ANJA MEURER UND RAMONA PAULI, MÜNCHEN

Impressionen aus Afrika

HIV in Afrika, das ist seit Jahren ein wichtiges Thema auf jedem internationalen HIV-Kongress. Regelmäßig werden die Zahlen zu Neuinfektionen, Toten und Behandelten vorgestellt und mehr Therapie eingefordert. Doch welche Dimension und Bedeutung diese Infektionskrankheit für ein afrikanisches Land wirklich hat, welchen Fortschritt es gibt, begreift man erst, wenn man die Situation vor Ort erlebt.

Schwedische Delegationen besuchen das Muhimbili-Hospital der tansanischen Universität in Dar-es-Salam schon seit einigen Jahren. Im Dezember 2012 waren zum ersten Mal sieben deutsche HIV-Spezialisten aus Klinik und Praxis mit dabei. Ziel der Reise waren Erfahrungsaustausch und Fortbildung. Morgens wurden verschiedene Stationen im Universitätskrankenhaus oder HIV- bzw. TB-Ambulanzen besucht. Am Nachmittag standen Vorträge und Diskussion auf dem Programm.

GUTE AUSSTATTUNG

Der Tag begann mit dem üblichen Stau auf dem Weg zum Krankenhaus. Die Temperatur im Kleinbus war um 7.30 Uhr noch angenehm, viel angenehmer als auf der Rückfahrt um 17.30 Uhr, wenn die Klimaanlage im Bus wieder einmal ausfiel. Im Muhimbili-Hospital wurden wir in deutsch-schwedischen Kleingruppen auf die verschiedenen Stationen verteilt. Die Ausstattung dort übertraf alle Erwartungen. Es gibt nahezu alle technischen Geräte einschließlich MRT und neuerdings auch ein modernes „Emergency Department". Diese erste Notfallstation in Tansania wurde vom Abbott-Fund finanziert, einer Stiftung, die komplett unabhängig vom Unternehmen agiert.

> *Dr. Anette Strehlow, Düsseldorf*
> ***„Trotz aller widrigen Umstände und ihrer oft schweren Krankheit bin ich tief beeindruckt von der Lebensfreude, der Disziplin und dem Lebenswillen der afrikanischen Frauen und Kinder und der Beharrlichkeit der Kollegen und Kolleginnen."***

Doch nicht immer sind alle Maschinen einsatzbereit. Insbesondere die kontinuierliche Stromversorgung und Instandhaltung stellen große Probleme dar. So konnten während unseres Aufenthaltes Echokardiographie und CT nicht durchgeführt werden. Röntgen war jederzeit verfügbar, allerdings war die Qualität der Aufnahmen nicht zufriedenstellend. Auch bei einfachen Dingen haperte es manchmal. So gab es fast überall Waschbecken und Toiletten, aber das Wasser musste jedoch aus dem Eimer daneben geschöpft werden.

HIV-VERSORGUNG

Infektiologische Krankheitsbilder spielen in Tansania aufgrund der hohen Prävalenz von Tuberkulose, HIV und Tropenkrankheiten eine zentrale Rolle. Wir besuchten infektiologische Stationen für Erwachsene und Kinder sowie Ambulanzen für HIV und Tuberkulose. Unser besonderes Interesse galt naturgemäß der HIV-Infektion. Seit 2004 stehen in Tansania antiretrovirale Medikamente zur Verfügung. In den 1.000 CTCs (Care and Treatment Center) werden rund 800.000

Das Bild vor dem zentralen Eingang hat sich geändert. Wo früher noch Sargmacher stark vertreten waren, gibt es heute Lebensmittelstände, denn in der Klinik gibt es keine Küche.

Das Labor eines Care and Treatment Centers. Dort werden CD4-Messung und einige einfache Laboruntersuchungen durchgeführt. Das neue Zeiss-Mikroskop war bei unserem Besuch nicht funktionsfähig.

©Fotos Dr. Ramona Pauli, München

Patienten (davon 60.000 Kinder <14 Jahren) betreut. Das bedeutet, rund zwei Drittel der tansanischen HIV-Infizierten haben Zugang zur Versorgung, wobei es beim restlichen Drittel nicht an der Möglichkeit zu scheitern scheint, sondern am Willen. HIV ist in der Gesellschaft noch immer ein Tabu, wobei sich hier wohl auch Fortschritte zeigen. Immer mehr Patienten suchen ein Zentrum in der Nähe ihres Wohnortes auf, obwohl sie dort von Bekannten gesehen werden könnten.

Dr. Stefan Hansen, Hamburg
„Es war beeindruckend zu sehen, mit welcher Empathie und Sachverstand die tansanischen Kolleginnen und Kollegen mit den geringen Mitteln und zur Verfügung stehenden Medikamenten eine CD4 Zell-gesteuerte ART durchführten. Dies alles wohl wissend, was theoretisch zur Verfügung stünde, aber dort nicht erhältlich ist. Hierbei kann man als westlicher HIV Behandler nur dankbar und demütig sein.“

KLARE STANDARDS

Die Organisation der HIV-Versorgung in Tansania scheint vorbildlich zu sein. Das Grundprinzip ist ein klar strukturierter Ablauf, der in mehreren Formularen festgehalten wird. Die Vor- und Nachteile liegen auf der Hand. Vorteil ist eine landesweit gleiche und überprüfbare Qualität der Vorsorgung, Nachteil das Fehlen der Individualisierung.

Jeder tansanische Patient hat eine lebenslange Nummer, unter der seine Daten erfasst werden und die an jeder HIV-Klinik abgerufen werden können. Bei jedem Termin durchläuft der Patient Anmeldung, Beratung durch Krankenschwester, Arzt, ggf. Labor und ggf. Apotheke. Dieser Prozess nimmt fast den ganzen Tag in Anspruch, denn festgelegt ist nur der Tag, nicht die Uhrzeit. Doch die Patienten sind geduldig und Unterbrechungen, z.B. wenn ein anderer Patient kurz hereinplatzt, werden ohne Murren hingenommen. Und auch die Ärzte strahlen trotz etwa 120 Patienten pro Tag eine ruhige Gelassenheit aus.

Auf dem zentralen Formular werden neben den persönlichen Daten auch ein „Pate“, den der Patient zu benennen hat und der bei der Erstvorstellung mit dabei sein muss, sowie der „Blockwart“ des Wohnorts erfasst. Die Beratung durch die Krankenschwester – wie alles – durch Standards geregelt. Der Arzt kann auf dem Vordruck leicht erkennen, ob die bei dem entsprechenden Termin vorgesehene Beratung (z.B. zur Transmission oder Adhärenz usw.) durchgeführt wurde. Die Aufgabe des Arztes ist die Beurteilung des Status bzw. Verordnung von ART oder Diagnostik anhand der CD4-Zahl (Viruslastmessung nicht möglich) und Beschwerden. Symptome werden systematisch nach Systemen erfasst und lösen eine vorformulierte Diagnostikette aus. Die Adhärenz wird überprüft, indem bei den monatlichen Terminen die Medikamentendose mitgebracht wird und die verbliebenen Tabletten gezählt werden.

ART-OPTIONEN

Bei der ART stehen als Firstline-Optionen die NNRTI Efavirenz und Viramune sowie die NRTI Lamivudin, Zidovudin, Stavudin, Tenofovir und Emtricitabin zur Verfügung. Zu den Routinekontrollen gehören CD4-Zahl, GPT und je nach Regime Kreatinin oder Hämoglobin alle sechs Monate. Laut Eric Aris, Dar-es-Salaam, werden derzeit rund 390.000 Patienten behandelt, was etwa 60% der Menschen mit einer CD4-Zahl <350/µl darstellt.

Stavudin erhalten nur noch sehr wenige Patienten. Die meisten sind auf Tenofovir umgestellt worden. Die Medikamente, die den größten Kostenfaktor darstellen, kommen allesamt aus Indien und gehen gelegentlich auch schon mal aus. Dennoch ist es ingesamt betrachtet, erstaunlich und bewundernswert, wie gut der Zugang zur ART ist und wie gut strukturiert und nachhaltig die Versorgung ist. Besonderen Wert wird auf die Prävention der MCT gelegt. Die Zahl infizierter Kinder in Tansania ist sehr hoch. Für das kritische jugendliche Alter gibt es spezielle Sprechstunden. Man muss jedoch davon ausgehen, dass es dennoch in dieser Altersgruppe häufig zur Resistenz und Transmissionen kommen wird.

Dr. Markus Mülller, Stuttgart
„Auf erschreckend deutliche Weise ist auch in Tanzania zu beobachten, wie schwerwiegend die Auswirkungen von HIV/AIDS sind. Oft kommen HIV positive Kinder mit Ihren Großmüttern in die Sprechstunde. Die Eltern sind bereits an HIV/AIDS verstorben.“

Dr. Cornelia Feiterna-Sperling, Berlin
„Es ist doch beeindruckend, wie mit begrenzten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten so viel Positives auch für Kinder erreicht werden kann.“

Die Arztzimmer sind meist in schlechtem Zustand. Die Wände schmutzig, die Stühle aufgeplatzt, der Ventilator kaputt. Doch die Akten sind immer da und Ärzte und Patienten stets geduldig und freundlich.

SECONDLINE

Bei Therapieversagen (AIDS oder fallende CD4-Zahl bei guter Adhärenz) wird der Patient an ein Zentrum für Secondline-Therapie überwiesen. Derzeit gibt es nur ein solches Zentrum in Dar-es-Salaam. Dort steht derzeit als einziger Proteasehemmer Lopinavir/r sowie als NRTI zusätzlich Abacavir und Didanosin Verfügung. Die Verhandlungen zu Atazanavir laufen noch.

AUSTAUSCH

Am Nachmittag standen Vorträge auf dem Programm. Dies erforderte Durchhaltevermögen von Teilnehmern und Referenten, denn der Strom fiel immer wieder aus. Computer und Beamer konnten durch ein mitgebrachtes Aggregat rasch wieder in Gang gesetzt werden. Der Ausfall der Ventilatoren führte dagegen zu einem unerbittlichen Anstieg der Raumtemperatur und zu heftiger Transpiration.

Dr. Björn Jensen, Düsseldorf

„Insbesondere die ausgesprochen effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen durch die tansanianischen Kollegen sowie die vorbildliche Dokumentation ihrer Arbeit verdienen höchsten Respekt. Hier können wir viel von ihnen lernen."

Neben deutschen, schwedischen und tansanischen Ärzten nahmen auch Studenten und Interns an der nachmittäglichen Fortbildung teil. Das Medizinstudium in Tansania folgt dem angloamerikanischen System, wobei sich die Professoren für wissenschaftliche Diskussionen und praktische Übungen mit den Studenten sehr viel Zeit nehmen. Umso erstaunlicher war es, dass die Assistenzärzte auf Station eher überfordert wirkten.

Dr. Ramona Pauli, München

„Von der Geduld und Gelassenheit der afrikanischen Patienten selbst bei langen Wartezeiten, schwerwiegenden Diagnosen und schwierigen Rahmenbedingungen könnten sich einige westliche Nörgler ruhig eine Scheibe abschneiden."

Die Themen der Fortbildung waren von der schwedischen Leiterin des Austauschs Veronica Svedhem-Johansson, Stockholm, festgelegt wurden. Besonders interessant war der Vergleich der HIV-Versorgung in den verschiedenen Ländern. Die deutsche „HIV-Landschaft" wirkte hier im Vergleich zur standardisierten und gut dokumentierten HIV-Versorgung in Schweden und Tansania wie ein schwer durchschaubarer Flickenteppich, was möglicherweise auf den besonderen Stellenwert der ärztlichen Therapiefreiheit und die hohen Hürden bei der Sammlung von Patientendaten hierzulande zurückzuführen ist.

Vergleich Schweden-Deutschland-Tansania (WHO 2011)

	Schweden	Deutschland	Tansania
Menschen mit HIV/Aids	9.100	73.000	1,6 Mio
Erwachsene über 15 Jahre	9.100	73.000	1,3 Mio
Kinder unter 15 Jahre	N/A	N/A	76.000
Aids-Tote	<100	<500	84.000
Aids-Waisen	<200	1.700	1,3 Mio

Dr. Anja Meurer, München

„Eine Scheibe abschneiden könnten wir uns im Hinblick auf Standardisierung der Datenerfassung und Überprüfung der Adhärenz, auch im Vergleich zu Schweden, die mit Ausgabe von Dosetten immerhin bei 92-94% der Patienten eine Virussuppression erreichen. Wir hingegen kennen in der Regel nicht einmal unsere eigenen Zahlen, geschweige denn Zahlen für Deutschland insgesamt."

©Foto Anette Strehlow, Düsseldorf

Schwedisch-tansanisch-deutscher Erfahrungsaustausch

Dr. Anja Meurer
Ainmillerstraße 26 · 80801 München
Email: **mail@infektiologie-muenchen.de**

Dr. Ramona Pauli
Isartorplatz 6 · 80331 München
Email: **rpa@isarpraxis.de**

Unser Dank gilt dem Unternehmen Abbott/Abbvie Schweden und Deutschland, das den Erfahrungsaustausch unterstützt und organisiert hat.

©Fotos Dr. Ramona Pauli, München

Präventionsbotschaften sind allgegenwärtig