



HIV-Behandlung in Simbabwe bedeutet Hoffnung, aber zunächst: warten.

HIV-THERAPIE IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN

Mit Herzblut und Geduld, aber nicht streng nach Lehrbuch

Ein Tag in der HIV-Klinik von Ärzte ohne Grenzen in Epworth, einem Vorort von Harare, der Hauptstadt Simbawwes. Dort werden täglich 300 Patienten betreut.

Vier Millionen Menschen, die mit dem menschlichen Immunschwächevirus (HIV) infiziert sind, erhalten derzeit die lebenswichtigen antiretroviralen Medikamente. Wie die Behandlungswirklichkeit hinter diesen Zahlen aussieht, davon wissen nur wenige. Einen Eindruck vom medizinischen Alltag in Entwicklungsländern bietet die HIV-Klinik der Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen in einem armen Vorort von Harare, der Hauptstadt Simbawwes. In der Epworth Polyclinic werden seit drei Jahren HIV-Infizierte behandelt. Inzwischen sind es mehr 7 000 Patienten, von diesen erhalten etwa 4 500 antiretrovirale Medikamente. Ein Hoffnungsschimmer für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

Geleitet wird die Klinik von vier bis fünf internationalen Mitarbeitern von Ärzte ohne Grenzen. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, stehen ihnen zwei einheimische Ärzte, circa 20 Pflegekräfte und etwa 100 weitere Angestellte zur Seite, die sich um Apotheke, Labor, Technik, Rezeption und Archiv kümmern.

Doch HIV-Behandlung in Epworth bedeutet vor allem eins: war-

ten. Schon morgens um 8.00 Uhr stehen die ersten der täglich 300 Patienten Schlange – zunächst an der Registrierung, dann vor den Sprechzimmern, vorm Labor, vor der Apotheke und zum guten Ende nochmals an der Terminvergabe für die nächste Behandlung. Häufig verbringen die Kranken bis zu sechs Stunden in der Klinik – wenn sie sich vorab für eine Konsultation angemeldet hatten. Ohne Terminvergabe kann die Wartezeit noch länger dauern.

Als Erstes startet das Labor mit der Arbeit, wo 80 bis 100 Blutentnahmen pro Tag anfallen. Andere Länder, andere Berufe – auf jeden Fall ist die Blutentnahme in Epworth keine ärztliche Aufgabe. Sie wird von einem „Phlebotomisten“ durchgeführt, der ausschließlich dafür ausgebildet wurde. Bestimmt werden CD4-Zellzahl, Blutbild und Leberwerte. Zudem stehen Schnelltests für HIV, Syphilis, Hepatitis B und C sowie die Tuberkulose- und Malaria mikroskopie zur Verfügung.

Bevor morgens die Sprechstunde beginnt, wird erst einmal Ausschau nach Schubkarren gehalten – für die Patienten, die zu krank sind, um ge-

hen zu können, oder die nicht das Geld haben für einen motorisierten Transport. Dies sind auch diejenigen Patienten, die viel zu spät und häufig zum ersten Mal die Klinik aufsuchen, viele mit dem Vollbild Aids. Es sind diejenigen, die keine Angehörigen haben, die sich rechtzeitig oder ausreichend um sie kümmern konnten. Obwohl ihre verbleibende Lebenszeit gering ist, gehören ihnen jeden Tag die ersten Stunden der Ärzte und Krankenschwestern, um sie vor einem qualvollen Aidsstod zu bewahren.

Dann folgt der schönste Teil des Arbeitstages: die Behandlung der Patienten, die erstmals mit ihrer antiretroviralen Therapie (ART) beginnen und auf Rettung hoffen. Everson war einer von ihnen. Beim ersten Mal kam er auch in der Schubkarre in die Klinik, von Tuberkulose verzehrt, von Durchfällen geplagt. Nach einem Monat ART stoppte die Diarrhö, und der Appetit wurde wieder größer. Heute arbeitet er als „Patientenexperte“ in der Poliklinik, betreut und informiert andere HIV-Infizierte.

Doch der Weg bis zur antiretroviralen Therapie ist lang. Zuvor müs-



sen opportunistische Infektionen erfolgreich behandelt worden sein. Die Patienten müssen ihre Therapietreue durch regelmäßige Klinikbesuche bewiesen und eine Reihe von Beratungssitzungen absolviert haben, bevor die Ärzte der Behandlung zustimmen. Bald sollen Krankenschwestern die Initiation von neuen ART-Patienten übernehmen, denn es gibt einfach nicht genug Ärzte für diese Aufgabe. Aber dieser Aufwand lohnt sich, wie die geringe Abbruchrate und steigende CD4-Zahlen als Äquivalent für ein gestärktes Immunsystem beweisen.

Am aufwendigsten in der Versorgung ist jedoch die große Menge an HIV-Patienten, die noch keine antiretrovirale Behandlung bekommen: Atemwegsinfekte, Tuberkulose, Durchfall, Kachexie, Meningitis und Hautausschläge bestimmen hier das klinische Bild. Bei Atemwegsinfekten wird kurz nach Dauer, Husten, Fieber und Auswurf gefragt und einmal die Lunge abgehört. Bei geringstem Verdacht auf eine bakterielle Infektion wird empirisch antibiotisch behandelt. Denn jedes Warten kann zu lange dauern, zumal tägliche Wiedervorstellungen weder für Patienten noch Behandler möglich sind. An Medikamenten stehen immerhin Amoxicillin, Erythromycin, Doxycyclin und Ceftriaxon zur Auswahl.

Sollte die Antibiotikabehandlung nicht anschlagen, dann deutet alles auf eine Lungentuberkulose hin. Mehr als die Hälfte aller Simbabweer soll mit Tuberkelbakterien infiziert sein: Mehr als 80 Prozent aller Tuberkulosefälle betreffen HIV-positive Patienten. Das Sputum wird untersucht, nach Ziehl-Neelsen-Färbung wie aus dem Mikrobiologiekurs, und es werden Thoraxaufnahmen gemacht, falls das 30 Kilometer entfernte Röntgengerät gerade funktioniert. Auch hier wird beim geringsten Verdacht tuberkulostatisch behandelt, denn Zögern kann man sich nicht leisten. Auch in Afrika gilt: Häufiges ist häufig, und Seltenes ist selten.

Neben Husten sind Durchfälle die häufigste Symptomatik. Stuhl-diagnostik? Fehlzanzeige. Elektrolytlösung und Flüssigkeitszufuhr sind immer richtig. Unkomplizierte

Durchfälle bekommt man mit Metronidazol in den Griff, das macht der Giardia den Garaus. Wenn es komplizierter oder blutig wird, gibt es Ciprofloxacin gegen vermeintlich bakterielle Ursachen. Hilft auch das nicht, wird (allen Lehrbuchempfehlungen zum Trotz) zu Loperamid gegriffen und gehofft, dass die bald begonnene antiretrovirale Medikation wenigstens halbwegs resorbiert wird. Nur ein gestärktes Immunsystem kann in diesem Fall den Durchfall stoppen.

Gewichtsverlust ist ein häufiges Indiz für Tuberkulose

Viele Patienten kommen mit Gewichtsverlust als einzigem Symptom. Dann ist die Anamnese wichtig: Fieber, Nachtschweiß oder sonstige B-Symptome? Vielleicht lag es doch an längerem Durchfall, oder gab es einfach nicht genug zu essen im Haushalt? Die körperliche Untersuchung gibt oft nur wenig Hinweise. Ein großer, verschmolzener, schmerzfreier Lymphknoten lässt an eine extrapulmonale Tuberkulose denken. Aber auch ohne so einen klaren körperlichen Befund wird bei mangelnder Erklärung für die Gewichtsabnahme eine Tuberkulosebehandlung begonnen. Das steht in keinem Lehrbuch, aber es hat bei den eingeschränkten medizinischen Möglichkeiten in Simbabwe schon viele Menschen gerettet.

Auch vergeht kein Tag ohne sexuell übertragbare Erkrankungen.

Chlamydien, Gonokokken und Trichomonas sind weit verbreitet und oft Voraussetzung für eine weitere HIV-Infektion. Kulturen oder Abstriche? Weit gefehlt. Vaginaler Ausfluss bei Frauen kann durch alle drei Erreger verursacht werden, also werden gleichzeitig alle behandelt, das ist Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation. Cefixim, Azithromycin und Metronidazol, einmal eine Handvoll Medikamente, sofortige Einnahme unter Aufsicht des Apothekers, und die Behandlung ist abgeschlossen. Nur wenn es sich auch um eine zusätzliche Pilzinfektion handelt, dauert die Therapie länger.

Für schwer kranke Patienten gibt es eine Tagesklinik. Hier besteht die Möglichkeit für intravenöse Infusionen, Lumbal-, Pleura- und Aszitespunktionen, Verbandswechsel, i.v.-Antibiotikagabe oder die Verabreichung von Amphotericin B. Die Pflege übernehmen die Angehörigen, entsprechend laut und „wuselig“ ist es hier. Eine 24-Stunden-Versorgung ist nicht erlaubt.

Das nächste Krankenhaus, für das Ärzte ohne Grenzen einen Shuttleservice eingerichtet hat, ist 30 Kilometer entfernt. Doch dort sind die Medikamente kostenpflichtig, die Pflege ist ungeklärt, und auch auf eine gute ärztliche Behandlung kann man sich nicht verlassen. Daher ziehen es die Patienten vor, abends nach Hause zu gehen und am nächsten Morgen erneut in der Poliklinik anzustehen.

Die ersten Stunden des Tages gehören den „Schubkarren“ mit Patienten im fortgeschrittenen Stadium der HIV-Infektion.



Während all des hektischen Treibens läuft etwas abseits seit den frühen Morgenstunden der Betrieb der Tuberkuloseklinik, wo 600 bis 700 Patienten dauerhaft unter Behandlung stehen. Die Diagnose wird durch Sputummikroskopie, Röntgen und klinische Algorithmen gestellt. Algorithmus ist dabei ein euphemistisches Wort für Erfahrung – aber wer entscheidet sonst, ob ein zweiter Antibiotikaversuch sinnvoll ist, wie häufig das Sputum untersucht werden soll und ob das anerkannt unspezifische Röntgenbild bei tuberkuloseerkrankten HIV-Patienten in diesem einen Fall doch ausreichend spezifisch genug ist für eine Diagnosestellung?

Die Behandlung besteht im Normalfall aus zehn ambulanten Besuchen innerhalb von sechs Monaten. Ein Krankenhausaufenthalt für Tuberkulosefälle ist die absolute Ausnahme. Die Frage nach dem Infektionsschutz lässt einem „die Haare zu Berge stehen“, frische Luft muss reichen. Husten und Tuberkulose sind einfach überall, der Mundschutz wird nur schwer akzeptiert.

Die Folgen für die Mannschaft von Ärzten ohne Grenzen sind unterschiedlich: Ein deutscher Arzt hat nach etwa 1 000 Tuberkulosebehandlungen bei seiner Heimkehr nicht einmal einen positiven Infektionsnachweis im modernen Quantiferontest. Eine Kollegin musste mit fulminanter Lungentuberkulose per Rettungslug auf eine Intensivstation

on nach Johannesburg evakuiert werden.

Anders sieht es beim Kaposi-Sarkom, einer herpesvirusassoziierten Gefäßneoplasie, aus. Für viele Menschen sind die dunkel-lividen Hauttumoren noch immer ein Synonym für Aids und damit gleichbedeutend mit Tod. Doch die Diagnose ist oft schon klinisch offensichtlich und wird mit Hilfe einer Biopsie gestellt – auch in Epworth.

Einmal pro Woche fährt das Shuttle ins Zentralkrankenhaus von Harare, dort werden Biopsien entnommen und auch schon mal gern vor Erhalt des Ergebnisses mit der Chemotherapie begonnen: Doxyrubicin und Bleomycin alle drei bis vier Wochen für drei bis sechs Monate). Paradoxerweise ist das moderne Konzept der ambulanten Chemotherapie hier eine Folge der medizinischen Unterversorgung. Dennoch sind die Heilungschancen (zusammen mit ART) gut.

Ein weiterer Klassiker in der HIV-Behandlung ist die Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PcP), die heute *Pneumocystis jirovecii* heißt. Die Symptome sind schleichend mit subfebrilen Temperaturen, chronischem Husten und zunehmender Belastungsdyspnoe.

Der Erfolg der Therapie ist unwahrscheinlich und macht die Runde. Kranke Verwandte und Bekannte aus dem ganzen Land werden von den Bewohnern aus Epworth zur Klinik gebracht, um umsonst behandelt zu werden. Aber es herrscht Planwirtschaft, und wer seinen festen Wohnsitz nicht in Epworth hat und bei einem Hausbesuch nicht zu Hause angetroffen wird, der wird nicht behandelt.

Das ist ein notwendiger Schritt, um den großen Anforderungen gerecht zu werden. Immerhin wohnen geschätzt 220 000 Menschen in Epworth; bei einer HIV-Prävalenz von minimal 15 Prozent (Weltgesundheitsorganisation) müsste die Poliklinik 33 000 Patienten versorgen. Von staatlicher Seite gibt es keine weiteren HIV-Behandlungsmöglichkeiten; und die Konsultation privater Ärzte sowie deren Verordnungen sind nicht bezahlbar für eine Bevölkerung, die zu 80 Prozent arbeitslos ist.

Am Ende der geschäftigen Tage in der Poliklinik werden Menschen betreut, die mit einem neuen positiven HIV-Test erstmals in der Klinik sind. Sie haben sich in einem der mobilen Testzentren testen und beraten lassen und wurden zur Behandlung hergeschickt. Die Planwirtschaft erlaubt maximal 20 neue Patienten pro Tag. Da auch bei Ärzten ohne Grenzen die Kapazitäten begrenzt sind, wurden vorübergehend nur noch Kinder, Schwangere und TB-Patienten neu aufgenommen. Da häufig pädiatrische Formulierungen fehlen, wird mit verschiedensten Kapseln, Tabletten und Säften jongliert, um in der Kombinationstherapie jeweils die gewichtsadaptierte Dosis zu erreichen.

Was die Epworth Polyclinic sonst noch bewegt

In den letzten Jahren musste die HIV-Behandlung immer wieder wegen noch dringenderer Gesundheitsprobleme unterbrochen werden. Im Winter 2007 stieg die Zahl der mangelernährten Kinder so hoch, dass die Klinik ein Ernährungszentrum aufgemacht hat. 2008 brach die Cholera aus, der größte Ausbruch in Afrika seit Jahrzehnten mit 100 000 Infizierten. Da konnte es auch in der Epworth Polyclinic nicht nur um HIV gehen. Kürzlich kam es zu einem Masernausbruch, weil das Impfsystem in Simbabwe vor Jahren zusammengebrochen ist. Nur schnelle und massive Impfkampagnen konnten eine Epidemie verhindern, die für viele Kinder tödlich gewesen wäre. Auch da musste HIV hinten anstehen.

Dass Geld helfen kann zu heilen, hat die Epworth Polyclinic bewiesen, auch wenn dabei die Lehrbücher öfter mal zur Seite gelegt werden müssen. Wie einzelne Menschen dabei ihrem tödlichen Schicksal entrinnen, sind nach wie vor bewegende Geschichten. Eine davon erzählen HIV-Patientinnen aus der Epworth Polyclinic. Sie haben eine Fußballmannschaft gegründet, und ein Film wurde über sie gedreht: *The Positive Ladies Soccer Club* – schauen Sie sich den Trailer im Internet unter www.thepositiveladiesoccerclub.com an, er sagt mehr als diese Worte. ■

Volker Westerbarkey



Fotos: Ärzte ohne Grenzen