

Ausland-Rundschau : die Hilfsaktionen des Schweizerischen Roten Kreuzes

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **93 (1984)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

ausland-rundschau

Die Hilfsaktionen des Schweizerischen Roten Kreuzes



Flüchtlinge in Thailand



Das SRK-Spital im Flüchtlingslager Khao-I-Dang. In diesem Lager an der thailändisch-kambodschanischen Grenze leben rund 45 000 Menschen.



Grössere Flüchtlingsströme in Südostasien nahmen ihren Anfang mit dem Ende der Indochina-Kriege im Jahr 1975. Zu einer eigentlichen Flüchtlingstragödie kam es 1977/78, als Zehntausende von Bootsflüchtlingen aus Vietnam vorwiegend in Thailand und Malaysia Schutz suchten. Nach dem Zusammenbruch des Khmer-Rouge-Regimes in Kambodscha Anfang 1979 fluteten schliesslich gar Hunderttausende vom Hungertod bedrohte Menschen ins Nachbarland Thailand. Die im Grenzgebiet vorhandene Infrastruktur war dieser massiven Einwanderung anfänglich kaum gewachsen. Entlang der Grenze im südostasiatischen Hauptasylland entstanden zahlreiche Flüchtlingslager. Obwohl ständige Ausreisen bedeutender Kontingente in Zweitasyländer folgten, verbleiben für Thailand bis heute gewaltige Versorgungsaufgaben, deren Dauer unabsehbar ist.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) hat sich seit 1978 ohne Unterbruch aktiv an dringenden Hilfsmassnahmen beteiligt. Im Vordergrund stehen heute Tuberkulose-Erfassung und -Behandlung sowie mobile Arbeit in der Augen- und Zahnheilkunde. In den letztgenannten Programmen ist die thailändische Landbevölkerung einbezogen, welche dieser spezialärztlichen Dienste in ebenso grossem Ausmass bedarf wie die Flüchtlinge aus Laos, Vietnam und Kambodscha.

Der Projektleiter des Tuberkulose-Programmes, Dr. Hans Rieder, beschreibt im nachstehenden Text die Bedeutung der Tuberkulose und seine Einsatzerfahrungen im Flüchtlingslager von Khao-I-Dang.

Unsere Arbeit in Thailand wird durch die Eidgenossenschaft, die Glückskette, Enfants du Monde sowie Eigenmittel des SRK finanziert. Die notwendigen Medikamente für die Tuberkulose-Behandlung werden vom UNO-Hochkommissariat für Flüchtlinge zur Verfügung gestellt.

Tuberkulosebekämpfung bei Flüchtlingen

Die Krankheit

Die Tuberkulose, im Volksmund als Schwindsucht bekannt und gefürchtet, wurde vor etwas mehr als 100 Jahren als durch Tröpfcheninfektion hustender Lungentuberkulöser übertragene Krankheit erkannt. Damit war der Schlüssel zum Verständnis einer Krankheit gegeben, die während mehrerer Jahrhunderte «das Menschengeschlecht gezeichnet» hatte, wie in einem älteren Lehrbuch zu lesen ist, aber es sollten weitere 60 Jahre vergehen, bis den Ärzten Medikamente zur Verfügung standen, um sie wirksam zu bekämpfen. Doch zu diesem Zeitpunkt, am Ende des Zweiten Weltkriegs, war die Häufigkeit der Tuberkulose in Europa schon längst in stetem Rückgang begriffen, der durch die in den zwanziger Jahren eingeführte Impfung und die nunmehr mögliche medikamentöse Behandlung höchstens ein wenig beschleunigt, nicht jedoch wesentlich beeinflusst wurde. Heute erkranken in den meisten europäischen Ländern pro Jahr nur noch etwa 10 bis 30 Menschen von 100.000. Nicht so in den Entwicklungsländern, wo im Gegenteil eher ein Anstieg der absoluten Zahl an Tuberkulosekranken zu verzeichnen ist. Man rechnet, dass weltweit jedes Jahr etwa 4 Millionen neue, ansteckende, offene Lungentuberkulosen auftreten. Hinzu kommen mindestens ebenso viele nichtansteckende Fälle. Zu jedem beliebigen Zeitpunkt leiden 15 bis 20 Millionen Menschen an aktiver Tuberkulose; etwa 3 Millionen sterben jedes Jahr an Tuberkulose. Krieg und Hunger verschlimmern die Gesundheitssituation im allgemeinen und führen zu einer Zunahme der an Tuberkulose Erkrankten.

Khao-I-Dang

Ende 1979 wurde für die hereinströmenden kambodschanischen Flüchtlinge, die durch 10 Jahre Krieg und Hunger geschwächt waren, nahe der kambodschanischen Grenze in Thailand ein Lager für ursprünglich 130.000 Menschen eröffnet, das Khao-I-Dang genannt wurde und in dem heute immer noch 45.000 Kambod-

chaner leben. Da die Tuberkulose schnell als Problem erkannt und die ungehemmte Ausbreitung im Lager befürchtet wurde, übernahm das Schweizerische Katastrophenhilfekorps den Aufbau eines Programmes zur Kontrolle von Tuberkulose. Ende 1980 wurde es vom Schweizerischen Roten Kreuz in Zusammenarbeit mit dem Thailändischen Roten Kreuz übernommen. «Das Thai/Swiss Red Cross TB Programme» zeigt heute eindeutige Erfolge. Nur – ganz einfach anzupacken war die Sache nicht...

Die Problematik

Die medikamentöse Therapie der Tuberkulose ist langwierig und dauert traditionellerweise mindestens ein Jahr, während dem der Patient täglich Medikamente einnehmen muss, damit eine Heilung erzielt werden kann. Nun bleiben aber Flüchtlinge nicht immer so lange an Ort, und wenn der Erkrankte nach 8 Monaten wegzieht, war vielleicht alle Mühe vergeblich, da das Risiko eines Rückfalles, vielleicht eines tödlichen, auch nach dieser Zeit ganz erheblich ist. Hinzu kommt, dass sich ein Tuberkulosekranker schon in den ersten Monaten der Therapie besser fühlt und den Sinn ihrer konsequenten Weiterführung nicht mehr so

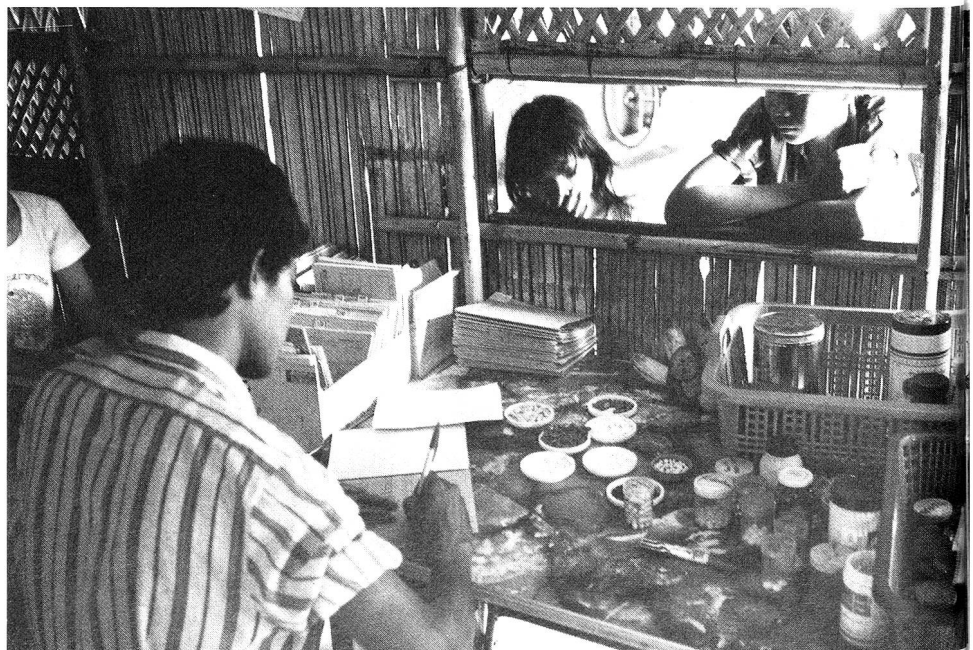
ganz einsieht. Und wenn ihn überdies als Flüchtling zum Beispiel die Nachricht erreicht, Verwandte lebten irgendwo im Grenzgebiet, empfindet er es als wichtiger, das Lager zu verlassen, um die Angehörigen aufzusuchen.

Der Ausweg

Heute stehen 17 Antituberkulosemittel zur Verfügung, davon sechs sogenannte essentielle. Sie unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit und in ihrem Preis. Es ist nun möglich, durch geschickte Kombination von mehreren Medikamenten die Therapiedauer bei unverminderter Wirksamkeit drastisch auf sechs Monate zu verkürzen. Wir hatten zwischen einer relativ billigen Therapieform von 12 Monaten Dauer und entsprechendem Verlust von Patienten vor Therapieende einerseits und einer teureren Therapie von sechs Monaten andererseits zu wählen. Da ausserdem mit gleichem Arbeitsaufwand die doppelte Anzahl Patienten behandelt werden kann, sprach eine Kosten-Nutzen-Analyse eindeutig für die Wahl der Kurzzeittherapie. Ja, man konnte sogar sagen, man war gezwungen, diese Form zu wählen, wenn das Programm überhaupt sinnvoll sein sollte.

Ein Tag wie jeder andere

Um halb sieben beginnt es in unserem Haus zu rumoren. Wir – das sind die beiden thailändischen Krankenschwestern Kuwanlaya und Praornsuda, Su-



Ambulante Patienten holen täglich ihre Pillen, die sie unter Aufsicht einnehmen.

thep, der Laborant, und Dumrong, Fahrer, Röntgenchef und Patientensucher, sowie ich als einziger Schweizer – bewohnen ein praktisch eingerichtetes Haus in Aranyapraphet, 5 km von der kambodschanischen Grenze entfernt. Bevor wir uns auf den Weg machen, müssen im Städtchen noch Photokopien von Patientendokumenten gemacht werden, da zwei von unseren Patienten Khao-I-Dang verlassen und ins Transitlager Phanatnikhom reisen und von dort über die Philippinen nach den USA emigrieren werden. Ihre Dokumente werden wir einem Koordinator übergeben, der dafür verantwortlich ist, dass ihre Therapie ohne Unterbruch weitergeführt wird. Bis ins Lager haben wir 30 km in unserem altersschwachen Bus zu fahren. Vorerst machen wir noch einen Zwischenhalt in einem Restaurant, wo wir das Mittagessen für unsere 24 Khmer-Angestellten in Empfang nehmen. Auf dem Weg sehen wir die Bauern bei der Reisernte, die in dieser Gegend dieses Jahr recht befriedigend ausfällt. Nachdem wir zwei militärische Kontrollposten passiert haben, erreichen wir um neun Uhr Khao-I-Dang.

Unser Tuberkulose-Spital befindet sich etwa einen Kilometer vom eigentlichen Spitalkomplex mit Chirurgie, innerer Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Leprastation und Nachbehandlungsstation für Kriegsverletzte entfernt. Die «Phnom Penh road», die zu unserem Spital führt, ist

flankiert von Bambushütten, die vom UNO-Hochkommissariat für Flüchtlinge aufgebaut worden waren. Jüngere Kinder spielen auf der Strasse, die älteren besuchen die Schule, Männer flanieren, und Frauen sieht man beim Waschen von Geschirr und Kleidern. Im Spital herrscht bereits Vollbetrieb. Seit sieben Uhr morgens kommen Patienten, um ihre Medikamente zu erhalten und daselbst unter Überwachung unserer Khmer-Angestellten zu schlucken, während Kuwanlaya im OPD (out patients dispensary) Unterlagen von Patienten zusammenstellt, die zur Konsultation kommen.

Der erste Patient wurde von einem Arzt des OPD 3 (eines der vier Ambulatorien im Lager) geschickt. Er huste zunehmend seit einem Monat und habe Gewicht verloren. Fragen nach anderen «klassischen» TB-Symptomen, wie niedrigem Fieber, Nachtschweissen und Blutbeimischungen im Auswurf, verneint er. Beim Abhören der Lunge kann man ein ganz feines Knistern unter dem rechten Schlüsselbein vernehmen, das mir beinahe entgeht. Er sieht wie ein 23jähriger aus – und wie ein Tuberkulosekranker, der Angst hat, Tuberkulose zu haben. Er behauptet, 17jährig zu sein, und er wird in fünf Tagen ins Transitlager Phanatnikhom gehen. Nun befürchtet er, als Tuberkulosekranker nicht nach den USA reisen zu können. Unsere Angestellten haben Mühe, ihn zu bewegen, sich für eine Tuberkulinprobe und Blutentnahme stechen zu lassen. Nur mit unserer ganzen Überredungskunst bringen wir ihn dazu, in den Auswurfbecher zu spucken für die mikroskopische Untersuchung, die gleich vorgenommen wird, da er hochverdächtig ist. Das Röntgenbild zeigt Veränderungen solchen Ausmasses, dass wir ihm nicht ganz glauben können, er sei erst seit einem Monat krank. Nach einer Stunde liegt der mikroskopische Beweis für eine offene Lungentuberkulose vor. Praornsuda nimmt ihn auf die Bettenstation und leitet die Therapie unverzüglich ein. Sie wird später sein 2 Monate altes Kind holen lassen, damit untersucht werden kann, ob es vom Vater bereits angesteckt wurde.

Der zweite Patient kommt für den Therapieabschluss. Er war vor sechs Monaten bewusstlos bei uns eingeliefert worden, und wir hatten die Diagnose einer tuberkulösen Hirnhaut-

entzündung gestellt, eine Diagnose, die vor 40 Jahren ein Todesurteil war. Dieser Patient hatte sich sehr schnell erholt und 20 kg (!) an Gewicht zugenommen. Er fühlt sich seit mehr als drei Monaten vollständig wohl. Da ist nichts mehr, was darauf hinweisen würde, wie schwer krank er war.

Dann kommt Chanthou hereingewaschen, wir können's auch fast nicht glauben. Chanthou ist 4jährig und hatte eine Knochentuberkulose der Wirbelsäule. Sie war während der ganzen 6 Monate der Therapie im Spital, da sie nicht gehen und Urin und Stuhl nicht kontrollieren konnte. Wir hatten damals keine grosse Hoffnung mehr, dass sie je würde gehen können. Wie waren wir erstaunt zu vernehmen, dass sie nach Therapieende anfang, ihre Beine zu bewegen und schliesslich sogar laufen lernte. Wie uns ihre Grossmutter versichert, macht sie täglich Fortschritte.

So geht es weiter, es kommen ehemalige Patienten, Patienten unter Therapie und neue zur Abklärung. Um ein Uhr sind Chit, mein «Mehr-als-nur-Übersetzer» und ich fertig mit den Konsultationen. Ich gehe zum Mittagessen, das heute allerdings etwas kurz ausfallen muss, da mich die Kinderärzte und der Internist gebeten haben, mit ihnen am frühen Nachmittag über einige ihrer Patienten zu diskutieren.

Um drei Uhr wieder in unserem Spital. Praornsuda und ich gehen Problemfälle auf unserer Bettenstation durch. Am meisten Sorgen macht uns eine Frau, der ein Schlauch durch die Brustwand eingeführt wurde, durch den jeden Tag mehr als ein Viertelliter Eiter rinnt. Der Schlauch tut ihr weh, aber er ist nötig, was sie völlig versteht. Sie leidet, doch beklagt sich nie. Sie tut uns leid, und wir fürchten um ihr Leben, da sie trotz Therapie fiebert und Gewicht verliert. Wir können nicht viel mehr tun, als jeden Tag ein wenig an ihr Bett sitzen und mit ihr reden. Wir gehen noch zu unserem neuen Patienten vom Morgen und erklären ihm, dass seine Tuberkulose kein Hindernisgrund für eine Einreise in die USA ist, weil er nicht mehr ansteckend sein wird, wenn es soweit ist. Er ist offensichtlich erleichtert.

Um halb fünf sind wir mit dem Wesentlichen durch. Dumrong hat am Nachmittag zwei Patienten zu Hause aufgesucht, die am Morgen nicht zur



Dr. Rieder bei der Untersuchung.

Medikamenteneinnahme gekommen waren. Wir übergeben unseren Khmer-Angestellten das Spital und kehren nach Hause zurück.

Das TB-Programm seit März 1981

Seit meiner Ankunft zu diesem Zeitpunkt haben wir etwa 800 Patienten ins Programm aufgenommen, zwei Drittel sind Fälle von Lungentuberkulose, das restliche Drittel sind Tuberkulosen der Lymphdrüsen, vorwiegend im Halsbereich, Tuberkulosen der Knochen und seltener Formen, wie zum Beispiel tuberkulöse Hirnhautentzündung oder Nierentuberkulose.

80% unserer Patienten beenden ihre Therapie bei uns, etwa 10% gehen ins Transitlager, wo die Therapie weitergeführt wird, 8% sind vorzeitig davongelaufen, und 2% sind an den Folgen der Krankheit gestorben. Von den bei uns verbleibenden Patienten ist bei mehr als 90% der Therapieerfolg als ausgezeichnet einzustufen, und nur 3% geben uns echte therapeutische Probleme auf, die Veränderungen und Verlängerungen des eingeschlagenen Therapieplans nach sich ziehen.

Mein bereits dreijähriges Feldengagement ist zweifellos erklärbar aus der Erkenntnis, dass die Arbeit in unserem TB-Programm für alle Beteiligten sehr viel Befriedigung bedeutet. Diese Befriedigung fusst auf verschiedenen Pfeilern. Thailand ist ein schönes Land, die Thais sind ein stolzes Volk und behandeln uns «Farangs» (Europäer und Amerikaner) deshalb einfach als normale Mitmenschen und ohne die Servilität, die Distanz schafft. Die Thai-Mitarbeiter sind hochqualifizierte Arbeitskräfte mit menschlicher Wärme, was Zusammenleben und Zusammenarbeit problemlos ermöglicht; ich zweifle, ob in meiner Heimat ein so enger Kontakt über eine derart lange Zeit denkbar wäre. Vom fachlichen Standpunkt ist die Aufgabe begünstigt durch ausgezeichnete Medikamente, die in hinreichender Menge zur Verfügung stehen. Und nicht zuletzt ist die menschlich bereichernde Zusammenarbeit mit Khmers hervorzuheben, die trotz der in ihrer verlassenen Heimat erlebten Greuel und trotz der nunmehr ungewissen Zukunft das berühmte «sourire khmer» nicht verloren haben.

Dr. Hans Rieder

Hilfe in akuten Notlagen und Spontanaktionen

Einige Beispiele aus der Vielfalt unserer Auslandshilfe
August bis Dezember 1983

Bolivien / Dürre und Hunger

Versorgungsaktionen in den Departementen Potosi und Chuquisaca. Verteilung von Nahrungsmitteln, medizinische und soziale Betreuung.

Sri Lanka / politische Unruhen

Beitrag und Milchpulverspende via Liga für Versorgung von vertriebenen und bedrohten Tamilen.

Mexiko / Flüchtlinge aus Guatemala

Beitrag für medizinische Versorgung von Notleidenden in Lagern.

Panama / Dürre und Hunger

Beitrag via Liga für Beschaffung und Verteilung von Nahrungsmitteln in besonders betroffenen Zonen

Libanon / bewaffneter Konflikt

Einsatz von Blutprodukten, Infusionen und Woldecken im Notprogramm des IKRK.

Peru / Dürre und Hunger

Beitrag via Liga für Beschaffung und Verteilung von Nahrungsmitteln und Hilfsgütern.

Nepal / Überschwemmungen

Beitrag via Liga für lokale Beschaffung von Hilfsgütern.

Türkei / Erdbeben

Zelte, Decken und Kleider für Obdachlose im Erdbebengebiet von Erzurum.

Rwanda / Flüchtlinge aus Uganda

100 Familienzelte für Flüchtlingssiedlungen.

Senegal / Dürre und Hunger

Einsatz eines Delegierten für Verteilung von Nahrungsmitteln sowie Beitrag via Liga für Beschaffung von Nahrung.

Indochina / Bootsflüchtlinge

Beitrag via Liga für Betreuung von Flüchtlingen in südostasiatischen Ländern.

Portugal / Überschwemmungen

Betten und Schlafsäcke für besonders bedürftige Familien.

Vietnam / Taifune und Überschwemmungen

Einsatz von Delegierten und Vorbereitung Medikamentenhilfe; Bereitstellung von Erste-Hilfe-Sets.

Weitere Aktionen erfolgten in:

Bangladesh, Ghana, Kenia, Mozambique, Polen, Tunesien, Vietnam.

Abgabe von Milchprodukten in:

Indien, Angola, Kenia, Madagaskar, Mali, Marokko, Mozambique, Niger, Senegal.