

Dr. Patrick Ingiliz, Paris und Prof. Jürgen Rockstroh, Bonn

Malawi – Krise als Alltag

Zahlreiche internationale Organisationen unterstützen die von HIV und AIDS stark betroffenen Länder Afrikas in ihrem Kampf gegen die Epidemie. Auch im Rahmen der deutschen Entwicklungshilfe fließt finanzielle und professionelle Hilfe ins südliche Afrika. Ein besonders interessantes Projekt entstand im Rahmen einer Kooperation deutscher Universitätskliniken mit dem Entwicklungshilfeträger Centrum für internationale Migration (CIM) und der Regierung Malawis: die jährliche Entsendung von Assistenzärzten aus deutschen Unikliniken.

Wer sich mit AIDS und HIV beschäftigt, der landet unweigerlich auch bei der Tragödie des afrikanischen Kontinents. Afrika ist nicht nur der Kontinent, auf dem das Immundefizienzvirus zu seiner menschenpathogenen Form mutierte, er ist auch am stärksten davon betroffen. Es ist in Afrika, wo die meisten Infizierten leben und sterben, und wo es die meisten „AIDS-Waisen“ gibt: Kinder, die ihre Eltern durch HIV verloren haben. Und es ist auch der Kontinent mit den schwächsten Ressourcen und dem geringsten Zugang zu lebensrettenden Medikamenten.

Malawi gehört zu diesen Ländern. Es liegt im südlichen Afrika, der Region der Erde, die am härtesten von der AIDS-

Epidemie betroffen ist. Mit einer Prävalenz von 14,2% der 15- bis 49-jährigen (UNAIDS 2005¹) gehört es zu den „Härfällen“ der Hochprävalenzländer (HPL). Die durchschnittliche Lebenserwartung fällt aufgrund der Epidemie Jahr um Jahr und liegt derzeit bei 37 Jahren.

Das marode Gesundheitssystem kann sich dieser Situation kaum erwehren. Fehlende Arbeitskraft, Missmanagement und fehlende Infrastruktur sind einige der Gründe für die Krise im Gesundheitssystem. Es fehlt an Krankenschwestern und an Ärzten. Wie in anderen Bereichen sucht auch jeder Arzt, der die Chance dazu hat, sein Glück in Europa oder den USA und verlässt das Land. Dieses mit dem englischen Begriff „Brain Drain“ umschriebene Phänomen aller ressourcenschwachen Regionen hat zur Folge, dass z.B. in Grossbritannien mehr malawische Ärzte tätig sind als in Malawi selbst. Vor Ort beschreibt die alarmierende Zahl von einem Arzt auf 58.000 Einwohner diese Art von Ressourcenarmut. Doch diese Entwicklung ist mehr als verständlich. Die Arbeitsbedingungen sind schlecht. Die Krankenhäuser sind überfüllt, die Bezahlung ist gering und die Auswahl an Medikamenten sehr beschränkt. An manchen Tagen fehlen sogar Handschuhe oder Desinfektionsmittel.

Kamuzu Central Hospital (KCH)

Das KCH in der Hauptstadt Lilongwe ist das größte Krankenhaus in der Zentralregion Malawis². Mit den Abteilungen Chirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Radiologie deckt es praktisch alle medizinischen Fachbereiche ab. Es gibt sogar eine Intensivstation.



Steckbrief

Projekt: Austauschjahr für Assistenzärzte an Kamuzu Central Hospital (KCH)

Initiatoren: Dr. Florian Neuhann, Heidelberg, Prof. Gerd Fätkenheuer, Köln, Prof. Jürgen Rockstroh, Bonn und Dr. Mark Oette, Düsseldorf

Träger: Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM), eine Arbeitsgemeinschaft der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) und der Bundesagentur für Arbeit

Ziel: Verbesserung der HIV-Versorgung, Ausbildung von Personal

Laufzeit: 2004-2006

Länder: Deutschland – Malawi



Abb. 1: Die Visite geht weiter – Studenten versorgen eine Verstorbene



Abb. 2: Eine schwerkranke Meningitispatientin – die Angehörigen helfen mit

Fotos: ©Daniel Rosenthal

In der Allgemeinen Inneren Medizin werden 70 Prozent der Betten von HIV-Patienten belegt.

Die prinzipiell für alle medizinischen Krankheitsbilder zuständige innere Station ist mit etwa 120 Patienten ständig überbelegt. Die Armut der Menschen verschlechtert ihre Chance auf medizinische Hilfe. Ein Krankenhausaufenthalt stellt eine Familie vor enorme logistische und finanzielle Probleme, deshalb wird dieser oft lange hinausgezögert. Die Folge sind weit fortgeschrittene Krankheitsbilder, gepaart mit Mangel- und Unterernährung. Die Gründe für eine Krankenseinweisung sind vor allem Pneumonien, Meningitiden, Durchfallerkrankungen, Tumoren und Malaria.

Laboruntersuchungen, in den Industrieländern das Kernstück der Inneren Medizin, sind kaum möglich. Veralterte Geräte werden von den wenigen Labormitarbeitern bedient, wenn die nötigen Reagenzien vorhanden sind. Doch die mangelnde Wartung und Kalibrierung der Geräte führt zu fragwürdigen Resultaten. So bleibt zur Diagnostik nur ein konventionelles Röntgengerät und der Ultraschall, sofern jemand da ist, der diese Technik beherrscht. Ärzte arbeiten hier wenige und wie im Rest des Landes wird die Gesundheitsversorgung von Clinical Officers³ aufrechterhalten.

Die Krankheitsbilder umfassen das gesamte Spektrum der Inneren Medizin, doch die Dominanz AIDS-definierender Erkrankungen und vor allem der Tuberkulose ist erdrückend. Selbst wenn trotz geringer Mittel eine Diagnose gestellt werden kann, fehlt es oft an Antibiotika und anderen Medikamenten. Die Medizinische Abteilung verkommt somit oft zu einer „Elendsverwaltung“ und bis zu zehn Menschen am Tag verlieren hier ihr Leben.

Licht im Dunkel

Doch es gibt auch Lichtblicke im Dunkel der malawischen Krise. Das „Lighthouse“ ist die größte HIV-Test- und Behandlungseinrichtung des Landes. Mit Hilfe staatlicher und internationaler Gelder wurde hier ein Ambulanzzentrum eingerichtet, das direkt ans Krankenhaus angegliedert ist. Seit in Malawi im Juni 2004 über den Global Fund⁴ antiretrovirale Medikamente frei erhältlich sind, wurden hier über 6.000 Menschen mit einer HIV-Infektion behandelt. Internationale und malawische Ärzte, Clinical Officer, Krankenschwestern, Counsellor⁵ und eine Vielzahl weiterer Mitarbeiter arbeiten hier Hand in Hand in Präventions- und Therapieprojekten. Es sind Institutionen wie das Lighthouse, die Hoffnung aufkeimen lassen, sowohl bei den Menschen vor Ort als auch bei den Entwicklungshelfern.

Deutsche Ärzte für Malawi

Das Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM) mit Sitz in Frankfurt/Main ist eine Arbeitsgemeinschaft der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) und der Bundesagentur für Arbeit, die seit über 20 Jahren

Malawi – Von Hunger und Krankheit bedroht

Malawi im südlichen Afrika gehört zu den ärmsten Ländern der Welt. Das jährliche Prokopfeinkommen liegt bei 160 US-Dollar, die Analphabetenrate bei 36%. Profitable Ressourcen gibt es so gut wie keine. Eine Arbeitslosenquote ist nicht zu errechnen, die Mehrzahl der Menschen lebt in ländlichen Gebieten von der Subsistenzwirtschaft. Doch der im südlichen Afrika weit verbreitete Maisanbau laugt die Böden aus und ist für die ca. 12 Millionen Einwohner nicht ergiebig genug. Jedes Jahr droht aufs Neue eine Hungersnot.

Ohnehin gibt es wenige Statistiken, in denen Malawi einen Platz an der Sonne belegt. Glaubt man dem „World Book of Facts“ der englischen Zeitung „The Economist“, so ist das Land lediglich Spitzenreiter bei den Autounfällen pro Straßenkilometer. Das Land ist dicht besiedelt, die Straßenqualität mäßig und die der Autos erst recht. So sind für junge Malawierinnen und Malawier Verkehrsunfälle die Todesursache Nummer zwei – Todesursache Nummer eins ist AIDS.

lokale Arbeitgeber in strukturschwachen Regionen mit Fachkräften unterstützt. In Malawi seit Mitte der 80er Jahre im Bereich „Gesundheit“ tätig, entsendet CIM aktuell etwa 15 deutsche Fachärzte verschiedenster Spezialisierungen ins ganze Land. Einer Initiative des afrikaerfahrenen Internisten Dr. Florian Neuhann (Uni Heidelberg) zur Kooperation von CIM mit den Professoren Gerd Fätkenheuer (Universität Köln), Jürgen Rockstroh (Universität Bonn) und Dr. Mark Oette (Universität Düsseldorf) entsprang im Jahre 2004 ein weltweit einzigartiges Projekt. Assistenzärzte, die in den jeweiligen HIV-Abteilungen der Unikliniken tätig sind, werden im Rotationsprinzip für ein Jahr nach Malawi entsendet. Vor Ort arbeiten sie im Team mit dem dort tätigen deutschen Internisten (ebenfalls durch CIM angestellt) und dem lokalen Personal. Der Tätigkeitsbereich erstreckt sich von klinischer Versorgung, Schulung von einheimischem Personal bis hin zu Forschungsprojekten.

Fremd und brutal

Zu Beginn meines Einsatzes in Malawi war der Sprung aus der klaren Hierarchie der Universität Bonn in das scheinbare Chaos des KCH nicht leicht. Undurchschaubar schien das Wirrwarr aus Menschenmassen, neuen Sprachen und unklaren Kommunikationswegen. Es braucht einige Zeit, bis man versteht, dass die Dinge ihrer eigenen Ordnung unterliegen. Zudem bedeutet die Tatsache, als „Weißer“ in Afrika zu arbeiten, auch das Erbe der Kolonialgeschichte in doppelter Hinsicht mit sich zu tragen. Das „historisch gewachsene“ verständliche Misstrauen kann einem Steine in den Weg legen. Und es gibt die unerträgliche

Überhöhung aufgrund der Hautfarbe. Im konkreten Fall bedeutet das, plötzlich ungekannte Verantwortung zu tragen, Entscheidungen treffen zu müssen und Konsequenzen auszuhalten. Aushalten lernen musste ich auch die Hilflosigkeit und die Brutalität des afrikanischen Alltags. Das fängt an beim Mangel an einfachsten Medikamenten und endet bei der Gleichgültigkeit von Verantwortlichen, Personal und Patienten gegenüber dem Schicksal des Einzelnen – eine Überlebensstrategie der Verdrängung im alltäglichen Elend.

Doch trotz der Widrigkeiten kann man einen Sinn in seinem Tun finden. Es sind viel mehr die kleinen Erfolge und die unermessliche Dankbarkeit der Menschen, für die es nicht selbstverständlich ist, Unterstützung zu erhalten. Es sind die wissbegierigen Studenten, für die praktisches und theoretisches Training keine Selbstverständlichkeit sind und die wissen, dass sie bald auf sich alleine gestellt Entscheidungen treffen müssen.

Forschung möglich, aber schwierig

Kleine Projekte konnten gelingen. So wurde zum Beispiel eine Kooperation mit einem pathologischen Labor zur Diagnostik von Feinnadelaspiraten aufgebaut. Mit Hilfe von Spenden konnte die Finanzierung auf Jahre festgeschrieben werden. Lokales Personal wurde in der Probengewinnung und -aufbereitung geschult. Die in der Zentralregion Malawis einzigartige Methode erlaubt beispielsweise die Differenzierung zwischen tuberkulösen oder malignen Lymphknoten – was völlig verschiedene Therapieansätze zur Folge hat.

Forschung im südlichen Afrika unterliegt >



Abb. 3: Frühbesprechung – das Team der „Inneren“ bei der Übergabe des Nachtdienstes

grundsätzlich anderen Voraussetzungen als in Europa. Nicht nur die Frage nach Durchführbarkeit, Dokumentation, Probenlagerung oder glaubwürdigen Laborergebnissen lassen viele Projekte gar nicht erst entstehen. Es gibt auch große Vorbehalte gegen „weiße Forschung“ in Afrika. Zu oft wurden schlechte Erfahrungen gemacht und die lokalen Behörden können Projekte durch bürokratisches Wirrwarr leicht um Monate verschleppen. Dennoch gelang in Lilongwe ein interessantes Projekt, bei dem notwendige Datenerhebung und praktischer Nutzen verbunden wurde. In einer „Gesundheitswoche“ wurden Krankenhausangestellte zu Virushepatitis B und C-Tests eingeladen und auch freiwillig ein HIV-Test angeboten. Die Teilnehmer wurden über die Krankheitsbilder informiert und positiv Getestete individuell beraten. Aufgrund einer Spende konnte den Virushepatitis B-negativ Getesteten eine Impfung angeboten werden.

Was bleibt?

Mit meiner Ausreise endete das Malawi-projekt der Universitätskliniken. CIM hat beschlossen, ein anderes Krankenhaus in Malawi zu unterstützen, die Innere Medizin im KCH steht wieder ohne Unterstützung da. Zurück bleiben die lokalen Arbeitskräfte, mittlerweile zu Freunden geworden – und das Elend. Das Credo der Entwicklungshilfe: „Give them fish and they have food for a day, teach them to fish and they have food for a lifetime“ – ist leicht gesagt und gilt leider ebenso für die Entwicklungshilfe selbst. Die vie-

len Erfahrungen, die in all den Projekten gesammelt werden, verpuffen leider allzu leicht in der Ungleichzeitigkeit der Interessen und Projektplanungen. Die Initiative der Universitätskliniken ist dennoch ein richtungsweisender Schritt, der nicht in Vergessenheit geraten sollte. Im Gegensatz zu dem mageren Beitrag, den die Bundesregierung im Kampf gegen HIV/AIDS im internationalen Vergleich leistet⁶, wurde hier ein innovativer Trend gesetzt. Eine weitere Vernetzung mit zukünftigen Initiativen wäre der nächste richtige Schritt.

Dr. Patrick Ingiliz · c/o Sylvie Chatelin · EACS office
La Pitié-Salpêtrière · Pavillon Laveran 47, boulevard de l'Hôpital · 75651 Paris Cédex 13
Email: p_ingiliz@web.de

Prof. Dr. Jürgen K. Rockstroh, Medizinische Klinik
und Poliklinik I, Universitätsklinikum Bonn
Email: juergen.rockstroh@ukb.uni-bonn.de

Fotos: Daniel Rosenthal
Email: mail@danielrosenthal.de

¹ s.a. www.unaids.org

² Malawi teilt sich in eine Nord-, Zentral- und Südregion auf, wobei der Süden am stärksten besiedelt ist. Jede Region besitzt ein Zentralkrankenhaus als Überweisungshaus für die Distrikte. In der Südregion gibt es sogar zwei Zentralkrankenhäuser.

³ Der Beruf des Clinical Officers wurde im südlichen Afrika eingeführt, um den permanenten Ärztemangel abzufedern. Sie haben eine dreijährige praktische Ausbildung und übernehmen quasi alle ärztlichen Tätigkeiten.

⁴ Der „Global Fund to fight AIDS, Malaria and Tuberculosis“ ist eine Private-Public-Partnership (PPP), über die die weltärmsten Länder Zugang zu bestimmten kostengünstigen Generika für o.g. Erkrankungen erhalten.

⁵ Voluntary testing and counselling (VCT), also freiwilliges Testen und Beraten, wird im subsaharischen Afrika von eigens dafür ausgebildeten Counsellors durchgeführt.

⁶ Von den laut UNO geforderten 0,7% des Bruttoinlandsproduktes zahlte die Bundesregierung im Jahre 2005 gerade mal 0,28%.