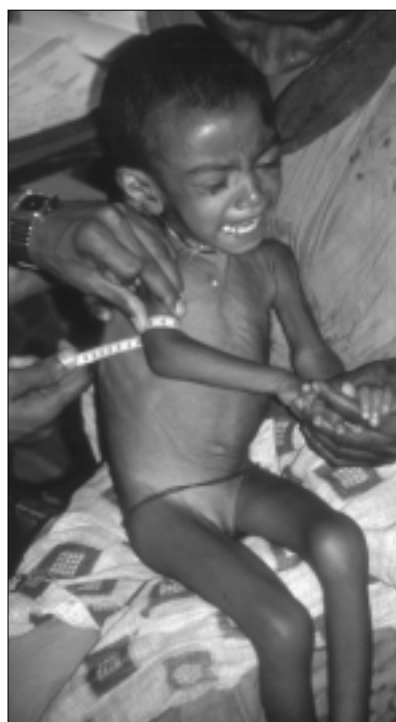


# Von der Kölner Uniklinik in die Slums von Bangladesch

*Einsatz in Dhaka im Dienste des Komitees „Ärzte für die Dritte Welt“ – Ein Erfahrungsbericht*

von Peter Horn\*

**B**is Ende vorigen Jahres arbeitete ich an der Klinik I für Innere Medizin der Kölner Universitätskliniken. Ehe ich ein Forschungsstipendium an einer amerikanischen Universität antrat, entschloss ich mich, mein bisher gesammeltes medizinisches Wissen dort auf den Prüfstand zu stellen, wo es am meisten gebraucht wird, bei den Ärmsten der Armen im Slum einer Millionenstadt der sogenannten Dritten Welt: Ich meldete mich beim Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ und wurde von ihm für acht Wochen in die Hauptstadt von Bangladesch, nach Dhaka, geschickt.



*Sumi, ein erheblich unterernährtes Kind. Foto: Horn*

Bangladesch hat etwa 125 Millionen Einwohner, ist flächenmäßig aber deutlich kleiner als die Bundesrepublik und einer der am dichtesten besiedelten Flächenstaaten überhaupt. Das Land ist bekannt für seine Armut und die regelmäßig wiederkehrenden schrecklichen Überschwemmungen. Der Anteil der Analphabeten an der Bevölkerung beträgt etwa 60 Prozent.

## Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“

In Dhaka – wie in sieben anderen Großstädten von Indien, Bangladesch, Kenia, Kolumbien und den Philippinen – unterhält die vor 16 Jahren vom Frankfurter Jesuitenpater Bernhard Ehlen gegründete Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“ nicht nur medizinische Langzeitprojekte für Slumbewohner, sondern unterstützt auch logistisch und finanziell den Bau von hygienischen Einrichtungen wie Brunnen und Latrinen sowie den Bau und den Unterhalt von Schulen.

Um die notwendige Kontinuität bei der ärztlichen Versorgung der Slumbewohner zu garantieren, sind jeweils zwei bis sechs Ärzte in sechswöchigen oder längeren Einsätzen vor Ort tätig, wo sie mit einem festen Team von einheimischen Helfern (Schwestern und Healthworkern) zusammen arbeiten, die zugleich als Dolmetscher fungieren. Alle Ärztinnen und Ärzte (bisher über 1.400) sind nicht nur unentgeltlich tätig, sondern müssen sogar mindestens die Hälfte der Flugkosten zu ihrem Einsatzort selber tra-

gen. Die darüber hinaus für die verschiedenen Projekte benötigten Mittel kommen durch Spenden zusammen, die hundertprozentig in die humanitäre Arbeit fließen.

Während meines Einsatzes in Dhaka habe ich gelernt, dass die Arbeit unter sogenannten einfachen Bedingungen in Wirklichkeit eine Arbeit unter sehr schwierigen Bedingungen ist. An fünf Tagen in der Woche fuhr ich jeden Vor- und Nachmittag mit einer deutschen Kollegin und einem kleinen Team einheimischer Helfer in ein anderes Slumgebiet der Zwölf-Millionen-Stadt. Begrüßt wurden wir stets von einer Schar fröhlich uns zujubelnder Kinder, aber auch von einer langen Schlange oft bereits seit Stunden auf uns wartender Patienten, für die unsere recht einfach ausgestattete Ambulanz – da kostenlos – die einzige Möglichkeit war, sich medizinisch behandeln zu lassen. Während unsere Arbeitsplätze und die Apotheke aus den zwei mitgeführten großen Kisten aufgebaut wurden, erhielten die wartenden Patienten von einem unserer einheimischen Healthworker Aufklärungsunterricht zum Beispiel über adäquate Ernährung, Hygiene und staatliche Impfprogramme.

## Arbeiten unter erschwerten Bedingungen

Das Krankheitsspektrum bei den täglich etwa 120 bis 150 von uns behandelten Patienten war ein deutlich anderes als wir es aus Deutschland gewohnt waren: Durchfälle mit und ohne Blutbeimengung, Wurm-

\* Dr. Peter Horn war als Assistenzarzt an der Universitätsklinik Köln tätig.



Ein Healthworker erteilt den wartenden Patienten Unterricht.

Foto: Horn

erkrankungen, Unterernährung, Atemwegsinfektionen, Tuberkulose und Skabies, Pyodermien sowie Verbrennungen und Abszesse waren die häufigsten Diagnosen. Besonders anfangs war ich recht froh, dass einige der einheimischen Mitarbeiter schon lange, zum Teil über zehn Jahre, im Projekt tätig waren und – obschon ohne formelle medizinische Ausbildung – über eine so profunde Erfahrung mit diesen mir allenfalls aus dem Lehrbuch bekannten Krankheiten verfügten.

Unsere Diagnosen mussten sich vor allem auf die von den Patienten vorgetragenen und von den Healthworkern übersetzten Beschwerden und Krankengeschichten sowie eine knappe körperliche Untersuchung stützen. Da uns keine Untersuchungsliege zur Verfügung stand, war dies nicht immer leicht zu bewerkstelligen. Wenn wir etwa den Bauch eines Patienten abtasten wollten, mussten sich die Patienten auf den Boden der Hütte legen. Um die Lunge abzuhören, waren wir gezwungen, das Geschrei der spielenden Kinder und den Lärm der in nächster Nähe vorbeifahrenden Züge zu überhören, waren doch viele Slums auf den freien Flächen unmittelbar neben den Bahngleisen entstanden.

Labor- und Röntgenuntersuchungen bei einem einheimischen „diagnostic center“ konnten wir nur selten vornehmen lassen, da sie von uns bezahlt werden mussten. Ich habe bei meiner Arbeit darum oft an die Ausführungen meines Kölner Professors Volker Diehl denken müssen, der uns in seinen Vorlesungen immer wieder darauf hinwies, dass die meisten Diagnosen auch ohne Inanspruchnahme hochtechnisierter (und teurer) diagnostischer Methoden und Apparate zutreffend gestellt werden können. Hatte ich während meiner Klinikjahre manchmal daran noch ungläubig gezweifelt, hier wurde ich eines Besseren belehrt und fand seine Aussage voll bestätigt.

Trotz unserer bescheidenen Mittel konnten wir den meisten Patienten – zumindest vorübergehend – helfen. Lepröse und Tuberkulosekranke durften wir an die hierfür bestehenden staatlichen Institutionen weitervermitteln. In sonstigen Fällen, bei denen eine Klinikeinweisung unumgänglich war, übernahm das Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ die Kosten.

Doch auch hier lauerten Probleme, auf die wir durch unsere nur am westlichen Kulturkreis ausgerichtete Ausbildung nicht vorbereitet wa-

ren. So schickte ich zum Beispiel die zweijährige, völlig unterernährte Sumi, deren Oberarmumfang statt der altersgemäßen 12,5 bis 13,5 cm nur 4,5 cm betrug, mit hohem Fieber und dem Verdacht auf eine Lungentzündung in das nächstgelegene Kinderkrankenhaus, und zwar, wie gefordert, zusammen mit ihrer Mutter, da diese wie dort üblich die Pflege und Versorgung ihres Kindes hätte übernehmen sollen. Nach einigen Tagen aber erschien die Mutter wieder in unserer Ambulanz mit der sterbenskranken Sumi auf dem Arm, um uns mitzuteilen, dass sie zu Hause noch vier weitere kleine Kinder zu versorgen hätte, ihr Mann gerade auf dem Lande arbeite und sie keine Verwandten und Freunde hätte, denen sie die anderen Kinder anvertrauen könnte.

#### Sichtweise auf die Medizin verändert

Erst durch das energische Eingreifen eines unserer Healthworker gelang es, die anderen Kinder bei Nachbarn und Sumi und ihre Mutter im Krankenhaus unterzubringen. Sumi hat ihre Lungentzündung inzwischen überstanden und konnte nach ihrer Entlassung aus der Klinik in das „feeding program“ des Komitees aufgenommen werden. Sie erhält jetzt regelmäßig Milchpulver und Linsen als Zusatznahrung. Was allerdings in Zukunft aus ihr werden wird, ist ungewiss, denn den wenigsten Slumbewohnern gelingt es, dem Teufelskreis der Armut zu entkommen.

Wenn ich auf die in Dhaka verbrachten acht Wochen zurückblicke, dann war es für mich eine bewegende und bewegte Zeit, in der ich viel erfahren und erlebt habe und die mich und meine Sichtweise auf die Medizin und unsere Lebensumstände in der westlichen Welt verändert hat. So profan es klingt: Wie gut es uns hier geht, kann man nur verstehen, wenn man einmal gesehen und erfahren hat, wie es „den anderen“ geht – und das heißt dem überwiegenden Teil der Weltbevölkerung.