

„Hier zu leben ist nicht einfach“

Beobachtungen und Gedanken zur Gesundheitsversorgung in Malawi



Malawi, in Südostafrika gelegen, gehört zu den ärmsten Ländern der Welt. Dr. Florian Neuhann schildert anhand eigener Eindrücke und Erfahrungen den weiten Weg, den das Land vor allem im Kampf gegen HIV/AIDS bestritten hat. Strukturelle Probleme und knappe Ressourcen – auch im Gesundheitswesen – bestehen hingegen noch immer, Armut herrscht noch immer vor.

Malawi – der Erdkundelehrer hatte es vor vielen Jahren nicht diskriminierend gemeint, sondern wegen seiner geographischen Begrenzung entlang des Lake Nyasa – als den „Wurmfortsatz Afrikas“ bezeichnet. Die Malawier selbst bezeichnen ihr landschaftlich sehr reizvolles Land gern als das „warme Herz von Afrika“ (► **Abb. 1**).

2002, als ich das Land selbst kennenlernte, bestimmten HIV/AIDS und Armut das Bild. „Malawi – (k)ein hoffnungsloser Fall“, so lautete der Titel des Beitrags eines damaligen Kollegen aus dem deutschen Programm „Integrierte Fachkräfte“ im „Deutschen Ärzteblatt“. Er beschrieb hier seine Erfahrungen als Internist im Zentralkrankenhaus in Lilongwe, der Hauptstadt des Landes. Die Personalsituation war desolat, diagnostische und therapeutische Optionen extrem begrenzt. Zudem fand zu der Zeit ein Cholera-Ausbruch statt. Und heute – 20 Jahre später? Die Ambivalenz der Einschätzung, wie sie der Kollege im Titel suggeriert, besteht aus meiner Sicht weiterhin.

Personalknappheit, Klimawandel, Mangelernährung

Damals wie heute herrscht Personalknappheit im Gesundheitswesen: Auch 2022 kommen auf 100 000 Einwohner in Malawi gerade mal 4 Ärzte – die Mindestempfehlung der WHO lautet 20/10 000. Weiterhin bestehen Versorgungsengpässe bei Diagnostik und



► **Abb. 1** Ein mit Holz beladenes Fahrrad – kein seltener Anblick in Malawi. Die weitgehende Abholzung zieht einschneidende Konsequenzen wie Erosion nach sich und verstärkt noch die Folgen des Klimawandels. Symbolbild, Quelle: © ragnarok79/stock.adobe.com

Medikamenten – und erneut herrscht ein Cholera-Ausbruch in 16 Distrikten des Landes. Hoffnung also – worauf? Welche positiven Entwicklungen hat es gegeben? Und was hat sich nicht gebessert?

Die Hoffnung, die bestand und sich erfüllte, war, dass HIV/AIDS in Malawi erfolgreich eingedämmt werden kann und sich damit einhergehend auch die Lebensumstände nachhaltig bessern, die Armut verringert wird. Letzteres hat sich jedoch nicht erfüllt – also doch ein hoffnungsloser Fall?

Zomba ist eine der größeren Städte Malawis, im südlichen Teil des Landes am Fuße von bis zu 2200 m hohen Bergen gelegen. Ich nehme an einem Workshop für Projektplanung und Fortbildung am Zentralkrankenhaus dieses Distrikts teil – eine Zeitreise beginnt.

Die Stadt ist in den letzten 20 Jahren erheblich gewachsen, der Bergwald ist inzwischen fast völlig abgeholzt. Doch nach

wie vor sehen wir Frauen wie Männer mit Holzlasten auf dem Kopf den Berg herunterwandern. Die Last auf dem Kopf kann geschätzt 40–50 kg betragen: Brennholz für die Küche, für Holzkohle zum Eigenbedarf, zum Verkauf. Auf Fahrrädern werden, sehr geschickt aufgeschichtet, Holzscheite den Berg hinunter transportiert – der Balance- und Kraftakt ist bewundernswert. Die negativen Folgen der weitgehenden Abholzung wie Erosion werden nicht lange auf sich warten lassen. Sonnenkraft, die verfügbar sein könnte, wird kaum genutzt – zu hoch sind die Kosten für die Panels. Zugang zu Elektrizität haben nur ca. 30 % der Bevölkerung. Der Pro-Kopf-Ausstoß von CO₂ in Malawi liegt bei 0,07 t und damit um den Faktor 100 unter dem in Deutschland. Folgen des Klimawandels sind bereits spürbar: In den letzten beiden Jahren haben Tropenstürme erhebliche Verwüstungen im Süden des Landes angerichtet. Menschen verloren ihr Leben, Haus, Hab und Gut, die Ernte.

Jacaranda-Bäume blühen, wie vor 20 Jahren sitzen Frauen am Straßenrand neben pittoresk gestapelten Tomaten, Papayas, Mangos, Waldbeeren, die sie zum Verkauf anbieten – die Armut scheint sich nicht verändert zu haben. Und tatsächlich leben ca. 70% der auf knapp 20 Millionen angewachsenen malawischen Bevölkerung in extremer Armut: In Dollar ausgedrückt heißt das nach internationalen Standards: weniger als 2,15\$ pro Tag. Berechnungen zufolge lägen allein die Kosten für gesunde Ernährung bei über 3\$ pro Tag.

Jetzt beginnt die Zeit, in der das besonders spürbar wird, wenn die Vorräte zur Neige gehen und bis zur nächsten Ernte noch ein paar Monate vergehen. Die kleinen Felder sind zur Aussaat von Mais vorbereitet, der Regen kommt aber – wenn er kommt – erst in 4 Wochen. Wer zu früh aussät, dem vertrocknen die Saat oder die jungen Pflanzen, wer zu spät dran ist, dem können die jungen Mais-Pflanzen weggespült werden – auch ohne die Zyklone der vergangenen Jahre.

Aber Mais allein? In der Social-Media-Gruppe der „Clinicians“ (Ärzte und Clinical Officer) unserer Partnerorganisation Lighthouse wird der Fall einer 42-jährigen Frau dargestellt und diskutiert – sie kommt abgemagert in das Hospital, mit Dermatitis, Diarrhoe und Verwirrtheit – dem DDD (Dermatitis Diarrhoe Dementia) der Pellagra!

Manchmal folgt auch ein viertes „D“ für „death“. Ein Anhaltspunkt für einen sekundären Vitamin-B3-Mangel findet sich nicht – es wird wohl Mangelernährung sein. Ja, meint mein malawischer Kollege – diese Jahreszeit ist die Zeit, in der der Hunger beginnt. Im Social-Media-Chat werden die richtigen Weichen für diesen Fall gestellt – Niacin! Sonnenschutz! Hautcreme! Nahrungsmittelhilfe! Und ein Foto wird gepostet: Niacin, tatsächlich aufgetrieben, in der Krankenhaus-Apotheke.

Warum ändert sich an der Armut nichts?

Regierungen und Präsidenten sind gekommen und gegangen – die Armut bleibt, sagt Luisa (28 Jahre alt). „Ah, to live here

in Malawi, ah, that's not easy“. Für sich und ihre Tochter verdient sie als Masseurin in einem Hotel ca. 45 000 Kwacha, knapp 45€ im Monat – es kommt darauf an, wie viele Gäste zur Massage kommen. Das Geld geht fast vollständig für die Miete drauf, sie lebt vom Trinkgeld und spart das Schulgeld für die Tochter zusammen. Sie will, dass die Tochter auf jeden Fall die Sekundarschule zu Ende bringt – für sie besteht noch die Hoffnung: Meiner Tochter soll es nicht so ergehen wie mir, ihr soll es mal besser gehen.

Warum ändert sich an der Armut nichts? Natürlich spielt die Binnenlage des Landes eine Rolle, die Regulierung des globalen Handels. Anders als das Nachbarland Sambia verfügt Malawi auch nicht über Bodenschätze wie das Kupfer, größere landwirtschaftliche Farmen sind die Ausnahme. Dazu kommen hausgemachte Probleme. Eine langjährige Beraterin des malawischen Finanzministeriums fasst die Lage so zusammen: Trotz wichtiger Erfolge im Gesundheitsbereich hat es in den letzten 15 Jahren praktisch keine Fortschritte bei der Armutsbekämpfung gegeben. Malawis fiskalischer Spielraum schrumpft weiter, die Staatsverschuldung ist auf 59% des BIP gestiegen.

Einblick ins örtliche Krankenhaus

2019 starben erstmalig seit dem Ausbruch von HIV mehr Menschen in Malawi an kardiovaskulären Erkrankungen als an HIV, dennoch sind neben HIV nach wie vor Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Pneumonie und Durchfallerkrankungen die wesentlichen Todesursachen.

Bei einem Besuch auf der Station des Zentralkrankenhauses in Lilongwe hat sich auf den ersten Blick nichts geändert: 6 Patienten in einem Zimmer, Matratzen auf der „Khonde“, dem zum Krankenzimmer umfunktionierten Balkon. Zur Besuchszeit quillt die Station über mit Angehörigen, die ihre Verwandten versorgen. Das Krankenhaus wurde in den 70-er Jahren geplant und gebaut – damals lebten in Malawi insgesamt 6 Mio. Menschen. Für die heute ca. 3 Mio. Menschen im Einzugsgebiet des Krankenhauses genügt es in

Größe und Funktionalität nicht den angemessenen Ansprüchen der Patientenversorgung. Die Infrastruktur im Gesundheitswesen und auch im Erziehungssektor konnten in keiner Weise Schritt halten mit dem Bevölkerungswachstum.

Jede Visite auf der internistischen Station ist eine medizinische und menschliche Herausforderung. Wo in Deutschland ein dringliches Konsil angefordert wird, müssen die Kollegen/-innen hier ad hoc Entscheidungen treffen – clinical reasoning. Was ist das wahrscheinlichste, dringlichste Problem? Wie können wir unseren Verdacht untermauern? Und hätten wir eine Behandlungsoption und lässt sich diese auch im Leben dieser Menschen umsetzen? Eine Diagnosestellung erfolgt häufig noch „juvantibus“. Sie reicht oft nicht. Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen kann so nicht oder nur unzureichend geholfen werden.

Während also die HIV-Therapie aktuellem Standard entspricht (wenn auch mit weniger Laborkontrollen), erreicht die Therapie für andere Erkrankungen oft nur „Substandard“. Und das nicht, weil das Personal – sagen wir, die Ärzte – „keine Ahnung“ hat. Nein, sie kennen oft die angemessene Behandlung, müssen aber die Diskrepanz zwischen Wissen und Möglichkeiten aushalten und austragen.

Zur Illustration sei hier der Fall eines 61-jährigen Mannes geschildert, der seit 2006 antiretroviral behandelt wird und der 2011 zusätzlich mit Diabetes Typ 2 diagnostiziert wurde. Die Viruslast liegt stabil unter der Nachweisgrenze, der HbA1C-Wert bei 10,5%. Die Behandlung mit Metformin und Glibenclamid scheint angereizt. Bei der Behandlung mit Dolutegravir und Metformin gilt es, die Interaktion zu beachten. Und Insulintherapie? Nach wie vor, so höre ich in der Fallbesprechung, möchte man die Behandlung hinauszögern. Es gibt neben der medizinischen Indikation vieles andere zu bedenken. Kann Insulin zu Hause korrekt aufgezogen und injiziert, aber auch gelagert werden? Wie hoch ist das Hypoglykämie-Risiko? Wo und wie oft gibt es die Möglichkeit zur Blutglukose-Bestimmung? Strukturierte Patientenschulungen für Patienten mit Diabetes gibt es nicht, zumindest nicht in

der Fläche. Landesweit liegt die Prävalenz für Diabetes immerhin bei knapp 5 %.

Was also macht hoffnungsvoll?

Malawi hat mit viel internationaler finanzieller Hilfe, ja Abhängigkeit von dieser Hilfe, HIV kontrollieren können. Der Unterschied zwischen 2002 und 2022 könnte nicht größer sein. Lag die Lebenserwartung 2002 bei 45 Jahren, ist sie seither auf 64,3 Jahre gestiegen – deutlich höher auch als vor der HIV-Pandemie. 2002 starben 75 000 Menschen in einem Jahr an AIDS, Medikamente wurden gerade eingeführt (2500 Kwacha für einen Monat Behandlung – die Tabletten wurden Ma2point5 („die für 2500“) genannt). Ab 2005 wurden die Medikamente durch die Mittel des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria kostenfrei. Heute sind ca. 900 000 Patient*innen unter Behandlung und mehr als 90 % viral supprimiert: Ziel also erreicht! Aber das Ziel, die Epidemie zu stoppen, ist dynamisch – aufhören geht nicht.

Und dann ist da die Initiative lokaler engagierter Krankenpflegekräfte und Clinical Officer: Ende der 90-Jahre begannen sie mit einfachsten Mitteln Hausbesuche bei AIDS-Kranken in Lilongwe durchzuführen. Aus dieser Initiative entstand eine international anerkannte Institution, die einen großen Beitrag zur Kontrolle der HIV-Epidemie in Malawi geleistet hat und weiter leistet: unsere Partnerorganisation *Lighthouse*. In den vergangenen 20 Jahren hat sich aus der freiwilligen Initiative eine Institution entwickelt, die in allen Zentralkrankenhäusern HIV-Therapie anbietet, gerade auch bei komplexeren Fragestellungen und Befunden. Die größte Klinik befasst sich besonders mit Ko-Infektionen von HIV und Tuberkulose. In den letzten Jahren ist das Management von Ko-Morbidität wie Hypertonie und anderen kardiovaskulären Erkrankungen hinzugekommen (► **Tab. 1**).

Weitere Unterstützung

Die Arbeit und die Eindrücke in Malawi von 2002 haben mich jetzt seit 20 Jahren begleitet und dazu geführt, die Institution,

► **Tab. 1** Behandelte Patienten in „Lighthouse“-Kliniken.

Lighthouse-Kliniken	Patienten in HIV-Behandlung, September 2022	Anteil Patienten mit supprimierter Viruslast
Bwaila Clinic Lilongwe	24 847	96 %
Lighthouse Clinic Lilongwe	12 657	98 %
Mzuzu Central Hospital	5478	90 %
Zomba Central Hospital	7361	98 %
Umodzi Family Clinic Blantyre	15 360	96 %
Gesamt	65 703	96 %

für die ich damals Mitverantwortung trug, zusammen mit einigen Kolleginnen und Kollegen, weiter zu unterstützen.

Wie und wo können wir die lokale Arbeit unterstützen? Im Fall von Lighthouse kommt das Geld im Wesentlichen vom amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention (CDC)“. Diese legen strenge Maßstäbe an: Wer das Geld bekommt, muss zuverlässig liefern. Organisationen, die das nicht schaffen, verlieren das Funding.

Ohne das Geld von CDC wären vieles nicht machbar, die Kontrolle der Epidemie in Malawi wäre nicht möglich geworden. Ebenso aber gilt: Ohne das Engagement auf malawischer Seite, besonders in lokalen Organisationen wie dem Lighthouse, wäre die erfolgreiche Arbeit auch nicht möglich gewesen. Dabei muss sich das Lighthouse und muss sich Malawi in Zukunft wieder stärker auf die eigenen Kräfte besinnen und die Finanzierungsquellen diversifizieren. Die Abhängigkeit von einem großen Geber ist riskant. Mit dem Verein „Freunde des Lighthouse“ versuchen wir, diesen Ansatz zu stärken, wir unterstützen identifizierten Bedarf an medizinischer Fortbildung, verbessern die diagnostische Ausrüstung, und wir helfen, Lücken bei der Medikamentenversorgung oder Laborreagenzien zu überbrücken. Zuletzt konnten wir den Bau von 4 zusätzlichen Klinikräumen und eines Sozialraums finanzieren, die im November dieses Jahres in Betrieb genommen wurden.

Die Notwendigkeit für „continuous medical education“ wird auch in Zukunft einen Schwerpunkt unserer Arbeit ausmachen.

In Bezug auf die Infrastruktur wollen wir helfen, das Zentrum auf eine Energieversorgung durch Photovoltaik umzustellen. Gerade wegen der Probleme der öffentlichen Hand scheint es so wichtig, zivilgesellschaftliches Engagement und Akteure wie das Lighthouse zu unterstützen.

Also doch ein hoffnungsvoller Ansatz. Und die Jacaranda blüht, wie jedes Jahr um diese Jahreszeit.

FREUNDE DES LIGHTHOUSE

Wir freuen uns, wenn Sie die Arbeit für das Lighthouse unterstützen:
Freunde des Lighthouse
KD Bank Freunde des Lighthouse
IBAN DE76 3506 0190 1014 367 019
BIC GENODED1DKD

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

Dr. Florian Neuhauss

Heidelberger Institut für Global Health
Universitätsklinikum Heidelberg

Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2022; 147: 1639–1641

DOI 10.1055/a-1971-4582

ISSN 0012-0472

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany