

Gesundheitsversorgung in der Not- und Wiederaufbauhilfe - Aktuelle Entwicklungen und Erfahrungen an Beispielen des Seebebens und chronischen Krisen in Ostafrika

Dr. med. Peter Schmitz
Leitender Arzt des Malteser Auslandsdienstes

1) Einleitung

Die aktuellen Ereignisse nach dem Seebeben vom 26. Dezember 2004 sind Anlass, das Thema Gesundheitsversorgung in der Humanitären Hilfe bzw. in der Not- und Wiederaufbauhilfe zu beleuchten. Vorangeschickt sei, dass über die Beispiellose Spenden- und Hilfsbereitschaft für die Opfer der Naturkatastrophe in Asien, die Not und das Leid vieler Menschen z.B. in Afrika nicht in Vergessenheit geraten darf. Hier soll anhand aktueller Beispiele dargestellt werden, mit welchen Zielsetzungen und Methoden die Gesundheitsversorgung in der akuten Soforthilfe, der Wiederaufbauhilfe und bei der Unterstützung in chronischen Krisen und vergessenen Katastrophen sicher gestellt werden kann.

2) Phasen von Katastrophen - Soforthilfe und Wiederaufbau

Bei akuten Ereignissen, bei Naturkatastrophen oder Fluchtbewegungen ist es das Ziel, Überleben zu sichern, die Betroffenen so rasch wie möglich mit dem Notwendigsten zu versorgen. Bergen und Retten, medizinische Versorgung, vorbeugende Maßnahmen zur Eindämmung von Epidemien, Hygiene und Bereitstellung von Trinkwasser gehören dabei zu den Prioritäten. Diese orientieren sich an den Prinzipien und den Methoden der Basisgesundheitsversorgung (PHC – Primary Health Care). Dabei kommen essentielle Medikamente als Wirkstoffpräparate sowie angepasste Ausrüstung und Ausstattung zum Einsatz. Als Beispiel sei das *Emergency Health Kit* der WHO genannt. Mit dieser Zusammenstellung von Medikamenten und medizinischer Ausstattung können 10000 Menschen etwa 3 Monate versorgt werden. In der akuten Soforthilfe Phase kann massive logistische Unterstützung, z.B. durch Hubschrauber zum Transport von Notfall Patienten, Helfern oder Versorgungsgütern, notwendig sein. Die Hubschrauber sind medienwirksam und vermitteln uns ein falsches Bild – übersehen wird oft die spontane gegenseitige Unterstützung, die Selbsthilfe der Betroffenen und das Engagement der einheimischen Helfer. Sie leisten einen enormen Beitrag in der Soforthilfe.

Die Soforthilfe Phase erstreckt sich über 4 – 12 Wochen. Dann schließt sich die Wiederaufbau Phase an, die zum Ziel hat, die lokalen Strukturen z.B. zur Gesundheitsversorgung so zu unterstützen, dass sie ihrer Aufgabe wieder gerecht werden können. Abhängig vom Ausmaß der Zerstörung, der Funktionstüchtigkeit des Gesundheitssystems vor der Katastrophe und der Verfügbarkeit und Qualifikation der lokalen Fachkräfte, definiert sich der Bedarf dieser Unterstützung.

Hilfsorganisationen stehen in der Pflicht, diesem Bedarf entsprechend tätig zu werden. Voraussetzung ist dabei, die Bereitschaft zur Koordination und die Einbeziehung und Respektierung der lokalen Strukturen in die Planung und Umsetzung der Maßnahmen seitens der Hilfsorganisationen. Schon während der Soforthilfe, auf jeden Fall aber in der Frühphase des Wiederaufbaus, müssen die Organisationen, trotz der durch infrastrukturelle Mängel, Chaos und Planungsunsicherheit geprägten Situation, im Sinne des Übergangs zum Wiederaufbau von lokalen Strukturen handeln. Das setzt voraus, dass die Hilfsorganisationen entsprechende Kompetenz und Erfahrung in der Durchführung der Soforthilfe haben, aber gleichzeitig Methoden und Zielsetzungen eines entwicklungsorientierten Wiederaufbaus, oft unter widrigen Rahmenbedingungen, anwenden und umsetzen können.

3) Qualität der Humanitären Hilfe

Die Humanitäre Hilfe ist sehr viel professioneller geworden. Insbesondere die Debatte über Methoden und Konzepte der Humanitären Hilfe in Folge des Völkermordes in Ruanda vor 11 Jahren hat dazu geführt, dass die Hilfsorganisationen sich, basierend auf den Erfahrungen der Vergangenheit, auf internationaler Ebene breit abgestimmt auf Standards und Richtlinien (z.B. *Sphereproject – Humanitarian Charter & Minimum Standards in Humanitarian Assistance*) geeinigt haben. Die aktuellen Ereignisse in Asien, aber auch die vielfältigen Erfahrungen andernorts haben gezeigt, dass diese Referenzen und Richtlinien, soweit sie realistisch angewandt werden, in der Bedarfsanalyse und bei der Projektplanung sehr hilfreich sind. Auch zur medizinischen Versorgung gibt es hilfreiche Richtlinien. Jeweils bezogen auf die Zielgruppe, können wir abschätzen wie viele Patienten täglich in

das Gesundheitszentrum kommen werden. Wie viele Helfer, Pflegepersonal und ärztliches Personal brauchen wir, um die Bevölkerung oder die Flüchtlinge zu versorgen. Wie viele Latrinen und wie viele Wasserstellen müssen eingerichtet werden um ausreichend Trinkwasser bereit zu stellen.

Die Standards und Richtwerte eignen sich auch zur Analyse und Beschreibung derjenigen Krisen und Katastrophen, die ohne Medienaufmerksamkeit und Öffentlichkeit auskommen müssen. Sind minimale Anforderungen an die Verfügbarkeit und die Erreichbarkeit von Gesundheitsversorgungen nicht erfüllt, können sich Infektionskrankheiten rasch weiter ausbreiten. Epidemiologische Daten zu Morbidität und Mortalität sind Indikatoren, die letztendlich die Katastrophe beschreiben und definieren – und nicht der Bericht in den CNN Nachrichten, die dann Öffentlichkeit und Spendenfluss triggern (CNN – Effekt).

4) Vergessene Katastrophen

Um den Blick im Schatten der Tsunami Hilfe in Richtung der vergessenen, vernachlässigten Katastrophen zu richten, gab es kürzlich eine Internet Umfrage (www.alertnet.org). In einem *Ranking* wurden die „*Top Ten Forgotten Emergencies*“ gelistet. An erster Stelle wird der Congo (DRC) genannt. Aus Angst von der „*Lord Resistance Army*“ gekidnapped zu werden, flüchten zehn Tausende von Kindern im Norden Ugandas jede Nacht aus ihren Dörfern in die Städte und schlafen auf der Straße – steht an zweiter Stelle der Liste. An dritter Stelle befindet sich der Sudan mit gleich zwei Konflikten – der Krise in Darfur und einem nach 21 Jahren Bürgerkrieg noch wackeligem Frieden im Süden. An vierter Stelle findet sich „*AIDS out of Control*“ – das beschreibt die Situation in Afrika - in Asien ist die Epidemie schneller denn je im Vormarsch. Jeden Tag sterben 8500 Menschen an AIDS. Rang fünf belegen Gewalt, Flucht und Vertreibung in Sierra Leone, Elfenbeinküste und Liberia. Es folgen die Konflikte in Kolumbien, Tschetschenien, Haiti und Nepal.

Auch Malaria und TB reihen sich in die Liste der vergessenen Krisen ein. Alle 30 Sekunden stirbt in Afrika ein Kind an Malaria. Es gibt jährlich 300 – 500 Millionen Fälle weltweit, mehr als eine Million Todesfälle. Bei TB sind es etwa zwei Millionen jährlich. Weitverbreitete Armut verstärkt die Krisen und Katastrophen – diese wiederum führen zu Verarmung. Millionen von Menschen weltweit haben keinen Zugang zu medizinischer Versorgung – eine katastrophale Situation.

5) Aktuelle Erfahrungen Humanitäre Hilfe nach dem Seebeben

Das Seebeben und die Flutwelle Weihnachten 2004 hat eine Katastrophe mit bisher nie gekannter Ausdehnung ausgelöst. Tausende Kilometer Küstestreifen von elf Ländern Asiens sind betroffen. Die Naturgewalt der Tsunami Wellen hat zu unvorstellbarer Zerstörung geführt. Ganze Dörfer und Stadtteile wurden dem Erdboden gleich gemacht. Tausende Fischerboote wurden vom Meer verschluckt, Kinder wurden zu Waisen, viele Menschen verloren ihre Familien.

Die Malteser haben in mehreren Ländern gleichzeitig Hilfsmaßnahmen einleiten können, da in Thailand und Myanmar lokales Fachpersonal und in der Region erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus laufenden Projekten rasch verfügbar waren. In Indien und Sri Lanka konnte direkt über Partnerorganisationen Soforthilfe organisiert werden.

Wasserversorgung, Hygienemaßnahmen, Bau von Notunterkünften und die Versorgung mit Haushaltsgerät und Nahrungsmittel gehören zu den eingeleiteten Sofortmaßnahmen. Gerade wegen der gewaltigen Ausmaße der Notlage und der Konfrontation mit Tod und Zerstörung war und ist die psychosoziale Betreuung der Hinterbliebenen durch die einheimischen Mitarbeiter ein wesentlicher Beitrag, das Erlebte zu bewältigen.

Soforthilfe: Wassertank /Thailand



Soforthilfe: Trinkwasser /Sri Lanka

Der Autor berichtet über die eigenen Erfahrungen aus der Provinz Aceh in Indonesien. Im Fischerdorf Lancuk, an der Nordost Küste Sumatras, auf der dem Epizentrum abgewandten Seite der Insel, war die Flutwelle noch 4 – 5 Meter hoch. Die 250 Häuser des Dorfes wurden vollständig zerstört, 84 Fischerboote ins Meer gespült, 214 Menschen kamen ums Leben. Die etwa 1400 Überlebenden waren in Großzelten untergebracht, vielleicht 200 qm für 150 Personen. Trotz der unzureichenden Versorgung mit Trinkwasser – es gab etwa 5 Ltr. / Person / Tag und der mangelhaften Hygiene – nur 4 Latrinen für 1400 Personen – ist anerkennend zu erwähnen, dass die Soforthilfe der Indonesier beeindruckend war. Das gilt für die staatliche Seite sowie für die vielen privaten Initiativen. Dadurch war die Gesundheitsversorgung in vielen der auf dem Landweg erreichbaren Flüchtlingslagern gesichert. Diese „Lager“ waren vergleichsweise klein. 150 – 3000 Personen waren in solch einem Provisorium zu versorgen. Es ist nun das Ziel, den Familien, die Alles verloren haben, nicht nur das Überleben zu sichern, sondern durch Wiederaufbauhilfe eine „restitutio at integrum“ zu erreichen – d.h. neben dem physischen Wiederaufbau des Dorfes Lancuk, der nicht ohne vorherige Planung mit den lokalen Behörden und die Beteiligung der Betroffenen beginnen kann, müssen die Familien alsbald in die Lage versetzt werden, ihren Unterhalt wieder selbst zu verdienen. Z.Zt. werden sie bei den Aufräumarbeiten eingesetzt, später brauchen sie Fischerboote und Netze, Werkzeuge und Baumaterialien. Kindergärten, Schulen, Gesundheitszentren müssen repariert, wieder aufgebaut werden. Lancuk ist ein Dorf von Hunderten mit ähnlichem Schicksal. Der Wiederaufbau wird sich über 3 – 5 Jahre hinziehen.

Vor Banda Aceh muss die Flutwelle 30 Meter hoch gewesen sein. Das Epizentrum des Seebebens lag direkt vor der Küste der Nordspitze Sumatras. Ganze Stadtteile von Banda Aceh und Dörfer an der Westküste wurden ausradiert. Großflächige Trümmerfelder auf denen durch das anströmende und abströmende Wasser alles zerkleinert wurde, was im Weg war, zeugen von der unvorstellbaren Energie und Gewalt der Flutwelle. Bilder und Filmberichte können das Ausmaß der Zerstörung nur bedingt wiedergeben. In manchen Dörfern kam die Hälfte der Bevölkerung um. Noch Wochen nach dem Ereignis wurden täglich Hunderte von Leichen aus den Trümmern geborgen.



Die medizinische Versorgung wurde von zahlreichen Helfern aus Indonesien, internationalen Hilfsorganisationen, Sanitätsdiensten aus Europa, Asien und den USA sichergestellt. Viele Orte an der Küste waren nur mit Hubschrauber oder Boot erreichbar. Der anfängliche Bedarf an medizinischer Versorgung war enorm, insbesondere da Gesundheitseinrichtungen zerstört und Fachkräfte zum Teil auch ums Leben gekommen sind – oder sich um ihre eigenen Familien kümmern mussten. Andererseits kam es zu einem offensichtlichen Überangebot von Helfern und Organisationen, die aus allen Ländern mehr oder weniger gut vorbereitet anreisten. Man muss anerkennen, dass die indonesischen Behörden es trotz dieser chaotischen Verhältnisse geschafft haben aus eigener Kraft, mit eigenen Mitteln vielerorts Soforthilfemaßnahmen durchzuführen. Die Koordinierung der Hilfsmassnahmen war anfangs sehr schwierig, wurde durch die Ausdehnung der Katastrophe und die Anzahl der Helfer und Organisationen erschwert. Es ging chaotisch zu, besserte sich mit der Zeit aber deutlich. Dieses Chaos und die mangelnde Koordinierung ist Normalität in solch einer Situation – darauf müssen sich alle Beteiligten einstellen und stehen in der Pflicht, durch gegenseitige Information und Absprache, die Koordination zu verbessern. Realistischerweise muss erwähnt werden, dass gerade bei einer solchen Katastrophe, die eine enorme mediale Aufmerksamkeit genossen hat, das Bemühen zur optimalen Zusammenarbeit mit der Konkurrenz um Medienpräsenz, politische Positionierung und Einflussnahme aller Beteiligten in Konflikt steht.



Nach dem anfänglichen Chaos hat die Koordination im Gesundheitssektor gut funktioniert. Es gibt regelmäßige Treffen, von den Gesundheitsdiensten organisiert, die von WHO und Unicef unterstützt

werden. Bedarfsmeldungen werden mit verfügbaren Ressourcen abgeglichen. Dabei werden anerkannte Standards und Richtlinien als Referenz angewandt. Impfkampagnen gegen Masern werden flächendeckend durchgeführt. Die medizinische Versorgung der „Lager“ muss sichergestellt sein.

Epidemiologische Daten werden gesammelt, um sicher zu stellen, dass epidemieartige Ausbrüche rasch entdeckt und bekämpft werden können. Bisher gab es keine Malaria oder Dengue Epidemie, wie befürchtet. In Banda Aceh kam es zu relativ vielen Tetanus Fällen (118) – ein deutlicher Indikator, dass die Impfabdeckung in der Provinz Aceh vor dem Tsunami unzureichend war. Einer der Gründe ist die deutlich schlechtere Basismedizinische Versorgung als in anderen Regionen Indonesiens, bedingt durch den langjährigen bewaffnete Konflikt in der Provinz Aceh.



Masern Impfung in Schulen

Durch die vielen kleinen Lager wurde das Risiko der Ausbreitung von Erkrankungen über die Nahrungskette deutlich gemindert. Die Menschen im Norden Sumatras sind zudem gewohnt, mit Überschwemmungen zurecht zu kommen. Auf Grund des sehr hohen Grundwasser Spiegels (50 cm) bei gleichzeitig anhaltender Regenzeit, gestaltete sich die Konstruktion der Latrinen sehr problematisch. Es kam zu keinen Epidemien von Durchfallerkrankungen. Grundsätzlich ist die Bedrohung durch Wasserbedingte Epidemien bei Flutkatastrophen bzw. Naturkatastrophen geringer als in großen Flüchtlingslagern nach Flucht und Vertreibung.

Die Soforthilfe Phase ist vorbei und es gilt jetzt, den Wiederaufbau der Gesundheitsversorgung zu planen. Dazu gehört auch das zentrale Krankenhaus in Banda Aceh. Dort hat die Bundeswehr einen wesentlichen Beitrag zur Instandsetzung und Wiederaufnahme des Betriebes geleistet. Es bleibt aber noch viel zu tun, bis es wieder als Lehrkrankenhaus fungieren kann. Die Malteser unterstützen diesen Prozess durch Fachleute, Chirurgen, Medizintechniker und Fachpflegekräfte. Deren Aufgabe ist es, die einheimischen Fachkräfte fort- und auszubilden und Ihnen dabei zu helfen, dass sie ihre Aufgaben wieder wahrnehmen können.

6) Humanitäre Hilfe in chronischen Krisen und vernachlässigten Katastrophen

Als Beispiele zur Gesundheitsversorgung in der Humanitären Hilfe in chronischen Krisen oder sog. „Silent emergencies“ sollen die Malteser Aktivitäten im Süd Sudan und in den Slums von Nairobi dargestellt werden. Die meisten Projekte der Malteser und anderer Organisationen finden in diesem Kontext statt – mit deutlich geringere medialer Aufmerksamkeit.

Mehr als 20 Jahre Bürgerkrieg im Süden des Sudan haben dazu geführt, dass sich die Schlafkrankheit epidemieartig ausgebreitet hat. In manchen Dörfern betrug die Prävalenz 10% - Grund genug, um entsprechende Maßnahmen zur Eindämmung einzuleiten - die Schlafkrankheit ist ohne Behandlung grundsätzlich tödlich. Die Malteser haben mit finanzieller Unterstützung der Bundesregierung seit 2002 mehr als 100000 Menschen in ihren Dörfern und dem Schlafkrankheitszentrum Yei untersucht (aktives und passives *Sreening*) und dabei 1500 Fälle diagnostiziert und behandelt. Die Diagnostik ist aufwendig. Da die Behandlung nebenwirkungsreich ist, sollen falsch positive Tests möglichst ausgeschlossen werden. Dies wird durch die Kombination von verschiedenen Verfahren erreicht. Der CATT[®] Test (Card Agglutination Test for Trypanosomiasis), der mit Vollblut und Serumverdünnung angewandt wird, ist ein Screening Test. Bestätigt wird der Verdacht durch Nachweis der Trypanosomen im Lymphknotenpunktat oder durch Nachweis der Parasiten in zentrifugierten Kapillarröhrchen nach Woo. Im zweiten Stadium der Erkrankung,



Behandlung der Schlafkrankheit (S.Torffin)

mit ZNS Befall, werden Leukozyten oder Parasiten im Liquorpunktat bestimmt. Die Behandlung der Schlafkrankheit ist nicht minder kompliziert. Es gibt kaum moderne Medikamente. Pentamidine wird im Stadium 1 eingesetzt, Eflornithine (DFMO) oder Melarsoprol, ein Arsen Präparat, im Stadium 2. Jetzt, einige Wochen nach dem Friedensvertrag im Süd Sudan werden die Malteser die Humanitäre Hilfe nicht einstellen – ganz im Gegenteil, der enorme Bedarf zur Bekämpfung und Eindämmung der Schlafkrankheit, der TB und der Malaria im „New Sudan“ sind dringende Herausforderungen in der Wiederaufbauhilfe. Im Laufe dieses Jahres werden wir an einer klinische Studie Phase III eines oralen Medikamentes zur Behandlung des ersten Stadiums der Schlafkrankheit teilnehmen.



Die Infektionsraten von HIV und TB haben vielerorts katastrophale Ausmaße angenommen. 20% aller TB Fälle Kenyas werden in Nairobi gemeldet, 50% davon kommen aus den Slum Gebieten. Nur 30% der erwarteten Fälle in den Slums werden diagnostiziert und behandelt. Viele TB Patienten brechen die Behandlung ab, was die Ausbreitung von Multiresistenzen fördert. 40 -75% der TB Patienten sind HIV positiv. Ziel des von der Bundesregierung geförderten Projektes ist, die Diagnostik und Behandlung (*health centre based DOTs*) in acht Slumgebieten anzubieten. In den Gesundheitszentren werden alle TB Patienten weitergeleitet zu HIV Beratung (*VCT – Voluntary Counselling and Testing*). All diejenigen, die in der AIDS Beratung auftauchen werden direkt zur TB Diagnostik geleitet. In den Gesundheitszentren wurden TB Labore eingerichtet, so dass die Diagnostik vor Ort stattfindet. Teil des Projektes sind sog. *Community Health Worker*, die die TB Patienten zu Hause besuchen und unterstützen. Das Projekt vernetzt auf der Ebene der Gesundheitszentren lokale Initiativen - u.a. die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus, welchem wir einen CD4 Zähler zur Verfügung stellen konnten. Dadurch sind wir seit wenigen Wochen in der Lage, denjenigen AIDS Patienten, die entsprechende klinische und soziale Kriterien erfüllen, in den Gesundheitszentren Zugang zu antiretroviraler Behandlung zu verschaffen.



7) Zusammenfassung / „lessons learned“

1. Standards und Richtlinien zur Gesundheitsversorgung in der Humanitären Hilfe, sei es in der akuten Soforthilfe oder in der Wiederaufbauhilfe und in chronischen Krisen, sind vorhanden und helfen bei der Planung, Entscheidungsfindung, Durchführung und Kommunikation
2. Die anerkannten Methoden und Konzepte zur Gesundheitsversorgung in der Soforthilfe und der Wiederaufbauhilfe greifen – kontinuierlicher Erfahrungsaustausch ist wichtig
3. Jede Katastrophe sollte dazu genutzt werden, aus den Erfahrungen zu lernen, um besser auf das nächste Ereignis vorbereitet zu sein und mehr Maßnahmen zur Vermeidung und Vorbeugung vor Ort durchzuführen (disaster prevention, disaster preparedness)
4. In der Soforthilfe ist das Chaos die Normalität – darauf müssen sich die Akteure einstellen und bereit sein, einen Beitrag zur Verbesserung der Koordinierung und Kommunikation zu leisten
5. Trotz der vermeintlichen Konkurrenz der Akteure ist gemeinsames Planen und Handeln essentiell – dabei sind Kriterien zur Qualität in der Humanitären Hilfe bekannt und anwendbar
6. Die Arbeit im Kontext der Humanitären Hilfe – d.h. unter erschwerten Bedingungen - ist nicht nur fachlich, sondern auch organisatorisch, strukturell eine Herausforderung an die Organisationen. Dazu gehört auch, die Überleitung von der Soforthilfe zur Wiederaufbauhilfe in die Entwicklungszusammenarbeit zu fördern
7. Infektionskrankheiten sind gerade in politisch instabilen Ländern, vergessenen Krisen und Katastrophen und im Armutskontext rasant auf dem Vormarsch – das ist eine dringende Aufforderung zum Humanitären Handeln