

„Was Medizin ausrichten und verantworten kann“ (als Arzt im fernen Afrika und im nahen Deutschland)

Teil 1 „...im fernen Afrika...“

Vortrag im Rahmen des evangelischen Bildungswerkes am 13.V.2003 in Rügheim
(Prof.Dr.E.Uhlich, Hofheim)

Das Thema für heute und für den Abend in 3 Wochen ist vorgegeben.

Wir wollen uns mit einer spannenden Problematik befassen, die sich durch meine Person - wohl beabsichtigt - etwas einengt und fokussiert. Und zwar auf die Medizin.

Denn im Prinzip gilt unsere Fragestellung („was man ausrichten und verantworten kann“) für alle Lebensbereiche.

Diese Fragestellung gilt gleichermaßen für Verkehr und Technik, für Landwirtschaft und Industrie, für Kunst und Kultur, für Wissenschaft und Forschung.... eine Fragestellung eben für alle Lebensbereiche. Eine Fragestellung, eine Grenzziehung über das, was man machen kann und darf und was man dann natürlich auch zu verantworten hat.

Bei unserem Thema im engeren Sinn, also der Medizin, geht es – etwas vereinfacht – natürlich immer auch genau darum. Nämlich, ob wir verantwortlich handeln.

Oder noch einfacher: es geht um das „**Prinzip Verantwortung**“ (übrigens der Titel eines sehr bekannten Buches von dem vor einigen Jahren verstorbenen Philosophen Hans Jonas). Und zwar um das Prinzip Verantwortung auf dem großen Feld der Medizin.

Heute Abend also mit Blick nach Afrika, und hier wieder mit Konzentration auf das Land Kenya, genauer: die Stadt Nairobi. Und dort wieder geht es um den Mathare-Slum. Als Metapher für ein armes Land, ein Entwicklungsgebiet, den „fernen Nächsten“, wie die Theologen sagen.

In drei Wochen dann konzentrieren wir uns mit der gleichen Fragestellung auf das reiche Land mit seiner Luxusmedizin, auf die schier unglaublichen Möglichkeiten, über die wir in der Medizin verfügen können. Dann sind wir in Europa, in Deutschland, vielleicht sogar in Hofheim.

Soviel also zur Gesamtüberschrift: **Was Medizin ausrichten und verantworten kann.**

Nun zu unserem heutigen Teilthema. „...im fernen Afrika...“

Einleitend und zur Einstimmung:

DAS ERSTE ZITAT, es lautet „Im Slum: der Sterbende...“

Zunächst muß ich aber noch einmal etwas weiter ausholen und gleichzeitig eingrenzen:

Wovon wir nicht reden:

Von der unbeschreiblich schönen Natur in Afrika,
von den atemberaubenden Landschaften, den fröhlichen, lebenslustigen Menschen,

von der uns ebenso fremden wie bezaubernden Kunst und Kultur und von den Sonnenuntergängen.

Darüber reden wir nicht.
Wovon wir auch nicht reden:

Von den unglaublich brutalen Kriegen,
von den sinnlosesten und mörderischsten Taten, die die Menschen sich antun,
von dem Völkermord der Hutu und Tuzi zum Beispiel.

Wir schweigen auch zum Hunger, der pflichtschuldigst einmal im Jahr mit „Brot für die Welt“ ins Rampenlicht gerückt und dann schnell wieder vergessen wird.

Und wir überspringen auch die archaische und unvorstellbare Grausamkeit der Genitalverstümmelung an kleinen Mädchen, denen heute noch etwa 2 Millionen Kinder pro Jahr zum Opfer fallen.

Aber wir reden kurz von Axelle Kabou!

Axelle Kabou ist eine Farbige. Sie wurde 1955 in Kamerun geboren, hat in Paris studiert und Jahrzehnte in der Entwicklungshilfe gearbeitet. In verantwortlichen Positionen. Sie hat mein eigenes eher schlicht-naives Afrika-Bild entscheidend geprägt durch ihr Buch „**Weder arm noch ohnmächtig**“.

Mit diesem Titel meint sie nicht Amerika!
So charakterisiert sie ihren eigenen Erdteil, nämlich Afrika.
Sie sagt: Afrika und die Afrikaner sind weder arm noch ohnmächtig.
Und sie begründet das schlüssig.
Ich möchte Sie also einleitend überraschen und verblüffen, indem ich Sie mit den Thesen von Axelle Kabou bekannt mache.

Und wenn wir uns dann so ganz orientierend mit der afrikanischen Mentalität angefreundet haben, werden wir uns mit den besonderen Aspekten des medizinischen Sektors der Entwicklungshilfe beschäftigen.

Ich will Ihnen schon jetzt sagen, daß man, wenn man ehrlich zu sich selber ist, die Medizin in der dritten Welt als eine höchst skurrile Sache empfinden muß.

Zur Erklärung, warum ich das so sehe, zitiere ich in diesem Zusammenhang ganz gern Bernhard Shaw, der für die Armen seiner Zeit verlangte: „nicht Medizin, sondern mehr Ruhe, bessere Kleider, bessere Kost und ein besser kanalisiertes und besser gelüftetes Haus“.

Spätestens am Ende des heutigen Abends werden Sie wissen, wie recht er hatte.

Trotz dieser Einschränkung werden Sie dennoch dann gleich von mir zu einem ärztlichen Einsatz mitgenommen. In einen der größten Slums von Nairobi, eben den Mathare-Slum. Ich bin vor 3 Tagen aus meinem zweiten Arbeitsaufenthalt dort zurück gekehrt (und ich bin noch nicht so ganz wieder daheim!).

Die wenigen Bilder, die ich Ihnen zeigen wollte, sind noch nicht fertig. Sie werden – wenn Sie denn möchten - diese aktuellen Dias in drei Wochen sehen, als Überleitung aus Afrika und Einleitung zu den Problemen der verantwortbaren Medizin in Deutschland.

Statt dessen werden wir - wie eben schon geschehen - einige Sätze aus Briefen vorlesen, die ich bei meinem ersten Einsatz nach Hause geschrieben habe, um einfach etwas von der Last und der Wucht des Elends, das mich getroffen hat und das so schwer erträglich war, abzugeben.

Am Ende wird so dann ein Bogen geschlagen werden zwischen den Ungerechtigkeiten draußen und unserer Luxusmedizin hier.

Und wir werden sozusagen ganz nebenher zwei wichtige Bereiche der Humanethik kennen gelernt haben.

Nämlich die soziale Ethik der Institutionen, die wir als Einzelne kaum beeinflussen können und die in Afrika und Europa so sehr verschieden ist.

Und die personale ärztliche Ethik, die bis auf wenige Aspekte im Prinzip überall gleich ist. Und die bestimmt, was Medizin – hier wie dort – ausrichten und verantworten kann und die sich am einzelnen Patienten orientiert.....

Die Situation in Afrika, eine Ortsbestimmung in 6 Thesen

Diese Schilderung muß etwas länger ausfallen. Denn ohne ein Minimum an Basiswissen über einige Grundtatsachen aus der Dritten Welt ist überhaupt nichts zu verstehen von den Problemen und Schwierigkeiten aller Hilfsaktionen. Geschweige denn von den besonderen Problemen der besonders vielschichtigen medizinischen Hilfe.

Also zunächst zu Afrika allgemein!
Hier meine 6 Thesen:

1. Afrika will sich nicht entwickeln und nicht die Verantwortung für seine Geschichte übernehmen.

Begründung:

Es gibt nicht eine einzige Entwicklungsstrategie, die von Afrika selbst entwickelt wurde, geschweige denn von seinen Bürgern verstanden wird. Axelle Kabou schreibt in ihrem Buch: „die Afrikaner sind die einzigen Menschen auf der Welt, die noch meinen, daß sich andere als sie selbst um ihre Entwicklung kümmern müssen. Sie sollen endlich erwachen“.

Besonderer medizinischer Aspekt:

Die am besten funktionierenden Krankenhäuser in Nairobi (und im ganzen Land) sind private, von Ausländern geführte oder zumindest finanzierte Krankenhäuser. Das größte staatliche Krankenhaus in Nairobi, das berühmte Kenyatta National Hospital ist nicht gut und hat einen schlechten Ruf. In unserer Ambulanz heißt es: „dem Patienten geht es so schlecht, daß wir ihn nicht ins Krankenhaus schicken können sondern daheim behandeln müssen...“

2. Die Reichen Afrikas sind viel reicher als die Reichen der reichen Länder

Begründung:

Die verheerenden Folgen der Vetterwirtschaft, Korruption und Hierarchien sind ein lahm gelegtes Wirtschaftsleben, ein kaum existierendes Schul- und Bildungssystem und keinerlei soziale Absicherung. Die politischen Führer verlangen vom Westen Meinungsfreiheit und unterdrücken sie im eigenen Lande. Sie fordern Demokratie und enthalten sie dem eigenen Volke vor. Sie reklamieren Menschenrechte und versagen sie daheim. Sie erwarten Finanzhilfen und verprassen diese höchstselbst.

Besonderer medizinischer Aspekt:

Die Reichen Afrikaner leisten sich alle medizinischen Extras, jeden Luxus, jede teure (und auch sinnlose) medizinische Behandlung. Sie bekommen alle Medikamente, auch die teuren antiretroviralen AIDS-Tabletten. Einschränkungen für sie gibt es nicht.

3. **Die „afrikanische Kultur“ ist nicht für die heutige harte Realität geeignet.**

Begründung:

Das Recht auf und die Bedeutung der Stammesordnung (zu der wir gleich noch einmal kommen) ist nicht mehr zeitgemäß: denn durch die alte Stammesordnung wird das Moderne verteufelt.

Übrigens einer der entscheidenden Unterschiede zu den Ländern, die auch einmal zur „dritten Welt“ gehörten, von Traditionen geprägt sind aber Einflüsse von außen aufgenommen und übernommen haben; wobei eine sinnvolle Synthese gelungen ist. Und wobei es als Folge dieser vernünftigen Teilübernahme von neuen Einflüssen von außen nun zu wirtschaftlichen Erfolgen gekommen ist. Denken wir beispielsweise an Japan, Korea oder Mexiko.

Und Afrika? Axelle Kabou schreibt lapidar: Afrika haßt Forscher!

Besonderer medizinischer Aspekt:

Es herrscht ein breites Spektrum von Wunderheilern, Zauberern und geheimen Kulturen vor, die man ansiedeln kann zwischen „skurril“ und „amüsierlich“ bis zu „hoch gefährlich und lebensbedrohlich“, beispielsweise wie die Heiler, die AIDS-Patienten beschwören und besprechen und so angeblich heilen, wobei der Weiterverbreitung Tür und Tor geöffnet sind bis hin zu dem Ritus, daß männlichen AIDS-Patienten geraten wird, mit kleinen Mädchen zu schlafen um so die Seuche zu beseitigen..

4. **Afrika ist ein Meister in der Verschwendung von Zeit, Geld, Tatkraft und Können.**

Begründung:

Begriffe wie Kontrolle, Motivation oder Kritik sind in Afrika unbekannt. Aber sie wären die Grundvoraussetzung für moderne Wirtschaftssysteme und technische Abläufe.

Dem afrikanischen Denken sind Kreativität, Vorstellungskraft und Zukunftsplanung völlig fremd. Afrika hat versäumt, die richtigen psychologischen Vorbedingungen zu schaffen, damit die Idee des Wandels verwirklicht werden kann. Dabei verneinen ja die neuen Entwicklungen keineswegs das afrikanische Sein und auch nicht das afrikanische Wesen, wie allzu oft fälschlicherweise angenommen wird!

Besonderer medizinischer Aspekt:

Jede sinnvolle Maßnahme hinsichtlich der Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist bisher von ausländischen Wissenschaftlern, besonders amerikanischen, gemacht worden. Ich habe nur einen einzigen hoch kompetenten, sehr intelligenten und überaus engagierten Arzt und Wissenschaftler kennen gelernt, der sich mit genau diesen Fragen beschäftigt und von dem wir viel lernen konnten. Eine Ausnahme!

5. **Es ist eine gedankliche Schizophrenie, daß sich afrikanische Kultur und moderne Ideen ausschließen würden.**

Begründung:

In Afrika bedient man sich gern der bequemen Kleinigkeiten des zivilisatorischen Westens, nämlich des Stroms, des fließenden Wassers, der Autos, des Telefons, besonders des Mobiltelefons und natürlich aller Arten der Computertechnologie.

Aber man macht sich nicht die Mühe, verstehen zu wollen, wie sie erdacht wurden, funktionieren und daß man dafür auch hart arbeiten muß. Das Drama im heutigen afrikanischen Denken liegt in der schwindelerregenden Kluft zwischen Ansprüchen und Handlungsmöglichkeiten.

(In Klammern: ein keineswegs nur für Afrika typisches Phänomen! Wir erinnern uns an die Wiedervereinigungsprobleme!).

Besonderer medizinischer Aspekt:

Viele Patienten, die gemerkt haben, daß wir einige wenige Laboruntersuchungen machen, wollten diese sogleich bei sich angewendet wissen. Wie bei uns die Menschen gelegentlich in die Sprechstunde kommen und sagen, „ich muß mal wieder meine Blutfette bestimmt haben“ oder: „jetzt wäre mal wieder ein Ultraschall fällig“ oder gar: „ich bestehe auf einer CT-Untersuchung“ so klingt das dann – natürlich auf anderer Ebene – in der Ambulanz im Slum: „ich will einen Malaria-test“ oder: „Schau mal nach, wie mein Blutzucker ist“.

6. **In geschichtlicher Verblendung beansprucht Afrika für sich ein Recht auf Untätigkeit**

Begründung:

Die Afrikaner fühlen sich für die Gegenwart nicht zuständig, denn sie ist – so die Meinung der Afrikaner - die direkte Folge der Kolonialzeit. Und für diese Folgen sind eben die Weißen zuständig.

Besonderer medizinischer Aspekt:

Kenya hat bisher keine nennenswerten Mittel für die Erforschung und Behandlung von AIDS aufgewandt. Wegen der korrupten Regierung hatte die Weltgesundheitsbehörde sämtliche Geldmittel für Kenya zurückbehalten, da die Millionen in den Taschen der Politiker versandeten und nicht ein Cent bei den Patienten ankam. Erst jetzt nach dem Regierungswechsel wird der Hahn langsam geöffnet und es scheint so, daß etwas bewegt wird, zumindest etwas durch die Hilfe von außen, noch nicht durch eigene Kraft!

Diese etwas provokanten Formulierungen sind natürlich gut zu belegen.

Wer nach Afrika geht, freilich offenen Auges, wird sie überall bestätigt finden. Aber diese schockierenden Feststellungen müssen noch durch eine weitere Erläuterung ergänzt werden. Es geht um die uns völlig fremde Bedeutung der Stammes-Situation.

Kurz das Prinzip:

Der Stamm (oder Familien-Clan) ist die entscheidende Größe im afrikanischen Leben.

Der Stamm gibt Schutz, Sicherheit und Fürsorge auf der einen Seite.

Und er verlangt andererseits Unterwerfung und Unterstützung durch alle Mitglieder.

Die Sippe, der Stamm (*Tribe*) hat einen höheren Stellenwert als Parteien, Religionen, Betriebe, der Staat.

So hat beispielsweise ein Mitarbeiter in dem Kloster, in dem wir Ärzte dieses Projektes als Dauergäste untergebracht sind, uns und auch das Kloster hemmungslos bestohlen, um so seinen Lohn weiter aufzubessern und seine Sippe vor der größten Armut zu retten, da er als einziger in Lohn und Brot stand.

Ohne jedes Unrechtsbewußtsein wurden also Arbeitgeber und Kirche, Fremde und Gäste bestohlen, um der Versorgungspflicht für die Sippe nachkommen zu können. Der Dieb hatte – wie gesagt – keinerlei Unrechtsbewußtsein; er handelte völlig logisch und konsequent!

Es gibt noch eine Vielzahl von Besonderheiten, die bei der Arbeit in Afrika bedacht werden müssen. Und es gibt genauso viele sehr kritische Aspekte auch bei der Entwicklungshilfe, über die ich jetzt nicht mehr ausführlich sprechen werde.

Vielleicht nur noch so viel, daß auch sie, nämlich die Entwicklungshelfer, ein gerüttelt Maß an Schuld auf sich geladen haben, wie in dem Buch „Händler der Armut, wohin verschwinden unsere Entwicklungsmilliarden?“ von **Hancock** nachzulesen ist.

Oder auch in dem derzeit vergriffenen höchst lesenswerten Büchlein von Brigitte **Erlor**, mit dem vielsagenden und zutreffenden Titel „Tödliche Entwicklungshilfe“. Kritische Wachsamkeit ist ganz sicher bei jedwedem Engagement erforderlich!

II

DAS ZWEITE ZITAT: AIDS

Die Situation der medizinischen Entwicklungshilfe

Zunächst möchte ich Sie auf einige Prinzipien und Probleme der medizinischen Entwicklungshilfe hinweisen.

Nirgendwo kann Medizin so viel ausrichten wie in der dritten Welt. Und an keiner anderen Stelle ist mit weniger Mitteln so effektiv zu helfen wie in den sogenannten Entwicklungsgebieten: das medizinische „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ kann nicht besser sein.

Und das gilt in besonders hohem Maße für die sogenannte „prophylaktische“ Medizin, also die Vorbeugung, für die Vorsorge vor Krankheiten. Klassisches Beispiel: Impfprogramme. Geburtenregelung. Fortbildungen über Ernährungsfragen usw.

Ein - nein - das entscheidende Problem der Gesundheitssysteme, der Gesundheitspolitik in den Subsahara-Ländern in Afrika ist **AIDS**. Und zwar aus drei Gründen:

1. wegen seiner apokalyptischen Dimension und
2. weil es sich um eine Krankheit handelt, die auch heute noch nicht therapierbar und damit zu 100% tödlich ist sowie
3. weil sie sich weiter ungebremst ausbreitet, wobei die typischen Lebensbedingungen in der dritten Welt dieser Verbreitung entgegen kommen.

Zur Erinnerung „AIDS“ kommt aus dem Englischen und heißt „acquired immune deficiency syndrome“, zu deutsch „erworbene Immunschwäche“. Das heißt, daß die Krankheitsursache eine Abwehrschwäche gegen Infekte ist. Der Körper wird mit Krankheitserregern nicht mehr fertig und geht an irgendwelchen Infektionskrankheiten zugrunde. Und dafür wieder die Ursache ist eine Zerstörung der Blutzellen, die für die Abwehr von Krankheitserregern zuständig sind. Und dies wiederum geschieht dadurch, daß die „AIDS-Viren“ auch HIV genannt, genau diese wichtigen Zellen zerstören. Wir kommen gleich nochmal darauf zu sprechen.

Was „Medizin ausrichten kann und verantworten muß“ wird hier beim AIDS-Problem besonders deutlich. Medizin könnte viel ausrichten. Und Medizin hätte viel zu verantworten!

Ich erzähle Ihnen ein aktuelles, höchst dramatisches Beispiel von der Suche nach einem Impfstoff gegen AIDS.

Und diese Geschichte beginnt bei den Prostituierten in den Slums von Nairobi. Fast 100% dieser Prostituierten überall in den Slums von Kenya sind HIV-infiziert.

Das liegt an den derben Sexualpraktiken, natürlich der großen Zahl von Kontakten, bei denen immer HIV-positive Männer dabei sind, und an dem erzwungenen oder auch freiwilligen – weil höher bezahlten – ungeschützten Geschlechtsverkehr und der Tatsache, daß sich Frauen wesentlich leichter anstecken als Männer.

Um so auffälliger war dann vor etwa 3 Jahren, daß bei den Untersuchungen dieser Prostituierten auf andere, sozusagen „übliche“ Geschlechtskrankheiten, bei denen immer auch ein HIV/AIDS-Test mit durchgeführt wurde, etwas völlig Unerwartetes gefunden worden ist: Immer wieder fielen einige Frauen, also Prostituierte, auf, die seit Jahren negativ blieben. Sie waren sozusagen immun gegen AIDS. Wie konnte das sein?

An dieser Stelle muß ich ein paar Unterrichtsminuten im Fach „Infektionskrankheiten“ einfügen!

Bei einer Infektion mit einem Krankheitserreger verteidigt sich der menschliche Organismus dadurch, daß er einen Abwehrstoff herstellt, der den Erreger abtötet und der als „Antikörper“ bezeichnet wird.

Die Aufgabe dieses „Antikörpers“ ist es also, alle in den Körper eingedrungenen Krankheitserreger zu beseitigen. Es tobt im Körper eines Erkrankten sozusagen ein Kampf zwischen Krankheitserregern und dem Abwehrstoff, eben dem Antikörper. Und zwar so lange, bis alle Krankheitserreger besiegt und die Krankheit überstanden ist.

Wenn die Krankheit dann vorbei ist, kann man noch eine ganze Zeit später im Blut diesen Antikörper gegen die eben überstandene Krankheit nachweisen. Gleichzeitig kann man auf diese Weise natürlich feststellen und bestätigen, daß der Patient beispielsweise eben eine Gelbsucht, Masern, Röteln oder auch AIDS hatte oder immer noch hat.

Bei den erwähnten wenigen auffälligen Prostituierten aus Nairobi waren völlig überraschend aber keine HIV/AIDS-Antikörper nachweisbar. Hatten sie also doch nie einen Kontakt mit einem AIDS-Infizierten Freier gehabt? Doch sie hatten!

Denn man konnte bei ihnen im Blut noch etwas anderes nachweisen, nämlich sogenannte „Killerzellen“. Ich sage Ihnen gleich, was das ist und was das zu bedeuten hat.

Doch zuvor noch die Erklärung: Was geschieht bei einer Infektion mit AIDS?

Nach einer Infektion suchen sich die AIDS-Viren im Körper des neu Infizierten sofort Zellen, in die sie eindringen.

Insamerweise sind das im Falle AIDS zunächst genau die Zellen, die eigentlich für eine Infektabwehr zuständig sind. Denn diese Viren haben sozusagen einen chemischen Spezienschlüssel, mit dem sie die äußere Hülle jener Infekt-Abwehrzellen aufschließen und in sie eindringen können.

Kaum sind die AIDS-Viren in der Zelle, bedienen sie sich nun sofort der zelleigenen biochemischen „Fabriken“ und programmieren sie um.

Die Folge ist, daß die eigentlich für die Infektabwehr zuständigen Zellen nun nicht Abwehrstoffe, also Antikörper, produzieren sondern genau das Gegenteil, nämlich immer neue AIDS-Viren.

Auf diese Weise entstehen jetzt innerhalb von Stunden und Tagen statt rettender Abwehrstoffe Tausende und Abertausende von neuen AIDS-Viren, die dann in das Blut abgegeben werden und sich sofort wieder neue Zellen suchen, in die sie eindringen, sie „umprogrammieren“ und so zu einer rasanten Virenvermehrung beitragen.

Zunächst werden von diesen wieder Immunzellen befallen, später andere Zellen wie Hirn, Darm, Milz und langlebige Zellen, in denen das Virus sicher ist vor körpereigenen Attacken oder modernen Medikamenten. Innerhalb von wenigen Tagen sind so viele Viren da, daß man in einem Blutstropfen bis 100 Millionen Viren gezählt bzw. errechnet hat.

Bei der Attacke auf die Zelle, die dann vom Virus gezwungen werden, neue Viren zu bilden, verändert sich die Oberfläche, die Hülle der Zelle so, daß sie der „Abwehrpolizei“ des Körpers auffällt.

Und dann reagiert der Körper auf diese völlig neue und bisher nicht erlebte Attacke mit einer verzweifelten, letzten Rettungsaktion.

Und zwar mit der Produktion und Ausschüttung von den oben erwähnten „Killerzellen“. Das sind höchst aktive Zellen, die ein Mensch produziert, wenn sein Immunsystem feststellt, daß er beispielsweise mit AIDS-Viren infiziert ist und daß die „normale“ Infektabwehr überrannt worden ist, zusammengebrochen ist oder aus irgendeinem Grunde versagt hat.

Das Problem der Killerzellen: Sie werden erst gebildet und stehen zur Verfügung, wenn die AIDS-Infektion bereits geschehen ist. Und wenn bereits die Aussaat der in diesen Zellen gebildeten neuen AIDS-Viren schon in vollem Gange ist und die Viren weit im Körper verbreitet sind und alles überschwemmt haben. Die Mediziner sagen, der Patient hat eine hohe „Virenlast“. Das kann man ganz wörtlich nehmen; der Körper ist beladen oder überladen mit Milliarden von Viren.

Bei den sehr seltenen „AIDS-resistenten“ Prostituierten aus Nairobi aber ist es wohl so, daß bei diesen Frauen jene Killerzellen (die, wie wir jetzt wissen, eigentlich erst auftreten als letztes Kampftrupp des Körpers, wenn die Infektion eigentlich schon alles überrannt hat) daß bei diesen Frauen also jene Killerzellen möglicherweise schon vor ihrer AIDS-Infektion im Blute vorhanden waren, sodaß sie schon aktiv werden und eingreifen konnten unmittelbar nachdem die Viren in die Zellen eingedrungen waren.

Diese Killerzellen haben also sehr früh und sehr rasch zugegriffen. Nämlich so schnell, daß die AIDS-Viren keine Zeit mehr hatten, die Synthesefabriken in den Zellen umzupolen.

Und genau deshalb konnten die Killerzellen die infizierten Zellen und damit die AIDS-Viren vernichten, bevor es zu einer Ausbreitung und Zerstörung des Immunsystems und anderer Organe gekommen ist.

Und genau an dieser Stelle hat man begonnen, mit Hilfe jener Frauen weiter zu forschen und zu untersuchen, ob man einen Impfstoff entwickeln kann, der - vor einer Infektion gegeben - die Menschen davor schützt, daß sich die Viren in den Zellen vermehren und dann den Körper überschwemmen. Ein Impfstoff sozusagen, der wie die ungewöhnlich frühzeitig vorhandenen Killerzellen der Prostituierten eben sofort in Aktion treten kann, wenn eine Infektion stattfindet und der nicht erst vom Körper hergestellt werden muß. Das typische Prinzip eben der vorbeugenden Impfung.

Warum berichte ich dieses Beispiel so ausführlich?

Weil es in mehrfacher Hinsicht typisch ist:

1. zeigt es auf eindrucksvolle Weise, wie durch einfache Beobachtung entscheidende Befunde erhoben werden können,
2. wird durch weltweite Zusammenarbeit die Wichtigkeit dieses Problems verdeutlicht: neben Nairobi haben sich auch Forscher in England und den USA mit diesen speziellen Patienten und darüber hinaus Labors in aller Welt mit dem Prinzip dieser möglichen Impftherapie befaßt,
3. ist diese Arbeit ein erster hoffnungsvoller Hinweis dafür, daß die von Axelle Kabou beschriebene Untätigkeit der Afrikaner auf diesem kleinen aber so unglaublich wichtigen Gebiet einer engagierten Mitarbeit gewichen ist.

Ich bin Ihnen, ehe ich von meinen eigenen Erfahrungen berichte, noch einige wenige weitere Daten schuldig, die Ihnen die Dimension der Katastrophe verdeutlichen:

- Vier von fünf Todesfällen in Afrika gehen zu Lasten von AIDS (in Deutschland wären das sämtliche Krebs- und Herz-Kreislauf-Toten zusammen!)
- In Sambia werden pro Jahr 2000 Lehrer ausgebildet, aber gleichzeitig sterben 1500 an AIDS
- In der Welt sind 40 Millionen Menschen AIDS-infiziert, 22 Millionen bereits verstorben
- 80% aller HIV-positiven Frauen sind Afrikanerinnen
- über 90% aller AIDS-Waisen leben in Afrika

III

DAS DRITTE ZITAT: „...Abschied vom Leben...“

Die Situation in Baraka, der Clinic im Slum

Seit etwa 6 Jahren betreuen „Ärzte für die Dritte Welt“ eine Ambulanz in einem der größten Slums von Nairobi, dem Mathare-Valley, in dem über 180 000 Menschen leben.

Statt „leben“ sagt man besser „vegetieren“, und zwar in fensterlosen Hütten aus Lehm und Wellblech. Es fehlt an sauberem Trinkwasser, die sanitären Anlagen sind unzureichend. Die Arbeitslosenquote beträgt fast 100%. Durch das Valley, das Tal, fließt ursprünglich mal ein Bach, jetzt ist es eine Kloake voller stinkender Abwässer, Fäkalien, Ratten, Myriaden von Fliegen und Ungeziefer mit einem infernalischem Gestank. Nur in der Regenzeit wird die Jauche in Form einer braunen Brühe weggespült.

Das Baraka Medical Centre nennt man hier „Clinic“ und es gewährleistet für die Menschen in der Umgebung eine Art hausärztlicher Versorgung.

Täglich kommen zwischen 250 und 350 Patienten zur Behandlung nach Baraka. Baraka hat übrigens nichts mit einer Baracke zu tun, sondern es ist das Kisuheli-Wort für „Segen“. Diese „Clinic“ soll eine Art Segen für die sehr armen Menschen im Slum sein, eine Anlaufstelle bei Krankheit, Hunger und Not. Die Registrierung und Ausstellung eines Papiertes (in das unsere Untersuchungsergebnisse und die Therapie eingetragen wird und das die Patienten immer wieder mitbringen müssen) kostet 100 KSh, das sind etwa 1 Euro. Ganz Arme müssen nichts bezahlen. Für alle sind die Untersuchungen und die Medikamente dann natürlich frei.

In „Baraka“ arbeiten vier deutsche Ärzte, vier Krankenschwestern, vier Übersetzerinnen für die deutschen Ärzte, eine Sekretärin, ein Fahrer, zwei Wachleute und eine Reinigungsfrau.

Im Rahmen des HIV-Programms kommen noch dazu drei AIDS-Berater, die man auch „Counselor“ nennt, ein sogenannter Clinical Officer (der eine Mittelstellung zwischen Arzt und Krankenschwester einnimmt) und ein Laborant. Es werden einige wenige Laboruntersuchungen gemacht wie Urintests, Blutzucker, Malariatest und eben auch der AIDS-Test.

Die deutschen Ärzte sind im Allgemeinen sechs Wochen vor Ort und arbeiten unentgeltlich. Das übrige Personal ist fest angestellt und arbeitet zum großen Teil schon seit mehreren Jahren mit in der Ambulanz. Es sind Fachärzte aller Richtungen, ältere und junge, Männer und Frauen, mit eigener Praxis, aus der Klinik oder Pensionäre. Die Zusammenarbeit ist in aller Regel sehr gut, man ist froh, wenn in einem Nachbarzimmer ein Kollege „praktiziert“, den man bei besonderen Problemen um Rat fragen kann oder dem man dann einfach seinen Patienten weiter schickt.

Ich hatte in den vergangenen 6 Wochen ein traumhaftes Team: Da war eine versierte Kinderärztin, die sich um all die schlimmen unterernährten wimmernden Säuglinge kümmern konnte. Dann war da ein reizender Gynäkologe, der es phantastisch verstanden hat, die natürlich besonders große Hemmschwelle bei den Frauen zu überwinden und wo sich im Nu im Slum herumgesprachen hatte, daß gerade ein Fachmann zur Verfügung steht und die geburtshilflich-gynäkologische Ambulanz rasant zunahm. Dann war da noch ein Berliner Praktiker, der sich mit mir um alle anderen Patienten kümmerte, wobei ich mich plötzlich in die Nebenrolle des Chirurgen gedrängelt sah und munter gipsen und nähen mußte.

Die Räumlichkeiten sind sehr beengt!

Es gibt vier kleine Konsultationsräume, von denen jeweils zwei hintereinander gelegen und durch einen Vorhang getrennt sind.

Dann sind da eine Apotheke, dahinter ein Aufenthaltsraum für die Mitarbeiter, eine „Empfangshalle“, in der die Patienten registriert und gewogen werden sowie jeweils eine Toilette für Patienten und Mitarbeiter.

Das Ganze sind einfache Ziegelmauern und ein Wellblechdach darüber. Statt Fenster einfach Löcher mit einem Gitter davor, sodaß nachts nix geklaut werden kann. Es gibt einen Container mit Verbandsraum, auch geeignet für kleine chirurgische Eingriffe, und ein winziges Büro.

Erschwert wird die Arbeit in der Ambulanz durch das Fehlen von fließendem Wasser. Es wird von der benachbarten Schule geholt und in Fässer, die vor der Ambulanz stehen, gefüllt. Außerdem ist häufig der Strom über mehrere Stunden ausgefallen.

In der Regenzeit prasselt der wolkenbruchartige Regen so laut auf das Wellblechdach, daß man nichts mehr verstehen kann, auch nicht durch Brüllen, sodaß die Arbeit unterbrochen werden muß. Gelegentlich verwandelt sich dann die Umgebung in einen See und unter Umständen steigt der Wasserspiegel so hoch, daß das Wasser munter durch alle Räume fließt und man entweder Schuhe und Strümpfe aus oder Gummistiefel anziehen muß.

Zum Gesundheitszentrum gehört außerdem ein Ernährungsprogramm für unterernährte Kinder und kachektische TB- und HIV-Patienten.

Die Küche besteht aus einer Bretterbude mit einer offenen Feuerstelle, über der ein riesiger Topf schwebt, in dem irgend etwas gekocht wird, was dann an täglich 650 Menschen ausgeteilt wird. Eine warme Mahlzeit täglich für 650 Menschen! Dieses „Feeding-programm“ liegt wenige Minuten Fußweg von Baraka entfernt etwas weiter in Richtung Slumzentrum.

Sie haben jetzt eine vage Vorstellung von beengten Räumen, einer minimalen Ausstattung, unglaublich vielen Patienten und einer hoch motivierten sympathischen Gruppe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Es herrscht Lärm, Gestank, Staub, Hitze und Fröhlichkeit, fast nie Streit, große Dankbarkeit...

So war die Situation, als ich vor 3 Jahren meinen ersten Einsatz dort begann.

Tagtäglich sahen wir, die Ärzte, uns dort mit einer Vielzahl schwerstkranker AIDS-Patienten konfrontiert. Es gab – und gibt auch heute noch – keine echte Heilung.

Daher erschien – zumindest damals – auch die Diagnostik von HIV-Infektionen zumindest auf den ersten Blick sinnlos. Und die Vorsorge- oder Präventionsmaßnahmen beschränkten sich auf eine allgemeine Aufklärung zu Übertragungsmodus und Schutz vor HIV, die Ausgabe von Kondomen sowie die konsequente Behandlung von Patienten mit „normalen“ Geschlechtskrankheiten.

Abgesehen von dieser (ärztlich zutiefst unbefriedigenden) Situation kam es auf Seiten der Patienten zu einer bestürzenden Fehldeutungen unserer ärztlichen Passivität:

Das Schweigen über die HIV/AIDS-Problematik wurde als Hinweis dafür umgedeutet, als Patient eben nicht an AIDS erkrankt zu sein.

Somit haben diese Menschen auch keine Notwendigkeit gesehen für eine Änderung der Lebens- (insbesondere Sexual-)Gewohnheiten.

Das war vor 3 Jahren, als ich mit 3 anderen Kollegen in Nairobi war und wir nächtelang über dieses Problem diskutierten.

Dabei war eine jüngere Kollegin, die über diese apokalyptische Katastrophe auf der einen Seite und die Hilflosigkeit bei uns auf der anderen Seite so ganz besonders wütend und verzweifelt war, daß wir uns am Ende entschlossen haben, hier zu versuchen, etwas zu ändern.

In einem späteren Bericht liest sich das dann so:

„Zwei Ärzte vom Komitee „Ärzte für die 3. Welt“ initiierten im Oktober 2000 ein VCT-Programm in Baraka. (VCT steht für voluntary counseling and testing, also „freiwillige Beratung mit anschließender Testung auf HIV“). Sie überzeugten den Vorstand ihrer Vereinigung in Frankfurt von der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht ihres Programms. Es gelang, die Finanzierungszusage zu erhalten zunächst für einen Counsellor, später für einen weiteren, außerdem für einen Clinical Officer und einen Laboranten.

Wichtig waren vor Beginn des Programms Sondierungsgespräche mit den Organisationen Médecins sans Frontières (MSF) und Kenya Association of Professional Counsellors (KAPC). Ihre Erfahrung und ihr Wissen halfen bei der Planung des Programms. Bedeutsam war das Angebot von MSF, Proben kostenlos auf HIV zu testen. Die Ausbildung der Counsellors wurde von der KAPC übernommen.“

Ein Wort zum Prinzip dieses Programmes, das den Namen VCT trägt und das wir uns damals überlegt, von anderen übernommen und eben für unser Zentrum angepaßt haben.

Dies Programm geht davon aus, daß viele bisher vorgeschlagene und praktizierte Maßnahmen zur Vorsorge der AIDS/HIV-Infektion in den Subsahara-Ländern bei weitem nicht den erhofften oder erwarteten Erfolg gehabt haben. Unverbindliche Werbeaktionen (Plakate, Filme, Videos, T-Shirts u.ä.) sind nicht in der erwünschten Weise angenommen worden

Die entscheidenden Verhaltensänderungen, „safer Sex“ etc. sind nur durch sehr intensive, persönliche, wiederholte Kontakte und durch Anleitung, Führung und Begleitung der Betroffenen erfolgreich.

In den letzten Jahren setzen sich in den Subsahara-Ländern zunehmend Programme durch, welche auf persönlicher, freiwilliger Aufklärung, Beratung und Testung basieren, sogenannte Voluntary Counselling and Testing-Programme oder VCT-Programme.

Für das Counselling, also die Beratung der Patienten wurden von der Empfangshalle der Ambulanz mittels Sperrholzwänden zwei kleine Räume abgetrennt, in denen die Gespräche mit den Patienten und die Blutabnahme zur Testung durchgeführt werden können.

Zur Zeit sind für die HIV-Beratung drei Counsellors angestellt, zwei Frauen und ein Mann; es ist wünschenswert, dass beide Geschlechter vertreten sind.

Kurz nach Beginn unseres Programmes wurde bereits im Oktober 2001 wegen der immer größeren Nachfrage ein zweiter Counsellor ausgebildet und in das Team eingegliedert, vor kurzem dann der dritte.

Ein Beratungsgespräch dauert etwa eine halbe bis eine Stunde, so dass ein Counsellor am Tag bis zu zehn „Klienten“ beraten kann. Das sind insgesamt etwa 300 Patienten im Monat. Bisher lassen sich etwa 50% davon testen, sodaß 150 im Monat ihren HIV-Status erfahren.

Wir wollen die Zahl der Leute, die sich testen lassen, steigern, denn es hat Konsequenzen. Für die Betroffenen selbst, für die jeweiligen Partner, für die Neugeborenen, wenn es sich um Schwangere handelt.

Wissen Sie, „was Medizin bei AIDS-Schwangeren erreichen kann?“

Wenn eine HIV-Infizierte schwanger ist, wird das Kind mit einer Wahrscheinlichkeit von

25% während der Schwangerschaft, in
50% während der wenigen Stunden des Geburtsvorganges und in
25% während der Stillperiode nach der Geburt infiziert.

Nun gibt es ein Präparat, das heißt „Nevirapin“. Wenn man eine Tablette davon der Schwangeren unmittelbar bei Beginn der Geburt gibt und dem Kind sofort, wenn es auf der Welt, auch eine Tablette zerrieben einflößt, sinkt das Übertragungsrisiko von AIDS während der wenigen Stunden der Geburt von ursprünglich 50% auf ganze 10%!

Und wenn man dann noch das an sich natürlich ganz wichtige Stillen in diesem Fall der AIDS-Mütter durch eine künstliche Ernährung mit Trockenmilch ersetzt, hat man mit ganz wenigen Mitteln unendlich viel erreicht.

Machen wir uns doch klar, was das bedeutet:

Die Reduzierung der Infektionsrate um fast 2/3 im Vergleich zu den Säuglingen bei nicht behandelten Frauen! Und es handelt sich bei der Infektion nicht um eine Grippe sondern um eine auch heute noch in 100% tödliche Erkrankung! Alle Infizierten sterben an AIDS.

Welch gewaltiger Erfolg diese Behandlung mit nur 2 Tabletten ist, wird einem klar, wenn man sich vor Augen hält, daß beispielsweise bei uns in den sogenannten „zivilisierten Ländern“ 75% aller Erkrankungen überhaupt nicht heilbar sind!

Und hier ist mit 2 Tabletten eine tödliche Infektion schlicht zu vermeiden!

Für mich einer der gewaltigsten Fortschritte in der verzweifelten Abwehr der AIDS-Katastrophe.

Und wie ist es mit der Verantwortung?

Keine Frage! Wenn wir uns das nicht mehr leisten wollen und diese Kinder sehenden Auges sozusagen in den sicheren und qualvollen Tod schicken, dann haben wir das Recht verloren, diese Menschen als „unsere Nächsten“ zu bezeichnen.

Denn nicht wir schulden ihnen diese ebenso kleine wie wirksame Hilfe, sondern umgekehrt: sie haben ein Recht darauf, daß ihnen aus dem unendlich großen Topf unseres Reichtums diese verschwindend geringe Summe zufließt und ihnen nicht vorenthalten wird.

Für mich ist es schlechterdings unverantwortlich, diese 2 Tabletten *nicht* für jede AIDS-Schwangere und ihr Neugeborenes zur Verfügung zu stellen. Und zwar besonders deshalb, weil es eine der ganz wenigen Chancen ist, im Meer der Hilflosigkeit tatsächlich und nachhaltig helfen zu können, wie unser letztes Zitat zeigt

DAS VIERTE ZITAT: „Und immer wieder: Trauer“

Damit sind wir am Ende des „afrikanischen Teiles“ und wir haben Zeit, in einer Diskussion Fragen zu stellen und sie zu beantworten versuchen.

AUSBLICK:

Schon jetzt darf ich darauf hin weisen, daß wir in drei Wochen eine Thematik besprechen, die nun gerade für uns hier in Hofheim drängend ist.

Der Landrat sagt: „Die Neustrukturierung müsse sich an den gravierenden Änderungen in der Medizin ausrichten, um in Zukunft bestehen zu können“.

Was sind denn die gravierenden Änderungen?

Daß jedes Haus immer bei allen Patienten alles machen muß?

Sind im Landkreis wirklich höchst spezialisierte Fachleute für einige wenige besonders Kranke (die man natürlich leicht auch in ein Großklinikum verlegen könnte) nötiger als etwa Ärzte, die bedarfsgerecht, bescheiden aber sehr gekonnt und kompetent für den Patienten sorgen, statt an ihm zu arbeiten?

Stoff für viele Gedanken, noch mehr Fragen und ganz sicher lange Diskussionen....