

Sandra Petersmann

aus Deutschland



Stipendien-Aufenthalt in Kenia

vom 05. Oktober 2001 bis 07. Januar 2002

Kenia – Aids hat viele Gesichter

Von Sandra Petersmann

Kenia, vom 05.10.2001 bis 07.01.2002
betreut von der Heinz-Kühn-Stiftung

Inhalt

1. Kurzbiografie	470
2. Prolog	470
3. Aids hat viele Gesichter – Kenianer berichten über ihr Leben mit dem tödlichen Virus	472
4. Dr. John Wasonga – „Aids hat meine Arbeit verändert“	479

1. Kurzbiografie

Sandra Petersmann, Jahrgang 1972, kommt gebürtig aus Hamm. Ihre ersten Berichte und Reportagen schrieb sie als Schülerin für den „Westfälischen Anzeiger“. Sie handelte von Kaninchenzüchtern und vom Schäferhund mit der schönsten Rute, aber sie hat gerne darüber geschrieben. Kurz vor dem Abitur stieß sie dann als Moderatorin und Reporterin zum Team des privaten Lokal-senders Radio Lippe Welle Hamm. Sandra Petersmann blieb dem Sender bis 1996 als feste Freie treu. Sie reiste in dieser Zeit aber auch mehrfach auf eigene Faust ins Ausland, um über vergessene Konflikte zu berichten (z.B. Afghanistan und Angola). Durch ihr parallel laufendes Studium an der Universität Hannover (Geschichte und Politische Wissenschaft) bekam sie dann Ende 1995 spontan die Gelegenheit, in Johannesburg zu studieren. Und nach zwei rasanten Jahren des gesellschaftlichen Wandels im südafrikanischen Großstadtmog war sie endgültig süchtig nach Afrika. Sandra Petersmann absolvierte dann von März 1999 bis August 2001 ein bimediales Volontariat beim deutschen Auslandsrundfunk „Deutsche Welle“ (DW) in Köln und Berlin. Seither arbeitet sie als Reporterin, Planerin und Moderatorin für die Sendung „Funkjournal“ des deutschen Hörfunkprogramms der DW. Ihre größte Leidenschaft sind Interviews und die Reportage ist für sie die Königsdisziplin.

2. Prolog

Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ist erst in den frühen 80er Jahren verstärkt in den Krankenakten aufgetaucht. Nur zwei Jahrzehnte später ist die erworbene Immunschwächekrankheit weltweit die Todesursache Nummer vier – in Afrika sogar die Todesursache Nummer Eins. Zur Zeit sind rund 40 Millionen¹ Menschen mit dem aggressiven HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) infiziert, das Aids verursacht. Zwei Drittel davon leben in afrikanischen Ländern südlich der Sahara. Für keinen der Infizierten besteht zum jetzigen Zeitpunkt die Hoffnung auf Heilung. Die modernen Aids-Medikamente aus Europa und Nordamerika schaffen es zwar immer besser, die Vermehrung des Virus im Blut zu kontrollieren und zu unterdrücken, aber sie können das Virus nicht zerstören. Wenn HIV einmal im Blut ist, dann verlässt es nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft den Körper nicht mehr.

Ich bin vor meiner Bewerbung um ein dreimonatiges Stipendium bei der Heinz-Kühn-Stiftung von folgenden Überlegungen ausgegangen: In weniger als zwei Jahrzehnten hat HIV/Aids weltweit über 20 Millionen Menschen getötet. Damit ist HIV/Aids die zerstörerischste Epidemie in der Geschichte der Mensch-

¹ Alle Zahlen, die ich hier dokumentiere, sind dem „Report on the Global HIV/Aids Epidemic 2002“ von UNAids entnommen.

heit. Aber warum? Warum hat HIV/Aids allein in Afrika bisher 15 Millionen Menschen getötet? Was heißt es für einen Menschen in den Slums einer afrikanischen Großstadt oder in einem entlegenen Dorf HIV positiv zu sein? Was wissen die Menschen über die tödliche Bedrohung, die sie umgibt? Spielt HIV/Aids im Alltag eine Rolle? Verändert das Virus Kulturen und soziale Strukturen? Wer kümmert sich um die Kinder, wenn ihre Eltern sterben? Was passiert mit den ungeborenen Babys, wenn ihre Mütter HIV positiv sind? Wie reagiert die Politik auf die wachsende Epidemie? Was sagen die Betroffenen?

Ich bin der Heinz-Kühn-Stiftung und ganz besonders Ute Maria Kilian sehr dankbar, dass ich die Zeit bekommen habe, nach Antworten zu suchen. Ich konnte für drei Monate nach Kenia reisen.

Im Durchschnitt ist im Touristenparadies an der Ostküste Afrikas inzwischen jeder siebte Einwohner HIV positiv. Die nationale Infektionsrate liegt bei 15 Prozent, steigt aber jährlich. In den Slums der Hauptstadt Nairobi und auch in den Fischerdörfern am Lake Victoria breitet sich HIV wie ein Flächenbrand aus. Hier liegt die Infektionsrate im Schnitt bei 30 Prozent, was bedeutet, dass jeder dritte Mensch, der dir auf der Straße begegnet, Träger des HI-Virus ist.

Im November 1999 hat der autokratisch regierende Präsident Daniel arap Moi die Epidemie zur nationalen Katastrophe erklärt. Administrative Schritte waren die Folge, praktische Politik nicht. Ich habe zwei Monate gebraucht, um ein Interview mit Dr. Margaret Gachara zu bekommen. Die Ärztin ist die Direktorin des Nationalen Rates zur Kontrolle von Aids, NACC (National Aids Control Council). Nach einigem Zögern gibt sie zu, dass die Epidemie in Kenia außer Kontrolle ist. Als ich sie frage, woran das liegt, windet sie sich und sucht nach Worten. Sie hat Angst davor, die Dinge beim Namen zu nennen. Sie hat Angst zu sagen, dass es vor allem am politischen Willen ihrer Regierung mangelt. Margaret Gachara redet über die Zukunft, sie sagt alles und nichts.

„Der Kampf gegen HIV/Aids ist schwer, weil es eine stille Epidemie ist. Aids tötet still, fast heimlich. Es ist nicht so, als ob eine Bombe einschlägt und sofort sind 200 Leute tot. HIV/Aids tötet so leise, dass es etwas länger dauert, sich der Realität zu stellen und damit fertig zu werden. Aber die Epidemie hat in Kenia inzwischen so ein Ausmaß erreicht, dass jeder Bürger entweder infiziert oder betroffen ist. Wir können unsere Augen nicht länger verschließen. Wir sitzen alle im selben Boot.“

Margaret Gachara wirkt etwas verloren in ihrem neuen, schicken Büro. Sie ist direkt dem Präsidialamt unterstellt. Der Presse-Attaché, der mit am Tisch sitzt, notiert sich jedes Wort, das sie sagt. „Wir haben auf die Epidemie geantwortet, aber nicht so schnell und aggressiv, wie die Epidemie gewachsen ist. Wir bemühen uns wirklich darum, unsere Programme und Interventionen auszuweiten. Aids geht alle und alle Bereiche an. Aids ist schon lange

mehr als nur ein Gesundheitsproblem. Aids ist ein Bildungsrisiko, Aids ist ein Sicherheitsrisiko.“

In den kommenden vier Jahren will die kenianische Regierung die Infektionsrate in der Altersgruppe „15 bis 25 Jahre“ „um 30 Prozent reduzieren“, sagt Margaret Gachara. „Aber uns fehlt das Geld, wir brauchen Hilfe aus dem Ausland.“ Wie sie das Geld ausgeben will, dazu sagt sie nichts.

Ich nutze dieses Interview als Teil meiner Einleitung, weil es die folgenden beiden Geschichten in die richtige Perspektive rückt. In der ersten Reportage geht es um die Menschen, über die Margaret Gachara redet. Die intensiven Begegnungen mit den Gesichtern hinter der Statistik waren für mich eine schmale Gradwanderung. Ich habe mich oft gefragt, ob ich die Grenze zum Voyeurismus überschreite.

Der im Anschluss folgende, kürzere Bericht über Dr. John Wasonga aus dem Mbagathi Krankenhaus in Nairobi wirft abschließend ein Schlaglicht auf die Arbeit eines Arztes, der versucht, sich der Lawine entgegen zu stemmen. Ich füge diesen Bericht deshalb an, weil es hier auch um die Verantwortung der internationalen Politik und der multinationalen Pharmakonzerne geht.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Teams von „Ärzte ohne Grenzen“ in Dandora, Mathare, Kibera, Mbagathi und Busia, Chris Ouma von Action Aid Kenya, Erika Barra vom DED, Eunice Odongo von WOFAK und Anne Mawathe vom privaten Radio- und Fernsehsender „Nation“. Ohne sie hätte ich nur wenig für das Jahrbuch der Heinz-Kühn-Stiftung schreiben können.

3. Aids hat viele Gesichter – Kenianer berichten über ihr Leben mit dem tödlichen Virus

Dicke Tropfen prasseln auf das rostige Blechdach der Lehmhütte. Schon seit Stunden. Der Lärm zehrt an den Nerven. Regenzeit in Kenia.

Die Hütte steht in einem Township am östlichen Rand der Millionenstadt Nairobi. Hier, in Dandora, leben etwa 300.000 Menschen auf engstem Raum. Jeder fünfte ist HIV positiv. Darunter George, 29 Jahre alt. Aber er weiß noch nicht, dass er das Virus hat. Denn George will glauben, dass er „nur“ an einer schweren Tuberkulose leidet. Er liegt abgemagert und hustend auf einer alten Couch in der dunklen Hütte seiner Großmutter und zittert am ganzen Körper. Der Fußboden ist aufgeweicht, die Wände sind nass und alle Woldecken klamm. George hat schon seit Tagen keine trockene Haut mehr gehabt. Als er vor einem Monat anfang, regelmäßig Blut zu spucken, da hat seine Oma irgendwann all ihren Mut zusammengenommen und ist zum Büro der ausländischen Hilfsorganisation marschiert, die eine kleine Ambulanz in ihrem Viertel hat. Und jetzt

beugt sich Priscilla von „Ärzte ohne Grenzen“ über den jungen Mann und hört seinen Brustkorb ab. Jeder Atemzug rasselt.

George will etwas sagen, kann aber nicht. Der nächste Hustenanfall. Er entscheidet sich, Priscilla für ihn sprechen zu lassen. Die junge Krankenschwester versorgt ihn zur Zeit drei mal pro Woche. Immer in der Hütte seiner Oma, die sich um ihn kümmert, seit seine Frau sich von ihm getrennt hat. Seine Frau hatte es satt, dass ihr Mann ständig krank war und nicht mehr arbeiten konnte. „George hat starke Lungenschmerzen“, erklärt Priscilla. „Das Atmen tut ihm weh. Er hat Durchfall und ziemlich viel Blut im Stuhl. Und er muss sich jedes mal übergeben, wenn er etwas isst. Die Rippen tun ihm weh. Er hat ständig Fieber. Es ist erst früh am Morgen, aber er hat schon wieder 38,2 °C. Und er friert.“

Priscilla gehört zum „home-based care“ Team von „Ärzte ohne Grenzen“ in den Slums von Nairobi. Die junge Krankenschwester hat sich auf die Pflege von HIV-Patienten spezialisiert. Jeden Morgen stapft die zierliche Kenianerin zu Fuß mit ihrem schweren Medikamenten-Rucksack durch Dandora und behandelt ihre Patienten in deren vier Wänden. „Klar, es gibt immer Momente, wo Du nicht mehr weiter kannst, wo Du Dich fragst: macht das alles überhaupt Sinn? Oder wo Du Dich fragst, tue ich eigentlich genug?“ Priscilla ist ein sehr nachdenklicher Mensch. Sie stemmt sich täglich gegen ein Lawine, die sie nicht aufhalten kann. Das ist das Bild, das sie selber wählt, obwohl es in Nairobi gar nicht schneit. „Ich habe gerade fünf Patienten in nur fünf Tagen verloren. Alles junge Menschen. Alles Mütter und Väter. Ich bin dann zu unserem eigenen Psychologen gegangen, weil ich Hilfe gebraucht habe. Das passiert hier ständig. Aber viel Zeit zum Nachdenken haben wir ja gar nicht, weil die Menschen uns brauchen.“ Aber es gibt auch die schönen Momente, wo ein Patient endlich wieder aufstehen kann oder endlich aufhört zu husten. „Und deshalb mache ich weiter“, sagt Priscilla leise.

Denn ihre Patienten haben keine Wahl. George zum Beispiel ist zu schwach, um selber zum Arzt zu gehen. Geld für ein Taxi und für eine stationäre Behandlung in der Klinik hat er auch nicht. Und Kenias Krankenhäuser sind im Zeitalter von HIV ohnehin so voll, dass über 90 Prozent der Tuberkulose-Patienten nur Medikamente bekommen und sofort wieder nach Hause geschickt werden. Tuberkulose ist vor allem in den Ländern südlich der Sahara ein ständiger Begleiter von HIV/Aids. Priscilla untersucht den jungen Mann vorsichtig. Sie überlegt sich, was sie ihm sagt. „George geht es im Moment wirklich sehr schlecht. Und er hustet so stark, dass ich gar nicht richtig mit ihm sprechen kann. Wir müssen jetzt erst einmal seine Infektion in den Griff bekommen.“ Wir reden draußen weiter. Priscilla ist sich sicher, dass George HIV positiv ist. Nicht nur wegen seiner Tuberkulose. Auch seine Vergangenheit lässt diesen Schluss zu. George hat seiner Krankenschwester erzählt, dass er früher oft mit seinen Freunden losgezogen ist und mit vielen Frauen geschlafen hat. Er hat das mehr arglos

und beiläufig erwähnt, weil er stolz darauf ist, dass er bei den Frauen Erfolg hatte. „Wenn es ihm besser geht, werde ich ihm vorschlagen, dass er sich bei uns kostenlos testen und beraten lassen kann. Denn, wenn wir ihm jetzt schon einen HIV-Test vorschlagen, dann verstören wir ihn nur noch mehr. Er macht sich so große Sorgen wegen seiner Tuberkulose, jedes Wort darüber hinaus wäre jetzt ein Wort zu viel“, sagt Priscilla auf dem Weg zur nächsten Hütte.

Peter Ofuro hat den Test schon hinter sich. Der 46-jährige weiß, dass er das Virus hat. Peter ist gerade aus dem Kenyatta Krankenhaus entlassen worden. Im größten Krankenhaus Kenias sind mehr als die Hälfte aller Betten mit HIV-Patienten belegt. Und es gibt Tage, da stapelt das Pflegepersonal die Leichen im Keller, weil das Kühlhaus zu klein ist.

„Jetzt geht es mir viel besser“, erzählt Peter Ofuro gut gelaunt. „Ich bin jetzt schon zwei mal im Kenyatta Krankenhaus gewesen. Das erste mal musste ich fast zwei Monate da bleiben. Dann konnte ich nach Hause. Aber nach drei Wochen ging es mir dann wieder so schlecht, dass ich zurück in die Klinik musste. Dieses mal für 40 Tage. Ich bin letzte Woche nach Hause gekommen, und im Moment geht es mir gut.“

Peter lebt mit seiner Frau und den fünf Kindern in Kibera, der größten Slumsiedlung von Nairobi. Hier leben über eine halbe Million Menschen eingepfercht in einer Talsohle. Auf der einen Seite begrenzt durch die Bahntrasse Richtung Uganda, auf der anderen Seite durch eine stark befahrene Straße und den brackigen Kibera-Fluß. Auf beiden Seiten wuchern die einfachen Hütten die steilen Hänge hoch. Und oben, vom Hang aus betrachtet, wirkt Kibera wie ein endloses Meer aus rostigen Blechdächern. Unten ist es ein Gewühl aus Menschen, Tieren, Müll, Dreck und Gestank. Hier geht es nur zu Fuß von A nach B, für Autos ist einfach kein Platz. Kein fließendes Wasser, kein Strom, keine Kanalisation, keine Toiletten. Die Menschen haben kleine Gräben und Rinnen gegraben, in denen jetzt, in der Regenzeit, eine stinkende Brühe steht. Peter liegt lächelnd auf einer Strohmatten vor seiner kleinen Hütte und ist dankbar.

„Wissen Sie, ich bin so froh, dass ich wieder zu Hause bin“, sagt er. „Das Leben auf der Station ist schrecklich. Jeden Tag musst du zusehen, wie wieder einer stirbt. Das ist unerträglich. Aber zu Hause geht es mir gut. Meine Frau und unsere fünf Kinder kümmern sich um mich. Wir essen gemeinsam, wir reden viel, zu Hause fühle ich mich frei.“

Die beiden Krankenhausaufenthalte waren teuer und haben die letzten Reserven der Familie aufgefressen. Die fünf Kinder gehen schon seit ein paar Wochen nicht mehr zur Schule, weil die Eltern das Schulgeld nicht bezahlt haben. Peter ist plötzlich verlegen und sucht nach den richtigen Worten. „Mein Bruder unterstützt mich, so gut er kann. Aber er hat auch wenig Geld. Meine Frau verkauft Kohlköpfe und Tomaten. Sie muss jetzt die Miete zah-

len und sich um unser Essen kümmern. Ich kann jetzt schon seit zwei Jahren nicht mehr arbeiten gehen, weil ich diese Krankheit habe.“

Diese Krankheit – Peter ist im letzten Stadium, aber er bringt den Namen Aids nicht über die Lippen. Er hat offene Wunden an beiden Beinen, die vom Wasser ganz aufgedunsen sind. Er ist bis auf die Knochen abgemagert und seine Lungenentzündung ist ein Dauerzustand. Sie heißt *Pneumocystis Carinii* und wird durch einen Pilz ausgelöst, der sich in der Lunge einnistet. Ein gesundes Immunsystem kann die *Pneumocystis* kontrollieren, aber Peters Immunsystem ist zusammengebrochen. Das HI-Virus hat die Kontrolle über seinen Körper übernommen. Peter kann weder Stuhl noch Urin kontrollieren. Die Strohmatten, auf der er vor seiner Hütte liegt, sind fleckig. Ohne seine Frau Sarah und seine Kinder kommt er nicht mehr klar. Vor ein paar Tagen hat Sarah im Kibera-Büro von „Ärzte ohne Grenzen“ um Hilfe gebeten. Sie redet offen und präzise.

„Wir haben den HIV-Test damals zusammen gemacht, weil mein Mann immer öfter krank wurde und immer gehustet hat. Ich habe nicht gehustet. Also sind wir zum Test gegangen. Und was sollte ich machen? Er ist mein Mann. Und die Krankheit hat schon so viele von uns getroffen. Mich kann sie auch treffen. Bis jetzt habe ich Glück gehabt.“

„Komisch. Wirklich komisch“, platzt es ein paar Tage später aus der energiegelichen Aktivistin Eunice Odongo raus. „Komisch, dass Ihr Journalisten immer wissen wollt, wie wir uns angesteckt haben. Es gibt 29 Millionen Kenianer“, fährt sie dann etwas ruhiger fort, „davon sind über 2 Millionen HIV positiv. Macht unter dem Strich 15 Prozent der gesamten Bevölkerung. In Kenia sterben jeden Tag 700 Menschen an Aids. Geht es da wirklich noch um die Frage, wer Schuld hat? Ich weiß wirklich nicht, wo ich mich infiziert habe. Es kann bei der Geburt meines ersten Kindes passiert sein. Ich habe damals eine Blutkonserve bekommen. Gut möglich, dass mich mein Mann angesteckt hat. Aber für mich geht es jetzt darum, solange wie möglich zu leben. Aber wie? Das ist die Frage, die Sie mir stellen sollten.“

Eunice Odongo ist Mitte 30. Sie weiß seit 7 Jahren, dass Sie HIV positiv ist. Damals brachte sie ihr drittes Kind auf die Welt, aber das Baby starb wenige Wochen nach der Geburt. Eunice selbst bekam einen großflächigen Herpes Zoster im Gesicht. Eine Gürtelrose. Links. „Die Schmerzen waren unerträglich“, erinnert sich Eunice. Die Nervenentzündung wucherte bis in das linke Ohr, das linke Auge und das linke Nasenloch. Erster Bote eines schwachen Immunsystems. Ihre Mutter arbeitete damals noch als Krankenschwester in einer kleinen Ambulanz und erkannte die Zeichen. Sie sprach mit ihrer Tochter und schickte sie zum Aids-Test. Natürlich war Eunice geschockt, als sie die Diagnose positiv bekam. „Aber dann bin ich auf einmal ganz ruhig geworden. So ruhig wie noch nie in meinem Leben.“ Eunice knetet ihre Hände und denkt nach. Die Erinnerung wird lebendig und tut weh. „Ich habe mit meinem Mann geredet. Ich habe

ihm gesagt, dass ich Angst davor habe, mich mehrfach zu infizieren, zu reinfizieren. Ich weiß, dass das geht. Ich weiß, dass es vielen Frauen passiert. Und ich weiß, dass jede Neuinfektion deinen Körper noch kaputter macht als er ohnehin schon ist. Aber mein Mann wollte keine Kondome benutzen. Und da dachte ich mir – ich habe zwei kleine Kinder, ich bin positiv, ich muss auf mich aufpassen. Ich darf mein Immunsystem nicht weiter schwächen. Ich habe mich von meinem Mann getrennt. Meine Kinder sind jetzt 9 und 14 Jahre alt und sie wissen Bescheid. Ich lebe enthaltsam und es geht uns gut. Ich sage nicht, dass es leicht ist, aber es geht mir gut.“²

Eunice Odongo ist eine starke Frau, die weiß, was sie will. Sie will ein Vorbild sein. Sie gehört zu den Gründungs-Mitgliedern von WOFAK (Women Fighting Aids in Kenya), einer Selbsthilfegruppe für HIV positive Frauen in Kenia. Sie geht offensiv mit ihrer Infektion um und ist ein gern gesehener Gast in den Fernseh-Talkshows. Inzwischen ist sie so bekannt, dass Leute auf der Straße mit dem Finger auf sie zeigen. „Glauben Sie mir“, lacht Eunice Odongo fast schon ein bisschen sarkastisch, „die zeigen auf mich, weil ich positiv bin. Die würden mir nie die Hand geben“. Ihre Erklärung klingt plausibel. „Unsere Regierung ist stolz darauf, dass über 90 Prozent aller Kenianer wissen, was Aids ist. Aber was heißt das denn bitte schön im Klartext? Die meisten denken doch immer noch, dass Aids nur für die da auf der Seuchestation ist, und nicht für sie selber. Da stehen noch immer so viele Vorurteile im Raum, dass die Betroffenen Angst haben, die Wahrheit zu sagen. Viele Frauen haben zum Beispiel Angst davor, dass sie gesehen werden, wenn sie in unser Büro kommen. Und die Medien bedienen diese Vorurteile. Die sprechen ja auch nur von „diesen Opfern“ und „solchen Menschen“. Ich sage den Journalisten dann immer: „Nein, verdammt noch mal! Es geht um uns, sortiert uns nicht aus. Ihr seid auch Schuld, wenn Leute nicht die Wahrheit sagen und sogar ihren Partnern verschweigen, dass sie HIV positiv sind. Verstehen Sie? Das ist der Kreislauf, den wir durchbrechen müssen.“

Eunice Odongo lebt zwar nicht im Slum, aber die teuren Aids-Medikamente aus den USA oder aus Europa kann sie sich trotzdem nicht leisten. Zu teuer. Aber sie hat aufgehört, darüber nachzudenken. Weil es nichts bringt, wie sie sagt. „Die einfache Kombinationstherapie, die Ihr in Europa auch habt, die mit AZT und 3TC (Combivir, siehe auch Fußnote³), die kostet hier in Nairobi im Moment zwischen 300 und 600 Dollar im Monat, weil ich sie mir ja auf dem privaten Medikamentenmarkt kaufen müsste. Ich habe aber nur 50 Dollar im Monat übrig.“

Und damit ist Eunice im Vergleich zu Peter und George reich. Aber nicht reich genug. „Ich bin jetzt Mutter von zwei Kindern“, sagt Eunice trotzig. „Und ich

² Ich schreibe diese Fußnote nachträglich im November 2002. Eunice Odongo ist in der zweiten Oktober-Woche überraschend verstorben. Sie war trotz eines starken Hustens zu einer Aids-Konferenz nach Harare (Zimbabwe) geflogen. Dort ist sie dann nach wenigen Tagen in ein Krankenhaus eingeliefert worden, denn der Husten war eine schwere Lungenentzündung. Sie starb an multiplem Organversagen.

möchte jetzt, dass es anderen HIV positiven Menschen besser geht.“ Sie hat für WOFAK ein kleines Faltblatt geschrieben, in dem sie einfache Behandlungstipps für die typischen Infektionen von HIV-Patienten gibt. Bei Husten und Fieber empfiehlt sie einen starken Tee aus Ingwer und Knoblauch. Bei Durchfall helfen Papaya-Kerne. Sauerkrautwasser vertreibt Bakterien im Magen-Darm-Trakt und die richtige Mischung aus Honig, Aloe und Brandy stärkt das Immunsystem. Und dann rät Eunice noch, kleine Wunden und Hautentzündungen sofort mit stark verdünntem Bleichmittel auszuspülen. Eunice hat das gerade mit einer kleinen Pilzinfektion in der linken Achselhöhle gemacht. „Das brennt zwar höllisch“, sagt sie, „aber die meisten Positiven in Kenia können sich keine antibakterielle Salbe oder Antibiotika leisten.“

Eunice ist eine Frau mit einer klaren Botschaft. „HIV heißt nicht, dass unser Leben vorbei ist, nur weil wir arm sind. HIV positiv zu sein heißt, dass du das Virus hast, das Aids auslöst. Aber damit kannst du immer noch lange leben, wenn du offensiv und positiv damit umgehst. Für mich sind das vier Säulen. Sei offen zu Deiner Familie und Deinen Freunden und vermeide Stress. Behandle jede kleine Infektion sofort. Ernähre dich regelmäßig und gesund. Und wenn du Sex hast, dann nur mit Kondom. Das ist entscheidend. Damit können auch wir länger leben. Natürlich nicht so lange wie die Infizierten in Deutschland, aber auch wir können länger leben. Und das ist für mich der entscheidende Punkt.“

Andere Lebensumstände, andere Antworten

Ein Leben als allein erziehende Mutter im heruntergekommenen Stadtteil Zewani in Nairobi, zum Beispiel. Zewani, das sind eilig hochgezogene Plattenbauten und kleine Ziegelhäuser, mit einem Raum und ohne Fenster. Und in so einem Ziegelhaus lebt Christine Otieno. Die 31-jährige hat eine schwere Tuberkulose und liegt matt auf einer fleckigen Matratze auf dem Fußboden. Ihr sind die oberen Schneidezähne ausgefallen, weil ihr Zahnfleisch so stark entzündet ist. Sie spuckt Blut.

Vor sechs Monaten ging sie ins Krankenhaus, um einen Schwangerschaftstest machen zu lassen. Von einem HIV-Schnelltest war nie die Rede. Der Arzt kam trotzdem mit zwei positiven Ergebnissen zurück. Und gab Christine ungefragt ein paar Ratschläge mit auf den Weg.

„Er hat mir gesagt“, flüstert Christine, „dass ich beten soll, dass ich gesund essen soll und dass ich keinen Sex mehr haben soll.“ Keine weitere Erklärung. Natürlich hat Christine schon von HIV/Aids gehört, aber was macht das Ding jetzt in ihrem Körper?

Als Christine zu Beginn der 90er Jahre aus ihrem Dorf am Victoria-See nach Nairobi kam, um Geld zu verdienen, da hatte sie keine große Wahl, sagt sie. Sie war arm und konnte nicht richtig lesen und schreiben. Also begann sie, ihren Körper zu verkaufen. Fast immer ohne Kondom, weil das mehr Geld bringt. „Ausserdem bestimmen sowieso die Männer, was beim Sex passiert“, versichert Christine. „Und die meisten Männer finden, dass das Gummi stört.“ Sie hat noch bis vor ein paar Wochen weitergemacht als Prostituierte – trotz Infektion, trotz Schwangerschaft. Aber jetzt geht es nicht mehr. Sie kann nicht mehr laufen, und auch das Sprechen fällt ihr schwer.

Christine denkt nicht darüber nach, dass sie das Virus an ihre Kunden weitergegeben haben könnte. „Einer von denen hat mich ja auch angesteckt“, sagt sie trocken. Aber die junge Frau macht sich Sorgen um ihre beiden Kinder und um ihr ungeborenes Baby. „Was passiert, wenn ich nicht mehr da bin?“ Sie hat gehört, dass Aids ganze Familien auslöschen kann.

Ihren 13-jährigen Sohn hat sie zu ihren Eltern an den Victoria-See geschickt und der Kontakt ist völlig abgerissen. Nur Imaculate, die 15-jährige Tochter, ist noch da, um ihre Mutter zu versorgen. „Mama hat mir nicht gesagt, dass sie Aids hat“, sagt das Mädchen. „Ich habe es trotzdem gemerkt, weil sie jeden Morgen gebrochen hat.“ Imaculate verdient jetzt das Geld für den Haushalt. Wo und wie, das sagt sie nicht. Sie schämt sich. Aber sie würde gerne wieder zur Schule gehen. Das Mädchen sitzt auf einem klapprigen Stuhl und schaut auf ihre Mutter herunter. In Imaculates Augen schimmern Tränen, aber sie beisst sich auf die Lippen. Christine auf ihrer Matratze auf dem Fußboden stöhnt leise auf. Ihre Augen sind halb geschlossen. Das lange Kleid ist nach oben gerutscht. Ihre Beine sind mit dunklen Flecken übersät – „Kaposi's Sarcoma“, ein Hautkrebs, den viele HIV Infizierte bekommen, weil ihr Immunsystem zu schwach ist, um Krebszellen zu bekämpfen.

Als ich Christine ein paar Tage vor meiner Abreise noch einmal besuchen will, ist sie tot. Sie hat ihr ungeborenes Baby mit ins Grab genommen.

Imaculate will trotzdem in Nairobi bleiben. Sie denkt darüber nach, bei ihrem Nachbarn einzuziehen, der mindestens 20 Jahre älter ist als sie. Er hat gerade seine Frau verloren.

Ortswechsel

Ein Fischerdorf in der Nähe der kleinen Stadt Mbita am Lake Victoria. Hier, irgendwo ganz in der Nähe, wohnen Imaculates Großeltern, hier lebt ihr kleiner Bruder und hier leben auch ein paar Onkel und Tanten. Hierhin hätte sie gehen können. Sie will nicht.

Hier, am See, dreht sich alles um Fischfang und Bootsbau. Ansonsten gibt es nicht viel zu tun. Die meisten Menschen leben in Rundbauten aus Lehm. Die Jugendlichen haben früh Sex und die Partnerschaften sind brüchig. Und trotzdem spielt gerade hier Tradition eine große Rolle. Stirbt zum Beispiel der Ehemann, dann erbt sein Bruder oder ein anderes männliches Mitglied seiner Familie die Witwe und heiratet sie. So sollen die Frauen und Kinder abgesichert werden, aber so kann sich eben auch das Immunschwächevirus rasend schnell ausbreiten. Inzwischen ist in dieser Region jeder dritte Einwohner über 15 Jahre HIV positiv. Die Generation der Eltern stirbt weg und immer mehr Kinder bleiben alleine zurück. In Kenia gibt es jetzt schon fast eine Million Aids-Waisen – Kinder wie Jackson.

Jackson war erst 12, als er kurz nacheinander beide Eltern verlor. Jetzt ist er 15 und das Familienoberhaupt. Er ist jeden Tag viele Stunden mit dem Boot draußen, um seine vier jüngeren Geschwister zu ernähren. Keines der Kinder geht zur Schule. Jackson denkt oft an seine Eltern. Er hat sie bis zu ihrem Tod gepflegt. „Ich kenne mich sehr gut aus mit HIV and Aids. Ich weiß genau, was das ist. Ich habe gesehen, was die Krankheit mit meinen Eltern gemacht hat. Verstehen Sie? Verstehen Sie, was ich sage?“ Jackson's Stimme überschlägt sich fast. „Es war schlimm, es war so schlimm. Sie können sich das nicht vorstellen. Niemand weiß, wie das ist, wenn Deine Eltern krepieren. Uns hat keiner geholfen. Ich habe sogar die Löcher gegraben, als es vorbei war.“ Jackson zeigt mir die Gräber seiner Eltern.

Der Teenager will das Fischerdorf verlassen und mit seinen Geschwistern Richtung Nairobi ziehen. „In der Hauptstadt finde ich vielleicht eine gute Arbeit“, sagt er. „Und vielleicht kann ich die Kleinen dann zur Schule schicken und vor Aids schützen.“ Jackson hat sich nach dem Tod seiner Eltern im Krankenhaus testen lassen. „Ich bin negativ“, sagt er und lacht mich zum ersten Mal an. Dann wird er wieder still und nachdenklich. „Wir Kinder müssen uns um uns selber kümmern. Wir müssen dafür sorgen, dass das aufhört, damit die Welt wieder besser wird. Wir müssen uns testen lassen und wir müssen uns ändern.“ Es wird Zeit für Jackson. Die Sonne geht unter. Gleich fährt er mit den anderen Fischern zum Nachtfang raus.

4. Dr. John Wasonga – „Aids hat meine Arbeit verändert“

Mindestens 20 HIV positive Patienten kommen pro Tag in die Aids-Ambulanz von Doktor John Wasonga. Die meisten sind im Endstadium ihrer HIV-Infektion, also im Vollbild von „Aids“. Ihr Immunsystem ist so geschwächt, dass schwere begleitende Infektionen (die sogenannten opportunistischen

Infektionen) wie zum Beispiel Tuberkulose, Durchfall, Erbrechen, Pilzerkrankungen, Mundfäule und Herpes gleichzeitig auftreten.

„Die meisten unserer Patienten haben natürlich Tuberkulose“, erklärt John Wasonga und blättert durch einen zerknitterten Stapel von Krankenblättern. „Das ist ja in den Slums die häufigste opportunistische Infektion. Wir haben es aber auch mit anderen Atemwegs-Erkrankungen zu tun. Viele Patienten leiden zum Beispiel unter einer Lungeninfektion, die zuerst bei HIV-Patienten in Amerika und Europa aufgetaucht ist und inzwischen als *Pneumocystis Carinii* bekannt ist. Sie wird durch einen Pilz verursacht. Und dazu kommen dann die anderen Lungenentzündungen durch Tröpfchenübertragung. Und Hauterkrankungen, weil das Immunsystem schwach ist. Na ja und dann die ganzen Magen- und Darmkrankheiten und Kreislaufprobleme, weil die Patienten so stark abnehmen. Sie können das sehen wie Sie wollen, wir haben es so oder so immer mit Infektionskrankheiten zu tun.“

Die Ambulanz, in der Dr. John Wasonga arbeitet, gehört zum Mbagathi District Hospital in Nairobi und liegt gleich neben Kibera. Das ist die größte Slum-Siedlung der Hauptstadt. Hier leben über eine halbe Million Menschen auf engstem Raum und mindestens jeder fünfte ist HIV positiv. „Ich bin einfach nicht mehr der gleiche Arzt, der ich einmal war“, erzählt John Wasonga. „Ich habe viele Überstunden gemacht, um zu lernen, wie HIV-Patienten behandelt werden müssen. Ich habe mich in den vergangenen Jahren immer mehr mit Infektionskrankheiten auseinandersetzen müssen. Wissen Sie, hier in Mbagathi haben die traditionellen medizinischen Fälle an Bedeutung verloren. Ich nehme jetzt mal als Beispiel eine Herzerkrankung. Herzerkrankungen sind noch da, aber die HIV-Epidemie hat einfach alles überrollt. Meine Patienten sterben an Aids, nicht an einem Herzinfarkt. Und deshalb fände ich es richtig, wenn es auch zum Komplex HIV und Aids eine klinische Spezialdisziplin gäbe.“

Dr. John Wasonga hat sich mit viel Eigeninitiative auf die Behandlung von HIV-Patienten spezialisiert. „Ich habe das Fachwissen“, sagt er. „Aber ich stelle Diagnosen ohne behandeln zu können.“ Spätestens jetzt fällt auf, wie wütend der engagierte Arzt ist. Auf sich selber, auf den fehlenden politischen Willen, auf die Patente der Pharmaindustrie. „Ich bin für meine Patienten da, ja und ich schreibe ihnen Rezepte. Aber die meisten von ihnen können sich die Medikamente nicht kaufen, weil sie viel zu teuer sind. Und deshalb fühle ich mich auf mein akademisches Wissen reduziert. Ich kann mein Fachwissen nicht umsetzen. Denn alles, was ich meinen Patienten rate, bleibt auf der theoretischen Ebene. Wenn ich eine antiretrovirale Therapie vorschlage, dann müssen die mich doch für total verrückt halten, weil ich überhaupt nicht berücksichtige, woher sie kommen und wie sie leben. Ein paar kommen dann gar nicht mehr wieder. Das sind Menschen aus den Slums. Die haben kein sauberes Wasser und sie sind schlecht ernährt. Aber ich habe mich ent-

schieden, ihnen nicht zu verschweigen, dass es Medikamente gibt, die ihnen helfen können und die ihr Leben verbessern können.“

Die modernen antiretroviralen Medikamente müssen individuell dosiert und kombiniert werden³. Sie können die HIV-Konzentration im Blut so stark unterdrücken, dass das Virus praktisch nicht mehr nachzuweisen ist. Gutes und ausgewogenes Essen, sauberes Wasser, wenig Stress, die pünktliche Einnahme der Pillen und regelmäßige Blutuntersuchungen sind entscheidend für den Erfolg der Therapie. Die Nebenwirkungen können aber beträchtlich sein und den Patienten zum Abbruch der Therapie zwingen. „Schauen Sie sich hier um“, gestikuliert John Wasonga. „Uns fehlt ein richtiges Labor und den Leuten aus den Slums fehlt das Geld. Und Eure Politiker tun nichts und behaupten, dass die Afrikaner sowieso nicht in der Lage sind, die Pillen zu schlucken, weil sie zu dumm sind, die Uhr zu lesen.“ John Wasonga ist verbittert, sein Sarkasmus schneidend.

Aber die antiretroviralen Medikamente sind nur die Spitze des Eisbergs. Viele Patienten aus Kibera können sich noch nicht einmal die einfache Prophylaxe mit Septra oder Co-Trimoxazol leisten. Die Antibiotika werden vorbeugend genommen und sind in der Lage, den Ausbruch von begleitenden HIV-Infektionen hinauszuzögern.

Dann sitzt John Wasonga ruhig auf seinem Stuhl und schweigt lange. Er schlägt für einen kurzen Moment beide Hände vor das Gesicht. „Wenn man die Realität berücksichtigt, dann wird man nachdenklich“, sagt er schließlich. „Ich erkenne an, dass antiretrovirale Medikamente vielen HIV-Patienten helfen. Aber als Arzt weiß ich auch, wie schwer es ist, chronische Virus-Erkrankungen zu behandeln. Und deshalb wäre es das beste, wenn die Menschen sich erst gar nicht infizieren würden. Wir brauchen unbedingt bessere Aufklärungskampagnen. Und die müssen dann begleitet werden durch weltweite Kampagnen für den freien Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten.“

Wir haben lange geredet. Es wird Zeit für einen Rundgang auf den zwei Stationen, die John Wasonga neben der HIV-Ambulanz betreut. Beide Stationen zusammen haben 150 Betten. Alle Betten sind belegt, in vier Betten liegen jeweils zwei Patienten und mindestens zehn liegen mit dünnen Decken auf dem Fußboden, darunter zwei Kleinkinder. „Die sind alle positiv, die meisten haben nicht mehr lange.“ Ich begleite den Arzt auf seiner Visite und jedes weitere Wort ist überflüssig.

„Auch wenn die Aufklärungskampagnen noch so gut und die Medikamente noch so effektiv sind“, erklärt Dr. John Wasonga aus Kenia, „wissen wir doch alle, wie schwer es ist, menschliches Verhalten zu ändern. Es geht um Intimität

³ Im Juli 2002 sind 16 verschiedene Medikamente auf dem Markt. In der hochaktiven, antiretroviralen Therapie (HAART) werden meist drei Wirkstoffe kombiniert, um es dem Virus so schwer wie möglich zu machen, Resistenzen zu entwickeln. Eine gängige Kombination ist Combivir – bestehend aus den Wirkstoffen AZT und 3TC – kombiniert in zwei Tabletten (mit je 300 mg AZT und 150 mg 3TC), die die Patienten zweimal am Tag schlucken müssen. Es gibt 140 verschiedene Kombinationen der HAART-Therapie, die zum Zeitpunkt des Schreibens dieser Reportage zugelassen sind.

und um Sex, also um etwas, was nicht öffentlich ist. Und deshalb sage ich als Arzt, dass wir uns auf die Entwicklung eines präventiven Impfstoffs konzentrieren müssen. Aber bis die Forschung so weit ist, werden noch viele Menschen sterben. Denn im Endeffekt ist auch das vor allem eine Frage des politischen Willens, der politischen Prioritäten und des Geldes.“