

Wenn Geister auf Ärzte treffen

Verena Mörrath | In Malawi geht es nicht voran: Die dramatisch hohe Müttersterblichkeit wie auch die hohe HIV/Aids-Rate sinken seit Jahren nicht. Obwohl in das kleine südostafrikanische Land mehr Hilfsgelder fließen als je zuvor. Eine Initiative der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) fördert seit 2005 die Zusammenarbeit zwischen traditionellen HeilerInnen, Hebammen und SchulmedizinerInnen. Denn gerade auf dem Land sind die traditionellen Experten wichtige Autoritäten



Fotos: Verena Mörrath

Auf dem Land haben die Kinder wenig Abwechslung. Als Journalisten mit ihren Kameras ihr Dorf Chipemberembere besuchen, ist das eine große Sensation – alle wollen mit auf das Foto

Eine der Hauptverkehrsadern in Malawis Hauptstadt Lilongwe führt direkt am zentralen Krankenhaus vorbei. Und sie heißt zynischerweise „Coffin Road“, denn genau hier haben sich viele fleißige Sargschreiner angesiedelt. Es scheint, als müsse ein Aufenthalt in der großen Klinik – dem Lilongwe General und dessen Zweigstelle Bwaila Hospital, wo sich die Geburtshilfe befindet – automatisch in ewiger Ruhe enden. Zwischen den Sargschreinereien bieten Polsterer voluminöse Couchgarnituren an, ein Angebot für das Leben im Hier und Jetzt, zumindest für die wenigen, die es sich leisten können: Malawi ist mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen von weniger als 150 Euro im Jahr eines der ärmsten Länder der Welt. Die Lebenserwartung der Malawier ist durch die HIV/Aids-Pandemie mittlerweile auf 32,5 Jahre gesunken. Von den 15- bis 49-Jährigen

sind je nach Statistik zwischen 11,3 bis 17,7 Prozent HIV-positiv. HIV/Aids-Patienten belegen die Hälfte aller Krankenhausbetten im Land.

Frauensache

Schon früh morgens ist viel los auf der Coffin Road: Patienten kommen zu Fuß, auf Fahrrädern oder in voll gestopften Sammeltaxen zum Krankenhaus. Auch die Schwangeren, die sich dann in die Warteschlange der Geburtshilfe am Bwaila Hospital einreihen. Dies ist kein Ort der Freude und der Reinheit. In einer kleinen Kammer waschen zwei Putzfrauen in Plastikschüsseln die Bettpfannen. Auf der Frühgeborenenstation teilen sich drei oder vier Babys ein Wärmebettchen. Ihre Mütter stillen sie auf dem Boden sitzend, wo eben gerade Platz ist zwischen der Einrichtung und den

Beinen der Krankenschwestern. In einem großen, türlosen Durchgangszimmer liegen an die 30 Frauen mit ihren Neugeborenen auf, unter oder neben den Krankhausbetten. Manche sind nicht einmal 16 Jahre alt. Kein Mann, kein Vater weit und breit, der sie stolz zu ihrem Nachwuchs beglückwünscht. Schwangerschaft und Geburt sind Frauensache in Malawi.

Und eine riskante Angelegenheit. Malawi weist weltweit mit die höchste Müttersterblichkeit auf. Rund 1.800 Frauen auf 100.000 Lebendgeburten gerechnet sterben laut Weltgesundheitsorganisation (WHO 2005) während der Schwangerschaft, der Geburt und kurz nach der Niederkunft – in Deutschland 6,09 Frauen (WHO 2006). Mittlerweile sind in Malawi zehn Prozent der Mütter HIV-positiv, aber die wenigsten wissen es. Im kargen Klinikflur ermahnt deshalb ein handgeschriebenes Plakat die Schwangeren, einen HIV-Test durchführen zu lassen. Dieser ist notwendig, um gegebenenfalls mittels einer Medikation die Übertragung des Virus von Mutter zu Kind zu verhindern. Diese Prävention erreicht in Malawi gerade mal zehn Prozent der HIV-positiven Schwangeren rechtzeitig. Deshalb stirbt unnötig fast die Hälfte ihrer Säuglinge an Aids.

„Die Frauen, die kommen, erwarten nichts, sie fragen nichts. Wenn das Kind stirbt, wird nichts gesagt. Wenn die Frau stirbt, auch nicht“, erzählt Tarek Meguid. Seit drei Jahren arbeitet der 47-jährige Deutsch-Ägypter, vermittelt über das Centrum für internationale Migration (CIM), als Gynäkologe und Geburtshelfer am Zentralkrankenhaus. Dr. Meguid ist einer von zwei Frauenärzten hier und zuständig für ein Gebiet von mehr als zwei Millionen Einwohnern. Täglich zwischen 30 und 40 Geburten, im Jahr 12.000 – davon 40 Prozent Risikoschwangerschaften. Es gibt nur einen Kreißsaal und einen Operationssaal.

Höchstens vier Hebammen tagsüber und drei nachts helfen den Ärzten. „Für Notfälle kommt oft jede Hilfe zu spät“, klagt Meguid, „nach WHO-Richtlinien müssten wir 20-mal mehr Personal haben. Ein glatter Menschenrechtsbruch.“ Manchmal fühle er sich wie ein Journalist ohne Stift und Zettel, so der Frauenarzt. Auch die Ausstattung mit Medikamenten ist erbärmlich. „Letzte Woche gab es einige Tage lang auf der Station kein Medikament mehr, um Blutungen nach der Geburt zu stoppen“, erzählt die Hebamme Jayne Chisenga. Wie eine Bettlerin zog sie durch andere Krankenhäuser, um das Mittel zu bekommen.

Marodes Gesundheitswesen

Die Regierung selbst urteilt in einer Studie von 2005 zur Müttersterblichkeit im Land: „Die Mängel in der Gesundheitsversorgung zeigen, dass das malawische Gesundheitssystem im Grunde genommen paralytisch ist.“ Die Zahlen belegen dies: Insgesamt 13 Frauenärzte arbeiten in Malawi (in Deutschland 21.000). Ursache für diese erschreckend geringe Anzahl an gynäkologischem Fachpersonal ist zum einen der Mangel an Ausbildungsstätten – eine einzige staatliche Hebammenschule gibt es im Land (hierzulande 58) – und zum anderen wandert die Mehrheit des Fachpersonals ins Ausland ab. Zu schlecht ist der Lohn im staatlichen Gesundheitssektor, miserabel auch die Arbeitsbedingungen. Im englischen Manchester beispielsweise arbeiten mehr malawische Ärzte als in ihrer Heimat. Diejenigen, die in Malawi bleiben, bevorzugen es, in urbanen Zentren zu bleiben. Le-

diglich drei Prozent des gesamten medizinischen Fachpersonals befindet sich in ländlichen Gebieten, in denen 85 Prozent der Bevölkerung lebt.

Neben akutem Personalmangel im Gesundheitswesen, muss die Infrastruktur als völlig unzureichend beschrieben werden: Nur knapp die Hälfte der Bevölkerung hat in einem Umkreis von fünf Kilometern Zugang zu einfachen Gesundheitseinrichtungen. Diese sind jedoch selten für komplizierte Geburten oder Notoperationen ausgerüstet. Nur ein Fünftel aller Malawier erreicht innerhalb der nächsten 25 Kilometer ein Krankenhaus, die Mehrheit muss an die 50 und mehr Kilometer überwinden. Keine guten Vorzeichen, um den Kampf gegen die Müttersterblichkeit und die Pandemie aufzunehmen.

„Das Haus brennt“, findet auch Venencia Kwabila. Die 61-jährige Sozialwissenschaftlerin und HIV/Aids-Expertin bilanziert das Jahr 2006 aus ganz persönlicher Sicht: „Jede Woche habe ich drei bis vier Freunde, Verwandte oder Bekannte beerdigt, die an Aids gestorben sind.“ Ihrer Meinung nach lief die kostenlose Versorgung mit Medikamenten für die antivirale Therapie (ART) von HIV-Infizierten viel zu spät, nämlich erst 2005, und dann sehr langsam an. Dass sie seit Januar 2007 noch keine Beerdigung besuchen musste, ist ein Hoffungsschimmer, aber keineswegs Anlass zur Entwarnung. „Die Zahl der Neuinfektionen nimmt nicht ab, vor allem sind immer mehr junge Frauen betroffen“, so Kwabila. Der britische HIV/Aids-Experte Prof. Anthony Harries, der seit 20 Jahren in Malawi arbeitet und lebt, benennt noch andere Faktoren, die eine Eindämmung der Pandemie ver-



Die 50-jährige Heilerin und Hebamme Liveness Nkhata (vorne im Bild) aus dem Dorf Mwase im Kreis ihrer Assistentinnen. In den Händen hält sie ein Zertifikat, das ihre letzte Hebammen-schulung vor gut zehn Jahren dokumentiert

hindern: „Viel zu wenige Menschen lassen sich testen und die Versorgung mit antiviralen Therapien ist weder konstant noch flächendeckend. Am schwierigsten, gleichzeitig aber am wichtigsten, ist es, das Sexualverhalten der Malawier zu ändern: Viele Männer haben mehrere Sexualpartnerinnen gleichzeitig, was eine Verbreitung von HIV befördert. Aber nur wenige benutzen ein Kondom.“

Enges Netz traditioneller Heiler

Eine Initiative der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium sowie mit Venencia Kwabila und der Berliner Ethnologin Angelika Wolf als Beraterin geht hier neue Wege. Die Initiative ist in Kasungu angesiedelt, dem größten und ärmsten Landkreis Malawis. Nur neun Prozent der Bevölkerung in dieser Region ist auf HIV getestet, die Müttersterblichkeit ist besonders hoch. Das Kreiskrankenhaus beschäftigt lediglich zwei Ärzte – kein

Frauenarzt weit und breit – und ist für 600.000 Patienten in einem Radius von 68 Kilometern zuständig. Dagegen ist das Netz traditioneller Heiler sehr dicht. Venencia schätzt ihre Zahl auf gut 3.000, wenn auch nur rund 1.100 offiziell im Dachverband der Traditional Healers Association of Malawi registriert sind. „Die meisten Menschen gehen zu traditionellen Heilern und Hebammen, wenn sie krank sind oder schwanger, wenn sie glauben verhext worden zu sein oder Eheprobleme haben“, erzählt Venencia.



In der Wöchnerinnenstation des Bwaila-Hospitals in der Hauptstadt Lilongwe teilen sich mehr als 30 junge Mütter mit ihren Neugeborenen einen großen Saal



Die Heilerin und Hebamme Maria Nkhoma – ihr Alter weiß sie selbst nicht – untersucht eine ihrer schwangeren Patientinnen. Sie verfügt noch nicht einmal über ein einfaches Hörrohr. Diese kleine Hütte ist gleichzeitig der Kreißaal ihrer kleinen Klinik

Regierung und Schulmediziner sehen in den Heilern und traditionellen Hebammen mehr eine Gefahr als eine Unterstützung. Hauptvorwurf: Viele Heiler behaupteten, sie könnten Aids heilen oder befürworteten Rituale, die ungeschützten Sex verlangen; unhygienisch seien sie obendrein. Den traditionellen Hebammen wird angelastet, aus Eigennutz Risikoschwangere zu spät in die Klinik zu überweisen.

Das von der GTZ geförderte Projekt hat im Jahr 2005 traditionelle HeilerInnen und Hebammen sowie schulmedizinisch ausgebildetes Personal zu einem Dialog bewegt. Im Kampf gegen Aids und Müttersterblichkeit sollen sie zusammen statt gegeneinander arbeiten. Diesbezüglich wurden bereits wichtige Vereinbarungen getroffen: Die Heiler wollen bei Verdacht auf HIV/Aids ebenso wie bei Risikoschwangerschaften ihre PatientInnen an die Klinik überweisen und für den HIV-Test werben. Den Heilern und Hebammen wurden Latexhandschuhe und Kondome zugesagt, um HIV-Übertragungen vermeiden zu helfen sowie Aus- und Weiterbildungen. Das Krankenhauspersonal wiederum soll zukünftig die Patienten und ihre Heiler respektvoller behandeln.

Um den Informationsfluss zu erleichtern, überbringen die Patienten bei ihrer Überweisung Krankenblätter mit der Diagnose der Heiler und nehmen die Formulare nach ihrer Entlassung mit der schulmedizinischen Diagnose zurück. Ob das klappt?

Ruf nach den Geistern

Von Kasungu-Stadt nach Mwesa führt lediglich eine Sandpiste. Hier arbeiten nicht weit voneinander entfernt zwei traditionelle Heilerinnen. Sie sind zudem auch Hebammen – und seit einem Jahr an dem GTZ-Projekt beteiligt. Bei Maria Nkhoma erklingen fast täglich die Trommeln – immer dann, wenn sie ihre Geister ruft, damit sie helfen, eine richtige Diagnose zu stellen und die richtigen Kräuter, Wurzeln oder Pasten für den Patienten zu wählen. Dann weiß sie auch, ob Hexerei im Spiel ist oder sexuelle Tabus gebrochen wurden – beides verursacht nach ihren Vorstellungen Krankheit. Bei der im achten Monat schwangeren Eda Mwula, die seit zwei Wochen bei der Heilerin ist, half ihr allein ihre langjährige Erfahrung als Hebamme.

Maria Nkhoma schaffte es, das Baby der 18-jährigen manuell von der

Steißlage in die richtige Geburtslage zu drehen. Neuerdings entsorgt die Heilerin die Nachgeburten in einer tiefen Ausschachtung abseits ihres Gehöfts. Wegen der Hygiene. Eine Anregung, die sie von Hebammen aus der Klinik bekam, als diese ihr Gehöft besuchten. Neu ist ebenso, dass sie Patienten mit Verdacht auf HIV/Aids an das Krankenhaus überweist. „Ich habe Medizin, die die Beschwerden bei Aids lindern und die Abwehr stärken, aber ich kann Aids nicht heilen“, erklärt sie. Maria Nkhoma pflegt auf ihrem geräumigen Gehöft, auf dem gerade einige neue Gebäude im Bau sind, ihre Patienten mit Hilfe ihrer Familie und von Dorffrauen, wenn es sein muss über Wochen. Die 50-jährige Liveness Nkhata betreut

MALAWI



Das kleine südostafrikanische Land Malawi grenzt an Mosambik, Tansania und Sambia. Es war eine britische Kolonie und wurde am 6. Juli 1964 unabhängig. Es folgten 30 Jahre Diktatur, bis 1994 die ersten freien Wahlen stattfanden. Präsident ist derzeit Bingu wa Mutharika. Malawi hat rund 13,6 Millionen EinwohnerInnen, davon leben in der Hauptstadt Lilongwe etwa 650.000 Menschen. Amtssprachen sind Englisch und Chechewa. Fast die Hälfte der Bevölkerung hat pro Tag weniger als einen US-Dollar zur Verfügung (Stand 2005). Eine Hebamme, die im Krankenhaus arbeitet, verdient im Monat etwa 120 Euro. Nicht nur Armut bedroht die MalawierInnen, sondern auch HIV/Aids. Schätzungsweise eine Million Menschen sind aktuell HIV infiziert, und Aids ist für beinahe dreiviertel aller Todesfälle im Land verantwortlich. Erst seit 2005 sind retrovirale Medikamente für HIV-Infizierte kostenlos erhältlich. Rund 1,2 Millionen Kinder sind Halb- oder Vollwaisen.

DIE AUTORIN

Verena Mörrath arbeitet seit 1994 als freie Journalistin, Fotografin und Ethnologin in Berlin. Sie hat mehrmals in Afrika geforscht und zu verschiedenen Themen Recherchereisen unternommen. In Malawi lag der Fokus ihrer Recherche auf Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Kontakt:

E-Mail: vmoerath@web.de

im Monat 50 und mehr Schwangere. Sie macht die Vor- und Nachsorge. Bei ihr kommen viele Kinder zur Welt – derzeit in einer winzigen Hütte, Länge höchstens zwei Meter. Ihre viel geräumigere Geburtshütte brach nach der letzten Regenzeit zusammen. Geld für den Neubau hat sie derzeit nicht. Für Vorsorge und Geburt bekommt Liveness Nkhata mal ein Huhn, mal Getreide oder in bar 200 bis 400 Kwacha – das sind rund ein bis drei Euro. Viele ihrer Patientinnen bleiben ihr sogar dieses kleine Honorar schuldig. Auf Anregung der GTZ registriert sie seit zwei Jahren in einem großen Buch, welche Patienten sie behandelt und welche sie an das Krankenhaus überweist – sechs Aidspatienten waren es 2007. Manchmal begleitet sie Schwangere auf einem Ochsenkarren in die 18 Kilometer entfernte Klinik. Entlohnt wird sie dafür nicht. Ebenso wenig für die schon geleistete Vorsorge und auch nicht für die postnatale Nachsorge in einem nahen staatlichen Gesundheitsposten.

„Die letzte Hebammenschulung hatte ich vor zehn Jahren“, bedauert Liveness Nkhata und zeigt auf ein verwittrtes Dokument. Sie besitzt weder ein Hörrohr, um Herztöne kontrollieren zu können, noch ist bei ihr bislang ein Paar Latexhandschuhe angekommen. Fließend Wasser bleibt ein Traum. Tradiertes Wissen von ihrer Großmutter und die mehr als 30 Jahre Berufserfahrung sind ihre Helfer – neben den Geistern und einigen Assistentinnen, die stets auf ihrem Gehöft zu finden sind. Sie kann Eklampsie diagnostizieren und behandeln, die Kindsgröße und -lage ertasten, das Kind bei falscher Lage wenden und einen Dammriss verhindern, zählt Liveness Nkhata stolz auf.

Tradiertes Wissen

Beide Hebammen genießen in der Dorfgemeinschaft von Mwesa ein hohes Ansehen und gelten als spirituelle Autoritäten. Nachwuchs, vor allem in ländlichen Gebieten, hat für malawische Frauen einen hohen Stellenwert und ist für ihren Status in der Gemeinschaft bestimmend. Dies spiegelt sich in einem stark ausdifferenzierten Vokabular für Mädchen und Frauen wider. Es gibt unterschiedliche Bezeichnungen: Für Mädchen vor der Pubertät, nach der ersten Menstruation, nach der

ersten Schwangerschaft, der zweiten, dritten und mehr. „Die Verbindung von Eheleuten dagegen steht in der sozialen Gemeinschaft gar nicht im Vordergrund“, erklärt die Ethnologin Angelika Wolf. „Je höher die Kinderzahl, desto anerkannter war stets eine Frau“, so die Expertin. In der Gegenwart gibt es allerdings einen Wertewandel: Nun ist es nicht nur wichtig, viele Kinder zu haben, sondern ebenso, ob man sie ernähren und ausbilden kann.

Angelika Wolf ist zufrieden, dass die GTZ-Initiative an festgefahrenen Vorurteilen gerüttelt und zu einem fruchtbaren Dialog zwischen Schulmedizinern und traditionellen Heilern und Hebammen geführt hat. Dennoch müsste verstärkt das Klinikpersonal in Kasungu dazu angehalten werden, die Heiler und Hebammen respektvoller zu behandeln und vor allem die Patientenkarteien mit aktuellen medizinischen Informationen tatsächlich zurück ins Dorf zu senden. „Nur so können die traditionellen Experten ihre Diagnose mit einer medizinischen abgleichen und dazulernen“, meint Angelika Wolf.

Der Arzt und Direktor des Kreiskrankenhauses Dr. Albert Mbowe macht trotz der recht gut funktionierenden Kooperation mit den Heilern keinen Hehl daraus, dass er für sie nicht viel übrig hat. „In der modernen Medizin geht es um echte Heilungschancen und da sind traditionelle Methoden nicht erfolgreich genug“, glaubt er. Aber er räumt ein, dass seit Projektbeginn 2005 weniger Frauen an den Folgen einer Geburt gestorben sind, weil die traditionellen Hebammen Patientinnen nun vermehrt in die Klinik überwiesen haben. Dass sein Krankenhaus selbst mit großen Mängeln kämpfen muss und auch die Schulmedizin bisweilen versagt, erwähnt er nicht. Vor kurzem ist der Vorrat an HIV-Tests in der Klinik aufgebraucht gewesen. Nachschub? Keiner kann sagen wann.

Die Methode des medizinischen Dialogs soll landesweit, inklusive urbaner Zentren, ausgeweitet werden. Aber ein Gesetzentwurf für die Anerkennung traditioneller Heiler und Hebammen liegt immer noch in der Warteschleife. Solch ein Gesetz ist jedoch die Voraussetzung dafür, sie erfolgreich in das Gesundheitssystem einzubinden. Die Chancen eines medizinischen Dialogs wären vertan, würden die traditionellen „Gesundheitsarbeiter“ lediglich als Lückenbüller in einem „paralisierten“ Gesundheitssystem benutzt. Sie sind wichtige Meinungsführer im sozialen Gefüge, wenn es um Sexualität und Sexualverhalten geht. Sie dafür zu gewinnen, beispielsweise Safer Sex zu befürworten, wenn ein Partner HIV-positiv ist, wäre ein unschätzbare Gewinn. Auch könnten traditionelle Hebammen ängstlichen Schwangeren vermitteln, dass sie bei hohem Risiko besser in einem Krankenhaus aufgehoben wären. Aussichtslos ist das nicht: „Traditionen“, so die Ethnologin Angelika Wolf, „sind nicht starr. Sie passen sich flexibel an aktuelle Rahmenbedingungen an.“ ●