



WILHELM GENSNER

SolidarMed braucht Spenden!

Die Hilfe von SolidarMed in Lesotho ist wichtig, effektiv und nachhaltig - das haben wir vor Ort eindrücklich erlebt. Das enorme Engagement, die Wissensvermittlung und die Sachhilfe sind noch für lange Zeit wesentlich. Darum bitten wir die Leserinnen und Leser, mit dem beiliegenden Einzahlungsschein von SolidarMed eine Spende zu überweisen. Das Spendenkonto lautet: PC 60-1433-9

Die Spitäler werden finanziell, technisch und teilweise personell durch die Entsendung von medizinischen und anderem Personal unterstützt.

Das HIV-Projekt wird vom SolidarMed-Projektmanager Dr. med. Niklaus Labhardt betreut, mit der Unterstützung eines ca. siebenköpfigen Teams.

Ein weiteres Ziel der SolidarMed-Unterstützung ist es, die Aktivitäten der *mobilen PHC-Teams* im Bereich Prävention, Information und Aufklärung der Bevölkerung zu HIV und TB zu fördern, den Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu verbessern und die aktive Mitwirkung der Bevölkerung insbesondere in den Berggebieten zu stärken. Frühe Diagnose und adäquate Therapie sind gerade in entlegenen Gebieten dringend. Der Mutter- und Kindesgesundheit wird spezielle Aufmerksamkeit gewidmet.

Es werden unter anderem unterstützt:

- *Ausbildungsmassnahmen* für Gesundheitspersonal und Dorfgesundheitsberatende im Bereich HIV/Aids und Tuberkulose sowie Mutter-/Kindesgesundheit
- *Stärkung der Dorfgesundheitskomitees* in deren Rolle als Bindeglied zwischen ihren Gemeinden und dem Gesundheitszentrum
- *Unterstützung von Aufklärungskampagnen* der Dorfgesundheitsberatenden und Dorfgesundheitskomitees zu den Themen HIV/Aids, Tuberkulose, Mutter-/Kindesgesundheit und sichere Entbindung

SolidarMed in Lesotho

SolidarMed legt den Schwerpunkt seiner Arbeit auf Nachhaltigkeit und verzichtet deshalb bewusst darauf, eigene Institutionen aufzubauen. Das Ziel ist es, die Leistungen der einheimischen Partner so zu verbessern, dass diese mit dem kleinstmöglichen Aufwand die bestmögliche Grundversorgung anbieten können.

Die beiden Schwerpunktgebiete von SolidarMed in Lesotho sind das Spital in *Seboche* mit 60 Betten und 5 angeschlossenen Gesundheitszentren (Dist-

rikt Buta Buthe) und *Paray* mit 70 Betten und 7 angeschlossenen Gesundheitszentren (Distrikt Thaba Tseka). Beide Bergspitäler gehören der katholischen Kirche.

Seboche liegt im Norden Lesothos, betreut ein Gebiet zwischen 1600 und 3000 Meter Höhe; Paray liegt im zentralen, äusserst armen Bergland auf 2200 Metern Höhe. Mit den mobilen Teams werden die Gesundheitszentren und Dörfer der beiden Distrikte regelmässig besucht. Jedes der Spitäler sichert die Grundversorgung von 60'000 bis 80'000 EinwohnerInnen ab.

HIV in Lesotho 2009

Menschen mit HIV: 290'000
 Erwachsene (15-49): HIV-Rate 23.6%
 Erwachsene (15 und mehr) mit HIV: 260'000
 (Frauen: 160'000 / Männer: 100'000)
 Kinder (0-14) mit HIV: 28'000
 Tote infolge AIDS: 14'000
 Waisenkinder infolge AIDS: 130'000
 (UNAIDS/WHO, 2009)

Ende 2010 lebten von weltweit 34 Mio. HIV-positiven Menschen 34% in 10 Ländern des südlichen Afrika
 (UNAIDS)



wiltsch ensner

„It hurts“, sagt Lerato

Lerato ist eine junge Frau aus dem Dorf Ramabanta. Sie arbeitet in der Lodge, in der wir uns für drei Tage einquartiert haben. Ein malerisches Dorf in einem der traumhaften Bergtäler Lesothos.

Lerato ist mit uns zu den Felsmalereien gewandert, den „Bushmens Painting“. Zuerst hinunter ins Flusstal, auf der andern Seite wieder hinauf, wieder hinunter bis zu einer steilen Felswand. Ein schmales Band führt zu einer Felsspalte, dort finden wir kleine, verblasste rötliche Figu-

ren. Unterwegs, noch im Dorf, hat sie zwei Jungen gerufen und gefragt, ob sie uns begleiten können. Die beiden suchen eifrig nach den schönsten Kristallsteinen, die auf dem Weg nur so herum liegen, und die wir unsern Enkelkindern nach Hause bringen wollen.

Nun sind wir auf dem Rückweg. Wir stehen gegenüber der Lodge, einer wunderschönen Anlage. Die Rundhütten des Dorfes ziehen sich die Hänge hinauf, eingehüllt in die rosa Wolken der blühenden Pfirsichbäume. Dazwischen der Fluss, der sich zwischen steilen Wänden durch wilde Steinformationen windet. Weiter oben sehen wir eine Gruppe Frauen Wäsche waschen. „Wir waschen

immer zusammen“, sagt Lerato. „Wenn ich frei habe, nehme ich meine schmutzige Wäsche und gehe mit den Frauen am Fluss waschen. Wir lachen viel und sprechen über alles, was uns beschäftigt.“

Ihr Blick wandert weiter zum Dorf. „Dort unten ist unser Friedhof. Siehst du alle die frischen Grabhügel?“ Ich sehe sie, ich habe sie schon in allen Dörfern Lesothos, durch die wir gekommen sind, gesehen. „Das ist HIV“, sagt Lerato, „das sind alles Aids-Tote. Es nimmt kein Ende.“ Sie erzählt, dass auch hier viele Männer in Südafrika arbeiten. Einmal im Jahr kehren sie für wenige Wochen zu ihren Familien zurück. Sie schlafen dann mit ihren Frauen und diese werden krank. Denn in Südafrika gehen sie zu Girls, die meist HIV-positiv sind. Sie schützen sich nicht und kümmern sich auch nicht um die mögliche Ansteckung ihrer Frauen. „So viele werden krank und sterben. So viele Kinder sind Waisen. Auch die Eltern der beiden Jungen sind tot.“ Ihr Gesicht ist traurig. „Dabei tun wir soviel. Die Regierung sagt uns auch, was wir tun können. Wir haben eine Klinik hier. Jeden Morgen zwischen 8 und 9 Uhr gibt es eine Info-Runde für alle, die über HIV sprechen wollen oder Informationen brauchen. Wir versuchen, sie für eine Therapie zu motivieren. Aber viele wollen gar nicht wissen, ob sie AIDS haben.“

Schwangere Frauen kommen oft. Wir sagen ihnen, sie sollen nur 6 Monate lang stillen, um die Babies nicht anzustecken.

Kondome verteilen wir überall, gratis, in der Klinik, dem Gemeindezentrum, den Bars. Auch wenn Feste stattfinden, überall dort, wo sexuelle Kontakte wahrscheinlich sind. Es gab auch eine Gruppe Jugendlicher, die sind in alle umliegenden Dörfer gezogen, um mit andern Jugendlichen über HIV zu sprechen. Jetzt hat das aufgehört. Sie sind erwachsen und nach Südafrika zur Arbeit gegangen. Ich habe Angst, dass auch sie krank zurückkommen.“

Lerato schaut mich an. „Gibt es auch AIDS in der Schweiz? Was macht ihr damit?“ Ihr Blick geht wieder zu den frischen Gräbern. „Bei uns“, sagt sie,

„ist AIDS eine unendliche Tragödie. Und es tut weh, it hurts, every day and every night.“



Me Masefako und Niklaus Labhardt

HIV-Tag im Health-Center Makhunoane

Das Health-Center Makhunoane ist eines von fünf, die in dieser Region vom Seboche-Hospital, in Zusammenarbeit mit Solidarmed, betreut werden.

Heute ist der wöchentliche HIV-Tag. Der Vorraum des kleinen Gebäudes ist gedrängt voll von Menschen aller Altersstufen, Männer, Frauen, Kinder. In einem kleinen Büro berät Me Kamele, Sozialarbeiterin mit Spezialgebiet AIDS,

die Patienten über HIV, Tests, Therapie, soziale Fragen. Auch über ihre Rechte, die gross und deutlich an der Wand aufgehängt sind.

Im Zimmer nebenan sitzt Me Masefako und empfängt ebenfalls Patienten. Die Nurse Me Masefako gehört zum HIV-Team des Seboche-Spitals, das jedes Health Center mindestens einmal monatlich besucht, die an Ort verantwortlichen Nurses bei der Behandlung der HIV-positiven Patienten unterstützt, supervisiert und weiterbildet. Alle HIV-Patienten kommen einmal im Monat zur Therapiekontrolle, bekom-

men die Medikamente für den nächsten Monat und werden im Fall von Komplikationen, die im Center nicht behandelbar sind, zur weiteren Abklärung ins Spital bestellt. Alle sechs Monate werden routinemässig Blut-Tests durchgeführt, um den Behandlungserfolg und allfällige Nebenwirkungen zu monitorisieren. Wenn jemand nicht kommt, geht Momatsiliso Sctente vom Health-Center in die Dörfer und Familien, um nachzufragen, was los ist. Dabei kann sie oft auf die Hilfe der „local chiefs“ zählen.

Me Masefako hat sich die Hälfte der Dossiers geholt, es hat heute besonders viele Leute, mehr als 60, darunter ungewöhnlich viele Männer. Sie fragt nach dem Allgemeinbefinden, nach speziellen Problemen. „Machst du Familienplanung? Weiss dein Mann, dass du positiv bist, kennt er seinen Status? Sind die Kinder getestet? Das nächste Mal werden wir sie testen, es kann entscheidend sein für ihre Gesundheit. Du kannst aber auch nein sagen.“ Diese und ähnliche Fragen gehören zu jedem Gespräch. Realitäten, keine Moralpredigten.

Im kleinen Behandlungszimmer, wo die Leiterin des Centers, Me Limakatso zusammen mit dem Arzt Niklaus Labhardt ebenfalls einen grossen Berg Krankendossiers vor sich haben, sitzt nun eine alte Frau.

Sie hat lange gewartet. In aller Frühe ist sie drei Stunden zu Fuss von ihrem entlegenen Dorf bis hierher gelaufen. Wie hier üblich, ist sie in eine warme Wolldecke gewickelt, aus deren Tiefen sie einen grauen, gut verknoteten Plastikbeutel hervor holt, in dem sie das grüne Therapie-Büchlein und die restlichen Pillen des vergangenen Monats verstaut hat. Diese werden gezählt und kontrolliert, ob sie regelmässig eingenommen worden sind. Erst dann werden die neuen Pillen für einen weiteren Monat abgegeben.

Etwas scheint nicht zu stimmen. Die Frau holt die Medikamente nicht für sich selbst, die eigentliche Patientin kann nicht kommen, sie steht nicht mehr auf und redet wirres Zeug. Die Nurse Limakatso und der Arzt Niklaus Labhardt beraten sich. Kurze Fragen in Sotho, die Nurse übersetzt. Der Arzt will sich lieber selbst vergewissern. Ist es weit? Nein, nicht sehr. Die alte Frau

wird gebeten zu warten, wir werden sie im Auto mitnehmen.

Endlich können wir starten. Im robusten Allradantrieb der SolidarMed nehmen Platz: die alte Frau, Kamele und Masefako, Fritz und ich, der Arzt am Steuer. Es herrscht gute Stimmung, alle scherzen und sind froh, den anstrengenden Morgen hinter sich zu haben.

Hausbesuch in den Bergen

„Nicht sehr weit“ heisst real 20 Minuten Autofahrt in die Berge, über holprigste Naturpisten voller Schlaglöcher, über Furten, die bei Regen unpassierbar werden. Endlich erreichen wir den Weiler: eine Ansammlung von Rondavals inmitten blühender Pfirsichbäume. Wir lassen das Auto beim Dorfausgang stehen, weiter müssen wir zu Fuss. „Nicht sehr weit“, sagt die Grossmutter noch einmal. Ein schmaler Pfad, ein felsiger Abhang, die Hütten haben aufgehört. Die eine Nurse schwankt auf Schuhen mit hohen Absätzen den Berg hinauf. Sie beklagt sich, dass sie so weit laufen muss, stöckelt aber unverdrossen weiter.

Nach etwa 20 Minuten erreichen wir unser Ziel. Zwei Rondavals, erdfarben gestrichen, ein rotgoldenes Ocker. Davor rosa blühende Bäume, strahlender, intensiv blauer Himmel. Eine traumhafte Aussicht über die Bergketten Lesothos bis nach Südafrika. Alles sauber und ordentlich, auch der Hühnerstall.

Eine junge Frau in einem türkisfarbenen Kleid kommt näher. Sie hat ein verschlossenes Gesicht und wird von der Grossmutter ins Dorf geschickt. Zwei kleine Kinder kommen den Berg hinauf, bleiben auf Distanz und beobachten uns schweigend. Die Grossmutter ist mit dem Arzt und den beiden Nurses in einem der Rondavals verschwunden. Dort liegt die Patientin, es ist jetzt klar, dass es ihre Tochter ist. Sie holt in der zweiten Hütte ein grosses, gelbes Couvert und übergibt ein Röntgenbild. Der Arzt und die Nurses betrachten es draussen in der Sonne. Besorgte Mienen, kurze Beratung. Das grüne Büchlein, in dem der Therapieverlauf, die verordneten Medikamente festgehalten sind, wird nochmals studiert. Die junge Frau muss ins Spital. Sie



willich ensner

ist HIV positiv und hat TB, immer noch die häufigste Todesursache bei AIDS-Kranken. Niklaus fragt uns, wie viel Rand, resp. Maloti wir bei uns hätten, oder ob Fritz zusammen mit ihm die Frau tragen könnte. Der Krankentransport ist teuer, 2-3 Monatslöhne, die Familie hat sicher nicht soviel Geld. Es wird entschieden, mit dem Auto so nahe als möglich heran zu fahren und die Kranke dorthin zu tragen. Die beiden machen sich auf den Weg.

Inzwischen ist eine junge Frau den Berg hinauf gerannt gekommen. Sie sieht aus wie das blühende Leben, mit wogendem Busen und koketter Haarspange. Sie atmet heftig und stürzt in die Hütte. „Es ist die Schwester“, sagt mir Kamele, die Nurse, die mit mir vor den Hütten wartet. Sie hat Hunger, ich habe einen Apfel dabei. Aus dem Rondaval kommt ein Mädchen, vielleicht sechs Jahre alt, zieht sich an und geht zu seinen kleinen Brüdern. Sie schauen

stumm ihrer Tante und der Grossmutter zu, die einige wenige Sachen bereit machen, um sie der Kranken ins Spital mitzugeben, ein eiliges Hin und Her zwischen den Rondavals. Die Grossmutter näht stehend noch an einem Kleidungsstück und beisst den Faden mit den Zähnen ab. Noch eine ältere Frau ist vom Dorf gekommen. „Es ist die Schwiegermutter“, informiert mich Kamele. Der Ehemann? Keine Ahnung.

Me Masefako, kommt aus dem Rondaval, wo sie der Kranken beigegeben ist. Die Grossmutter bringt einen Topf Wasser und leert ihn über ihre Hände, damit sie sie waschen kann.

Dann ist alles getan. Die lautlose Hektik ist verschwunden, es wird noch stiller. Die alte Frau berührt meinen Arm. „Sie möchte, dass du auch in die Hütte kommst, um mit uns für ihre Tochter zu beten,“ erklärt mir Kamele.

Dann stehen wir alle in der Hütte. Es ist pechschwarz, Licht kommt nur vom Eingang. Neben mir kauern die drei Kinder an der Wand. Nach ihnen die beiden Nurses, die in ihrem dunklen Arbeitstunee kaum zu sehen sind. Die Grossmutter steht im einzigen Lichtstrahl, der von der Tür hereinfällt, neben ihr die Schwiegermutter, dann die Schwester, deren buntes Kleid sogar in der Dunkelheit zu erahnen ist.

Die kranke junge Frau liegt links von der Tür, auf den Boden gebettet. Ich sehe im Dunkeln das Weiss der weit aufgerissenen Augen, die weissen Zähne im offen stehenden Mund, erahne ihr eingefallenes Gesicht und die Umrisse des Körpers unter einem Bündel Decken.

Dann beginnt ihre Schwester zu beten. Sie murmelt leise Worte in ihrer weichen, melodiosen Sprache Sotho, unterbrochen von immer häufigerem Schluchzen. Sie hält beide Hände vor ihr Gesicht und verstummt einen kurzen Augenblick. Dann bricht es wie ein Sturzbach aus ihr heraus. Sie schreit ihren Schmerz in die Schwärze des Raumes. Kein Gebet, eine verzweifelte Klage voller hilfloser Wut, eine tiefe, von Trauer und Hoffnungslosigkeit weggespülte Empörung.

Der Aufschrei geht mir durch Mark und Bein und trifft mich unvermittelt mitten in meinem Innersten.

Am Morgen noch habe ich im Health-Center die Aids-Tragödie Lesothos in geordneter Form erlebt. Sie war irgendwie fassbar, fast erträglich. Die funktionierende und zuverlässige Organisation in den Health-Centers, die kompetente Arbeit der Nurses, die sorgfältige Kontrolle der HIV-Therapien durch den Arzt vom Seboche-Spital, die Gratisabgabe der Medikamente, der Berg von Kranken-Dossiers, der Stück für Stück abgetragen wurde, im Gespräch mit den jeweiligen Patienten, viele davon scheinbar gesund und munter. Und hier, im Dunkel dieser einfachen Hütte, werde ich damit konfrontiert, was AIDS für die Menschen in Lesotho wirklich ist: eine schlussendlich unfassbare Tragödie, eine Katastrophe für die ganze Bevölkerung, vom kleinsten Kind bis zu den ältesten Menschen, eine immer wiederkehrende Bedrohung für jede Familie. Eine schwierige Zukunft für die jungen Generationen, bedroht von einer schweren, chronischen

Krankheit, abhängig von der täglichen Einnahme der Medikamente. Erträglich, wenn die Therapie Tag für Tag eingehalten wird, tödlich, wenn die Therapie aus oft unvermeidlichen Gründen zu spät begonnen oder unterbrochen wird. Für viele Kinder, vielleicht selbst auch erkrankt, ein Aufwachsen als Waisen oder Halbwaisen. Für die Grosseltern nicht endende Verantwortung für die zurückbleibenden Kinder ihrer toten Töchter und Söhne.

Der Ausbruch im dunklen Rondaval hört so abrupt auf wie er begonnen hat. Die junge Frau ist verstummt und verbirgt ihr Gesicht in den Händen. Die Grossmutter schaut durch die Tür in eine weite Ferne, die Kinder kauern noch immer still neben mir. Ich mache keinen Versuch, meine Tränen zurück zu halten.

Krankentransport auf steilen Pfaden

Draussen vor der Hütte stehen zwei Männer, in Woldecken gehüllt, und warten. Fritz und Niklaus sind unten zu sehen, sie werden bald hier sein. Sie kommen gar nicht dazu, die Patientin für den Transport aufzuheben. Aus der Hütte stürzt die junge Frau, die sich ihre kranke Schwester auf den Rücken geladen hat. Wortlos rennt sie mit ihr den Abhang hinunter, in einem Tempo, dass die andern kaum nachkommen.

Die Grossmutter ist noch drinnen. Ich gehe zu ihr und gebe ihr alles Geld, das ich bei mir habe. Sie nimmt es ohne grosse Worte, drückt mir die Hand. Sie zieht mich hinaus in die Sonne und zeigt weit hinter die Berge, nennt den Namen der nächsten Stadt in Südafrika, die dort liegt. Ich kann verstehen, dass ihre Tochter dorthin gegangen ist um zu arbeiten. Und dass sie von dort krank zurück gekommen ist.

Ich eile den andern nach. Sie tragen nun die Kranke zu fünft, zwei an jeder Seite, Fritz stützt ihren Kopf. Auch die Grossmutter ist auf dem Weg nach unten.

Zurück bleiben drei kleine, stumme Kinder, die nicht wissen, ob sie ihre Mutter je wieder sehen.

Beim Auto angekommen, drängen sich die Nurses und ich ins Heck, auf die Sitzbank wird die kranke Frau ge-

bettet, Fritz vorne und der Arzt am Steuer. Die Schwester drängt sich hinein und nimmt die Füsse der Kranken auf ihre Knie. Kurz vor der Abfahrt kommt die Grossmutter herbei geeilt und steigt ebenfalls noch ein. Sie bettet den Kopf ihrer kranken Tochter auf den Schooss, und hält ihn so liebevoll, als sei sie noch ihr kleines Kind, und als könne sie sie vor allem Bösen schützen.

Die Kranke hustet. Alle Fenster sind offen, die Nurses halten sich ein Tuch über Nase und Mund. „TB“, fällt mir ein und ich versuche, Nase und Mund mit meinen Händen abzudecken. Die Grossmutter wendet den Kopf und nickt mir lächelnd zu. Dann neigt sie sich zum Gesicht ihrer hustenden Tochter hinunter und flüstert zärtliche Worte. Einen Schutz braucht sie nicht.

Im Spital von Seboche angekommen, wird die Kranke in eines der einfachen, alten Eisenbetten im „Frauenzimmer“ gebettet. „Wenn sie die nächsten zwei Wochen überlebt, hat sie gute Chancen“, sagt Niklaus Labhardt.

Ich verabschiede mich. „Ich bin Käti“, sage ich, und die Grossmutter nennt mir ihren Namen. Ich muss ihn aufschreiben, er ist schwer zu behalten. Sie sagt ihm mir zweimal ganz langsam vor: MUNSEKISE NKELA

Nachtrag

Zurück in Basel erreicht uns ein Mail aus Seboche:

«Leider hat die TB-Patientin die zwei ersten Wochen nicht überstanden. Es sah am Anfang noch hoffnungsvoll aus, aber nach einer Woche bekam sie plötzlich Atemnot und verstarb - wieder 4 Aids-waisen mehr.

Eine von vielen traurigen Geschichten. Die einzige Lösung ist, dass man die Leute viel früher unter Therapie bekommt - wenn sie noch asymptomatisch sind. nächste Woche beginnen wir nun Kampagnen wo Teams in entlegenen Dörfern an jede Türe anklopfen und einen HIV-Test plus andere wichtige Dinge (Blutzucker, Blutdruck, Gewicht, Impfungen, Vitamin A, Family Planning, Deworming, etc.) anbieten. Ich hoffe sehr, dass wir so auch aus entlegenen Gebieten Patienten früh unter Behandlung bekommen.

Dr. Niklaus Labhardt»



Im Schatten von HIV

Chronisch nicht-übertragbaren Erkrankungen

Lange wurde sie verkannt, die stille Epidemie der chronisch nicht-übertragbaren Erkrankungen in Entwicklungsländern.

VON NIKLAUS LABHARDT
DR. MED., ZURZEIT IN LESOTHO

Als Malekunutus Mutter an AIDS starb, blieb nur noch ihre Grossmutter. Diese ist 50-jährig und ebenfalls HIV-positiv. Im Unterschied zu ihrer Tochter hatte sie jedoch früh mit der anti-retroviralen Therapie begonnen und das Virus scheint

im Moment unter Kontrolle. Trotzdem ist Malekunutus Grossmutter schwer krank und hat wahrscheinlich nicht eine genügend grosse Lebenserwartung, um für ihre Enkelin, zu sorgen bis diese die Schule abgeschlossen hat. Sie leidet seit mehreren Jahren an einem Insulinpflichtigen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), aufgrund dessen sie schon mehrmals komatös ins Spital eingeliefert werden musste. Bis anhin konnten die Kosten dafür von der verstorbenen Tochter, Malekunutus Mutter, getragen werden – nun ist niemand mehr da, der bezahlen kann. Während alle HIV-assoziierten Medikamente und Untersuchungen für die PatientInnen gratis sind, sind alle anderen Therapien immer noch

kostenpflichtig. Im Beispiel von Malekunutus Mutter ist es das Insulin, das sie eigentlich zweimal täglich spritzen sollte, das sie aber nicht bezahlen kann und aufgrund eines fehlenden Kühlschranks auch nur begrenzt bei sich zu Hause aufbewahren kann.

Herz-Kreislauf, Diabetes usw.

Mit dem jährlichen Welt-Gesundheits-Bericht der Welt Gesundheits-Organisation (WHO) im Jahr 2005 wurde erstmals die bislang wenig beachtete Epidemie der chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten in Ländern mit tiefem und mittlerem Einkommen in einem breiteren Rahmen thematisiert (1). Über 80% der Todesfälle weltweit sind mittlerweile auf chronische, nicht-übertragbare Krankheiten zurück zu führen. Zu den nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen zählen Herz-Kreislauf Erkrankungen und ihre Folgen, Diabetes, chronische Lungenerkrankungen (v.a. COPD, Asthma, Silikose, etc.), psychische und Karzinom-erkrankungen. Man geht davon aus, dass diese Krankheiten weltweit sukzessive zunehmen werden (2). Selbst in Afrika, wo zur Zeit Infektionskrankheiten aufgrund von HIV, Tuberkulose und Malaria immer noch dominieren, geht man davon aus, dass sich die kardiovaskulären Erkrankungen zwischen 1990 und 2020 verdoppeln und die Diabetes-Prävalenz zwischen 2000 und 2030 gar verdreifachen wird (3) (4). Bereits jetzt sind Herz-Kreislauf Erkrankungen im Afrika südlich der Sahara die Todesursache Nummer eins unter über 30-Jährigen (5). Die Weltbank wies in einer Studie auf die massiven ökonomischen Konsequenzen einer derart drastischen Zunahme dieser Erkrankungen hin, da sie nicht nur zu Tod im erwerbstätigen Alter sondern auch zu lebenslanger körperlicher Behinderung (z.B. durch Schlaganfall) führen können (6) (7).

Epidemie der vermeintlichen „Wohlstandserkrankungen“

Die lange unbeachtete Epidemie der vormals als „Wohlstandserkrankungen“ taxierten Krankheiten trifft in Af-

rika auf ein unvorbereitetes Gesundheitssystem, und Geldgeber zeigten bis anhin kaum Interesse, in die Prävention und Therapie dieser Krankheiten zu investieren. Obwohl der Grosse Teil der aufgrund von Krankheit verlorenen Lebensjahre (Disability adjusted Life-years, DALYs) auf chronische Krankheiten zurückzuführen ist, investierte beispielsweise die WHO im 2008 nur 12% ihres Budgets in Programme, die diese Erkrankungen im Fokus hatten(8). So ist das Gesundheitssystem in den meisten Ländern Afrikas immer noch primär auf akute und infektiöse Gebrechen ausgerichtet. Angemessene Therapie und Diagnose für chronische Erkrankungen findet man nur in grösseren Spitälern in den Städten.

Anders als bei HIV sind die chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten (mit Ausnahme psychischer Erkrankungen) weniger mit einem Stigma behaftet. Der Prävention stehen allerdings kulturelle Idealbilder und Vorstellungen im Wege. So gilt es meist als schick, sich nicht zu bewegen, falls man nicht unbedingt muss, und Übergewicht wird als Zeichen von Gesundheit und Wohlstand gewertet. Doch auch wirtschaftliche Gründe stehen einer effektiven Prävention entgegen. So ist es für die arme Stadtbevölkerung, die nicht selbst Gemüse anbauen kann, günstiger, importierte Nahrung mit hoher Kaloriedichte einzukaufen als einheimische Agrarprodukte. Diese sind weit weniger gesund und führen eher zu Übergewicht.

Diabetes und Bluthochdruck in der Gesundheitsversorgung

Diabetes und Bluthochdruck, zwei prominente Vertreter der chronischen nicht-infektiösen Krankheiten teilen vier wichtige Aspekte mit HIV: es gibt effektive Präventionsmöglichkeiten, sie sind lange asymptomatisch, wären eigentlich einfach zu diagnostizieren und verlangen eine lebenslange tägliche Therapie. Diese Sachverhalte machen es notwendig, fachgerechte Prävention, Diagnose und Behandlung möglichst nahe an die Patientinnen und Patienten zu bringen. In der Schweiz sind die Hausärztinnen nahe bei den Patientinnen, im ländlichen Afrika die Gesund-



niklaus labhard

“ Von SolidarMed in Lesotho unterstützte HIV-Screening-Kampagnen werden beispielsweise nicht mehr isoliert durchgeführt, sondern in einem ganzen Paket an Diensten angeboten.

heitszentren. In einem Pilotprojekt in Kamerun, unterstützt von der coopération afrique und der coopération cameroun-jura-suisse, wurden die Krankenpflegerinnen von 75 Gesundheitszentren in acht Distrikten zur effektiven Prävention, Diagnose und Therapie von Bluthochdruck und Typ 2 Diabetes ausgebildet. Eine Projektevaluation nach zwei Jahren zeigte, dass die Ausrüstung und Ausbildung durchaus eine gewisse Nachhaltigkeit zeigten, dass aber weniger als einer von fünf diagnostizierten Patienten über mindestens ein Jahr in Therapie blieb (9). Patientinnen über Jahre hinweg zu motivieren, für eine oligosymptomatische Krankheit regel-

mässig den Arzt aufzusuchen und die verschriebenen Tabletten auch einzunehmen, ist bereits in Industrieländern eine Herausforderung. In Ländern mit tiefem Einkommen kommen Transport- und Behandlungskosten als weiteres Hindernis hinzu. In einer nachfolgenden Studie im selben Projektgebiet konnte zwar gezeigt werden, dass Patientinnen deutlich besser in Behandlung gehalten werden können (2 von 3 sind nach einem Jahr noch in Behandlung), wenn vor Behandlungsbeginn ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt wird und die Patientinnen, falls sie den Kontrolltermin nicht wahrnehmen, mit einem Standardbrief, der von einem

Dorf-Gesundheitsarbeiter überbracht wird, dazu aufgefordert werden, möglichst bald ans Gesundheitszentrum zu kommen (10). Dennoch bleiben die Chronizität und die damit verbundenen Kosten die grösste Herausforderung in der Therapie von Bluthochdruck und Diabetes in Afrika.

Verteilkämpfe – Integration als Antwort

Im September dieses Jahres fand die erste UN-Generalversammlung zum Thema chronische nicht-übertragbare Krankheiten statt. International wurde starker Druck ausgeübt, den chronischen Krankheiten endlich mehr Beachtung zu verschaffen (11). Leider wird aber der Kuchen für Gesundheitsprojekte in den südlichen Ländern nicht grösser, sondern angesichts der Wirtschaftskrisen eher kleiner. Es kommt daher mehr und mehr zu Verteilkämpfen unter verschiedenen Interessenvertretern, in denen beispielsweise Mutter-Kind-Gesundheit gegen Diabetes und HIV gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgewogen werden. Eine Antwort darauf kann nur eine grundsätzliche Stärkung der Gesundheitssysteme und damit der Gesundheitsversorgung in diesen Ländern sein. Statt weiterhin vertikale Projekte zu betreiben, die sich auf einen spezifischen Bereich konzentrieren, sollte auf eine integrierte Grundversorgung, die alle häufigen und wichtigen Gesundheitsaspekte in einer Bevölkerung abdeckt, hingearbeitet werden. Durch Integration verschiedener Aspekte in die primäre Gesundheitsversorgung wird die Effizienz gesteigert und es werden Kosten gespart. Für die Bevölkerung sind integrierte Angebote auch besser erreichbar, da sie – wie z.B. im Falle von speziellen HIV-Kliniken – nicht mit Stigma behaftet sind. Von SolidarMed in Lesotho unterstützte HIV-Screening-Kampagnen werden beispielsweise nicht mehr isoliert durchgeführt, sondern in einem ganzen Paket an Diensten angeboten (siehe Bild): Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Entwurmung, Vitamin A und Impfungen für Kinder, Familienplanung, Tuberkulose Screening und HIV-Test. Dies erlaubt es, gleichzeitig einen grösseren Teil der Bevölkerung zu erreichen und

verschiedene Bedürfnisse abzudecken (12). Dem HIV-Test wird damit auch das Stigma entzogen, da er als integrierter Teil eines „gesamt Check-ups“ angeboten wird.

Um nachhaltig betrieben werden zu können, müssen in armen Ländern die aktuell vertikalen Projekte in eine breitere primäre Gesundheitsversorgung integriert werden, die mehr als nur diejenigen Krankheiten abdeckt, welche zur Zeit bei Geldgebern gerade „sexy“ sind. Dabei müssen chronische Krankheiten mit einbezogen werden – auch wenn uns in den Geberländern die Geschichte eines unterernährten Kleinkindes stärker berührt als diejenige einer übergewichtigen Grossmutter mit Diabetes.

Einen Schwerpunkt über die Projekte von Niklaus Labhardt in Kamerun haben wir im Mai 2008 in unserer Ausgabe 2.08 publiziert.

(1) World Health Organization: Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. ISBN 92 4 156300 1. Abrufbar unter www.who.int

(2) World Health Organization. Cardiovascular disease: guidelines for prevention and control 2007. Abrufbar unter www.who.int

(3) berand, yudkin js. Diabetes care in sub-saharan africa. *Lancet* 2006;368:1689-95

(4) Miranda JJ, Kinra S, Casas JP, Davey Smith G, Ebrahim S. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Trop Med Int Health* 2008;13:1225-34

(5) Gaziano Ta, Reddy Ks, Paccaud F, Horton S, Chaturvedi V. Cardiovascular Disease (Chapter 33). In: *Disease Control Priorities In Developing Countries*. 2nd Edition (Eds: Dt Jamison Et.Al.). Washington, D.C.: Oxford University Press And The World Bank, 2006. P. 645-62

(6) Rasmn, Stuckler D, Rocco L. Chronic disease: an economic perspective. *Chronic disease: an economic perspective* 2006

(7) Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1929-38.

(8) Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M. WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis. *Lancet* 2008;372:1563-9

(9) Labhardt ND, Balo JR, Ndam M, Grimm JJ, Manga E: Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res* 2010, 10:339

(10) Labhardt Nd, Balo Jr, Ndam M, Manga E, Stoll B: Improved Retention Rates With Low-Cost Interventions In Hypertension And Diabetes Management In A Rural African Environment Of Nurse-Led Care: A Cluster-Randomised Trial. *Trop Med Int Health* 2011

(11) Time for action in New York on non-communicable diseases. *The Lancet*. [Volume 378, Issue 9795](http://www.thelancet.com), Page 961, 10 September 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)61389-5

(12) Solidarmed. Comparison of door-to-door versus Community gathering to provide HIV counseling and testing services in rural Lesotho (dodopi) – study protocol. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/nct01459120>