



Interview mit Dr. Felix Mayser Einsatz als German-Doctor in einer Slum-Ambulanz in Nairobi

Hinweis: Die Masken wurden für die Fotoaufnahme abgesetzt.

Dr. Mayser, Sie haben bereits fünf ehrenamtliche Einsätze als German Doctor geleistet. Letztes Jahr waren Sie zum dritten Mal in Nairobi in der Slum-Ambulanz „Baraka“. Wie kann ich mir die Lebensbedingungen im Mathare Valley-Slum vorstellen?



Mathare Valley ist der zweitgrößte Slum in Nairobi mit geschätzten 500.000 Einwohnern. Die Menschen leben mit manchmal zehn Personen in kleinen, fensterlosen Wellblechhütten, ohne fließendes Wasser und Toiletten. Strom wird irgendwo abgezwickelt, wenn es überhaupt Strom gibt. Da die Müllabfuhr nur unregelmäßig kommt, landet der Unrat auf den unbefestigten Wegen und in den offenen Abwasserrinnen. Es fällt auf, dass die Menschen trotz des Drecks und Schlamms häufig ärmlich, aber sauber gekleidet sind – denn gewaschen wird immer: die Männer die Autos und Motorräder, die Frauen waschen vor den Hütten in Schüsseln die Wäsche und trocknen sie.

Die Polizei geht nicht in die Slums, und so herrscht eine hohe Kriminalität. Die zweithäufigste Todesursache für jüngere Menschen ist unnatürlich: Totschlag oder Mord, bevorzugte Waffe ist die Machete. Nachts durch die Straßen zu gehen, kann lebensgefährlich sein.



Wovon leben die Bewohner? Wie verdienen sie ihr Geld?

Die Männer arbeiten meist als Tagelöhner z. B. auf Baustellen, die Frauen z. B. im Haushalt oder als Schneiderin für einen Mini-Lohn. Viele haben an den Wegen kleine Stände oder Straßenküchen aufgemacht und verkaufen Lebensmittel, Kleidung, alte Werkzeuge – also alles, was man zu Geld machen kann. Im Durchschnitt verdient eine Familie 60 Euro im Monat, wovon schon allein 10 Euro an die *landlords* – denen das Land nicht einmal gehört – für ihre Hütte bezahlt werden muss. Die Mütter sind häufig alleinerziehend, weil die Männer sich aus dem Staub gemacht haben. Aufgrund der Geldnot leiden viele Bewohner, insbesondere Kinder, unter Fehl- und Mangelernährung.

Haben die Kinder die Möglichkeit zur Schule zu gehen?

Die Kinder gehen überwiegend bis zur 8. Klasse in öffentliche oder private *primary schools*. Danach müssen sie meistens zum Lebensunterhalt der Familie beitragen, zumal es für die Eltern schwer ist, das Schulgeld für Lehrer, Schuluniform und Lernmaterial aufzubringen. Somit bleibt aber auch der Teufelskreis der Armut bestehen.



Seit 25 Jahren gibt es das „Baraka Health Center“, in dem die German Doctors arbeiten. Über welche Strukturen verfügt die Ambulanz?

In der Sprechstunde der Ambulanz arbeiten derzeit vier German Doctors: drei Einsatzärztinnen und -ärzte aus dem deutschen Sprachraum für jeweils sechs Wochen und seit zwei Jahren glücklicherweise eine einheimische Kollegin, Dr. Janet, als

Langzeitärztin. Es gibt neben den Behandlungsräumen, einer davon mit Ultraschall, ein *theatre* – OP–, ein kleines Labor und eine Apotheke. Das war's dann schon. Dokumentiert wird auf Karteikarten, Computer gibt es nicht. Aber immerhin sind wir in einem festen Haus, mit Generator für die häufigen Stromausfälle, Wassertanks auf dem Dach und Security am Tor.

Schon vor Jahren haben die German Doctors begonnen, einige Versorgungsbereiche an weitergebildete einheimische MitarbeiterInnen – sogenannte *clinical officers*, kurz CO – zu delegieren. So übernehmen die COs die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Menschen mit HIV/AIDS, Tuberkulose sowie von Schwangeren, und neuerdings auch die von Chronikern mit Hypertonie, Diabetes, Schilddrüse und Sichelzellen. Daneben gibt es SozialarbeiterInnen – *community health workers* –, die schwerkranke und bettlägerige Patienten in ihren Hütten aufsuchen und unter anderem die Medikamenteneinnahme kontrollieren. Und schließlich gibt es noch das *nutrition-center* für unternährte Kinder, das täglich 300 Familien mit einer warmen Mahlzeit versorgt und außerdem Diabetikerschulungen durchführt.



Die Projekte der German Doctors werden überwiegend durch Spenden finanziert, wir deutschen Ärzte arbeiten ehrenamtlich. Wer sich für Einzelheiten interessiert, kann dieses nachlesen unter <https://www.german-doctors.de/de/>.



Wie sieht Ihr normaler Arbeitstag in der Ambulanz aus? Mit welchen Beschwerden kommen die Patienten?

Die Sprechstunde geht montags bis freitags von 8 bis 17 Uhr, in der wir rund 300 Patienten sehen. Uns ist jeweils eine Übersetzerin zugeordnet, die neben den Landessprachen Swahili und Englisch auch noch einen oder mehrere Stammesdialekte beherrschen. Wenn man bedenkt, dass viele von ihnen unter Slumbedingungen aufgewachsen sind, ist das eine tolle Leistung.

Die Patienten kommen, wie bei uns, zu 90 Prozent mit Beschwerden wie Husten, Schnupfen, Bauch-, Rücken-, Kopfschmerzen und *whole-body-pain*. Typische Tropenkrankheiten sind selten, am ehesten noch Malaria; HIV und Tuberkulose dagegen häufig.

Ich bin in erster Linie für die chirurgischen Fälle zuständig: Knochenbrüche, Abszesse, Wunden, ausgedehnte chronische Ulzera, Verbrennungen und Verbrühungen. Letztere betreffen vor allem kleine Kinder, da in den Hütten mit ungesicherten Kochstellen gearbeitet wird. Der Verbandsraum lässt allerdings mit seiner Ausstattung keine größeren Eingriffe zu.



Dieses Arbeiten unter einfachsten Bedingungen hat den Vorteil, dass wir uns auf engstem Raum jederzeit und unkompliziert untereinander austauschen, um eine Meinung fragen und gegenseitig helfen können. Und: wir sind befreit von der Bürokratie, wie wir sie aus dem deutschen Gesundheitswesen kennen.



Wo liegen die Grenzen des Machbaren? Besteht die Möglichkeit Patienten ins Krankenhaus einzuweisen?

Die Slumbewohner sind in der Regel nicht krankenversichert und insofern stellt sich die Frage einer Einweisung oder teuren Therapie eher nicht. Zudem werden Patienten im Krankenhaus nur aufgenommen, wenn sie einen Angehörigen mitbringen, der sich um Pflege und Essen kümmert. Das bedeutet dann aber auch, dass die Diagnose einer schweren Erkrankung, z. B. ein maligner Tumor, aus prognostisch- aussichtslosen Gründen oder weil der Patient es nicht bezahlen kann, außer Schmerzmitteln keine

therapeutischen Konsequenzen nach sich zieht, und wir somit auch keine weitere Diagnostik oder Verlaufskontrollen brauchen. Solchen Patienten, für die es keine erreichbare Therapie mehr gibt, sagen wir, dass sie nach *upcountry* – in ihr Heimatdorf – gehen sollen, denn die Menschen wollen zu Hause sterben und beerdigt werden.

Wie gehen die Slumbewohner mit der Corona-Krise um? Konnte die medizinische Versorgung weiterhin gewährleistet werden?

Wenn wir unsere Patienten darauf ansprechen, bekommen wir die Antwort: „Corona? Was ist das? Das haben nur die Reichen da oben, wir nicht.“ Corona will keiner haben, denn das bedeutet: Quarantäne = kein Einkommen = nichts zu essen.



Im harten Lockdown hatte das Militär den Slum abgeriegelt. Bis zum Vortag meiner Heimreise im Oktober 2021 bestand nächtliche Ausgangssperre. Bei einer Impfquote von 6 Prozent (die Reichen) haben aber rund 70 Prozent der Slumbewohner Antikörper entwickelt. Das verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass die Hälfte der Slumbewohner unter 20 Jahre alt ist, die durchschnittliche Lebenserwartung bei 46 Jahren liegt und Abstand halten nicht möglich ist. Ja, es sind sicher Menschen an Corona gestorben – aber wo kein Test, da auch keine Diagnose! –, jedoch sind mehr Menschen verhungert.

Als wir deutschen Ärzte während des Lockdowns im Jahr 2020 nicht einreisen durften, hat Dr. Janet zusammen mit den COs die Ambulanz offengehalten und hervorragende Arbeit geleistet. Außerdem hat das *nutrition-center* während des Lockdowns sogar ca. 850 Essen ausgegeben, um die Hungersnot abzufedern.

Haben die Einsätze Sie verändert? Gibt es Dinge, die Sie jetzt mit anderen Augen sehen?

Zunächst, wie werden wir gesehen? Wenn wir durch die Straßen des Slums gehen – immer verfolgt von einem Schwarm lärmender, fröhlicher Kinder –, sind wir die Exoten, die angestarrt werden. Darüber vergisst man zu leicht, dass sich hinter diesen bunt gekleideten, lebensfrohen, sich gerne fotografieren lassenden Menschen pittoreske Armut verbirgt. Pittoresk zwar, aber doch arm. Und Kinderbilder sind immer gut fürs Mitgefühl = Spendenaufrufe.

Ja, meine Sichtweise hat sich verändert. Ich bin unduldsamer geworden, z. B. was Komfortansprüche von Patienten angeht. Ich stelle mir hier eher die Frage, die ich dort aus wirtschaftlicher Notwendigkeit immer stellen muss: Was ändert sich, wenn wir diese Untersuchung durchführen oder jene Behandlung veranlassen? Bringt das dem Patienten tatsächlich einen Nutzen?

Und ja, auch meine Lebensweise hat sich verändert. Wenn etwas nicht klappt, dann klappt es halt nicht. Wenn ich nicht pünktlich bin, dann bin ich halt nicht pünktlich. Wenn es kein Wasser gibt, kann ich halt nicht duschen. Das Leben geht trotzdem weiter. Was ich an den Menschen in Nairobi bewundernd gelernt habe, ist, wie sie ein gegebenes Schicksal akzeptieren.

Daneben erlebe ich nochmal bewusster, wie privilegiert wir hier im „entwickelten“ Norden sind: Es gibt mehr Menschen auf der Welt, die unter solchen Bedingungen leben; wir sind die Ausnahmen! Wenn man sieht, wie wenig wir für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der armen Länder auszugeben bereit sind, müssen wir uns nicht wundern, dass diese Menschen versuchen in den „gesegneten“ Norden zu kommen. Da können noch so viele Zäune gebaut werden. Das wird Menschen, die hungern und Gewalt ausgesetzt sind, nicht aufhalten. Gerade auch im Hinblick auf meine Enkel finde ich es beunruhigend, dass wir immer noch nicht begriffen haben, dass das langfristig nicht gut gehen kann.