

Tutzing im November 2007
„.....wo die Hoffnung das Größte ist.....“
 (Prof. Dr. Eike Uhlich, 97461 Hofheim)

Das erste von drei kurzen Stimmungsbildern zu unserem Thema führt uns in einen der schlimmsten, ja, mörderischsten Slums in Afrika. Es geht um Armut und Hunger, um AIDS und um Hoffnung.

In diesem ersten Beispiel ist ausschließlich von Kindern die Rede.

Von Kindern, die nichts als nur noch Hoffnung haben.

Nachdem die Liebe gestorben ist und der Glaube vergangen scheint.

Wo also von diesen dreien (Glaube, Hoffnung, Liebe) – in Abwandlung des bekannten Satzes – *nun die Hoffnung¹ das Größte ist*: denn sie ist das Einzige, was noch da zu sein scheint, was Mut gibt und was das Leben dieser Kindern erhält.

Folgen Sie mir also in den **Korogocho-Slum**. Am Stadtrand von Nairobi. In Kenya. Hier leben vielleicht 400.000 Farbige (so genau weiß das niemand) und eine einzige weiße Frau: Sr. Gill. Die wollen wir treffen.

Zweimal habe ich sie bisher gesehen. Jedes Mal hat mich diese zerbrechliche aber energiegeladene, grauhaarige Krankenschwester aus England zutiefst beeindruckt, mit ihrem faltig-freundlichen Gesicht und den strahlenden Augen. Vom ersten Händedruck an hat sie mich sofort in ihren Bann gezogen.

Am Telefon hatten wir ein Treffen vereinbart. „Am Tage“ sagt sie „da ist es nicht so gefährlich“. Und dann bestimmt sie noch, dass wir uns am Rande des Slums treffen müssen. Sie würde dann mit uns hinein laufen zu ihrem Zentrum. Nur so – nämlich mit ihr und im Hellen – wären wir hinreichend sicher. Im übrigen: „Bitte keine Uhren, keine Armreifen, keinen Schmuck und wenn Kameras, dann in einer alten Plastiktüte....“

Korogocho ist von allen der brutalste, dreckigste und gefährlichste Slum in Nairobi. Selbst farbige „Besucher“ betreten diese Region kaum und Weiße eigentlich nie. Bis auf Schwester Gill.

Als ich sie später einmal gefragt habe, ob sie denn nie Angst hätte oder gar schon einmal attackiert worden sei, sagte sie lächelnd, dass dies in den fast 40 Jahren, die sie dort mitten unter den Armen und Elenden lebt, nur ein einziges Mal und vor langer Zeit geschehen sei und dass der Täter – ein Fremder – fast gelyncht worden wäre von den Bewohnern „ihres“ Slums.

Wir sind zu dritt herübergekommen aus „unserem“ Mathare-Slum².

Dort – rund 10 Kilometer entfernt vom hiesigen Korogocho – arbeiten wir in einer großen wohl-organisierten Slum-Ambulanz. Aufgebaut und getragen wird sie von der Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“. Jeden Tag sehen wir 300 – 400 Patienten, manchmal auch deutlich mehr. Etwa ein Viertel der Slumbewohner ist HIV-positiv oder hat bereits das Vollbild von AIDS.

¹ Der Begriff „Hoffnung“ findet übrigens im Herder'schen Lexikon der Medizin-Ethik (1989) keine Erwähnung!

² In zwei kleinen Büchlein habe ich hierüber berichtet:

Uhlich, E.: „Briefe aus zwei Welten“ BoD (books on demand GmbH, Norderstedt, 2001) und

Uhlich, E.: „Bilder aus zwei Welten“ BoD (books on demand GmbH, Norderstedt, 2004).

Die zwei Ärztinnen, die gerade hier zum Einsatz sind, hatten von Sr. Gill und ihrem besonderen Programm gehört; sie wollten mehr erfahren und sie kennen lernen. Man sucht ja immer Kontakte in diesem Meer von Elend, Hunger, Armut und Krankheit. Verbindung mit anderen, die auch zu helfen versuchen, ist da besonders wichtig: Ein Gedanken- und Erfahrungsaustausch gegen das Verzweifeln, eine Art Netz der Hoffnung. Auch wir (als Ärzte und Helfer) haben und brauchen Hoffnung. Hoffnung als Hilfe.

Doch zurück zu Sr. Gill.

Nachdem wir uns begrüßt haben führt sie uns zunächst durch immer engere und dunklere Gassen tief in den Slum hinein. Längst laufen wir im Gänsemarsch hinter ihr her (es gibt keine Straßen in unserem Sinne), springen über stinkende, jauchige Pfützen und quetschen uns an die Bretter- oder Wellblechwand, wenn uns jemand entgegen kommt. Hier wächst nicht ein einziger Baum, kein bunter Busch. Es gibt kein Fleckchen grünen Rasen....

Aber Myriaden von Fliegen umschwirren uns und es stinkt fürchterlich. Gelegentlich quillt Rauch von irgendwelchen Koch- oder Feuerstellen aus den Baracken.

Dann geht es über einen kleinen Platz. Auch er angefüllt mit Müll, Lumpen, Papierfetzen und Plastik, das nie verrottet. Ein paar dürre und struppige Hunde balgen sich bellend um einen abgenagten Knochen. In den Türöffnungen sitzen manchmal Mütter mit ihren „Schmuddel-Kindern“ auf dem Schoß und starren uns an, eher gleichgültig. Sr. Gill dagegen wird während unseres gesamten Weges eigentlich immer freundlich, vielleicht dankbar begrüßt. Keine Frage: hier im Slum kennt sie wirklich jeder.

An einer völlig unscheinbaren, windschiefen Holztür bleibt sie plötzlich stehen, schaut zurück zu uns und sagt: „dies ist unser Zentrum“. Wir müssen uns unter dem Türstock hindurch bücken und betreten einen kleinen Gang, dann einen winzigen Innenhof.

Plötzlich sind wir in einer spürbar ganz anderen Welt:

- Wir stehen immer noch auf dem lehmigen Boden - aber er ist sauber.
- Uns umgeben immer noch winzige Häuser aus Holz und Wellblech - aber ein kleiner grüner Busch in einem Eimer steht vor der Tür.
- Es gibt immer noch Krach, Staub und Gestank - aber alles ist nur noch aus der Ferne wahrnehmbar.

Wir sitzen nun auf einer Bank, bekommen ein Glas Wasser und dann berichten wir kurz über uns und unsere Arbeit, damit Schwester Gill weiß, mit wem sie es zu tun hat. Sie hört aufmerksam zu, fragt gelegentlich nach und stellt abschließend staunend oder vielleicht sogar etwas irritiert fest, dass sie nicht verstehe, wozu „so viele Ärzte“ bei uns eingesetzt seien: „braucht man die wirklich.....?“

Damit sind wir - ohne es recht zu merken – bereits mitten in *ihrem* Programm, bei *ihren* Problemen und dem, was uns atemlos zuhören lässt, als sie jetzt zu erzählen beginnt.

Es ist ein kurzer, grausig klingender Satz, den sie einleitend sagt, nämlich:

„Ich habe damit begonnen, die kleinen Kinder zu Sterbehelfern für ihre eigenen Eltern auszubilden. Ich gebe ihnen Hoffnung!“

Ich vergesse die Wucht dieses ungeheuerlichen Satzes, das freundlich-nachdenklich-offene Gesicht von Sr. Gill dazu und die Logik der dahinter stehenden Überlegungen nie.

Lassen Sie es mich verdeutlichen:

Sr. Gill hat gesehen, wie vor etwa 15 oder 20 Jahren die AIDS-Katastrophe sichtbar begann. Wie hauptsächlich die jüngeren Menschen, also besonders auch die Eltern kleiner Kinder, dahingerafft wurden. Es gab ja damals keine diagnostischen, keine pflegerischen und schon gar nicht therapeutische Möglichkeiten für diese rasant zunehmende und selbst bis heute immer tödlich verlaufende Seuche.

Die Menschen sterben erschreckend rasch dahin. In einer eigentümlich leisen und stillen Weise. Als würden sie stumm verlöschen, einfach zerschmelzen oder sich langsam auflösen.

Nur die Alten bleiben übrig, und die Kinder, hungernd und allein, im stinkenden, brutalen Slum. Ohne fließendes Wasser, ohne Essen, ohne Strom, ohne Eltern und immer mittellos. Keinerlei Hilfe oder irgend eine Unterstützung von außen. Übrigens spreche ich von 15 Millionen AIDS-Waisen-Kindern!

An genau diesem Punkt sagt Sr. Gill ihren zweiten Satz, den ich ebenfalls nicht vergesse, nämlich: *„Gebt den Kindern keine Almosen, gebt ihnen Aufgaben“*.

Gemeinsam mit einigen wenigen Frauen aus dem Slum hat sie dann begonnen, den Kindern „Aufgaben zu geben“. Nämlich, ihnen zu zeigen, wie sie mit wenigen sinnvollen Handreichungen ihren Eltern helfen können. Helfen im Endstadium ihrer Krankheit. Und schließlich Helfen beim Sterben, dem Sterben der eigenen Eltern. Denn war nicht genau das die einzige und wirklich dringende Aufgabe, die gemacht werden musste? Jetzt und hier? Und zwar von diesen Kindern! Es gab ja sonst niemanden.

Während jener Zeit und vor allem aber danach, wenn die Eltern, die Mütter vor allem, gestorben waren, durften die Kinder auch weiterhin zu Sr. Gill in das Zentrum kommen.

Aus zwei Gründen, erfahren wir:

- Erstens durften die Kinder hier unbeschwert Kinder sein (ich habe dort ganz fröhliche, zutrauliche, ja, vielleicht „hoffnungsvolle“ kleine Kinder gesehen, auch bald nach dem Tod ihrer Eltern) und sie bekamen etwas zu essen oder ein neues Kleid.
- Und zweitens: sie bekamen wieder und erneut „Aufgaben“. Nämlich die, ihren Freunden zu helfen und ihnen zu zeigen, wie man Sterbende unterstützen kann. Und dann haben sie natürlich die Schule im Zentrum besuchen können.

Was aber das Wichtigste ist: alle Schützlinge von Sr. Gill schienen das Tal der Verzweiflung, der Krankheit, des Todes und der Hoffnungslosigkeit hinter sich gelassen zu haben. Sie hatten in all ihrem immer noch maßlosen Elend dennoch ihre Würde behalten und ihre Hoffnung, die sie am Leben erhielt.

Auch heute noch übrigens, wo von Milliarden-Zuwendungen für Afrika die Rede ist, von Medikamenten gegen AIDS, von Zentren, die neu aufgebaut werden und helfen sollen, gerade nach dem G8Gipfel von Heiligendamm.....

Also:

selbst heute noch kommen dorthin in jenen Korogocho-Slum kaum Helfer, kaum Gelder und kaum Medikamente.

Daher werden dort immer noch Kinder ausgebildet, um ihre sterbenden Eltern begleiten und ihnen helfen zu können. Auch heute. Und im Zentrum von Sr. Gill wird den Kindern unverändert Hoffnung gegeben, ihre Würde erhalten und so Leben und Überleben ermöglicht. Dort, wo die Hoffnung das Größte ist.

Ich breche hier ab und nehme Sie alle für einen Augenblick noch einmal mit zurück zum Kernthema unseres Seminars: „Krankheit und Hoffnung“:

Gesunde haben unendlich viele Wünsche....

Kranke haben nur eine einzige Hoffnung!

Und was ist nun das Entscheidende an dieser Hoffnung?

Wir haben viel darüber gesprochen in diesen Tagen!

- Diese Hoffnung ist eine besondere Kraft.
- Und diese Hoffnung kann gelegentlich zunehmen und wachsen, bis hin zu Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, wie uns Hans Jonas³⁾ sagt.
- Schließlich habe ich bei dem Philosophen Otfried Höffe⁴⁾ in seinem letzten von 8 Ratschlägen für ein sinnvolles Leben Folgendes gefunden: „wir sollten rechtzeitig die Fähigkeit entwickeln, selbst in der Niedergeschlagenheit noch zur Hoffnung zurückzufinden, und sei es zu jener *spes contra spem*, der „Hoffnung gegen jede Hoffnung“, für die es christliche Vorbilder gibt...“

Auch für uns in Afrika ist *Hoffnung* nötig: Hoffnung gegen lähmenden Nihilismus oder den Absturz in völliges Verzagen. Hoffnung als Schutz gegen die uns umgebende Schrecklichkeit und Massivität von Krankheiten. Was ich damit meine, ist in einem Satz gesagt: Pro Jahr rafften dort in Afrika nur drei Infektionskrankheiten (nämlich Malaria, Tuberkulose und AIDS) etwa 2 Million Menschen dahin. Nur diese drei Infektionskrankheiten!

Und hinsichtlich AIDS will ich es noch einmal anders formulieren⁵⁾:

- In jeder Minute sterben auf der Welt vier Menschen an AIDS,
- Und in jeder Minute infizieren sich vier Menschen neu an AIDS.
- bisher sind etwa 30 Millionen Menschen an AIDS gestorben,
- (das sind mehr Tote als alle Opfer des 2. Weltkrieges zusammen!).
- Infiziert mit HIV (und noch am Leben) sind etwa 40 Millionen Menschen.
- Und bis heute gilt: ausnahmslos alle werden an ihrer Infektion sterben.

Wenn ich über all dies nachdenke, schwanke ich zwischen zwei Empfindungen:

- der absoluten Notwendigkeit, mich auf genau diese Hoffnung, hier Wege finden zu können, zu verlassen. Denn eigentlich haben wir nur noch diese Hoffnung, „*spes contra spem*“, Hoffnung wider alle Vernunft und Erfahrung.

³ Nach Jonas, Hans: „Das Prinzip Verantwortung“, Suhrkamp (Frankfurt) 1.Aufl. 1978

⁴ Otfried Höffe: „Medizin ohne Ethik?“ Suhrkamp (Frankfurt) 1.Aufl. 2002

⁵ nach Nolen, St.: „28 stories über aids in afrika“ Piper, München, Zürich (2007)

- Und andererseits überkommt mich dann wirklich gelegentlich das Gefühl, eben doch nur noch diesen grotesken, beinahe obszönen Begriff (nämlich „Hoffnung“) zu benutzen, allein um mich über die so offensichtliche Ausweglosigkeit der geschilderten Situation im afrikanischen Slum hinweg zu retten.... (Hoffnung, die nicht mehr trägt).

Wie kommen wir weiter?

Ich darf Sie einfach noch einmal mit in den Slum nehmen.

Diesmal in den Mathare-Slum zu unserem zweiten Stimmungsbild.

Sie setzen sich in unserem Sprechzimmer sozusagen gleich dicht hinter mich auf einen Hocker. Ganz drastisch und ungeschönt werden Sie die kommende Situation genau so erfahren, wie wir sie tagaus, tagein erleben. Anschließend unterhalten wir uns dann noch einmal über die Bedeutung des Wortes „Hoffnung im Slum“

Mein Sprechzimmer ist übrigens nur etwa 6 qm groß und recht düster. Es hat lediglich einen schmalen Schreibtisch und eine harte Liege. Fließendes Wasser gibt es leider nicht, allenfalls eine im Laufe des Tages zunehmend bräunlich werdende Waschschüssel. Es ist spät und wir erwarten die letzte Patientin dieses heutigen Arbeitstages!

Diese „**letzte Patientin**“ reißt mich aus meinen Gedanken, denen ich eben noch einige Augenblicke nachhänge. Denn ich schaue auf das Kalenderblatt, das über dem Platz von Sheila hängt. Sheila ist meine Übersetzerin. Das Kalenderbild zeigt einen Elefanten unter einer Akazie. Er hebt sich dunkel, fast schwarz vor den goldenen Strahlen der untergehenden Sonne ab. Traumhaft schönes, tropisches Afrika auf Hochglanz! Nur eine Autostunde entfernt von diesem klapprigen Stuhl hier im Slum.

Noch drastischer, scheint mir, kann man die zwei Gesichter Afrikas nicht gegenüber stellen, wie dies in diesem Ambulanzraum geschieht. Es sind Welten, die hier aufeinander prallen!

Jetzt, in dieser Minute, packt sie mich wieder, die Welt des Elends.

In Gestalt der etwa 25-jährigen Frau, mit dem bunten Tuch über ihrer viel zu weiten, grünen, zerschissenen Jacke. Sie sinkt auf dem Patientenstuhl zwischen Sheila und mir nieder. Dann sagt sie, dass sie immer wieder erbrechen müsse und dass sie seit Donnerstag „nicht mehr schlucken“ kann.

Bei der Untersuchung bin ich erschrocken.

Nun, ohne Kleider, finde ich eine völlig, „bis zum Skelett“, wie man so sagt, abgemagerte Frau. Überall taste ich Lymphknotenpakete. Sie hat diesen widerlich-trockenen Husten. Und sie hat recht starke Bauchschmerzen, dazu jene ominösen Knochenschmerzen.

Ich habe keinen Zweifel an der Diagnose. Es ist wieder und schon zum zehnten Mal heute das so typische Krankheitsbild von AIDS. Nein, kein Zweifel!

Aber eine Ursache für das „nicht schlucken können“ kann ich nicht sehen: der Mund ist unauffällig, der Rachen auch, nichts Besonderes im Halsbereich, außer den Lymphknoten natürlich. Ich frage wieder nach dem „Schlucken“ und „dem Donnerstag“. Sheila übersetzt meine Fragen: warum seit Donnerstag? Was war an dem Donnerstag?

Endlich sagt sie flüsternd zu Sheila, dass am Donnerstag ihr zweijähriges Kind gestorben sei. An einer „Infektionskrankheit“. Viel Phantasie gehört nicht dazu, auch dieser „Infektionskrankheit“ ihren richtigen Namen zu geben: AIDS. Es scheint so, als könne diese schwerkranke Frau nicht mehr weinen. Sie dreht sich zur Wand.

Wenn ich einen Menschen in tiefster Hoffnungslosigkeit angeben sollte, ich würde diese bis auf den Tod traurige junge Frau nennen. Ich weiß in diesem Moment nichts zu sagen und untersuche weiter. Eher mechanisch, sinnlos, ohne Sheila anzusehen. Sie ist unterdessen aufgestanden und schaut sinnend (und ich denke, auch tief betroffen) aus dem kleinen Fenster unseres Zimmers. Gut passend ziehen am Himmel gerade tief-dunkle Wolken vorbei. Die Sonne ist bereits untergegangen.

Dann fällt mir ein, dass ich Zeit gewinne, wenn ich dieser elendiglichen, tief traurigen und sehr kranken aber noch so jungen Frau eine Infusion anhänge mit einem Medikament gegen das Erbrechen.

Ich bleibe noch ein wenig auf der Liege neben ihr sitzen, berühre ihren Arm und hoffe, dass sie dann doch wieder schlucken können. All das schlucken, was deutlich absehbar noch auf sie zukommt und darauf wartet, von ihr akzeptiert oder, wenn man so will: von ihr „geschluckt“ zu werden.

Am Ende der Infusion schaut sie mich an. Ich kann ihre Augen nicht genau erkennen, denn es ist dunkel in der Ecke und der Strom ist schon den ganzen Tag abgeschaltet.

Sie fühle sich nun besser, sagt sie schließlich leise zu Sheila. Aber ich weiß nicht recht, ob sie mir mit dieser Bemerkung nur einen Gefallen tun will oder ob wir ihr wirklich ein ganz klein wenig helfen können.

Wieder einer von jenen Tagen, die ich nicht vergessen werde und die ich auch nicht vergessen will. Über die ich berichten muss, zum Beispiel heute hier.

Wenn das alles, was wir da im Slum erleben, einen Sinn haben soll, dann auch den, nicht zu vergessen und uns aus unserer mörderischen Gleichgültigkeit zu befreien.

Und wo bleibt die Hoffnung?

Was können unsere Patienten noch erhoffen?

Was dürfen wir selbst eigentlich hoffen?

Vermitteln wir als Ärzte überhaupt noch Hoffnung?

Und wäre „Hoffnung vermitteln“ nicht sogar unsere Hauptaufgabe?

Diese Tagung über „Krankheit und Hoffnung“ hat 45 Minuten für uns reserviert.

Für die Besonderheiten von Krankheit und Tod und Hoffnung. Und zwar bei Patienten aus den Slums der Dritten Welt.

Ist das alles denn – fragen wir – im Kern anders als hier bei uns?

Etwa im gepflegten, reichen und schönen Ambiente Deutschlands?

Sind sterbende Patienten nicht überall auf der Welt die gleichen Sterbenden?

Mit den gleichen Nöten, den gleichen Fragen und der gleichen einen Hoffnung?

Und mit den gleichen Ärzten und Schwestern und deren Nöten?

Es ist nicht ganz genau das gleiche, vermute ich.

Beispielsweise sind *hier bei uns* die allzu häufig genutzten „Fluchtmöglichkeiten“ der Ärzte vor dem Unabwendbaren - etwa das Verstecken hinter der Technik - größer als dort im Slum. Unter diesem „Unabwendbaren“ verstehe ich

- das Annehmen des Endes eines Menschen,
- das Akzeptieren der Unmöglichkeit, Leben *immer bis zum Letzten* erhalten zu können,
- und den Wandel mitzumachen von der aktiven Medizin hin zum stillen Begleiten.

Hier flüchten wir uns gelegentlich in die rastlose Aktivität immer aufwendigerer Apparate und Techniken, denn es gibt sie ja im Überfluss. Und es scheint wirklich so, wie Jürgen Bickhardt es einmal formulierte, dass es nahezu die Pflicht eines jeden deutschen Staatsbürgers sei, unsere Welt nicht verlassen zu dürfen, ohne vorher an die Schläuche und Geräte der Intensivmedizin angeschlossen worden zu sein.

Dort im Slum gibt es dieses Problem nicht.

Ein weiterer Unterschied zwischen hier und dort:

Hier isolieren, konservieren und separieren wir die Sterbenden aus ihrer „Lebens-Umgebung“ und transferieren sie in eine „monitorisierte high-tech-Atmosphäre“, die dennoch „lebensfern aber todesnah“ ist, meist sehr isoliert, sehr steril und sehr einsam.

Dort im Slum sind immer alle da und versammeln sich, wenn ein Mensch stirbt.

Eine Senegalesin, die unser Krankenhaus in Deutschland vor längerer Zeit besuchte und dabei auch in das Zimmer einer allein liegenden Sterbenden geführt wurde, sagte entsetzt und fassungslos: „...und wo ist denn die Familie, wo sind die Menschen?....“

Ich will hierbei allerdings anmerken, dass wir in Deutschland ganz allmählich eine Änderung unseres Verständnisses vom Sterben erleben und bin dankbar über die neuen Akzente durch die Hospizbewegung oder etwa die zunehmend an Gewicht gewinnende Schmerz- und Palliativmedizin.

Ehe ich Ihnen von dem abschließenden dritten Krankheitsfall berichte, lassen Sie mich bitte das bisher Gesagte in 4 Punkten zusammenfassen.

Es sind 4 „slum-ärztliche Erfahrungssätze“. Sie handeln von Wahrhaftigkeit, Vertrauen, Partnerschaft und Hoffnung.

1. **Wahrhaftigkeit** (zur Wahrhaftigkeit des Arztes)

Wenn unsere Patienten ihre „schlimme Diagnose“ erfahren, droht der Verlust ihres Selbstwertgefühls. Entscheidende Hilfe beim Erhalt dieses Selbstwertgefühls ist *die Glaubwürdigkeit und Wahrhaftigkeit des Arztes*.

Unwissenheit entmündigt. Fehlende Aufklärung ist Diebstahl am Leben.

Wenn Ärzte mit Informationen hinter dem Berg halten, wird dies der Patient spüren! Auch im Slum! Gerade hier ist Wahrhaftigkeit eine unverzichtbare Voraussetzung, um Hoffnung zu vermitteln.

Ein 2. Stichwort: **Vertrauen** (zwischen Patient und Arzt)

Das Gefühl der Hilf- und der Hoffnungslosigkeit bei Schwerstkranken entsteht fast immer auch aufgrund des *Vertrauensverlustes zum Arzt*.

Zwar können wir dem Patienten nicht das Wissen ersparen, dass er irgendwann an seiner Erkrankung wird sterben müssen. Aber wir versichern ihm, dass er keine schlimmen Schmerzen erleiden muss und dass wir ihn nicht allein lassen. Auch nicht im Slum. Denn Vertrauen schafft Hoffnung.

3. zur **Partnerschaft** (über die Einbeziehung und Mitarbeit des Patienten)

Die Zeiten patriarchalischer ärztlicher Entscheidungen über Wohl und Wehe des Patienten sind - auch im Slum - vorbei! Es geht um die *Einbeziehung in Entscheidungsprozesse*.

Wir wissen, dass die realistische Auseinandersetzung mit der Krankheit (und dann die aktive Mitarbeit) zumeist auch zu einem signifikant günstigeren Krankheitsverlauf verhelfen und so Hoffnung geben.

4. noch ein Wort zu dieser **Hoffnung**

Die schlimmsten Ängste sind jene, die nicht ausgesprochen werden. Daher ist es an uns, gerade über die „unaussprechliche Not und Angst“ zu reden und die Patienten nicht allein zu lassen. Wir erkennen, dass der soziale Tod oftmals schlimmer ist als der physische, auch im Slum. Und wir wissen ebenfalls: Hoffnung passt sich an das jeweilige Stadium der Krankheit an: Sie trägt auch dann noch, wenn sie sich nicht mehr erfüllen wird⁶.

Diese 4 Punkte sind mir wichtig.

Dennoch können wir die hierin enthaltenen Minimalforderungen im Slum keineswegs immer erfüllen. Genau davon möchte ich Ihnen im letzten Beispiel berichten.

Ich nenne es „**Abschied vom Leben**“ und es liegt bereits einige Jahre zurück. Dieser Verlauf zeigt besonders deutlich, wie anders und wie schwierig die Situation im Slum ist verglichen etwa mit dem, was uns hier erwarten würde:

Wir befinden uns erneut in jenem kleinen Sprechzimmer im Mathare-Slum. Wieder ist die Patientin deutlich von ihrer Krankheit gezeichnet, wieder unendlich müde und schwach und wieder sinkt sie erkennbar hoffnungslos auf den Stuhl zwischen Sheila und mir nieder. Sie bittet darum, nun endlich wissen zu dürfen, welche Krankheit sie hat. Sie ahnt es natürlich. Dennoch möchte sie „den Test“ haben und wir sollen ihr das Ergebnis sagen.

Zunächst sind wir zurückhaltend und besprechen mit ihr, dass das Ergebnis, wie auch immer es ausfallen würde, kaum therapeutische Konsequenzen für sie hat, dass es keine gezielte Behandlung gibt und dass sie vielleicht doch nicht wirklich das Ergebnis wissen will. Wir fügen schließlich noch an, dass sie es möglicherweise auch nur schwer ertragen kann, wenn dann als Befund tatsächlich „HIV-positiv, also AIDS“, heraus käme.

Plötzlich ist es so, als geht ein Ruck durch die ärmlich gekleidete Patientin. Sie setzt sich gerade auf, schaut Sheila und mich lange an und sagt dann, dass sie ganz sicher das Ergebnis ertragen könne, dass sie es eigentlich schon wisse und dass sie nur die letzte Sicherheit haben möchte. Um zu planen! Wir sollten uns nicht um sie sorgen. Wir sollten tun, was sie wünscht. Also haben wir ihr Blut abgenommen und sie für den nächsten Tag wieder einbestellt. Am folgenden Morgen ist sie wieder da.

Wir sehen uns an und dann sage ich ihr auf Englisch, dass nun kein Zweifel mehr an der Diagnose ihrer Erkrankung besteht. Sheila muss nicht übersetzen, die Patientin versteht mich auch so.

⁶ Aulbert, E. „Hilfen bei der Verbesserung und Erhaltung von Lebensqualität“ Sandorama 2 (1994)

Gleich anschließend an dieses recht kurze Gespräch habe ich sie zu Schwester Helen geschickt. Jener großartigen Frau, die hier als Oberschwester wirkt. Helen findet in ihrer ruhigen, mütterlichen, besonnenen Art und mit souveräner Hilfsbereitschaft eigentlich immer und in allen Katastrophen einen Weg. So auch hier, hoffen wir. Ich sehe, dass Helen noch eine lange Zeit mit unserer Patientin auf einer Bank vor der Ambulanz sitzt und mit ihr spricht, sicher Fragen beantwortet, sie vielleicht tröstet, ihr einen Rat gibt.

Einige Tage später erfahre ich weitere Einzelheiten dieses bedrückenden Schicksals! Unmittelbar vor ihrem zweiten Ambulanztermin bei uns, an dem wir ihr die Diagnose bestätigt haben, hat diese Frau (in der sicheren Gewissheit unserer Antwort) von ihrem letzten Geld eine Schüssel Reis für ihre jüngste 5-jährige Tochter gekauft. Für die zweite 7-jährige Tochter hatte sie nichts mehr. Sie hat ihr nur noch gesagt, dass sie sich am Abend von ihrem Vater etwas zu essen machen lassen soll, wenn er nach Hause kommt. Dann hat sie sich als einziges von ihrem 14-jährigen Sohn richtig verabschiedet und ihm gesagt, dass sie nun fortgeht und nie mehr nach Hause zurückkehren wird.

Das war alles: Abschied von ihrer Familie, Abschied von ihrer Hütte. Abschied vom Leben. Jetzt wollte sie nur noch zu ihren Eltern „nach Hause aufs Land“, zum Sterben, um so das Geld für den eigenen Leichentransport zu sparen: eine Beerdigung in der Stadt und erst recht ein Leichentransport zurück in die Heimat sind unbezahlbar.

Sie will ihrer Familie nicht noch zur Last fallen. Und sie möchte ihrem Mann nicht mehr begegnen. Denn AIDS-kranke Frauen werden allzu häufig von ihren Männern nicht nur angesteckt, infiziert, sondern dann auch verstoßen.

Bei ihrer fast alltäglichen, banalen Schrecklichkeit hat diese Situation etwas an sich, was mich an jene großen griechischen Tragödien erinnert:

Die Frau steht nach diesem letzten, langen Gespräch mit Schwester Helen (zu der wir sie geschickt hatten und wo ich sie habe sitzen sehen) von der Bank auf, nimmt ihr Bündel und die Medikamente, die sie für die nächsten Wochen von uns noch mitbekommen hat und läuft hinaus. Vorbei an den vielen anderen Patienten. Stumm, großlos, ohne sich noch einmal umzublicken. Mit großem Mut, mit Entschlossenheit und ganz sicher auch mit großer Würde. Ob und welche Hoffnung sie vielleicht noch hatte, weiß ich nicht zu sagen.

Wenn sie schon zu Lebzeiten keinen Platz finden und keine Rechte haben, dann zeigen uns diese AIDS-Kranken (und ich finde dies besonders deutlich bei den Frauen), wie sie sich die letzte Würde im Sterben nicht nehmen lassen.

Letzter Satz:

„....Wo die Hoffnung das Größte ist...“, ganz sicher gibt es das, auch im Slum. Aber ebenso sehen wir, wie filigran, ja zerbrechlich das Hoffen der Kranken ist.

Und wir erleben endlich auch die bedrückende, völlige Hoffnungs- und Hilflosigkeit sowie die tiefe Verzweiflung.

In allen Fällen aber bleibt uns als Ärzten im Slum die Aufgabe, den Kranken die Hoffnung als Hilfe zum Leben auch im Sterben zu vermitteln und zu erhalten.