

Jedes zweite getestete Kind im Ernährungszentrum war HIV-positiv – Michael Deiß war als Arzt in Norduganda



Dr. Michael Deiß

„Gott hat den Afrikanern die Zeit gegeben und den Europäern die Uhr“ – ein geflügeltes Wort, das während meines Aufenthaltes mit „Ärzte ohne Grenzen“ in Norduganda mein ständiger Begleiter war. Nur, Afrika wird beides brauchen, um den medizinischen Versorgungsnotstand zu überwinden, der in weiten Teilen des Kontinents herrscht. Und Zeit haben nicht alle, zumindest nicht die 40 Millionen HIV-Infizierten, die im subsaharischen Afrika leben. Ich arbeitete mit „Ärzte ohne Grenzen“ in Norduganda, um dort mit meinen Kollegen ein HIV-Projekt aufzubauen und unterernährte Kinder in einem Ernährungszentrum mit integrierter Kinderklinik medizinisch zu betreuen. Als Arzt war es gleichzeitig eine meiner Aufgaben, ein Team von sieben nationalen „clinical officers“ zu leiten, die unter ärztlicher Aufsicht Behandlungen vornehmen durften.

Vertriebene im eigenen Land

Während Süduganda lange der Musterschüler Afrikas war, blieb der Norden weit zurück. Das Land taumelt im Strudel von Korruption, fehlender Bildung, Krieg und lähmenden Stammesfehden. Yoweri Kaguta Museveni, seit 1986 Präsident der Republik Uganda, stammt aus dem Süden – und mit ihm die meisten einflussreichen Politiker des Landes.

Touristen verschlägt es selten hierher, genauso wie Südugander, die auch mit Stellenangeboten kaum anzulocken sind. Die einzigen, die den Weg in den Norden finden, sind Nichtregierungsorganisationen.

Seit über zwanzig Jahren führt die Rebellenarmee Lord's Resistance Army (LRA) einen erbitterten Krieg gegen den ugandischen Staat. Die Regierung reagierte Ende der Achtzigerjahre damit, Vertriebenenlager in Norduganda zu bauen, in denen die Zivilbevölkerung vor den Übergriffen der LRA Schutz finden sollte. Zwei Jahrzehnte lebten Hunderttausende in diesen Lagern. Leider wurde aber weder für ausreichende medizinische Versorgung, noch für Zugang zu Bildung, für Jobs oder für genügend Ernährung gesorgt. Die Felder waren zu weit weg und der Weg dorthin zu gefährlich, sodass die Nahrungsversorgung zusammenbrach. Auch heute noch sind Kinder unterernährt, vor allem diejenigen, die an konsumierenden Er-

krankungen wie HIV leiden. Norduganda wurde vom World-Food-Programm, dem Welternährungsprogramm der Vereinten Nationen, abhängig. Im Sommer 2006 waren fast 90 Prozent der Bevölkerung Nordugandas auf ausländische Hilfe angewiesen. Seit einigen Monaten jedoch besteht Hoffnung: Die LRA und die ugandische Regierung haben Friedensverhandlungen aufgenommen.

Die Vertriebenenlager haben vielen sozialen Problemen wie Gewaltbereitschaft und Alkoholismus, aber auch Seuchen wie Tuberkulose und HIV Vorschub geleistet. Dagegen ist das marode öffentliche Gesundheitswesen weitgehend machtlos: Medizinische Versorgung ist zwar offiziell kostenlos, jedoch wird es weitgehend toleriert, dass manche Ärzte Medikamente nur gegen Bargeld ausgeben und damit in ihre eigene Tasche wirtschaften oder Medikamente für ihre Privatkliniken entwenden. So auch das Antimalariamittel CoArtem (Arthemeter/Lumefantrin), das in Norduganda eingeführt werden sollte, aber bislang kaum einen Patienten erreicht. Außerdem gehen einige Ärzte, die in den Regierungskrankenhäusern angestellt sind, privaten Nebentätigkeiten nach und erscheinen nur unregelmäßig zur Arbeit im Krankenhaus. Mehrere Patienten mit Schussverletzungen, die wir zur Operation in die öffentliche Klinik gebracht haben, hätten vielleicht überlebt, wenn der Chirurg nicht erst am folgenden Tag wieder zur Arbeit erschienen wäre. Vor diesem

Hintergrund tut sich jede Hilfsorganisation als Konkurrent auf dem Arbeitgebermarkt schwer, eine straffe interne Organisation durchzusetzen und die nationalen Mitarbeiter zum Arbeiten zu motivieren: Die mehreren hundert nationalen Mitarbeiter von *Ärzte ohne Grenzen* in Uganda verdienen im nationalen Vergleich durchschnittlich, können sich aber nebenbei kein Zubrot verdienen.

Ärzte ohne Grenzen betreibt verschiedene Projekte in Norduganda: Im Distrikt Lira ambulante medizinische Versorgung in sechs Vertriebenenlagern sowie ein großes Ernährungszentrum für schwerst unterernährte Kinder, zu dem auch eine Kinderklinik gehört. In zwei der Kliniken in den Lagern und dem Ernährungszentrum wird die volle Tuberkulose-Diagnostik und Therapie durchgeführt und es gibt Betten für schwerer Erkrankte in der Kinderklinik. Daneben sind permanente Impfprogramme, Aufklärung und Gesundheitserziehung sowie die psychologische Betreuung vor allem von Gewalt- und Traumaopfern weitere wichtige Bestandteile der Projekte. Eine meiner Hauptaufgaben war es, mit meinem Team ein HIV-Programm aufzubauen.

Allen gegenteiligen Ansichten zum Trotz ist Medizin in Entwicklungsländern hocheffektiv. Malaria und Pneumonien, beide unter den fünf häufigsten Todesursachen in Afrika, lassen sich einfach heilen. Ebenso Cholera, die während



Tuberkuloseklinik mit HIV-Station. Zwei der Stationen auf dem Bild sind die Tuberkulosestationen, in einer weiteren Station konnten wir HIV-Patienten aufnehmen, die nicht ambulant geführt werden konnten.



So sah unsere Kinderkrankenstation aus. Sauerstoff, Infusionen, Otoskop, vielfältige Medikamente, sowie Laboruntersuchungen (BB und Diff-BB, Ausstrich, Test für Sichelzellanämie, Stuhl, Urin) standen zur Verfügung.

meines Aufenthaltes in Uganda ausbrach oder die meisten opportunistischen Infektionen. Wahrscheinlich sterben viele Kinder, die wir mit komplizierter Malaria erfolgreich behandelt haben, eines Tages an komplizierter Malaria. Aber eben nicht dieses Mal, als sie rechtzeitig in unsere Klinik kamen. Natürlich können wir die HIV-Pandemie nicht eindämmen, aber wir können den Patienten, die sich uns anvertrauen, das Leben mit dem Virus erleichtern und verlängern.

Aufbau des HIV-Programms

Wir beschlossen, das HIV-Programm aufzubauen, als wir feststellten, dass 50 Prozent der in unserer Kinderklinik und im Ernährungszentrum getesteten Kinder HIV-positiv waren – auch wenn das nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung war, da wir mit unterernährten Kindern ein vorselektiertes Patientengut hatten. Unter unseren Tuberkulosepatienten lag die HIV-Koinfektionsrate bei 85 Prozent. Etwa die Hälfte der Patienten, die in unserer Klinik verstarben, waren im Stadium IV der Immunschwäche. Viele Hilfsorganisationen vor Ort betreiben HIV-Projekte, allerdings beschränken sich die meisten auf Testungen und Ernährungsergänzung, ärztlich überwachte Therapien werden nicht angeboten. Das öffentliche Gesundheitswesen bietet zwar Hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) an, je-

doch reichen die Kapazitäten bei weitem nicht und der Nachschub an Medikamenten ist nicht verlässlich. Diese Lücke galt es für *Ärzte ohne Grenzen* zu schließen.

Die Gestaltung der HIV-Klinik konnten wir in unserem Team unter Einbeziehung der *Ärzte ohne Grenzen*-Guidelines und nach Absegnung durch das Hauptquartier in Amsterdam selbst durchführen. Es gibt an zwei Wochentagen eine Ambulanz, über die die Patienten geführt werden. Bei Bedarf können Patienten in unserer Klinik hospitalisiert werden. Jeder positiv Getestete bekommt einen Termin am nächsten Ambulanztag. Dort werden die Patienten ärztlich untersucht, das Krankheitsstadium festgestellt, auf Tuberkulose gescreent, labor-technisch untersucht (Hb, Krea, ALAT, Diff-BB, ggf. TLC oder CD4%), gegen opportunistische Infektionen behandelt und auf Cotrimoxazol-Prophylaxe gesetzt. Jeder Besuch beinhaltet eine Sitzung mit einem so genannten Health Educator, der über HIV aufklärt, sowie mindestens eine Sitzung mit einem psychologisch geschulten Mitarbeiter zur Hilfestellung im Umgang mit der Erkrankung und zur Aufklärung zur Krankheitsverhütung.

Bei jeder Vorstellung in der Ambulanz bekommen die Patienten einen Vorrat an Vitamintabletten, Seife, Rehydratationsserum (ORS) und Kondomen. Nur wer mindestens drei Termine pünktlich wahrgenommen hat, regel-



Neben der Kinderkrankenstation, der Tuberkuloseklinik und der HIV-Klinik betrieben wir ein therapeutisches Ernährungsprogramm für schwer unterernährte Kinder. Viele Kinder waren unterernährt wegen konsumierender Erkrankungen.

mäßig die Cotrimoxazol-Prophylaxe eingenommen und erfolgreich drei zusätzliche Sitzungen des so genannten „adherence counselling“ durchlaufen hat, wird, wenn medizinisch notwendig, mit HAART versorgt. Sollte ein Patient einen wichtigen Termin verpassen, kann der Arzt einen Mitarbeiter zu ihm nach Hause schicken, um nach dem Rechten zu sehen und den Patienten mitzubringen. Dies war zum Glück bisher selten nötig: Zwar nahmen viele Patienten nach der ersten Klinikvorstellung keinen weiteren Termin wahr, von den Patienten auf HAART hat seit Klinikstart im August 2006 jedoch keiner die Therapie unterbrochen.



Apili ist eine HIV-Tb-Koinfizierte Patientin, fünf Jahre alt. Da sie AIDS-Waise ist, war sie ganz alleine in unserer Klinik. Lange diskutierten wir, ob wir einem Kind ohne Betreuung HAART geben sollten. Als sie dreimal pünktlich zu Terminen gekommen ist und mehr über die Medikamente wusste, als manche andere, begannen wir die Therapie. Hier beim ersten Aushändigen von D4T+3TC+EFV.

Keine Chance auf HAART

Natürlich ist ein Projekt wie HIV-Therapie in instabilem Umfeld immer ambivalent. Es stellt sich die Grundsatzfrage, ob in Ländern mit hoher HIV-Durchseuchungsrate relativ kleine, lokale HIV-Projekte sinnvoll sind, und wie es zum Beispiel weiter geht, wenn *Ärzte ohne Grenzen* als Notfallorganisation eines Tages Lira verlässt. Welche Maßnahmen können die Compliance aufrecht erhalten, wenn nach dem erstaunlich erfolgreichen Start des Programms Probleme auftreten? All diese Fragen werden bei *Ärzte ohne Grenzen* und innerhalb des Projektes sehr ernst genommen und immer wieder umfassend diskutiert. Oft ist es schwer, allgemeingültige Antworten zu finden. Dann müssen nach reiflicher Diskussion Entscheidungen für jedes einzelne Projekt getroffen werden. Die meisten Patienten im Distrikt Lira haben keine Chance auf HAART, wenn sie sie nicht von *Ärzte ohne Grenzen* bekommen. Sollten sie die Therapie abbrechen, ist somit das Risiko für Resistenzen gering, da sie wahrscheinlich nie mehr antiretrovirale Medikamente erhalten. Die meisten der Kinder, die wir mit HAART behandeln, werden trotz der Therapie die Pubertät nicht erreichen. Sie werden bei Therapieabbruch keine resistenten Keime weitergeben.

Ende Oktober 2006 waren 150 Patienten in unserem Programm. Angesichts der hohen Prävalenz im Ernährungszentrum erwarten wir allerdings deutliche Steigerungen der Patientenzahlen. *Ärzte ohne Grenzen* ist damit neben dem öffentlichen Gesundheitswesen zum einzigen Versorger mit antiretroviralen Medikamenten im Distrikt Lira geworden. Etwa zehn bis 15 Prozent der Patienten der HIV-Klinik wurden mit HAART behandelt. Dieser Prozentsatz entspricht dem anderer HIV-Projekte in Entwicklungsländern.

Für den Fall, dass *Ärzte ohne Grenzen* ein Land verlässt, gibt es so genannte Exit-Strategien. Im Fall Lira heißt das: Die HIV-Klinik wird an ein kirchliches, privates Krankenhaus angeschlossen, das von *Ärzte ohne Grenzen* so lange mit Personal, Medikamenten und organisatorischer Hilfe unterstützt wird, bis die Patienten es eigenständig weiterführen können. Entsprechende Verträge mit dem kirchlichen Krankenhaus wurden geschlossen.

Viele Probleme müssen jedoch auf anderer Ebene gelöst werden:

- Seit Anreten der Bush-Regierung haben viele US-amerikanische Hilfsorganisationen die Werbung für Kondome mit Verweis auf christliche Werte eingestellt. Einzige propagierte Methoden zur Prävention sind für sie Abstinenz und Treue.
- Von vielen antiretroviralen Medikamenten der neuen WHO-Therapieempfehlung und den second-line-Medikamenten gibt es keine Generika. Um weiterhin leitliniengerecht zu therapieren, sind in ärmeren Ländern wie Uganda billige Medikamente jedoch unbedingbar. Auch große Hilfsorganisationen wie *Ärzte ohne Grenzen* sind von Nachahmerpräparaten abhängig. Sollte der Patentschutz auf neue Medikamente nicht fallen oder sollten sich keine Sponsoren für die Medikamente finden, ist eine HIV-Therapie lege artis in den Entwicklungsländern nicht möglich.

Diese Schwierigkeiten können von *Ärzte ohne Grenzen* nicht gelöst werden. Aber neben der medizinischen Versorgung ist es enorm wichtig für Menschen in Krisenregionen, gezeigt zu bekommen, dass jemand ihre Lebensbedingungen für inakzeptabel hält und sie nicht vergessen hat. Niemand soll glauben dürfen, ein Leben wie in Norduganda sei normal. Weder die Bevölkerung oder Regierung im Land selbst noch das Ausland. Und dieses „Zeugnis ablegen“ ist eines der wichtigsten Ziele der Hilfsorganisation *Ärzte ohne Grenzen*.

Dr. Michael Deiß, Augsburg,
E-Mail: micdeiss@gmx.de



Bedingungslos menschlich.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- Informationen für einen Projekteinsatz
- Informationen zur Fördermitgliedschaft
- die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“

Name _____

Anschrift _____

E-Mail _____

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de • Spendenkonto 97 0 97 • Sparkasse KölnBonn • BLZ 380 500 00

Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN helfen Sie Menschen in Not.