

## Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis im Kongo

Ich bin gebeten worden, einen Vortrag zu halten, den wir etwas „großflächig“ genannt haben: „Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis im Kongo“. Dies will ich gerne versuchen.

Ein paar Vorbemerkungen sind für das Verständnis hilfreich.

1. Mit „Kongo“ ist hier immer die Demokratische Republik Kongo, ehemals Zaire, zu Kolonialzeiten belgische Kolonie, gemeint, mit der Hauptstadt Kinshasa, nicht die – viel kleinere – Republik Kongo, die zu Kolonialzeiten französische Kolonie war, mit der Hauptstadt Brazzaville.
2. Ich bin keine Medizinerin, sondern Theologin.
3. An Kongo-Erfahrung allerdings mangelt es mir nicht. So habe ich die letzten Informationen für diesen Vortrag im April dieses Jahres aus Kinshasa mitgebracht.
4. Ich widme diesen Vortrag den Menschen im Kongo, die als Helden ihres Alltags unvorstellbare Not und Belastungen auf sich nehmen und immer noch voller Vertrauen hoffen: „Dieu va nous aider“ – Gott wird uns helfen.

So lade ich Sie jetzt ein in dieses komplizierte, heiße, verzweifelte, schwer verwundete, doch wunderbare und ohne Ende betende Land.

Stellen Sie sich vor, Sie sind gerade in Kinshasa und müssen dringend operiert werden, sagen wir, etwas wie Nierensteine oder Gallensteine. Höllische Schmerzen, klar umrissenes Problem. Jedenfalls bedarf es einer Operation. Das Krankenhaus, an das Sie sich wenden, ist bekannt, hat einen guten Ruf. Sie werden sehr gut und kompetent aufgenommen, die Operation steht unmittelbar bevor, Sie liegen schon schlecht und recht auf der etwas wackeligen OP-Liege, und plötzlich: Stromausfall. Auch der altersschwache Generator will und will nicht anspringen.

Oder, stellen Sie sich vor, Sie treffen Ende März einen Freund, an der Hand hat er zwei Töchter im Kindergartenalter. Sie fragen ihn nach seiner Frau, denn eigentlich sind die beiden immer zusammen. „Ach, sie ist im Krankenhaus. Sie hat entbunden“, sagt er. „Oh, das ist aber schön“, antworten Sie, „wann ist das Kleine denn geboren?“ „Anfang Januar“, antwortet der Freund. Nun rechnen Sie erschrocken nach. Anfang Januar? Vor drei Monaten? „Und dann ist sie noch im Krankenhaus?“, fragen Sie den Freund. „Ist etwas nicht in Ordnung?“ „Doch, doch, alles ok“, sagt er, „wir können nur die Rechnung nicht bezahlen.“

Die Rechnung beläuft sich auf 30 USD.

Jeden Tag bringt der Freund seiner Frau Essen ins Krankenhaus, zuhause mit den beiden Mädchen kommt er gerade so über die Runden, und das Neugeborene verbringt die ersten drei Lebensmonate in der Unruhe und Unbehaglichkeit eines kongolesischen Krankenhauses, immerhin in den Armen seiner Mutter, die, wie alle Patienten, dabehalten wird, bis die Rechnung bezahlt ist. Und das, von anderer Seite her betrachtet, aus verständlichem Grund, denn ohne dieses etwas brachiale Vorgehen würden alle Krankenhäuser auf einem Großteil der Kosten sitzenbleiben und nach kurzer Zeit arbeitsunfähig werden. Die staatliche Finanzierung ist kaum der Rede wert, und es gibt im Kongo keine gesetzliche Krankenversicherung, nur eine einzige private Krankenversicherung, vorzugsweise für die kleine Gruppe der ganz Reichen.

Wenn wir beginnen, über Gesundheits- und Krankheitsverständnisse (vielleicht eher im Plural) im Kongo nachzudenken, dann stoßen wir schnell auf einen Flickenteppich aus Erlebnissen und Geschichten von Menschen. In einem Land, das sich nie so richtig an eine Schriftkultur gewöhnt hat - vor allem aufgrund des extrem niedrigen allgemeinen Bildungsniveaus und aufgrund der feuchten Hitze, die alles Papier zum Schimmeln bringt -, in diesem Land also werden Geschichten erzählt, und diese Geschichten bergen Wahrheiten in sich, denn sie sind wahr. Und immer steht alles mit gleichem Nachdruck nebeneinander. In Kinshasa gibt es chinesische Medizin, kostspielig und nach außen glänzend, es gibt gute indische und libanesische Polykliniken, es gibt Tausende von Kirchen mit Angeboten der Wunderheilung – die Kirche zum Teich Bethesda, die Kirche „Der Herr dein Arzt“, „Die Kirche der Wunder“ (wirklich: „L'église des miracles“) usw., es gibt Lehmhütten mit einem roten Kreuz an der Wand, in denen man wenige Medikamente, aber dennoch wirkliche Hilfe und großartige, improvisationsfähige Menschlichkeit findet, es gibt unzählige winzige Apotheken – eine mit einem lustigen Namen habe ich im April fotografiert: Kleine Hütte an einer Sandstraße in der armen Vorstadt, großes Apothekenschild: „Pharmacie Jésus est le meilleur antibiotique“ (Apotheke „Jesus ist das beste Antibiotikum“). Nun wissen wir's.

Es gibt auf jedem Markt Stände mit den wunderlichsten Knollen, Pülverchen, Zweigen, Pflanzenextrakten: traditionelle Medizin für jedermann. Günstiger zu kaufen als der Arztbesuch. Meistens sitzt hinter diesen Ständen im Schatten eines Mangobaumes ein Wunderheiler oder Schamane, der, wenn man sich zu interessiert über die Extrakte und Knollen beugt, aus dem Schatten auftaucht und seine Dienste anbietet, nicht ohne sich dann gebührend bezahlen zu lassen.

Wenn sich auch dies alles bisweilen in ein- und derselben Straße befindet, so mangelt es doch am Dialog, z.B. am Dialog zwischen lokalem – wertvollem – Wissen, traditioneller Medizin und moderner westlicher Medizin. Hinzu kommen Armut, mangelnde Bildung und Furcht vor Geistern und dem eventuellen Zorn der Ahnen, sollte ihnen nicht genügend Beachtung entgegengebracht werden.

Ich möchte Ihnen zum Verständnis noch ein paar wahre und ganz typische Einblicke geben.

1. In einem Urwalddorf in Bandundu hört man Wimmern und Schreien weithin. Es ist mitten am Tag. Beim Näherkommen sehen wir im Türrahmen einer Lehmhütte, verziert mit einem roten Kreuz, eine junge Frau auf einem bunt gemusterten Tuch liegen. Sie ist es, die so wimmert und schreit. Über sie gebeugt ein Arzt oder Krankenpfleger, jedenfalls im weißen Kittel, um die beiden herum allerlei Instrumente. Die Frau hat eine große blutende Wunde am Fuß, die offenbar soeben operiert worden ist, ohne Narkose, weil es kein Narkosemittel gibt. Die Patientin liegt auf dem Boden im Türrahmen, weil das der zugleich geschützte und hellste Platz ist. In der kleinen Krankenstation ist es zum Operieren einfach zu finster, selbst am helllichten Tage, und Strom zur Ausleuchtung gibt es nicht.

Jeden Tag, solange wir dort sind, humpelt die junge Frau fortan zur Krankenstation, um die Wunde desinfizieren zu lassen. Sie bekommt keine Sepsis und arbeitet nach zehn Tagen wieder auf dem Feld.

2. Diese kleine Krankenstation in Mudunu hat eigentlich keine Möglichkeit zur Entbindung – um nicht „Entbindungsstation“ zu sagen. Trotzdem kommen viele Frauen dorthin, um in einem der beiden Räumchen ihr Kind zumindest unter medizinischer Obhut zur Welt zu bringen. Manche Frauen allerdings nehmen hochschwanger den dreitägigen Fußmarsch auf sich, um im unvergleichlich besser ausgestatteten Missionskrankenhaus von Vanga zu entbinden, und um dann, etwa eine Woche später, mit dem Neugeborenen auf dem Arm die drei Tage nach Mudunu zurückzulaufen. So auch Marguerite, die Frau unseres Freundes. Diese Schwangerschaft fühlt sich so anders an als die vorherige. Einen gesunden Sohn hat sie schon geboren, doch diesmal wird ihr alles zu schwer. In ihrem Bauch ist ein Gerumpel, das sie nicht zu deuten vermag. Es kommt keine Ruhe hinein, nicht in die Schwangerschaft und nicht in Marguerite. Begleitet von einer Tante macht sie sich auf den Weg nach Vanga. Dort wird sie ohne Kaiserschnitt entbunden von einem lebenden und zwei toten Säuglingen. Drillinge! Und sie hatte nichts davon gewusst. Hatte nicht einmal von der Möglichkeit einer Ultraschalluntersuchung je etwas gehört. In Vanga hätte diese Untersuchung vorgenommen werden können. Die beiden Kinder, so heißt es dort, seien gerade erst gestorben, wahrscheinlich während des unvorstellbar strapaziösen Fußmarsches in der brütenden Hitze. Das Missionskrankenhaus in Vanga ist ein segensreicher Ort mitten im Urwald; sehr beeindruckend wird dort gearbeitet, voller Barmherzigkeit, mit großer Kompetenz und der pausenlos nötigen Improvisationsfähigkeit und unter Aufbietung aller Kräfte. Im Durchschnitt werden dort 1000 Patienten zur gleichen Zeit betreut, um einiges mehr, als das Krankenhaus überhaupt über Betten verfügt. Bevor Marguerite, die Tante und ihr eines Neugeborenes sich zwei Wochen später auf den langen Heimweg machen, müssen sie die Krankenkosten bezahlen, aber: nur die Kosten für eine Geburt. Auch das ist Kongo: Es gibt immer einen Ermessensspielraum, der auch mit Menschlichkeit ausgefüllt werden kann.

Marguerite trägt das Trauma der beiden toten Babies noch immer mit sich herum. Es wird im Dorf zwar darüber gesprochen, sie hat jedoch keine Möglichkeit, mit jemandem zu sprechen.

Es wird zwar sehr, sehr viel geredet im Kongo, doch persönliche Dinge, noch dazu schambesetzte, gibt man nur äußerst sparsam preis.

3. An einem Sonntag im Gottesdienst taufe ich einen kleinen Jungen. Niedliches Kerlchen, 6 Monate alt, putzmunter und gut genährt, liebevoll umsorgt von seinen ganz jungen Eltern. Es ist ihnen so wichtig, dass der Kleine getauft wird, als Schutz.

Drei Wochen später treffe ich die Eltern wieder im Gottesdienst, allein. Wo ist denn Ihr Kleiner, will ich wissen. Gestorben, sagen sie, letzten Sonntag. Zwei Wochen nach der Taufe! Ich kann es gar nicht glauben, ein so gesundes Baby! Ich bitte die beiden, mir zu erzählen, was passiert sei. Sie schildern folgendes:

Den Onkel wollten wir besuchen, in Kimbanseke. Dem Kleinen ging es richtig gut. Auf dem Rückweg vom Onkel fing er plötzlich an zu wimmern, er wurde ganz heiß und schlaff, und als wir zuhause ankamen, war er tot. Der Onkel hat ihn verhext.

Sie schildern dies in ebenso wenigen Sätzen, wie ich es Ihnen jetzt gesagt habe.

Von Kisenso nach Kimbanseke sind es auf jeden Fall nicht weniger als 15 km, knapp gerechnet. 15 km zu Fuß die Sandwege entlang in sengender Sonne, das Baby auf dem Arm. Kinderwagen mit Sonnenschutz gibt es in Kinshasa nicht, sie wären unbezahlbar und impraktikabel im allgegenwärtigen Sand. Sicherlich hatte die Familie, wenn überhaupt, nicht viel zu trinken dabei. Man ist ja die Hitze gewöhnt.

Am Nachmittag die 15 km zurück. Hitzeschlag des Kleinen? Akuter Flüssigkeitsmangel...

Die Eltern können die Signale des Babies überhaupt nicht deuten.

Später berichtet mir der Gemeindepfarrer, er habe wochenlang durch endlose Gespräche und Vermittlungsversuche intervenieren müssen, weil die massive und ernste Gefahr bestand, dass der Onkel von der Familie gelyncht wurde.

Dieser wie die beiden erstgenannten Vorfälle hat mich in dem Wunsch bestärkt, ein kleines Gesundheitszentrum zu gründen, unter anderem mit einem festen Programm von Schulungen für Mütter und Väter.

Im Grunde ist das Gesundheitssystem im Kongo gut durchdacht. Es ist mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgebaut worden. Die Struktur ist folgendermaßen:

Es gibt zentrale Krankenhäuser (Hôpital de Référence), denen sekundäre Gesundheitsstrukturen (Zone de Santé, Centre de Santé, Poste de Santé) zugeordnet sind, entsprechend der Bevölkerungszahl und der Siedlungsdichte.

Jede Gesundheitszone versorgt etwa 150.000 Menschen. Grundsätzlich gibt es keine Doppelung von Krankenhäusern im Einzugsgebiet der Referenzkrankenhäuser. Das System ist kostengünstig und könnte eigentlich eine gute und flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung garantieren.

Doch tatsächlich reihen sich fast flächendeckend die Defizite in der Umsetzung dieses Systems aneinander. Zwar gibt es in der ganzen Demokratischen Republik Kongo 306 Gesundheitszonen, doch in den allermeisten Fällen sind die Gesundheitseinrichtungen sehr unzureichend ausgestattet. Es fehlt eigentlich an allem, an Geld für Medikamente, für notwendige Ausrüstung und für die Qualifizierung des medizinischen und administrativen Fachpersonals. Vielerorts fehlt es an fließendem Wasser sowie an Strom, so eben auch in den kleinen Gesundheitszentren. In den ländlichen Regionen hat weniger als jeder Dritte überhaupt nur Zugang zu sauberem Trinkwasser.

Die meisten der 400 Krankenhäuser, die es gibt, wurden in der Kolonialzeit gebaut und seitdem gar nicht oder nur notdürftig renoviert, so dass sie sich in einem beklagenswerten Zustand befinden.

Im Ost-Kongo kommt hinzu, dass viele der ohnehin maroden Einrichtungen infolge der andauernden Kriege zerstört oder der Funktionsuntüchtigkeit überlassen wurden.

Auch sind die tatsächlichen Bevölkerungszahlen nicht genau zu ermitteln, da viele Geburten durch den Geldmangel der Familie gar nicht registriert werden, so dass im Inland ein Arzt zuweilen auf Zehntausende von Menschen in einem riesigen, undurchdringlichen Urwaldgebiet ohne Straßen kommt. In der Hauptstadt Kinshasa ist das Verhältnis Arzt – Einwohnerzahl besser, doch dies ist nicht repräsentativ für die übrigen 90% dieses Riesenlandes.

Ein Beispiel: Laut den Angaben des Präsidenten der kongolesischen Vereinigung der Kinderärzte von März 2013 gibt es im Kongo (der etwa 7x so groß ist wie Deutschland) etwa 85 Kinderärzte, davon etwa 50 in der Hauptstadt Kinshasa und 20 in der Provinz Katanga im Süden des Landes. Ich muss dazu sagen, dass die Hauptstadt ca. 12 Mio. Einwohner hat und es gefühlt gar keine Kinderärzte gibt, jedenfalls nicht für die Mehrheit der bitterarmen Bevölkerung in den „quartiers“, den dörflichen Vorstädten.

Der öffentliche Haushalt stellt nur spärliche Mittel für das Gesundheitswesen zur Verfügung. Laut den Daten der WHO sind es Jahr für Jahr gerade einmal 2% des Bruttoinlandproduktes (ca. 220 Mio. US-Dollar im Jahr) oder umgerechnet etwa 3 US-Dollar pro Einwohner im Jahr.

In der Folge wird das medizinische Personal extrem schlecht bezahlt. Wir trafen in der Universitätsklinik in Kinshasa auf einen in Südafrika ausgebildeten Chirurgen, der sich nach

einer 12-stündigen Schicht im OP-Saal verabschiedete mit den Worten, er müsse jetzt gehen, denn seine Frau warte auf ihn, damit er auf dem Markt die Papayas und Maniokpflanzen verkaufen gehe, die sie an dem Tag geerntet hatte.

Zuvor hatte er uns auf die Frage, warum er aus Südafrika – wo, neben Belgien, ein Großteil der kongolesischen Mediziner ausgebildet werden - nach Kinshasa zurückgekehrt sei, erklärt, es müsse doch auch in Kinshasa gut ausgebildete Ärzte geben, es könnten doch nicht alle fort bleiben. Einer von vielen beeindruckenden Menschen.

Das niedrige Lohnniveau führt auch dazu, dass man der Versuchung der Korruption oft nicht dauerhaft standhält, sowie zum Angebot privater Dienstleistungen, die aber häufig nur für Wohlhabende zugänglich sind.

Besonders auffällig ist die hohe Zahl an Polio-geschädigten Menschen, die überall sichtbar sind, in selbst gebastelten Rollstühlen, auf bloßen Ästen als Krücken, irgendwo auf dem Boden sitzend. Sie bekommen so gut wie gar keine Unterstützung, ähnlich wie sehbehinderte und hörbehinderte Menschen. Im Kongo an irgendeinem körperlichen Defizit zu leiden, gleich welches es auch sei, ist ein schlimmes Schicksal.

Im Landesinneren ist die gesamte Infrastruktur weitgehend zusammengebrochen. Die einzigen verlässlichen und arbeitsfähigen Gesundheitseinrichtungen sind hier oft in kirchlicher, zumeist katholischer Trägerschaft, so wie das erwähnte Missionskrankenhaus in Vanga in Bandundu. Wenn es diese oft aus belgischer Kolonialzeit stammenden Einrichtungen nicht gäbe, wäre die Anzahl der Menschen, die an vermeidbaren oder behandelbaren Krankheiten, wie Magen-Darm-Erkrankungen oder Malaria, sterben, noch viel größer. Gut beherrschbare Infektionskrankheiten wie Typhus und Hepatitis A sowie, vor allem bei Kindern, die Folgen von Mangel- und Unterernährung, sind eine häufige Todesursache im Kongo. Zu den anderen Problemen hinzu kommt die Tatsache, dass nur ein Drittel der Bevölkerung überhaupt die Möglichkeit hat, Sanitäreinrichtungen zu benutzen. Dies führt unvermeidlich zu einem Mangel an Hygiene und der wiederum zu Durchfall- und Wurmerkrankungen verschiedener Art.

In den meisten ländlichen Regionen kann ganz und gar nur eine Notfallmedizin aufrechterhalten werden. Die Säuglingssterblichkeit im Kongo ist mit 126 von 1000 Geburten (2012) eine der höchsten in der Welt, ebenso die Müttersterblichkeit mit 580 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten.

Es gibt im Tropenland Kongo ja wirkliche Gesundheitsgefährdungen, die nur durch entschiedenes, flächendeckendes Engagement auf allen Ebenen einzudämmen wären. So besteht ganzjährig im ganzen Land ein hohes Malariarisiko. Aus der Erfahrung weiß ich, wie viele Hütten nur unzulänglich oder gar nicht mit Moskitonetzen oder bestenfalls mit löchrigen Moskitonetzen ausgestattet sind, von Mückenschutz vor den Fenstern gar nicht zu reden. Man kann nicht über Jahre dauerhaft Malaria-Prophylaxe nehmen, die Stand-By-Mittel, die es gibt, sind für einen Großteil der Bevölkerung unerschwinglich. Die Menschen

vertrauen hier wie in vielen Fällen auf ihre Kenntnis der Wirkung von Heilpflanzen aller Art und verwenden z.B. Papaya und besonders die Kerne der Papaya als Schutz oder Immunisierung gegen Malaria. Die kleinen Gesundheitszentren und Krankenstationen gehen meiner Erfahrung nach sehr kundig und routiniert mit Malariainfektionen um. Die übliche Therapie sind 24-stündige Dauer-Chinin-Infusionen, für die die Patienten eine Nacht auf einer Pritsche in der Krankenstation verbringen. Dennoch fordert die Malaria Jahr für Jahr viele tausende Todesfälle im Land, wobei die Dunkelziffer hoch ist.

Sehr verbreitet ist auch die Schlafkrankheit.

In den Jahren 2005 und 2006 erfuhr man außerdem von regelrechten Pestdörfern, in denen an Lungenpest infizierte Menschen isoliert wurden. Wirklich gab es damals sowohl in Bas-Uele im Nordwesten des Kongo als auch im Distrikt Ituri Hunderte Pesttote.

Wenn die Lungenpest auch immer wieder regional ausbricht, so konnte doch eine flächendeckende Ausbreitung bislang immer verhindert werden.

Als wir im Sommer 2013 in Bas-Congo waren, gab es dort von einem Tag auf den anderen breit angelegte Kampagnen gegen die Cholera, die plötzlich ausgebrochen war und etliche Todesopfer gefordert hatte. Wieder sind hier verunreinigtes Wasser und die Unmöglichkeit von Basis-Hygiene die begünstigenden Faktoren einer solchen Epidemie.

Es ist wichtig, wenn Gesundheitshelfer durch die Dörfer ziehen und die Bevölkerung, in der Lesen und Schreiben kein allgemeines Gut ist, aufklären. Dies wird sehr oft mithilfe von Theaterstücken, mit denen Laienspielgruppen durch die Dörfer ziehen, gemacht. Thematisch geht es dann um:

Die Bereitstellung von Wasser zum Nachspülen auf den Toiletten, die einfach aus einem in die Erde gegrabenen Loch bestehen;

Händewaschen und nochmal Händewaschen;

Trinkwasser mindestens 4 Minuten lang abkochen, wenn man keinen Wasserfilter hat. (Diese 4 Minuten können sich die meisten Familien nicht leisten, weil dadurch zu viel Holzkohle verbraucht wird.)

In den engen Taxibussen nicht anhusten und anniesen; Taschentücher zum Schneuzen verwenden und nicht die Hände.

Das Wasser aus dem Fluss nicht trinken;

Wunden säubern, desinfizieren und möglichst mit irgend etwas Sauberem verbinden.

Moskitonetze nicht zum Fischfang verwenden, sondern zum Schlafen.

Kondome, wenn man sie schon hat, nicht irgendwo antackern oder anpieksen.

Dem Baby bei 35° im Schatten keine Wollmütze aufsetzen, nur um es vor „dem bösen Blick“ zu schützen.

Den Sinn und das Angebot von Impfungen.

Und so weiter...

Dies sind einige der Inhalte dieser Theaterstücke, so auch verstärkt im Ebola-Sommer 2014. Im dörflichen Bereich werden die Theaterstücke ergänzt durch deutliche, cartoonartig gestaltete Plakate, die überall aufgehängt werden.

Nach wie vor ist Krankheit ein scham- und angstbesetztes Thema, bei dem sich ein Gefühl des Ausgeliefertseins mit tatsächlicher Unwissenheit und Aberglauben mischt.

Eine typische Konversation im Kongo verläuft folgendermaßen:

„Der Alphonse ist gestorben.“

„Oh! Was ist denn passiert? Was hat er denn gehabt?“

„Er war krank.“

„Krank? Welche Krankheit?“ „Ach, „perte de sang“, Blutverlust - Malaria, Typhus-Fieber, eben krank.“

Genauer werden die Dinge in der Regel nicht beim Namen genannt, umso weniger noch in all den Bereichen, die für die Menschen schambesetzt sind. Und das sind bezogen auf Gesundheitsthemen viele Bereiche: So wird nur sehr, sehr zögerlich, wenn überhaupt, gesprochen über:

HIV-Aids (wobei zu sagen ist, dass die HIV-Rate im Kongo Jahr für Jahr bei etwa 1,1% der Erwachsenen liegt, was knapp einer halben Million der Bevölkerung entspricht. Verglichen mit anderen Staaten Subsahara-Afrikas ist dieser Wert niedrig. Etwa 30.000 Todesopfer fordert die Krankheit im Kongo jedes Jahr.)

Wenig, wenn überhaupt, wird weiterhin gesprochen über:

Tod durch Unterernährung bei Kindern,

alles, was mit Sexualität zusammenhängt,

Depression,

den ganzen Themenkreis von Suizidalität und Suizid,



psychiatrische Krankheiten aller Art.

Sprachlich ist das interessant und vielsagend:

In Bezug auf jemanden, bei dem wir eine Depression vermuten würden, wird gesagt: „Il est très fatigué – er ist sehr müde.“

Über ein „verhaltensoriginelles“ Kind wird gesagt: „Elle est turbulent.“ (Turbulent, rastlos, ein Unruhestifter)

Ein unter- oder mangelernährtes Kind ist „un enfant faible“ – ein schwaches Kind.

Menschen, die nicht normgemäß agieren, sind kollektiv „les fous – die Verrückten“, auch die, die im Ost-Kongo aufgrund schwerster posttraumatischer Belastungsstörungen nicht wieder in einen selbstbestimmten Alltag zurückfinden – „les fous“.

Über Rebecca, ein 6-jähriges Mädchen in der 1.Klasse unserer Grundschule, die auffällig und sehr viel langsamer als alle anderen Kinder ist, wird gesagt: „Rebecca raisonne autrement.“ Sie denkt eben anders, man nimmt sich in der Schule Zeit für sie und versucht, ihren Gedankenwegen zu folgen. Es gibt kein Förderzentrum, auf das Rebecca gehen könnte. Normalerweise werden Kinder wie sie im Kongo gar nicht beschult. Sie helfen zuhause die Tiere und kleineren Geschwister zu hüten.

Seit etwa zwei Jahren beobachte ich, dass eine wichtige Entwicklung, die im Ost-Kongo aus der himmelschreienden Not der Menschen heraus schon vor einigen Jahren eingesetzt hat, nun auch die Hauptstadt Kinshasa erreicht hat. Zunächst ist es nur eine Nuance, die im stets dramatischen Alltag schnell übersehen oder vielmehr überhört werden könnte. Aber es eröffnet sich dadurch eine neue Welt: Das Wort „traumatisé“ ist neu im Sprachgebrauch. Auf einmal wird offen davon gesprochen, dass der eine oder andere Flüchtling, der am Ende seiner Kräfte die Hauptstadt erreicht hat, oder das eine oder andere Mädchen in unserem Waisenhaus „traumatisée“ ist. Ein kleines Mädchen, das jahrelang als einziges Mädchen zusammen mit Brüdern und Cousins im Hafen gelebt hat und jetzt wenig spricht, oft alleine in einer Ecke sitzt und bei der bloßen Erwähnung des Ortsnamens, woher es zu uns kam, anfängt, bitterlich zu weinen. – Traumatisée.

Ein Mädchen, das jahrelang von seinem Onkel als Sklavin gehalten wurde und niemals eine Schule besuchen durfte. – Traumatisée.

Flüchtlingskinder aus dem Ost-Kongo, die in ihrem kurzen Leben mehr Schreckliches erlebt haben, als wohl jemals zu verkraften sein wird. – Traumatisés.

Die Liste ist lang, und ich könnte stundenlang Beispiel an Beispiel reihen, eines wie das andere zum Weinen.

Neu ist meiner Beobachtung nach, dass mit dem Aufkommen dieses bloßen Wortes „traumatisé“ ein Wille und eine Kraft einhergeht, diesen Zustand nicht schicksalhaft

hinzunehmen, sondern sich dagegen anzustemmen. Es ist ein neuer Mut, die Dinge beim Namen zu nennen. Zuvor war es anders:

Medizinisch versorgt wurden die Kinder schon immer, und bislang geschah dies zumeist folgendermaßen:

Entsprechend dem System des kongolesischen Gesundheitswesens werden die Mädchen unseres Waisenhauses gleich in der Nähe in einer kleinen Krankenstation gegen Malaria behandelt oder am Blinddarm operiert. Zwar muss die gesamte benötigte Medizin in einer Apotheke gekauft und das Essen mitgebracht werden, doch wundersamer Weise ist diese Art der Behandlung zielführender, als ich es ihr dem äußeren Anschein nach zutrauen würde. Engagierte Schwestern und Pfleger arbeiten mit großem Einfallsreichtum und fürsorglich den ihnen anvertrauten Patienten gegenüber. Auf diese routinierte Weise werden Zähne gezogen und Armbrüche auskuriert, selbst wenn zum Stabilisieren der kaputten Knochen mal eben Äste genommen werden.

Aber kann man auch den kleinen Bettnässern helfen, die Nacht für Nacht schreiend aus dem Schlaf hochfahren? Dem Flüchtling, der Tag für Tag an einer Bushaltestelle sitzt und vor sich hinstarrt?

Hierfür gibt es bis heute selbst in Kinshasa nur sehr wenig fachliche Hilfe, aber ich sehe, dass seit wenigen Jahren die Zeichen gesehen, erkannt und benannt werden. Dieser erste wichtige Schritt ist meiner Beobachtung nach in den sozial engagierten Kreisen der Hauptstadt gut vollzogen worden, anders als noch in den meisten ländlichen Regionen des Landes, wo nach wie vor sehr viel Unkenntnis, Aberglaube und Glaube an Hexerei vorherrschen.

Ein Problem ist, dass es keine gesicherten Zahlen zum Vorkommen psychischer Erkrankungen im Kongo gibt. Laut verschiedener Analysen im Auftrag von Radio Okapi, dem um verlässliche Daten bemühten Radiosender im Auftrag der UNO-Blauhelmission MONUSCO (ehemals MONUC) haben vor allem die andauernde Unsicherheit und die Konflikte, vornehmlich im Ost-Kongo, zu einer eklatanten Zunahme psychischer Erkrankungen geführt. „Une tendance inquiétante“ sei zu verzeichnen, eine beunruhigende Entwicklung.

Nach wie vor werden Menschen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen stigmatisiert, oft aus Unkenntnis, manchmal sogar von der eigenen Familie. Die vorherrschende Erklärung, besonders im ländlichen Bereich, ist, solche Erkrankungen seien Folgen von Zauberei und schwarzer Magie, teilweise werden die Erkrankten selbst der Hexerei beschuldigt.

Laut einer Untersuchung des Hôpital de Ngaliema, einer der größeren Kliniken in Kinshasa, wenden sich psychisch kranke Menschen in der Regel zunächst an traditionelle Heiler oder Priester und eher selten an Psychiaterinnen und Psychiater. Das liegt natürlich unter anderem auch daran, dass es unvergleichlich viel mehr traditionelle Heiler und Priester gibt

als Psychiaterinnen und Psychiater, und dass der Zugang zu den traditionellen Heilern viel leichter ist. Sie sind in Hütten in der Nachbarschaft anzutreffen, sie sprechen die gleiche Sprache, es gibt keine Wartezeiten, und die Schwellenangst ist ungleich geringer.

Nach Angaben der WHO (2011) kommen auf 100.000 Einwohner im Kongo nur rund 0,066 psychiatrische und 0,015 psychologische Fachkräfte, was bei einer Gesamtbevölkerung von ca. 68 Millionen etwa 44 psychiatrischen und 10 psychologischen Fachkräften entspricht. Laut der Zeitschrift „International Psychiatry“ gab es 2010 34 neuropsychiatrische Fachkräfte im Kongo, von denen 32 in Kinshasa tätig waren. Nach den Angaben dieser Zeitschrift sind weitere 13 kongolesische neuropsychiatrische Fachkräfte in Belgien, Kanada, den USA, Frankreich bzw. Südafrika tätig.

Diese Zahlen mögen von Jahr zu Jahr etwas variieren, was jedoch nicht zu einem signifikanten Wandel der Versorgungsnotlage führt.

Hinzu kommt die ungenügende Ausbildung der medizinischen Fachkräfte in der primären Gesundheitsversorgung, was den Umgang mit und die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen angeht. Es stehen hier schlichtweg keine offiziellen Anleitungen oder gar Fortbildungen zur Verfügung.

Ein weiteres Problem ist der Mangel an spezialisierten Gesundheitsinstitutionen. Meine Erfahrung deckt sich hier mit den Angaben des „Mental Health Atlas 2011“ der WHO, wonach es in Kinshasa nur eine einzige psychiatrische Klinik gibt, an welcher eine stationäre Behandlung möglich ist. Dies ist das „Mont Amba“ genannte „Centre Neuro-Psychopathologique“ (CNPP) im Stadtteil Mont Amba in Kinshasa. Es wurde als Teil der Universität von Kinshasa 1973 gegründet, ursprünglich konzipiert für 420 Betten, von denen allerdings nur 50 Betten verfügbar sind. Dennoch befinden sich zumeist über 100 stationäre Patientinnen und Patienten in der Klinik, einige von ihnen auf Matten in den Gängen, nicht aus Lieblosigkeit, sondern aus Not. Verschiedene Nichtregierungsorganisationen kritisieren immer wieder die schlechte Unterbringung besonders psychiatrischer Patienten.

Das Mont Amba liegt, wie die Universität, sehr weit außerhalb der Stadt und ist allein schon deshalb von einem Großteil der Bevölkerung nur sehr mühsam und kostspielig erreichbar.

Ein Erfahrungswert ist, dass die Kosten für die stationäre Behandlung im „Mont Amba“ pro Tag 50 USD betragen, die von den Patienten selbst gezahlt werden müssen. Hinzu kommen die Kosten für Medikamente, Bettwäsche und Verpflegung, welche ebenfalls von der Familie organisiert und bezahlt werden müssen. Die verfügbaren Psychopharmaka sind häufig solche, die in Europa nicht mehr verwendet werden. Sie landen auf unterschiedlichen Wegen auf dem lokalen Medikamentenmarkt und werden teuer weiterverkauft.

Die Kosten für eine ambulante Konsultation am Mont Amba betragen 15 – 20 USD.

Zu alldem muss man wissen, dass selbst nach den neuesten Berechnungen der Weltbank das durchschnittliche jährliche Pro-Kopf-Einkommen, Kinder mit eingerechnet, im Kongo bei rund 190 USD liegt.

Da der Staat dem Mont Amba seit 20 Jahren keine Subventionen mehr zahlt, finanziert sich die Klinik ganz und gar aus dem, was im Kongo „lokale Einnahmen“ genannt wird, das heißt, den Gebühren für die Behandlungen, inklusive verschiedener Extra-Zahlungen.

In den anderen Landesteilen gibt es zum Teil kleinere psychiatrische Institutionen bzw. Tageskliniken, so z.B. die Abteilung für Neuropsychiatrie des Krankenhauses Sendwe in Lubumbashi sowie das staatliche Krankenhaus CNNP-Katwambi, das von den katholischen Frères de Charité betrieben wird. Laut den Angaben des Mental Health Atlas der WHO stehen aber selbst bei genauer Nachforschung, auch in den entlegenen Ecken des Landes, im ganzen Land nur insgesamt rund 500 Betten für psychiatrische Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Hierin sind schon eingerechnet die erst neu hinzugekommenen Traumazentren in Süd-Kivu und Nord-Kivu, in denen kriegstraumatisierten Menschen wirkliche Hilfe zuteil wird, so z.B. das „Centre Neuropsychiatrique“ SOSAME in Bukavu. Dieses Zentrum arbeitet eng zusammen mit dem durch seinen Leiter bekannteren Panzi-Krankenhaus in Bukavu. Der Leiter des Panzi-Krankenhauses ist der Gynäkologe Dr. Denis Mukwege, der für seinen unermüdlichen Einsatz für vergewaltigte Frauen und Mädchen im Oktober 2013 mit dem Alternativen Nobelpreis und im November 2014 mit dem Sacharow-Preis des Europaparlaments für Menschenrechte ausgezeichnet wurde. Nicht nur operiert Dr. Mukwege tagaus, tagein durch (Massen-)Vergewaltigungen zutiefst verletzte und im Genitalbereich verstümmelte Frauen und Mädchen, er prangert auch unermüdlich die sexualisierte Gewalt als Mittel der Kriegsführung im Ost-Kongo an und setzt sich für Frauenrechte in seinem Land ein.

Im Centre SOSAME ist ein Allgemeinarzt mit einer psychiatrischen Zusatzausbildung die bestqualifizierte Fachkraft. Dieser Arzt allerdings, der, wie der Volksmund sagt, einer der „Medics without Vacation“ (Ärzte ohne Urlaub) ist, führt täglich 40 bis 50 Konsultationen durch. Das Zentrum SOSAME, das über 60 stationäre Betten verfügt, ist völlig überlastet und wird Monat für Monat von immer mehr Patientinnen und Patienten mit den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufgesucht.

Endlich wagen es diese Menschen, Hilfe zu suchen, überhaupt über ihre Ängste und Traumata zu reden.

So auch in Shabunda, der kriegstraumatisierten Stadt tief im Inneren der Provinz Süd-Kivu, die nur zu Fuß oder mit dem Flugzeug erreichbar ist. Auch hier, 350 km von Bukavu entfernt im tiefsten Urwald, haben Allgemeinärzte, die um fachliche Qualifizierung ringen, aus der Not heraus das Centre Psychiatrique Shabunda aufgebaut. Eine segensreiche Anlaufstelle vor allem für vergewaltigte Frauen und Mädchen.

Es gibt in Kinshasa zwei weitere gute Kliniken mit einem etwas anderen Schwerpunkt, die nicht unerwähnt bleiben sollen: das „Centre des Handicappés“ in Lingwala und das „Centre de Santé Mentale TELEMA“ in Matete, das von katholischen Nonnen betrieben wird und aufgrund der enormen Nachfrage durch Patientinnen und Patienten kürzlich eine Dependance im Quartier Kintambo eröffnet hat. In diesen beiden Zentren liegt der Fokus ursprünglich zum einen auf physischen und zum anderen auf geistigen Behinderungen, jedoch sind beide auch zu Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Problemen geworden.

Interessant ist an dieser Stelle vielleicht noch, dass es laut den Angaben des Mental Health Atlas der WHO in der gesamten Demokratischen Republik Kongo nur 10 Psychologinnen und Psychologen gibt.

Was hilft uns nun also dieser „Blick über den Tellerrand“?

Es gibt einen Ausdruck im kongolesischen Französisch, den wirklich jeder im Land kennt und der längst zu einer aus der Not geborenen Lebensphilosophie geworden ist. Man sagt: „On va se débrouiller“, vielleicht im Deutschen am ehesten, wenn auch nicht ganz so klangvoll zu übersetzen mit „Man wurschtelt sich durch.“

Selbst mir bleibt es ein Rätsel: Die Menschen leben von der Hand in den Mund, von einem Tag zum anderen ohne die geringste Absicherung, ohne die Spur einer Idee, wovon sie am folgenden Tag leben und die Kinder ernähren werden. „On va se débrouiller.“

Krankheit bringt dieses äußerst labile System ins Wanken. Krankheit bringt Familien an ihre Grenzen und stürzt ganze Großfamilien in den Ruin.

Die Schulkarriere unserer sechsjährigen Rebecca, von der ich Ihnen erzählt habe, und ihrer Zwillingschwester Sacrée wäre um ein Haar nach wenigen Monaten zu Ende gewesen, als ihr um ein Jahr jüngerer Bruder schwer erkrankte, sogar zehn Bluttransfusionen bekam, wie mir immer wieder erzählt wurde (es muss die Familie ein Vermögen gekostet haben, Geld, das sie sich irgendwie zusammengeborgt haben), und dann trotz aller Bemühungen starb, im Vorschulalter. Dann also noch die Kosten für die Beerdigung, der Umzug der Familie zur Großmutter, weil sie die Miete für ihre eigene Hütte nach all den Ausgaben im Zusammenhang mit der Krankheit und dem Tod des Kleinen nicht mehr bezahlen konnten, und der nun viel zu weite Schulweg zu Fuß für die Zwillinge. Die typische Geschichte einer tagtäglichen Tragödie im Kongo.

Vielleicht ist es das, was wir lernen können: solche Geschichten anzuhören, zu ertragen, unsere eigene Situation dadurch anders wahrnehmen und auch schätzen zu lernen und immer wieder nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Im Fall von Rebecca und Sacrée hat sich in Altenburg jemand gefunden, der einfach für die Mädchen die täglichen Kosten der Motorradtaxifahrten zur Schule übernimmt. Kleine Hilfe, große Wirkung. „On va se débrouiller“, immer im direkten Gebetskontakt zu Gott und voller Vertrauen.

