das Arbeiten in einem überdurchschnitt-

lich gut ausgestatteten und geführten Gesundheitszentrum motiviert die Ärzte und Pfleger*innen in aller Regel, ihr Bestes für die Patienten zu geben.

Die Kapazitäten der Entwicklungsländer, in den Bereichen Frühwarnung, Risikominderung und Management nationaler und globaler Gesundheitsrisiken sollen gestärkt werden.

Indem sie Menschen behandeln, Gesundheitsdaten sammeln und lokale Gesundheitstrends analysieren, leisten die CSCOMs einen wichtigen Beitrag zu nationalen Gesundheitssystemen, die dazu beitragen können, potenzielle Epidemien zu erkennen und darauf zu reagieren, bevor sie außer Kontrolle geraten.

Neben den dargestellten Bedarfen und Problemen der medizinischen Versorgung durch Gesundheitseinrichtungen (Infrastruktur) in der DR Kongo, sind auch noch folgende Faktoren maßgeblich und müssen fokussiert werden, eine Verbesserung ist teilweise durch Wissensvermittlung möglich.

Bedrohen die Gesundheit der Bevölkerung:

- mangelnde Verfügbarkeit von sauberem Trink-/Wasser
- weit verbreitete Hygieneprobleme, fehlende oder unhygienische Latrinen/Toiletten, keine Möglichkeit zum Händewaschen
- kontaminierte (verschmutzte) Lebensmittel, fehlende Kühlung von Lebensmitteln
- Tsetsefliegen und andere Insekten, Parasiten
- illegale Plagiate bei Medizinprodukten
- unsachgemäß praktizierte traditionelle Medizin
- Aberglaube und Fetischismen
- fehlende Schul- und Gesundheitsbildung

Wer von Fördermittelgebern größere Beträge für Projekte erhält, muss die geplanten Ziele, Indikatoren und Möglichkeiten der Evaluierung und Messbarkeit immer vorlegen. Das BMZ erwartet in der Antragsphase eine ausführliche und realistische Wirkungsmatrix und eine unabhängige Evaluation zum Ende einer Projektphase. Die Zielerreichung zu quantifizieren/messen ist häufig aufwendig und nicht immer zu leisten.

Im Folgenden sollen noch einige positive qualitative Wirkungen der SD-Gesundheitszentren dargestellt werden.

Kommunale Gesundheitszentren können sozialen Wandel bewirken

Hamida Thomas, Salomon Dianteza

Lemba Imbu – Konflikte in der Gemeinschaft lösen

Das CSCOM in Lemba Imbu war das Pilotprojekt für SD Congo. Als sie dort angingen, stellten sie fest, dass es unterschiedliche Fraktionen gab, die mit diversen Kirchen und Familiengruppen verbunden waren. Der partizipatorische CSCOM-Ansatz erforderte viele Treffen und eine aktive Beteiligung der Gemeinschaft. In Lemba Imbu war jedes Treffen sehr dramatisch, und es kam zu heftigen Auseinandersetzungen.

„Als wir erkannten, dass diese Gemeinschaft intern gespalten ist“, erzählt Salomon Dianteza, „sagten wir uns: ‚Unser Ziel ist es nicht, ein Gesundheitszentrum für diese oder jene Fraktion zu bauen. Es ist für alle gedacht. Eine Gemeinschaft, die sich in einem Konflikt befindet, kann kein wirklich gesunder Ort zum Leben sein, deshalb muss die Schaffung von Frieden Teil unserer Arbeit sein.“

Das CSCOM in Lemba Imbu entwickelte sich mit der Zeit zu einem Ort, an dem Gemeindemitglieder und -führer ihre Differenzen überwinden durch Treffen, Diskussionen und Entscheidungen, die als transparent und fair angesehen wurden. Heute ist die Gemeinde nicht nur gesünder, sondern auch eine, in der die Parteien gelernt haben zusammenzuarbeiten, um praktische Probleme zum Wohle aller Mitglieder zu lösen. SD Congo hat gelernt, als NRO konfliktensibel zu sein und nicht eine Seite über die andere zu stellen. Es ist wichtig, nicht selbst in lokale Konflikte verstrickt zu werden, sondern Machtdynamiken zu erkennen und auf Gemeindeebene Fähigkeiten aufzubauen, mit denen die Parteien ihre Differenzen durcharbeiten und überwinden können.

Personalkapazität in den Gesundheitszentren

	Lemba Imbu		Kingantoko		Nkandu III		Kwilu Ngongo	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Arzt	3	0	1	0	1	0	3	0
Krankenschwester/-pfleger	3	3	4	1	3	3	5	10
Laboratoriumstechniker	1	1	1	0	0	1	2	3
Radiologie-Techniker	0	0	0	0	0	0	1	0
Apotheken-Verantwortliche	0	1	0	1	0	1	0	1
Geschäftsführender Direktor	0	0	0	0	0	1	1	1
Oberflächen-/ Sauberkeitsbeauftragte	0	1	0	1	1	0	2	3
Hausmeister	0	2	0	1	0	0	3	0
Anzahl Beschäftigte (nach Geschlecht)	7	8	6	4	5	6	17	18



Dr. Landry Nsuka, im blauen Hemd

© SD Congo

Nkandu III – Gesundheitspersonal ausbilden

Die DR Kongo zeichnet sich durch eine der jüngsten Bevölkerungen der Welt aus. Das Durchschnittsalter liegt bei ca. 18,4 Jahren. Der Zugang zu Schulbildung ist für viele Kinder und Jugendliche ein Problem. Junge Menschen, denen es gelingt, eine Ausbildung zu erhalten, haben aber leider nur wenige Möglichkeiten, Arbeit zu bekommen und ihren Beruf auszuüben.

Der junge Arzt, Dr. Landry Nsuka (siehe Foto), erhält durch das SD-Netzwerk die Möglichkeit, seinen Traum zu leben

und seine Fähigkeiten am Arbeitsplatz weiter zu entwickeln. Landry erzählt: „Ich bin SD Congo und SDIA wirklich dankbar für die Möglichkeiten, die sie mir gegeben haben. Erstens durch ein Stipendium, das mir half, mein Medizinstudium abzuschließen. Viele aus meinem Umfeld mussten ihr Medizinstudium abbrechen, weil es so kostspielig ist und so viele Jahre dauert. Dies ist ein Grund dafür, dass wir trotz des immensen Bedarfs so wenige Ärzte in der DR Kongo haben. Es ist einfach zu kostspielig, so lange zu studieren. Ihr habt mir auch geholfen, als Arzt akkreditiert zu werden. Damit habe ich jetzt die Möglichkeit, Medizin zu praktizieren, was mein lebenslanger Traum war, um meiner Gemeinschaft etwas zurückzugeben“.

Neben Landry bieten die CSCOMs auch anderen Ärzten, Krankenschwestern, Hebammen, Mikrobiologen, Apothekern und einer Vielzahl anderer Gesundheitsfachkräfte eine berufliche Perspektive.

Kwilu Ngongo - Minderjährige Frauen und Mütter unterstützen und schützen

Kwilu Ngongo ist eine Stadt, in der es aufgrund der großen Plantage und Zuckerfabrik in belgischem Besitz mehr Beschäftigung und Einkommen gibt als in anderen Gegenden. Arbeit gibt es allerdings hauptsächlich für die Männer, die auf den Feldern arbeiten. Diese Situation - in der Männer Geld zum Ausgeben haben, während es für junge Frauen kaum Möglichkeiten gibt - führt



Mutter mit Kind

© SD Congo

dazu, dass Mädchen sehr jung schon Mütter werden, die Schule abbrechen und in Armut und wirtschaftlicher Abhängigkeit gefangen sind.

In Kwilu Ngongo konzentriert sich unsere Mutter-Kind-Klinik auf zwei Aufgaben: auf eine Gesundheitsversorgung, die junge Mütter unterstützt, und auf Aufklärung, um die hohe Zahl unerwünschter Teenager-Schwangerschaften zu verringern.

Das Problem der zu frühen Schwangerschaften hat SD Congo dazu veranlasst, eine neue Berufsausbildungs-Initiative zu starten, die auf die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen eingeht, die keine Chance hatten, ihre Ausbildung abzuschließen. Sie sollen eine zweite Möglichkeit erhalten, Lesen und Schreiben zu lernen und sich für eine Anstellung oder Selbständigkeit zu qualifizieren.

Kingantoko - Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden zur Bekämpfung der Pandemie

Hamida Thomas

Die SD-Gesundheitszentren arbeiten mit den lokalen Gesundheitsbehörden und dem Gesundheitsministerium seit Jahren sehr gut zusammen. Das CSCOM in Kingantoko wurde in diesem Jahr als COVID-19-Zentrum von der Regierung ausgewählt, weil das Gesundheitsministerium ein gut ausgestattetes Krankenhaus benötigte, um COVID-19-Patienten aufzunehmen und sie unter Beobachtung zu stellen, ohne das Risiko einer Ansteckung in den überlasteten Gesundheitszentren und Krankenhäusern der Hauptstadt Kinshasa.

Die DR Kongo hat diverse Epidemien erlebt, zuletzt Ebola und jetzt COVID-19. Die Tatsache, dass SD Congo im Laufe der Jahre eine sehr gute Beziehung mit dem Gesundheitsministerium aufgebaut hat, macht sie zu verlässlichen Partnern im öffentlichen Gesundheitswesen.

Im April 2020 haben wir aus Deutschland 7.330 Euro für Hygieneausrüstung an SD Congo überwiesen. Für die Klinik in Kwilu Ngongo hat das BMZ in diesem Jahr einen größeren Aufstockungsantrag bewilligt. Darin enthalten sind zusätzliche 7.637 Euro für Corona-Aufklärungsmaßnahmen.



CSCOM-Arbeit unter Corona-Bedingungen

© SD Congo

Interview: Wie hart trifft die Corona-Pandemie Afrika?

Der afrikanische Kontinent kommt bisher vergleichsweise gut durch die Pandemie. Was wird dort anders gemacht? Niklas Prenzel im Gespräch mit dem nigerianischen Immunologen, Prof. Christian Happi

fluter.de am 19.11.2020, Magazin der Bundeszentrale für politische Bildung

Mehrere Millionen Tote auf dem afrikanischen Kontinent, diese Befürchtung teilten viele Expert:innen zu Beginn der Corona-Pandemie. Die Einschätzung, dass das Virus in Afrika besonders gravierend wüten würde, bestätigte sich nicht: 48.000 Menschen starben dort bisher an dem Virus, Europa verzeichnet über 330.000 Tote. Der Immunologe Prof. Christian Happi berät die nigerianische Regierung und die panafrikanische Seuchenschutz-Organisation „Africa Centres for Disease Control and Prevention“ im Pandemie-Management.

fluter.de:

Herzlichen Glückwunsch! Afrikanische und asiatische Staaten scheinen die Pandemie sehr viel besser zu meistern als Europa oder Amerika. Können Sie dieses Kompliment annehmen?

Christian Happi: Ja klar, sehr gerne. Menschen in Europa und Amerika erkennen das nur selten an.

Was haben Sie anders gemacht?

Als die Pandemie Ende Februar begann, haben die meisten afrikanischen Regie-

rungen sofort verstanden, dass nur ein harter Lockdown die Verbreitung des Virus stoppen kann. Von einem auf den anderen Tag gab es keine Flüge mehr, keine Verbindungen zwischen Städten, auch keinen Nahverkehr. Die Mobilität wurde also extrem heruntergefahren. Ich glaube, in Europa wäre ein solcher strikter Lockdown nicht möglich gewesen.

Warum?

Vielleicht sind die Menschen dort freiheitsliebender, vielleicht hatten Europäer größere Angst vor den wirtschaftlichen Folgen. In vielen afrikanischen Ländern gibt es einen sehr starken Staat, der hart durchgreifen konnte. Ich habe mich wirklich gewundert, dass Europa im Frühjahr relativ schnell wieder aus dem Lockdown hochgefahren ist. Aber was wohl das Entscheidende war, warum wir so konsequent und früh, teilweise noch bevor erste Fälle in den Ländern auftraten, reagiert haben: Malaria, Gelbfieber, Cholera oder der Ebola-Ausbruch vor sechs Jahren – wir haben Erfahrung mit Epidemien und Pandemien.

In Westafrika grassierte 2014 das Ebola-virus, an dem rund 11.000 Menschen starben. Inwiefern hilft Ihnen diese Erfahrung heute?

Das Schlimmste konnten wir damals verhindern. Wir haben gelernt, wie man so unübersichtliche Situationen meistert. Wir wussten zum Beispiel sofort, wie das mit der Isolation von Infizierten reibungslos funktioniert. Von den Ärzten bis hin zur Bevölkerung: Das Wissen, wie man mit ansteckenden Krankheiten umgeht, war noch recht frisch.

318 Corona-Fälle hat Nigeria pro einer Million Einwohner:innen, Deutschland hingegen hat 10.200. Ist der große Unterschied an Fallzahlen damit zu erklären, dass in Nigeria weniger Tests durchgeführt werden und es eine hohe Dunkelziffer gibt?

Nein. Das Argument wird oft angeführt, um die niedrigen Zahlen in vielen afrikanischen Staaten zu erklären. Aber es stimmt nicht. Wir führen viele Tests durch. Das Labor, in dem ich arbeite, testet im Schichtbetrieb, Tag und Nacht. Die Rate an positiven Befunden ist schlichtweg relativ gering.

Womit erklären Sie sich das?

Es kann sein, dass Menschen in Afrika eine bessere Immunität gegen das Virus haben aufgrund anderer Erreger, denen sie ausgesetzt sind. Daran müssen wir forschen. Entscheidender ist aber, dass die afrikanische Bevölkerung sehr jung ist, im Durchschnitt 19 Jahre alt. Europa ist fast doppelt so alt. Es spielen also sehr viele Faktoren eine Rolle. Auch dass viele Menschen in Dörfern mit geringer Bevölkerungsdichte leben, hat sicherlich geholfen. Aber noch mal: Das Wichtigste sind unsere Erfahrungen mit pandemischen Situationen, darauf konnten auch asiatische Staaten zurückgreifen.

Hier in Deutschland gibt es einige Menschen, die das Virus für erfunden oder ungefährlich halten. Mussten Sie Überzeugungsarbeit leisten, damit die ernste Lage erkannt wird?

Die Meinung, dass Covid-19 erfunden und nicht existent sei, gibt es hier genauso. Dagegen hilft Bildung. Ich bin froh, dass es die Community Health Workers gibt. Sie leisten überall in Afrika grundlegende medizinische Versorgung in abgelegenen Gemeinden, dort, wo sie verankert sind. Wenn diese Menschen in eine Dorfgemeinschaft kommen und etwas sagen oder empfehlen, dann glauben die Leute ihnen und machen mit – sehr wichtig, wenn man eine Pandemie gemeinsam bekämpfen will.

Haben durch den harten Lockdown arme Menschen besonders gelitten? Menschen zum Beispiel, die von der Hand in den Mund leben und darauf angewiesen sind, auf Märkten ihre Waren zu verkaufen.

Ja, zweifellos. Die Bevölkerung, ob in Nigeria oder anderen afrikanischen Ländern, hat einen sehr hohen Preis gezahlt, aber keinen zu hohen. Ich mag mir nicht vorstellen, was passiert wäre, wenn sich das Virus noch stärker verbreitet hätte.

Aber natürlich haben die Maßnahmen ihre Kehrseite. Ich denke an die vielen medizinischen Ressourcen, die für COVID-19 eingesetzt werden. Die fehlen teilweise für die Erforschung und Behandlung gefährlicher Krankheiten wie Malaria oder das Lassa-fieber. Das wird Tote fordern.

Was lernt die Welt gerade für zukünftige Pandemien?

Im Moment reagiert die Welt, aber sie müsste in Zukunft stärker agieren. Wir bräuchten Systeme, die neuartige Viren und damit mögliche Epidemien frühzeitig erkennen. Im Januar, als Corona quasi unbekannt war, habe ich mit meiner Kollegin aus Harvard ein Frühwarnsystem für Infektionskrankheiten vorgestellt. Es kann das Erbgut von Viren sehr schnell auslesen und die Informationen mit Gesundheitsbehörden teilen. In einer App können Ärzte oder die Community Health Workers Symptome von Patienten eintragen. Schade, dass wir es nicht schon früher fertiggestellt haben. Es hätte uns gute Dienste im Kampf gegen Covid-19 geleistet.

Ein erster, sehr vielversprechender Impfstoff steht kurz vor der Zulassung. Reiche Länder, wie die USA, Frankreich oder Deutschland, haben bereits direkte Verträge mit den Herstellern abgeschlossen und sich Impfdosen gesichert. Wie schauen Sie auf die globale Aufgabe, den Impfstoff gerecht zu verteilen?

Hoffen wir erst mal, dass er bei allen Menschen weltweit wirkt. Ich setze auf die Initiative „Covax“. Unter der Federführung der Weltgesundheitsorganisation haben sich dort Länder zusammengeschlossen, die insgesamt zwei Drittel der Weltbevölkerung vertreten – auch die EU-Kommission ist dabei. Die Initiative setzt sich dafür ein, dass der Impfstoff gerecht verteilt wird und ärmere Länder nicht leer ausgehen. Egal welches Unternehmen am schnellsten ist: Der Impfstoff sollte gerecht in der Welt verteilt werden.

Quelle:
<https://www.fluter.de/corona-pandemie-afrika-interview>
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>, Lizenz CC-BY-NC-ND-4.0-DE

Corona-Pandemie und traditionelle Heilmedizin

Henny Willecke

Über unsere SD-Kollegin, Waltraut Biesler, kennen wir die Organisation ANAMED (Aktion natürliche Medizin in den Tropen) und ihre Mitarbeiterin, Dr. Katharina Madrid, nun schon seit Jahren. ANAMED wurde vor 34 Jahren gegründet, ins Leben gerufen vom deutschen Pharmazeuten, Dr. Hans-Martin Hirt.

Anlass war seine Erkenntnis nach sechs Jahren Arbeit als medizinischer Berater für die evangelische Kirche im Kongo (zu der Zeit noch Zaire), dass 70% der Bevölkerung sich die westliche Medizin schlicht nicht leisten kann. Gleichzeitig stellte er fest, dass das Wissen um traditionelle Heilmethoden und medizinische Pflanzen in Vergessenheit gerät. Seitdem hat er es sich zur Lebensaufgabe gemacht, das traditionelle Wissen rund um die faszinierende Vielfalt der tropischen Heilpflanzen zu sammeln, zu systematisieren und zu archivieren. Mit modernem Apothekerwissen (insbes. im Hinblick auf Hygiene, Verarbeitungsmethoden, Informationen über toxische Substanzen, genaue Dosierungen etc.) lassen sich auch deutliche Verbesserungen ggü. den Praktiken vieler traditioneller Heiler*innen erreichen. ANAMED versucht die Schnittmenge der jeweiligen Vorteile der traditionellen und modernen Medizin zu vermitteln.

Selbstverständnis: „Anamed arbeitet in der Entwicklungshilfe. Kernpunkt ist die Förderung einer eigenverantwortlichen selbstbefähigten, nachhaltigen und allen zugänglichen Gesundheits- und Nahrungsvorsorge mit Hilfe der in über 30 Jahren gewonnenen naturmedizinischen Erkenntnisse in den Tropen und weltweit. Dies geschieht in der Verantwortung vor Gott und in seinem Auftrag. Die Vermittlung dieser Erkenntnisse geschieht insbesondere durch internationale, regionale und lokale Seminar- und Schulungsmaßnahmen.“ (Quelle: www.anamed.org)

Dr. Katharina Madrid schreibt im Nov. 2020: „Mit der Corona-Pandemie hat sich in Afrika einiges zum Thema traditionelle Heilpflanzen getan: Die Menschen sehen, wie die entwickelten Länder machtlos sind und machen sich wieder ihre traditionelle Medizin zu eigen und fangen endlich an, stolz darauf zu sein. Das ist genau der richtige Moment, mit ANAMED anzusetzen und sie in diesem Prozess weiter zu begleiten. Aus Kamerun kam kürzlich die absolut überwältigende Neuigkeit, dass die Ministerin für Forschung und Innovation ein großes Budget in die Hand nahm, um jedem Haushalt eine Artemisia Annua Pflanze zu geben, damit sich die Bevölkerung wieder so behandeln kann, wie (Zitat) „zu Großmutterns Zeiten, in

denen man immer eine Pflanze im Garten hatte, die einem half...“

Ich habe einen Brief an die Ministerin geschrieben, um unsere Hilfe in diesem Prozess anzubieten in Form von Seminaren, damit ihre so edle Aktion auch ein Erfolg wird.“

Interessanter Weise untersucht u.a. Prof. Peter Seeberger, Direktor am Potsdamer Max-Planck-Institut für Kolloid- und Grenzflächenforschung sowie Honorarprofessor für Organische Chemie an der Freien Universität Berlin, die medizinische Wirksamkeit von Artemisia Annu Extrakten, die bereits weltweit sehr erfolgreich gegen Malaria eingesetzt werden. In der Erforschung ist die Wirksamkeit bei Krebs, Hepatitis- und Herpesviren und aktuell sogar im Zusammenhang mit COVID 19. Prof. Seeberger stellte Laborstudien mit Zellen vor, die belegen, dass wässrige und ethanolische Artemisia Annu Extrakte auf Zellebene gegen das Coronavirus wirken. Eine klinische Studie mit Patienten in Mexiko läuft.

Der Artemisia Annu Wirkstoff Artemisinin ist in der traditionellen chinesischen Medizin schon sehr lange als hochwirksam bekannt. Auch ANAMED arbeitet – neben vielen anderen Heilpflanzen – mit Artemisia Annu und vermittelt den Teilnehmer*innen seiner Seminare, wie die Pflanze angebaut und hauptsächlich als Tee verarbeitet und verabreicht werden kann.

SD-Arbeit mit ANAMED im Kongo

Dr. Ursula Hilma Simon

Im September 2017 hat unser Susila Dharma Team aus dem Kongo, Kanada und Deutschland gemeinsam den Wissenschaftler, Augustin Konda, in seinem ANAMED-Zentrum in Kinshasa besucht. Im Innenhof seines Zentrums standen wir gleich vor einem riesigen Moringa-Baum, aus dessen Blättern ein wertvolles Nahrungsergänzungsmittel hergestellt wird. Das Foto zeigt unsere kleine Gruppe mit Herrn Konda in der Mitte.

Wir wurden sehr freundlich von Herrn Konda empfangen. Er arbeitet mit Dr. Hirt schon seit vielen Jahren zusammen und hat mit ihm u.a. ein Buch über die

ANAMED, wie alles begann

Eine Nacht als medizinischer Mitarbeiter der ev. Kirche im Jahr 1986 in Zaire (heute DR Kongo)

Dr. Hans-Martin Hirt, Apotheker

Dreimal werde ich in dieser Nacht geweckt: “Tata Mvungi, (Papa Hirt), es ist höchste Zeit, meine Frau zu retten, fahr endlich los!!“

Seit 14 Uhr weiß der Mann schon, dass sich bei seiner Frau die Nachgeburt nicht löst; etwas, was in kurzer Frist zum Tode führen kann. Das nächste Hospital ist 55 km weit entfernt. „Warum“, so mache ich meinem afrikanischen Mitbruder Vorwürfe, „habt ihr sie nicht gleich am Nachmittag ins Krankenhaus getragen? Dann wärt ihr jetzt schon dort“.

Der einzige Arzt im Krankenhaus, verantwortlich für eine Bevölkerung von 250.000 Menschen, wird vor Müdigkeit jetzt in der Nacht sowieso nicht aufstehen können. Mehr noch: Meinem Chauffeur musste ich kündigen, ich selbst bin mitten im Malaria-Fieberschub, es regnet, was bedeutet, dass ich 100%ig im Schlammweg stecken bleiben werde - Stunden, Tage, je nachdem, wann der Regen aufhört. Der Staat bezahlt die Straßenarbeiter nicht mehr. Am letzten Sonntag habe ich die Bevölkerung gewarnt, dass ich keine Krankentransporte mehr durchführen würde, wenn die Leute die Straße nicht ehrenamtlich reparieren. Niemand regte sich. Wer unterernährt ist, ist eben auch nur schwer für Gemeinschaftsaufgaben zu gewinnen. Mit einem Wort, ich fahre nicht und ernte dafür den Vorwurf: „Dann bist eben du Schuld, wenn meine Frau stirbt!“

Das ist unsere Lage hier, und ich bin damit sicher nicht allein in Afrika: Ein Gesundheitssystem, das wegen fehlender Infrastruktur, fehlendem Personal, fehlendem Geld für Medikamente und fehlender Krankenstationen kaum mehr funktioniert.

Aber die Geschichte geht noch weiter. Nach zwei Tagen, ich traue meinen Augen nicht, begegne ich eben dieser Frau auf dem Weg zur Feldarbeit! „Wie ist das möglich?“, frage ich mich und sie.

Antwort: „Ja, wissen Sie, wir sind dann eben zu einer traditionellen Hebamme gegangen, sie hat im Urwald ein paar Kräuter zusammengesucht.“

Ich bin erstaunt. Haben wir doch chemisch alles probiert, was unser modernes System bietet an Medikamenten! Gibt es Kräuter, die wirksamer sind, und wenn ja, warum hat man uns nichts davon gesagt? Ich bekomme zur Antwort: „Ja, weißt du, Ihr Weißen haltet das ja doch alles für Zauberei!“ Kann man es noch deutlicher sagen, mit wie viel Antipathie das Verhältnis zwischen moderner und traditioneller Medizin belastet ist? Die Kolonialherren haben ohne große Selbstzweifel rundweg die gesamte afrikanische Medizin als traditionell, sprich altmodisch, im Vergleich zur westlichen, sprich modernen, Medizin abgestempelt.



Anamed-Kurs 2019 mit Herrn Konda rechts

© Papy Kabondo

Heilpflanzen Afrikas veröffentlicht. Mit seiner bescheidenen und kompetenten Art hat er uns alle gleich in seinen Bann geschlagen. Er zeigte uns seine Veröffentlichungen, ein wundervolles Poster mit den Heilpflanzen und die gut abgepackten Heil- und Nahrungsergänzungsmittel, die er in einem Lagerraum verschlossen aufbewahrt.

Die lokalen Heiler*innen, so erklärte er uns, kennen die Heilkräuter auch, aber sie kaufen sie häufig auf dem Markt in minderer Qualität ein. Die standardisierten Pflanzenextrakte von ANAMED sind einfach überlegen, weil sie durch kontrollierten Anbau und hygienische Verarbeitung einem hohen Qualitätsanspruch genügen. Naturmedizinische Heilversuche nach der ANAMED-Methode sind in vielen Fällen erfolgreich, und die Leute sind offen dafür, weil sie mit den Heilpflanzen vertraut und die Preise erschwinglich sind.

Leider gibt es seit einer Stellungnahme der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Juni 2012 große Widerstände gegen die Selbstmedikation mit Artemisia Annu. Nicht-pharmazeutische Produkte, auch die Verwendung als Tee, lehnt die WHO zur Behandlung bei oder Vorbeugung gegen Malaria strikt ab.

2015 erhielt zwar die chinesischen Pharmakologin, Prof. Youyou Tu, für die Wiederentdeckung der Wirksamkeit von Artemisinin gegen Malaria im Jahr 1968 den medizinischen Nobelpreis. Aber die niedrigschwellige Selbst-



Papy Kabondo, Hilma Simon, Augustin Konda, Viktor Böhm, Hamida Thomas © Viktor Böhm

sorgung mit Artemisia Annu wird derzeit nicht propagiert, auch wenn sie in weiten Teilen der Welt vermutlich sehr hilfreich wäre.

W.D. Storl sagt dazu: "Im engmaschigen Netz der Laborwissenschaft wird Wesentliches ignoriert. Man konzentriert sich bei der Suche auf den essentiellen chemischen Wirkstoff und grenzt alles andere als irrelevant aus: die genaue

Zeit des Sammelns, Aufbereitens und schließlich das Verständnis der Pflanze als mehrdimensionalen Wesens, eines, das sich nicht alleine im materialistischen Paradigma erfassen lässt" und der frühere Harvard-Mediziner Andrew Weil sagt: "Die Idee, Pflanzen verdanken ihre Wirkung einer einzigen Verbindung, ist schlichtweg falsch."

Im Juni 2019 hat Victorine Mpampu, Krankenschwester und Mitarbeiterin von SD Congo, einen einwöchigen ANAMED-Kurs mit Augustin Konda als Referenten organisiert. 30 Kursteilnehmer*innen kamen im Ort Kasangulu, in der Nähe von Kingantoko, zusammen, um sich über Anbau, Verarbeitung und Anwendung von Heilpflanzen fortzubilden. Seitdem bauen sie unter anderem Artemisia und Moringa mit Erfolg an. Sie gründeten auch eine kleine Selbsthilfe-Organisation, die sich regelmäßig trifft, um über den Fortgang zu beraten.

Inzwischen gab es vom 2.-6.11.2020 das zweite ANAMED-Seminar, wieder in Kasangulu, mit 28 Teilnehmenden. Einige waren schon im ersten Kurs dabei



Anamed-Kurs 2020 - Artemisia-Ernte

© Papy Kabondo

gewesen, sodass es für sie eine Fortsetzung und Vertiefung war. Aber es waren auch neue Teilnehmer*innen dabei, so z.B. Dr. Tutuma, unser leitender Arzt aus Kwilu Ngongo. Augustin Konda bot eine Kombination von alten und neuen Lehrinhalten an: Es wurden verschiedene Heilpflanzen vorgestellt und auch die Herstellung von Tee, Schmerzsalbe, Hämorrhoiden-Salbe sowie medizinischer Kohle.

Die Kosten pro Seminar in Höhe von gut 8.500 Euro (inkl. Übernachtung und Verpflegung) wurden durch Spenden gedeckt, insbesondere von anderen SD Nationals, wie Frankreich, Holland, Kanada, SDIA und SD Britain.

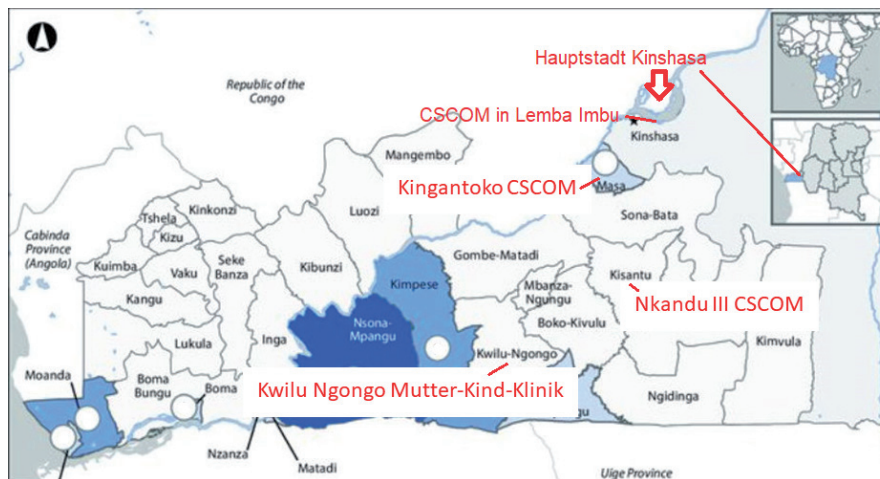
Der Andrang und das Interesse sind groß und Augustin Konda ist mit viel Engagement und Fachwissen dabei. Er und Victorine Mpampu hoffen sehr, dass Anfang des Jahres 2021 ein weiterer Anfängerkurs starten kann. Wir sind auf der Suche nach Fördermittelgebern. Verschiedene Stiftungen wurden angefragt, allerdings haben diese meist eine lange Vorlaufzeit im Antragsverfahren.

Unser Ziel ist, auf lange Sicht die Genehmigung der kongolesischen Gesundheitsbehörden zu erhalten, damit die Heilpflanzenmedizin in den Kliniken von SD Congo als alternatives Angebot eingeführt werden kann. Herr Konda hat diese Genehmigung bereits und deshalb ist es wichtig, ihn als Trainer für die nächsten Ausbildungszyklen weiterhin einsetzen zu können. Später können auch gut ausgebildete Teilnehmer*innen als Multiplikatoren zur Vermittlung des ANAMED-Wissens fungieren.

Gesundheit ist auch eine Frage der Bildung

Henny Willecke, Hamida Thomas

Die Beschäftigung mit den ANAMED-Themen wirft viele interessante Fragen auf, sowohl bei SD Congo als auch bei uns. Wenn sich der Anbau von Heil- und Nutzpflanzen als langfristig interessant für die Beteiligten erweist, entstehen daraus u.U. ausbaufähige Landwirtschaftsprojekte (sowohl gemeinnützig als auch privatwirtschaftlich organisiert). Und wenn über den Eigenbedarf



Karte mit den Gesundheitszentren

© SDIA Präsentation

hinaus der Verkauf und die Vermarktung gut funktionieren, kann zusätzliches Einkommen generiert werden.

Ob die CSCOMs von SD Congo in Zukunft aktiv in die Naturheilkunde (natürliche Medizin) einsteigen, um sie ihren Patient*innen als Ergänzung zur westlich orientierten Schulmedizin anzubieten, ist derzeit noch in der Erkundungsphase.

Unbestritten ist jedoch die Nützlichkeit der vielen heimischen - sowie teilweise eingeführten tropischen - Pflanzen für eine gesunde Ernährung. Hier haben die ANAMED-Fortbildungen viel Wissen anzubieten: Es geht um die Eigenschaften von sehr Wirkstoffreichen Pflanzen, wie z.B. Moringa, Kurkuma, Papaya, Knoblauch, Zwiebeln, Aloe Vera, Citrusfrüchten, Zitronengras, Süßkartoffeln und vielen weiteren.

Wie auf S. 7 beschrieben, ist die Unter- und Mangelernährung ein extrem großes Problem, das durch Armut verursacht wird. Teilweise fehlt aber auch schlicht das Wissen und/oder traditionelle gesundheitsstärkende Gewohnheiten sind in Vergessenheit geraten. Weil der Bedarf so groß und der Nutzen offensichtlich ist, könnten die CSCOMs möglicher Weise ANAMED-inspirierte Schulungen in ihren Einzugsbereichen anbieten und über Ernährungsthemen und Möglichkeiten des Selbstanbaus von Heil- und Nutzpflanzen aufklären.

Überhaupt gibt es in puncto Vermittlung von Wissen einen immensen Bedarf: „A Nation of Children“ haben unsere Kolleg*innen von SD USA die DR Kongo genannt, weil 65% der Bevölkerung jünger als 25 und 43% sogar

jünger als 15 Jahre sind. Leider ist der Zugang zum öffentlichen Schulsystem nach wie vor sehr schwierig: Geschätzt sind 25% der Kinder im Grundschulalter und bis zu 60% der Jugendlichen nicht ins Schulsystem integriert. Ein ausgeprägter Lehrermangel an öffentlichen Schulen verschärft die Problematik.

Das Auswärtige Amt schreibt: „Die Bevölkerung der DR Kongo setzt sich aus über 250 Ethnien zusammen, von denen viele auf eine eigene Kulturgeschichte zurückblicken. Das kulturelle Leben spielt sich hauptsächlich auf lokaler Ebene ab. Besonders lebendig ist die Musikszene, insbesondere die in ganz Zentral- und Westafrika beliebte kongolesische Rumba. ...

Die schulische Grundausbildung ist zwar staatlich garantiert, de facto aber erhalten die öffentlichen Schulen mit wenigen Ausnahmen praktisch keine staatliche Unterstützung. Für den Besuch der Grundschule müssen deshalb Schulgebühren gezahlt werden. Nur ein Drittel der Bevölkerung hat eine Schule besucht. Dauer und Qualität des Unterrichts reichen oft nicht aus, um ausreichende Lese- und Schreibfähigkeiten zu vermitteln. Kirchen und private Initiativen nehmen eine wichtige Rolle ein, um hier ergänzend zu wirken.“

Quelle: <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aussenpolitik/laender/kongodemokratische-republik-node/bildung-kultur/203254>

Die Erfahrung aus den CSCOMs zeigt, dass es sinnvoll ist, sich auf die Ansprache von Frauen und jungen Mädchen zu konzentrieren, insbesondere von minderjährigen Müttern. In den vier Orten, in denen SD Congo CSCOMs

betreibt, trafen sich im Februar 2020 Vertreter*innen von SD Congo, SDIA und SD Canada, um ein Konzept für Gemeinde-Lernzentren mit Frauen und Mädchen zu diskutieren, denen die formale Bildung vorenthalten wurde. In allen vier CSCOMs bestätigten Frauen und Frauenorganisationen, dass in ihren Gemeinden viele kaum lesen und schreiben können, weil sie aufgrund von Schwangerschaft, früher Heirat oder familiärer Armut gezwungen waren, ihre Ausbildung abzubrechen.

Die Idee neuer SD Congo Bildungsinitiativen wurde z.B. in Lemba Imbu sehr positiv aufgenommen. Viele Frauen erwirtschaften bereits eigenes Einkommen, indem sie Nahrungsmittel anbauen, um die Märkte in Kinshasa zu beliefern. Alle bestätigten, dass sie mangelnde Lese-, Schreib- und Rechenkenntnisse teuer zu stehen kommen. Es wurde deutlich, dass grundlegende betriebswirtschaftliche Fähigkeiten nützlich wären, ebenso wie die Erschließung neuer Absatzmöglichkeiten. Ein großes Problem ist, dass es kaum lokale Märkte gibt und die Straßen so schlecht sind, dass es für die Frauen schwierig ist, ihre Produkte in Kinshasa zu verkaufen.

Nkandu III: In der Stadt Inkisi fand ein Treffen mit mehreren Leiterinnen sehr aktiver Frauenorganisationen



Die CSCOMs können den Frauen viel Wissen vermitteln

© Viktor Böhm

statt. Viele neu in die Stadt eingewanderte Frauen kommen aus ländlichen Gebieten, wo sie keinen Zugang zu formaler Bildung hatten. Ihre Fähigkeiten und ihr Wissen gründen sich auf das Leben auf dem Land, aber in Inkisi haben sie keine eigenen Grundstücke mehr, die sie bewirtschaften können. Die Frauen bekundeten großes Interesse an einer Ausbildung zu diesen Themen: Computerwissen, Bienenzucht und Honig, Nahrungsmittelproduktion, Backen sowie Reinigungsmittel- und Seifenherstellung. Die Gesundheitsmitarbeiter*innen in Inkisi bestätigten, dass ein Hauptproblem für die Gesundheit der jungen Frauen darin besteht, dass weder in den Schulen noch zu Hause über Verhütung und

andere wichtige Themen gesprochen wird, was zu einer hohen Rate von Teenager-Schwangerschaften führt und damit verbunden zu sehr vielen Schulabbrüchen. Es kommt viel zu häufig vor, dass Mädchen schon mit 12, 13 oder 14 Jahren schwanger und auch verheiratet werden.

Das Thema ist eine große Herausforderung und kann an dieser Stelle nur kurz umrissen werden. Fest steht für unsere Susila Dharma Arbeit aber: Die Erreichung der SDG 3 Ziele im Kongo ist ohne eine starke Bildungskomponente (SDG 4) nicht machbar. Und SDG 5 „Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen“ ist auch zentral.



Kinder, Kinder, Kinder: Zukunft oder Last?

© Viktor Böhm

Wiederaufbauen – und ein- friedliches Wirtschaften ermöglichen

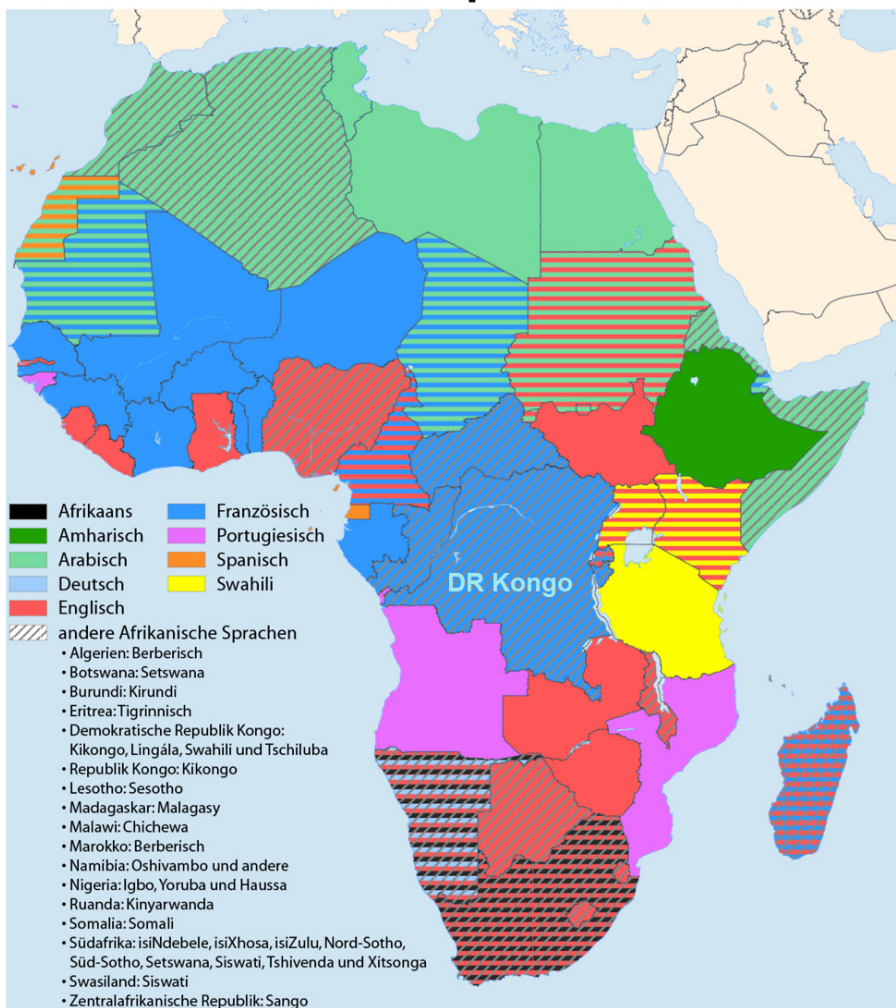
Das riesige Land im Herzen von Afrika ist fast so groß wie Westeuropa und verfügt über unschätzbare Naturgüter und unermessliche Bodenschätze, die seit jeher auf dem Weltmarkt hohe Preise erzielen. Früher waren das Elfenbein und Kautschuk; heute sind es Tropenholz, Diamanten, Gold, Uran sowie Zinn und Wolfram, Kupfer und Kobalt: unverzichtbare Bestandteile für elektronische Geräte und in jedem Handy, Laptop oder Auto zu finden. Die Demokratische Republik Kongo könnte zu den führenden Staaten Afrikas gehören... (aus BMZ-Fallstudie DR Kongo)¹

Neben den Gesundheitsprojekten ist SD Congo zusammen mit den Kolleg*innen aus dem internationalen SD Netzwerk in der Schulbildung tätig. Auch die Themen Wasserversorgung und Hygiene sind wichtige Anliegen.

Die Kooperation mit der kanadischen Buchan International Foundation besteht inzwischen erfolgreich seit 10 Jahren, am 22. Nov. 2020 war das Jubiläum. Der Filmemacher, Heinz Cadera, hat anlässlich dieses Jubiläums zusammen mit SD Congo einen Dokumentarfilm (Kurzfilm, 25 Min.) über die in dieser Umschau beschriebenen Gesundheitsprojekte gemacht.

Wir bedanken uns bei allen Beteiligten für die gute Zusammenarbeit und wünschen weiterhin gutes Gelingen!

Amts- und Nationalsprachen in Afrika ²



¹ http://www.bmz.de/de/themen/2030_agenda/deutscher_beitrag/fallstudien/fallstudie_drkongo_friedenssicherung/index.html

² https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Karte_der_Amtssprachen_und_Nationalsprachen_in_Afrika.png, Maximilian Dörrbecker, CC BY-SA 3.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0> -- „DR Kongo“ wurde eingefügt



Susila Dharma
Soziale Dienste e.V.
Durch Partnerschaft wachsen

Jenerseitedeich 120, 21109 Hamburg
Tel. 040 / 754 17 48
Fax: 040 / 754 75 74
info@susiladharmade.de
www.susiladharmade.de

Mitglied im Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) und in der Susila Dharma International Association (SDIA)

Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. Hans-Dieter Viktor Böhm
 2. Vorsitzender: Robert Hilman Kaeser
- Schatzmeisterin: Dr. Hilaria Dette
Amtsgericht Hamburg, VR 13637

Susila Dharma engagiert sich für eine gerechte und nachhaltige Entwicklung durch

- Zusammenarbeit mit sozialen und pädagogischen Projekten im In- und Ausland und deren finanzielle Unterstützung
- Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit, um das Bewusstsein für globale Zusammenhänge und nachhaltige Entwicklung zu wecken und zu stärken
- Vernetzung mit anderen Organisationen, um die politischen Rahmenbedingungen zu beeinflussen.

Redaktion: Dr. Viktor Böhm,
Henny Willecke

Übersetzungen: Henny Willecke

Bildredaktion: Dr. Viktor Böhm,
Henny Willecke

Layout: Heinrich Siegmund

Spendenkonten

Susila Dharma – Soziale Dienste e.V.

Bank für Sozialwirtschaft:

IBAN: DE65251205100007464000

BIC: BFSWDE33HAN

Postbank Hamburg:

IBAN: DE89200100200048447206

BIC: PBNKDEFF

Spenden an Susila Dharma sind steuerlich absetzbar

