

Gestern, heute, morgen

10 Jahre „Ärzte helfen hautkranken Kindern in Afrika e. V.“ – Persönliche Eindrücke

10 years “Doctors in Aid of Children with Skin Diseases in Africa” – Personal impressions

Wilfried Schmeller
Hanse-Klinik, Lübeck

JDDG; 2004 · 2:636–639 Eingereicht: 14. 1. 2004 | Angenommen: 30. 3. 2004

Zusammenfassung

Im Rahmen des etablierten Wissenschaftsbetriebs ist es als Dermatologe nur unter großem persönlichen Einsatz möglich, den Aufbau einer dermatologischen Grundversorgung in Entwicklungsländern zu initiieren bzw. zu unterstützen. Am Beispiel eines seit 10 Jahren bestehenden Primary Health Care-Projekts in West-Kenia werden eigene Erfahrungen geschildert. Zusätzlich wird auf die Probleme der Förderung der Tropendermatologie in Deutschland hingewiesen.

Summary

Within the scientific establishment of dermatology, it is difficult to initiate or to support basic dermatology services in Third World countries. The author describes his experiences over 10 years in backing a community-based health care project in western Kenya. The problems with supporting tropical dermatology in Germany are also discussed.

Wie alles begann

Warum ich schon als Schüler Karten von Afrika gezeichnet und von diesem Kontinent geträumt habe, kann ich nicht sagen. 1972 erlebte ich als 22-jähriger Medizinstudent den damaligen Apartheidstaat Südafrika. Die Tätigkeiten in einem Goldminenhospital bei

Pretoria und einem Missionshospital im Homeland Kwazulu (Zululand) haben mich nachhaltig geprägt. Nach Beendigung meiner Medizinalassistentenzeit und einer kurzen Ausbildung in der Chirurgie machte ich in den Jahren 1977 und 78 mit drei Freunden in einem VW-Bus meine erste große Afrika-reise; sie führte über Marokko und Algerien durch die Sahara und anschließend durch den Regenwald nach Ostafrika. Die Erfahrungen bei der achtmonatigen Arbeit in Nigeria und Kenia weckten den Wunsch, irgendwann einmal wiederzukommen.

Diesen Traum konnte ich mir nach meiner Habilitation in Lübeck erfüllen. Trotz vieler gut gemeinter Ratschläge („Herr Schmeller, Sie machen sich Ihre Karriere kaputt!“)* entschloß ich mich – mit wohlwollender Zustimmung meines damaligen Chefs, Herrn Prof. Dr. H. H. Wolff – wieder einmal ein Jahr aus dem normalen Klinikbetrieb in Deutschland auszusteigen. Im Herbst 1990 kaufte ich mir einen Toyota-Landcruiser, um – zusammen mit meinem Hund – über Ägypten, Sudan und Somalia nach Kenia zu gelangen. Der Ausbruch des Golfkrieges, eine Hungersnot in Somalia und der aufflammende Bürgerkrieg im Sudan zwangen mich aber, in Ägypten nach einem Alternativweg zu suchen. Es gelang mir unter großen Schwierigkei-

ten, nach Libyen einzureisen und von Tripolis nach Süden in den Niger und weiter nach Nigeria zu fahren. Die weitgehend allein durchgeführte fast 8-wöchige Durchquerung der Sahara war sicher das größte Abenteuer meines Lebens. Über Tschad, Zentralafrika, Zaire und Uganda traf ich schließlich – sechs Monate später als geplant – in Kenia ein.

Kenia – erste dermatologische Erfahrungen

Im Sommer 1991 konnte ich schließlich unter der Schirmherrschaft von UNICEF im Kisumu-Distrikt im Westen des Landes als Dermatologe tätig sein. Der mir vom damaligen Leiter des Kenya Country Office in Nairobi jovial mitgegebene Spruch: „Gehen sie doch einfach mal dahin, viel finden werden Sie nicht. Bis auf einige Skabiesfälle gibt es dort nichts zu sehen!“, demonstriert die großen Wissenslücken bezüglich der Bedeutung der Dermatosen – selbst bei einer langjährig im Land etablierten, international agierenden medizinischen Institution. Nach vier Wochen Arbeit vor Ort mit täglichen Besuchen in Schulen und Kindergärten sowie intensiver Zusammenarbeit mit dort tätigen Community Health Workers (CHWs) ergab sich eine Bilanz, die bei mir und den Verantwortlichen in Nairobi ungläubiges Staunen hervorrief. Jedes dritte



Abbildung 1: Viele Dermatosen haben infektiöse Ursachen wie hier die Impetigo contagiosa.
Figure 1: Many dermatoses are of infectious origin like impetigo.

* Alle kursiv gedruckten Zitate stammen von Leitern deutscher Hautkliniken



Abbildung 2: Mykosen wie Tinea faciei sind sehr verbreitet.

Figure 2: Mycoses like facial tinea are common.

Schulkind im Distrikt litt an einer Hauterkrankung (Abbildung 1 und 2). Da diese in den allermeisten Fällen von niemandem richtig diagnostiziert werden konnte, existierten viele chronische Verläufe mit generalisiertem Befall und ausgeprägten Sekundärinfektionen; wurde sie erkannt, so war häufig – wie z. B. beim *Ulcus tropicum* – keine effektive Therapie bekannt oder diese stand nicht zur Verfügung.

Viele, inzwischen lang bestehende Freundschaften im Kisumu-Distrikt wurden geschlossen und erste Zukunftspläne entwickelt. Der Drang wiederzukommen um die insbesondere für die Kinder katastrophale Situation vor Ort irgendwie zu verbessern, ließ mich nicht mehr los.

Wie es weiterging

Die Suche nach einem unterstützenden Partner in Deutschland endete 1992 bei der Cassella Riedel Pharma GmbH, heute Aventis Pharma. Gemeinsam entstand die Idee einer längerfristigen Hilfe auf der Basis eines Vereins. Vorher sollten aber die ersten Eindrücke objektiviert werden. Anfang 1993 stellte mich die Medizinische Universität zu Lübeck großzügigerweise erneut von meiner Oberarztstätigkeit frei, um eine dreimonatige epidemiologische Untersuchung im Kisumu-Distrikt durchzuführen. Bei

Reihenuntersuchungen von über 6000 Kindern an 13 Schulen erfolgte neben der Diagnostik und Therapie ein „on the spot training“ der CHWs, welches in Wochenendseminaren ergänzt und vertieft wurde. So konnten die ersten 12 Einheimischen ausgebildet werden.

Zurück in Deutschland wurde im September 1993 auf der 27. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft in Greifswald, im Beisein des damaligen Nestors der deutschen Mykologie Prof. Dr. Dr. h. c. H. Rieth, der gemeinnützige Verein „Ärzte helfen Hautkranken Kindern in Afrika e. V.“ gegründet. Sein Ziel war der Aufbau einer dermatologischen Basisversorgung in Form eines Selbsthilfeprojektes unter besonderer Berücksichtigung der Kinder als der am schwersten betroffenen Bevölkerungsgruppe.

Mit einem kleinen Anfangskapital wurde 1994 in vier Gemeinden im ländlichen West-Kenia mit dem Dermatologie-Projekt begonnen. Es besteht darin, daß die ausgebildeten CHWs einmal wöchentlich in jeweils einer Schule alle Kinder ansehen und die Hautkranken mit einfachen und in Kisumu-Stadt gekauften Mitteln wie Benzylbenzoat, Pyoktanin, Hydrocortison etc. behandeln. (Da über Details dieser Arbeit und die Situation vor Ort in den letzten Jahren wiederholt berichtet wurde, sei diesbezüglich auf die unten aufgeführte Literatur hingewiesen.)

Im folgenden Jahrzehnt war ich jedes Jahr für vier bis acht Wochen im Kisumu-Distrikt, um weitere CHWs auszubilden; zusätzlich wurden medizinische und finanzielle Aspekte sowie insbesondere organisatorische Abläufe mit all ihren logistischen Problemen wie z. B. Medikamententransport (Abbildung 3), -lagerung und -verteilung überprüft. Wichtig war vor allem auch, ob tatsächlich Fortschritte vor Ort sichtbar waren. In den ersten Jahren wurde das Projekt noch von einem Clinical Officer (nicht akademisch ausgebildeter Mediziner), der für die Lepraversorgung im Distrikt verantwortlich war und von einer Ärztin mit Ausbildung in Public Health supervidiert. Inzwischen koordinieren die drei erfahrensten Community Health Workers selbständig alle Tätigkeiten in den unterschiedlichen Gemeinden.

Das Projekt heute

Insgesamt wurden in den letzten 10 Jahren 55 CHWs ausgebildet, die inzwischen in 11 Gemeinden jährlich ca. 100 000 Kinder betreuen; ein großer Teil des Teams ist auf Abbildung 4 zu sehen. Sie besuchen einmal pro Woche jeweils eine der Schulen ihrer Gemeinde und untersuchen dann zwischen 200 und 500 Kinder auf Dermatosen. An den übrigen Wochentagen stehen die CHWs für ihre anderen Aufgaben innerhalb der Gemeinde zur Verfügung. Dann werden auch Erwachsene für ein



Abbildung 3: Aufgrund großer logistischer Probleme – insbesondere in der Regenzeit – ist die Ankunft der Medikamente in den weit verstreuten Pharmacies immer ein großes Ereignis.

Figure 3: Due to great logistic problems especially during the rainy season the arrival of drugs in remote pharmacies is a big event.



Abbildung 4: Diese ausgebildeten Community Health Workers (CHWs) sind die tragende Säule des Dermatologie-Selbsthilfeprojekts.

Figure 4: These trained Community Health Workers (CHWs) are the essential part of the dermatology self-help project

geringes Entgelt in den lokalen Pharmacies dermatologisch betreut. So entstand eine effektive Versorgung, die jedem Hautkranken in der Region Zugang zu einer fachgerechten Diagnostik und Therapie ermöglicht. Das in Deutschland mehrfach gehörte Argument „Das ist doch alles nur ein Tropfen auf den heißen Stein!“ zeigt die hier ursprünglich bestandene Skepsis mancher Kollegen. Inzwischen sind seit Projektbeginn etwa eine halbe Million Kinder dermatologisch betreut worden.

Bei meinem letzten Aufenthalt im Juli 2003 wurden die Fortschritte besonders deutlich. Während sich bei Besuchen in benachbarten Regionen, die nicht in das Projekt integriert waren, unverändert viele schwere, chronische und sekundär infizierte Dermatosen bei den Schülern fanden, ließen sich in den Projekt-Gemeinden wesentlich weniger und auch nur noch sehr gering ausgeprägte Hautkrankheiten nachweisen. Tabelle 1 zeigt die Zahl der durch die CHWs betreuten Kinder des letzten Jahres; Tabelle 2 demonstriert die Verteilung der Dermatosen im Vergleich zum Projektbeginn. Obwohl deren Prävalenz unverändert hoch ist, erkennt man einen deutlichen Rückgang der bakteriell und parasitär bedingten Befunde bei weitgehend gleich bleibender Zahl von Virus- und Ekzemerkrankungen. Die relative Zunahme der Mykosen ist durch mäßig ausgeprägte Formen der Tinea capitis bedingt, welche durch Lokalbehandlung

mit dem in der Dritten Welt universell verbreiteten und preisgünstigen Externum Whitfield's Ointment (Acidum sa-

licylicum 3 %, Acidum benzoicum 6 % in Vaseline) zwar gebessert, aber nicht vollständig beseitigt werden können.

Zukunft in Kenia

In Kenia wurde Anfang 2003 eine neue Regierung eingesetzt. Der bisherige Präsident Daniel Arap Moi ist nach 24 Jahren abgewählt worden und durch die sogenannte Regenbogenkoalition (NARC) unter Mwai Kibaki ersetzt worden. Erstmals wurde nun ernsthaft die weit verbreitete Korruption angegangen. Wie ich selbst im Juli letzten Jahres feststellen konnte, macht sich im Lande inzwischen eine gewisse geistige und politische Erneuerung bemerkbar. Die Resignation aufgrund der früheren wirtschaftlichen und vor allem politischen Verhältnisse ist einem lebendigen Optimismus gewichen. Nachdem, wie versprochen, die Schulgebühren für die Grundschulen abgeschafft wurden, sind im letzten Jahr etwa 30 Prozent mehr Kinder eingeschult worden. Gelder für die Neueinstellung von Arbeitskräften

Tabelle 1: Jahresbilanz 2003 im Kisumu-Distrikt.

Table 1: Statistics 2003 in Kisumu-District.

Untersuchte Kinder	97 342
Hautkranke	28 378
Prävalenz (%)	29,2

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Dermatosen bei Projektbeginn und heute (da manche Kinder von mehr als einer Dermato- se betroffen waren, sind die Gesamtprozentzahlen höher als 100).

Table 2: Percentage of dermatoses at the beginning of the project and today (because some children had more than one dermatosis, the total percentage is higher than 100).

	1993	2003
Durch Bakterien	39	19
Durch Pilze	31	54
Durch Parasiten (Skabies)	26	6
Durch Viren	2	1
Ekzeme	5	4
Akne	3	4
Malnutrition	7	3
Andere Ursachen	4	10

im Schul- und auch im Gesundheitsbereich fehlen aber. Zusätzlich hat sich die Situation durch die Ausbreitung von AIDS in den letzten Jahren kontinuierlich verschlechtert. Inzwischen gibt es in Kenia keine Familie mehr, die nicht davon betroffen wäre; leider sind in den letzten zwei Jahren auch fünf unserer Gemeindeglieder daran verstorben. Ferner haben die von europäischer und amerikanischer Seite mehrfach ausgesprochenen Terrorwarnungen der letzten beiden Jahre dazu geführt, daß für die Wirtschaft des Landes entscheidende und gerade wieder erblühende Tourismussektor einen verheerenden Zusammenbruch erlitten hat und Tausende der dort Beschäftigten arbeitslos wurden.

Als Dermatologe in den Tropen

Der Grund, als Europäer in tropischen Ländern ärztlich tätig zu sein, ist für jeden anders. Von wesentlicher Bedeutung ist sicher die enorme menschliche und fachliche Bereicherung aufgrund der Möglichkeit, nicht nur in einer anderen Kultur, sondern praktisch auch in einem anderen Jahrhundert zu arbeiten. Als Arzt kann man Medizin bei Schwerkranken ohne die bei uns überbordende Verwaltungsbürokratie machen und damit die Situation für den Einzelnen deutlich verbessern. Dabei erlebt man die unglaubliche Dankbarkeit der Menschen in einer hier oft nicht mehr gekannten Weise. Auch wenn man als Ausbilder Dermatologie unterrichtet, findet man eine Aufmerksamkeit und Wißbegier, wie sie in Deutschland nicht vorstellbar ist. All das entschädigt für die zahlreichen Unannehmlichkeiten und Risiken. Dazu zählen nicht nur das den Organismus ziemlich belastende feuchtheiße Klima, Durchfälle und vor allem die sehr weit verbreitete Malaria, sondern auch der Kontakt mit schwer kranken HIV-Patienten ohne irgendwelche Hoffnung und insbesondere die Konfrontation mit Elend und unvorstellbarer Armut.

Trotzdem gibt es viele Dermatologen und auch Klinikleiter, die sich diese Eindrücke gerne zu eigen machen würden: „Oh, wenn ich das doch auch mal könnte!“, „Davon habe ich immer geträumt!“ oder „Wie ich Sie beneide!“. Einige haben die Chance wahrgenommen und mich bei meinen Besuchen begleitet; keiner hat diese Zeit bereut oder vergessen.

Tropendermatologie in Deutschland

Insgesamt ist die Tropendermatologie bei uns Hobby von nur einer Handvoll – oft auch noch als etwas verschroben geltender – Kollegen. Die meisten haben vor Jahren eine gewisse Zeit in tropischen Ländern gearbeitet; Ärzte, die weiterhin regelmäßig dort tätig sind, sind die ganz große Ausnahme und finden im etablierten Wissenschaftsbetrieb auch nicht immer Verständnis: „Herr Schmeller, Sie sind doch eine gespaltene Persönlichkeit!“. Es gibt heutzutage aber auch praktisch keine Möglichkeiten mehr, für eine Tätigkeit in der Dritten Welt länger vom Arbeitsplatz abwesend zu sein. Bei der derzeit bestehenden schlechten Personalsituation in den meisten Kliniken ist dies wahrscheinlich auch kaum noch vertretbar. Universitäten, die Tropendermatologie als einen Arbeitsschwerpunkt haben, gibt es in Deutschland nicht. Forschungsförderung für dieses Gebiet scheint von dermatologischer Seite auch nicht zu existieren.

Projekte, welche zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation in Entwicklungsländern führen, sind weder für heimische Kollegen noch für dermatologische Institutionen von Bedeutung. Selbst das lebenslange und international anerkannte Engagement von Prof. Dr. H. Grossmann in Moshi/Tanzania scheint von deutscher Seite kaum zur Kenntnis genommen zu werden. Die besten Möglichkeiten haben heutzutage offensichtlich Ärzte der Bundeswehr, die im Rahmen von zeitlich begrenzten Auslandseinsätzen in tropischen Ländern unter guten apparativen und finanziellen Bedingungen arbeiten können. So wurden auch die letzten beiden Tagungen der „Society for Dermatology in the Tropics“ von den Bundeswehrkrankenhäusern in Leipzig (2003) und Hamburg (2004) ausgerichtet bzw. mit ausgerichtet.

Das Thema Geld

Das Projekt in Kenia ist nicht zuletzt durch den deutlich vermehrten Arbeitsanfall sowie den wachsenden Medikamentenbedarf in den betreuten Schulen weiterhin auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Die zunehmenden wirtschaftlichen Probleme in Deutschland haben aber dazu geführt, daß die Spenden in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen sind. Wer sich bei steigen-

den Preisen, sinkenden Einkommen und zunehmender Arbeitslosigkeit Sorgen um seine eigene Zukunft macht, ist nicht besonders offen für die oft katastrophale Situation von Menschen in anderen Kontinenten und Kulturkreisen.

Seit ihrer Eröffnung im Dezember 2001 spendet die Lübecker Hanse-Klinik drei Prozent ihrer Einnahmen für den Verein („Das ist doch bloß Ihr Feigenblatt!“). Dadurch ist die Fortsetzung der erfolgreichen Tätigkeit in Kenia möglich geworden. Trotzdem ist weitere Hilfe notwendig. Da alle „Aktiven“ in der Bundesrepublik ehrenamtlich tätig sind und entstehende Verwaltungskosten von Aventis getragen werden, geht jeder gespendete Euro ohne Abzüge ins Projektgebiet. Das Spendenkonto lautet:

Konto Nr. 866 555

Frankfurter Sparkasse

BLZ 500 502 01.

Zusätzliche Informationen gibt „Ärzte helfen hautkranken Kindern in Afrika e.V.“, Postfach 1227, D-65 796 Bad Soden/Ts. oder der Autor. Informationen findet man auch unter: www.dermatol.org/Afrika/

Danksagung

Für die inzwischen über ein Jahrzehnt bestehende Unterstützung sei folgenden Personen von Aventis Deutschland besonders gedankt: Dr. M. Bachhuber, W. Bock, F.W. Dippel, W. Fleischer, Dr. M. Geiger, R. Grammig, Dr. W. Kapfer, W. Röder, Dr. P.W. Schlikker, Dr. H. Ulbricht und Dr. T. Weber. Ohne ihr großes Engagement und ihre kontinuierliche Hilfe wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen. Aventis fördert weiterhin die Vereinsaktivitäten mit Mitteln aus dem Nagel-Batrafen-Fonds.

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. W. Schmeller

Hanse-Klinik

Fachklinik für Liposuktion und operativ-ästhetische Dermatologie

St.-Jürgen-Ring 66

D-23564 Lübeck

Tel.: 04 51-50 27 20

Fax: 04 51-5 02 72 19

E-mail: info@hanse-klinik.com

Internet: www.hanse-klinik.com

Literatur

- 1 Schmeller W, Dzikus A. Dermatosen als Indikator sozioökonomischer Lebensbedingungen. Eine Untersuchung bei Schulkindern im ländlichen Kenia. *Akt Dermatol* 1995; 21: 139–146.
 - 2 Schmeller W, Baumgartner S, Dzikus A. Dermatophytosen in children in rural Kenya. The impact of primary health care. *Mycoses* 1997; 40: 55–63.
 - 3 Schmeller W. Fehlbildungen bei Kindern im ländlichen Ostafrika. In: Landthaler M, Hohenleutner U (Hrsg): *Operative Dermatologie im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Blackwell 1997: 197–204.
 - 4 Schmeller W. Das „offene Bein“ im ländlichen Kenia. *Epidemiologie, Therapie und Prophylaxe des tropischen Ulkus*. *Vasomed* 1997; 9: 176–182.
 - 5 Schmeller W. Community health workers reduce skin diseases in East African children. *Int J Dermatol* 1998; 37: 370–377.
 - 6 Schmeller W, Dzikus A. Dermatologie im Primary Health Care System. Langzeitergebnisse eines Selbsthilfeprojekts bei Kindern im ländlichen Kenia. *Hautarzt* 2000; 51: 753–758.
 - 7 Schmeller W. Dermatologie in den tropischen Entwicklungsländern: Aufbau von Basisgesundheitsdiensten als Herausforderung im 21. Jahrhundert. In: Plewig G, Prinz J (Hrsg): *Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. Vorträge und Diaklinik der 18. Fortbildungswoche für Praktische Dermatologie und Venerologie*. Berlin, Heidelberg: Springer 2003: 183–186.
-