

Kinderheilkunde im Mathare Valley in Nairobi

Seit 1997 arbeiten deutsche „Ärzte für die Dritte Welt“ im Baraka Medical Centre im zweitgrößten Slum von Nairobi und behandeln täglich um die 300 Patienten kostenlos. Mehr als ein Drittel dieser Patienten sind Kinder. Baraka heißt auf Swaheli „Segen“. Für die Ärmsten der Armen, denen für den täglichen Lebensunterhalt kaum ein Euro zur Verfügung steht, ist diese medizinische Versorgung wahrlich ein Segen. Man weiß nicht genau, wieviele Menschen im Slum wohnen. Die Behörden meinen, es sind weniger als 100.000, um damit nötige Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur zu unterlassen. Realistische Schätzungen verweisen auf eine Zahl von über 200.000 Einwohnern. Mehr als 80 Prozent haben keine Arbeit oder sind auf Gelegenheitsjobs angewiesen. Mehr als 20 Prozent sind mit dem HIV-Virus infiziert.

In sechswöchigen Einsätzen arbeiten sechs Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen. Ein Kollege ist meist für längere Zeit vor Ort. In Kenntnis der lokalen Gegebenheiten koordiniert er die Zusammenarbeit mit Einheimischen, die als Krankenschwestern, Übersetzerinnen, im Labor, in der Apotheke und als Hilfskräfte im Medical Centre angestellt sind. So haben einige Wenige einen Arbeitsplatz und ein wenn auch niedriges regelmäßiges Einkommen. In Anbetracht der zu behandelnden Erkrankungen ist die Verfügbarkeit von Internisten, Gynäkologen, Allgemeinmedizinern und Kinderärzten sicher am wichtigsten, aber nicht immer garantiert, weil die Freiwilligkeit dort zu arbeiten, ein gewisses Maß an Zufälligkeit der verfügbaren fachlichen Kompetenzen bedingt. Jede nötige Überweisung zur Erbringung spezialisierter diagnostischer und stationärer therapeutischer Leistungen in einem staatlichen Krankenhaus von Nairobi ist kostenpflichtig. Nur in seltenen Fällen sind die Patienten in der Lage, die Kosten zu



Wartebereich im Baraka Medical Centre

tragen. Sie werden deshalb nach sorgfältiger Abwägung vom Medical Centre übernommen. Die in der Sprechstunde verordneten Medikamente werden kostenlos abgegeben. Ein beschränktes Sortiment der notwendigsten Medikamente steht zur Verfügung.

Neben der ärztlichen Grundversorgung gibt es spezielle Strukturen zur Erfassung, Behandlung und Überwachung der in den Sprechstunden diagnostizierten HIV- und Tuberkulose-Infizierten.

Während meines ersten Einsatzes im November/Dezember 2010 hatte ich mich überwiegend kindlichen Patienten zu widmen. Seltener wurden mir auch Erwachsene zugewiesen und dann fühlte ich mich besonders bei den häufig auftretenden gynäkologischen Problemen hilflos und überfordert. Ich war froh, als meine Nichte, Fachärztin für Gynäkologie, endlich anreiste. Das soziale und gesundheitliche Elend, das mir in der Sprechstunde begegnete, war im Kontakt mit den erwachsenen Patienten deprimierend und wäre mit einer langen Liste detaillierter Schilderungen belegbar.

Der Umgang mit den Kindern hatte aber auch optimistische und freudige Aspekte, auch wenn die allgegenwärtige Not immer spürbar war. So

wie die im Müll spielenden Kinder lachend und freundlich dem „Mzungu“ – dem Weisen mit einem „How are You“ die Hände entgegenstreckten und mich auch gelegentlich zwickten, um zu erkunden, wie es mit der weißen Haut so bestellt ist. Den pädiatrischen Erfordernissen wurde ich nach kurzer Eingewöhnung bald gerecht, auch wenn andere Probleme als in Deutschland im Vordergrund standen. Am häufigsten war der banale Infekt zu behandeln. Mit den Symptomen Husten, Fieber, Durchfall und Erbrechen stellt die Diagnose „common cold“ den Hauptanteil. Unterernährung schwersten Ausmaßes bedurfte keines diagnostischen Geschicks. Mit der Etablierung eines Feeding Centers (Ernährungs-Zentrum), wo Mütter beraten und Kinder Zusatznahrung erhalten, versucht man, dieses so dringliche Problem zu lindern. Besonders traurig ist es, wenn Mütter ihre Kinder nicht mehr stillen können, weil sie selbst nicht genug zu essen haben oder schon das nächste Kind geboren ist und gestillt werden muss, obwohl das nun Zweitjüngste noch der Muttermilch bedürfte. An HIV erkrankte Mütter müssen gleichfalls auf das Stillen verzichten, womit das Risiko für Mangel- und Fehlernährung steigt. Wichtig ist, an die kindliche Tuberkulose zu denken, wenn ein scheinbar banaler Husten persistiert. Was ich in 40-jähr-

riger Dienstzeit über Tuberkulose zu lernen versäumt hatte, musste ich in sechs Wochen nachholen. Unsere Aufgabe war es, die Tuberkulose zu diagnostizieren. Die Betreuung und Behandlung erfolgt unter Kontrolle eines „Clinical Officers“ in Übereinstimmung mit den für Kenya geltenden Richtlinien und zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität, die bei ständig wechselnden Ärzten nicht gegeben wäre. Clinical Officers machen eine dreijährige, dem Medizinstudium ähnliche Ausbildung, sind aber keine Ärzte. Ich habe sie durchaus als kompetente Mitarbeiter erlebt.

Aus einem nicht erklärbaren Grund werden besonders kleine Kinder unangebracht warm angezogen und bei warmen Temperaturen mit Mütze und in dicke Decken gehüllt fiebernd in die Sprechstunde gebracht. Oft findet man bei diesen schweißnassen Säuglingen und Kleinkindern ausgeprägte Staphylo-dermien oder Mykosen. Die Beurteilung von Dermatosen, Effloreszenzen und Exanthenen ist mir anfangs schwergefallen. Meine Übersetzerin Joyce amüsierte sich, wenn ich das Scharlachexanthem auf schwarzer Haut nicht erkannte, war mir aber mit ihrer Erfahrung in dieser Hinsicht und vor allem mit ihrer einfühlsamen Art, die in Swaheli erhobene Anamnese in ein für mich verständliches Englisch zu bringen, eine große Hilfe. Dramatisch und traumatisch waren meine ersten Begegnungen mit Malaria. Ohne helfen zu können, sind Säuglinge innerhalb nur einer Stunde an toxischer Malaria in der Sprechstunde verstorben. Nairobi gilt wegen seiner Höhenlage nicht als Ort einer möglichen Infektion, aber jeder Aufenthalt „up country“, das heißt vor allem im Westen, Nordwesten oder auch an der Küste des Indischen Ozeans, ist mit der Gefahr einer Malariainfektion verbunden. Eine für den deutschen Kinderarzt seltene Anämieform – die Sichelzellanämie – gehört zur Routine in der täglichen Sprechstunde und wird

mittels Hämoglobinelektrophorese diagnostisch bewiesen. Vor der Behandlung mit Folsäure muss bei der geschilderten Ernährungssituation aber der häufig auftretende zusätzliche Eisenmangel ausgeschlossen werden. Ein weiteres Problem stellt die Vitamin D-Versorgung dar. Die Rachitis ist häufig zu vermuten, wird diagnostisch selten bewiesen und schon die statomotorische Retardierung ist bei unterernährten Säuglingen und Kleinkindern Anlass, eine Therapie einzuleiten. Röntgen-Untersuchungen und Bestimmung der alkalischen Phosphatase werden nur selten veranlasst. Eine generelle Vitamin-D-Prophylaxe ist aus Kostengründen nicht möglich und die Sonne kann oft nicht prophylaktisch wirken, weil wie schon erwähnt die Kinder oft so bekleidet sind, dass die Sonne nicht auf die Haut trifft. Dafür ist aber eine regelmäßige Vitamin-A-Prophylaxe vorgeschrieben, die aus organisatorischen Gründen – bei den von uns behandelten Kindern – nicht umgesetzt wurde. Symptome einer A-Avitaminose habe ich nur selten gesehen. Eine unzureichende Ernährung mit Brustmilch und die zu früh beginnende Verabreichung fettfreier Breie aus Mais- oder Reismehl führen zum Mangel an fettlöslichen Vitaminen. Neu war für mich die regelmäßige Verordnung von Zink-Lotion bei jeder Art von Durchfall. Sie soll die Dauer und die Häufigkeit erneuter Durchfallerkrankungen positiv beeinflussen. Das war zwar für mich nicht belegbar, aber natürlich schließt man sich solchen Gepflogenheiten ohne lange Diskussionen an.

Sinnvoll ist die Empfehlung der regelmäßigen medikamentösen Entwurmung. Große Bäuche, Bauchschmerzen und Erbrechen von Ascariden waren oft Anlass, die Kinder in der Sprechstunde vorzustellen.

Bei den erheblichen Defiziten der staatlichen Gesundheitsvorsorge war ich erstaunt, dass fast alle Kinder gegen die auch bei uns üblichen Kinderkrankheiten geimpft waren. Aller-



Weißer Lippen bei ausgeprägter Anämie

dings wird das Impfprogramm mit Geldern der Entwicklungshilfe finanziert.

Nach sechs Wochen intensiver Arbeit würde ich das Engagement der deutschen Ärzte im Slum von Nairobi als dringend nötig und hilfreich einschätzen. Man kann akute Not und Leiden lindern und in Abhängigkeit von der Diagnose auch heilen. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bleiben begrenzt. Zum Beispiel können Malignome bei Kindern aus Kostengründen nicht behandelt werden. Für die meisten Bewohner der Slums gibt es zu unserem Angebot aber keine Alternative. Unverständlicherweise wird unsere Arbeit von lokalen Behörden mehr geduldet als unterstützt und auch die Kommunikation mit den medizinischen Einrichtungen in Nairobi ist unbefriedigend. Entlassungsberichte werden den Patienten nicht ausgehändigt. So erhält man keine Bestätigung der Einweisungsdiagnose und keine Informationen zum Behandlungsverlauf.

Die von Korruption geprägten politischen Verhältnisse haben in den letzten Jahren zu einer stetigen Verschlechterung der Lebensverhältnisse und damit auch der medizinischen Versorgung geführt. Deshalb ist das Engagement der „German Docs“ in Nairobi unverzichtbar.

Dr. med. Albrecht Klinghammer, Chemnitz
E-Mail: albrecht.klinghammer@googlemail.de