

Synapse

Schwerpunktthema: Hilfsprojekte – Herzensprojekte

- | | |
|--|---|
| <p>3 Nachhaltige Hilfe aus der Region (Auswahl)</p> <p>3 Das Calcutta Project Basel (1): Die Geschichte von der Nachhaltigkeit einer Studenteninitiative</p> <p>5 Das Calcutta Project Basel (2): Das Projekt Mayura</p> <p>6 «Operieren in Afrika e.V.»: Linderung der Not in Burkina Faso</p> <p>8 «German Doctors»: Hilfe im Dschungel von Mindoro (Philippinen)</p> <p>9 «Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit»: Schwerpunkteinsatz im Norden Sambias</p> <p>10 Die «Chronic Diseases Clinic Ifakara» – HIV und Tuberkulose im ländlichen Afrika</p> | <p>13 Helfen Sie uns, krebserkrankten Kindern und deren Familien zu helfen</p> <p>14 Interprofessionalität am Beispiel von Hausarzt, SPITEX BASEL und MNZ</p> <p>16 Netzwerk Demenz beider Basel: Hilfe für Helfer</p> <p>17 Geschichten, die das Leben schrieb</p> |
|--|---|

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial



Geschätzte Kolleginnen und Kollegen

Die diesjährige Weihnachtsausgabe der *Synapse* beleuchtet einige Facetten von ganz unterschiedlichen Engagements und Projekten, die alle das Ziel haben, das Schicksal der Ärmsten der Armen etwas zu mildern und etwas Licht in ihr Elend zu bringen. Gerade in der eher dunklen

Jahreszeit und vor den Festtagen scheint uns Licht besonders wichtig. Das Elend auf der Welt ist dermassen unfassbar gross, dass alle unsere Bemühungen nur dem berühmten Tropfen auf dem heissen Stein entsprechen. Aber gerade dieser Tropfen ist so unendlich wichtig, um Licht, Trost und Hoffnung zu spenden. Neben mehreren anderen Projekten stellen wir das Calcutta Project etwas ausführlicher dar, ein seit Jahrzehnten bestehendes Hilfsprojekt von Medizinstudierenden an der Universität Basel. Ein Besuch vor Ort Ende letzten Jahres hat mich tief beeindruckt. Das Engagement der dortigen Ärzte und Schwestern ist aussergewöhnlich. Mit wenigen Mitteln, aber umso grösserem Einsatz und Empathie wird versucht, den rund 20 000 Prostituierten und ihren Kindern in diesem Armenviertel Kalkuttas Aufklärung, Unterstützung und Schutz zu bieten.

Es ist ein Privileg zu erleben, mit welchem Vertrauen und mit welcher Selbstverständlichkeit sich die Streetworkerinnen auf den Visiten ihren beratenden und behandelnden Ärztinnen und Ärzten anvertrauen und mit welcher Offenheit die Gespräche stattfinden. Meinungsfreiheit, Zugang zu Bildung, Arbeit, genügend Nahrung, sauberes Wasser sind für uns eine Selbstverständlichkeit, für Millionen von Menschen aber unerreichbar. Wir dürfen und sollen unsere Privilegien geniessen, aber auch nie vergessen, wie wenig selbstverständlich dies alles ist. In diesem Sinne wünscht Ihnen die Redaktion besinnliche Festtage und einen guten Rutsch in ein hoffentlich gesundes, erlebnisreiches und erfolgreiches neues Jahr.

Herzlichst, *Tobias Eichenberger*

*Das Redaktionsteam der Synapse wünscht
allen Leserinnen und Lesern frohe Festtage,
viel Glück und Zufriedenheit im neuen Jahr.*



Nachhaltige Hilfe aus der Region (Auswahl)

Das Calcutta Project Basel (1): Die Geschichte von der Nachhaltigkeit einer Studenteninitiative



Ioannes Chandon Chattopadhyay

Am Anfang war eine Provokation

Manchmal braucht man als Student einen kleinen Stoss, damit man von einer Inspiration berührt werden kann. So geschehen 1990 am Jahreskongress der IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) in der damaligen Tschechoslowakei. Die Schweizer Delegation wurde weitgehend von uns Basler Studenten gestellt und war hochmotiviert, allerdings völlig unerfahren, was internationale Organisationen und ihre Funktionsweise betraf. Schon bei der Eröffnungsrede des Kongresses wurden wir heftig überrascht, als ein Vizedirektor der WHO den anwesenden Studentinnen und Studenten heftige Vorwürfe machte. Er nannte uns faul und träge, da wir keine medizinischen Entwicklungsprojekte in der Dritten Welt aufbauen würden. Wir könnten nicht die zukünftigen Leistungsträger im Gesundheitswesen sein, wenn wir nicht auch schon im Studentenleben Verantwortung für die Linderung der Not in der Welt übernehmen würden. Völlig perplex hörten wir seinen markigen Worten zu, doch seine Argumentation überzeugte uns sofort. Nach der Eröffnungsveranstaltung sassen wir Schweizer zusammen und beschlossen, ein eigenes karitatives Projekt aufzubauen. Wir hatten gute Kontakte nach Kalkutta zu potentiellen Partnern, von denen wir wussten, dass sie karitativ

arbeiteten. Organisieren konnten wir gut, und Geld würde sich in der Schweiz schon finden lassen ... Welchen Medizinstudenten, wenn nicht «uns Schweizern», könnte es schon gelingen, eine so ambitionierte Aufgabe zu meistern? Unsere völlige Unerfahrenheit kam uns dabei in idealer Weise zu Hilfe, hatten wir doch keine Ahnung, welchen Arbeitsaufwand wir uns da gerade selbst aufluden ...

Zwei Dekane, die Mut machen

Zurück an der Universität Basel, formulierten wir einen Projektvorschlag, sammelten aus der Fachschaft Medizin, der Organisation der Medizinstudenten, eine Gruppe von interessierten Mitstudentinnen und Mitstudenten und gewannen den potentiellen Partner in Kalkutta für unsere Idee. Rechtzeitig zu Beginn des Vorlesungsjahres stellten wir unser Vorhaben dem Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Werner Stauffacher, sowie dem Studiendekan, Prof. Christian Fliegel, vor. Beide machten uns Mut und stellten sich vorbehaltlos hinter uns. Prof. Stauffacher sorgte sogar dafür, dass die Fakultätsversammlung das Calcutta Project offiziell unterstützte. Rückblickend zeigt sich, dass die beiden Dekane mit ihrer Ermutigung den entscheidenden Durchbruch unseres Engagements herbeiführten. Sie glaubten an uns junge Studenten, also konnten auch wir selbst an uns glauben. Sie gaben uns den Schwung, dass wir die vielen anstrengenden Jahre des Aufbaus in Angriff nehmen konnten. Wie wichtig ist es doch, junge Menschen bei ihren Visionen zu motivieren ...



Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünfte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch

www.emh.ch

© 2017 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Dr. Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56
E-Mail: kwuerz@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 29.1.2018

printed in
switzerland



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Kalkutta, ein endloses Elend

Was es bei unserer ersten gemeinsamen Reise nach Kalkutta nicht wirklich benötigte, war eine medizinische Bedarfsabklärung. Die Not in dieser 20-Millionen-Metropole war unbeschreiblich, und sie ist es auch heute noch, auch wenn es Indien als Ganzes insgesamt doch besser geht als 1990. Es kam nicht von ungefähr, dass Mutter Teresa Kalkutta als ihren Einsatzort wählte, um bei den Ärmsten der Armen zu sein. Von Beginn weg war klar, dass unser Projekt, das sein Zuhause in der Altstadt Kalkuttas hat und nur gerade 20 Gehminuten von Mutter Teresas Zentrum entfernt ist, nicht mehr bewirken würde als ein Tropfen auf dem heissen Stein. Und dennoch wollten wir unseren Beitrag leisten, diesen Tropfen auf den heissen Stein fallen lassen. Denn dort, wo dieser Tropfen auftreffen würde, würde er den Armen in ihrer Not dienen können. Eine grosse Freude für uns war, dass wir mit S. B. Devi Charity Home einen Projektpartner finden konnten, der als kleine, lokale NGO bestens zu uns passte und deren wichtigste Mitglieder zu diesem Zeitpunkt bereits über 30 Jahre Erfahrung im Bereich der karitativen sozialen Arbeit verfügten.

Die vier wichtigsten Ziele

Auch über die vier wichtigsten Ziele waren wir uns schnell einig: Wir wollten ein kleines Gesundheitszentrum aufbauen, um (1.) den ärmsten Menschen eine medizinische Grundversorgung zu ermöglichen und (2.) mit Präventionsprojekten die gesundheitliche Lage vor allem der Kinder und vulnerablen Gruppen wie der Prostituierten zu verbessern. Wissenschaftliche Arbeit (3.) und Studentenaustausch (4.) sollten zudem einen Beitrag dazu leisten, dass wir in unserem universitären Umfeld ein stabiles Know-how im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit aufbauen konnten. Diesen Zielen sind wir bis heute treu geblieben, auch wenn sich die Prioritäten über die Jahre hinweg zunehmend zugunsten der Prävention verschoben haben. Bereits im April 1991 konnte das Calcutta Project in Basel offiziell gegründet werden, und im Juni desselben Jahres nahm unser provisorisches Ambulatorium in Kalkutta den Betrieb auf mit einem Budget von monatlich gerade mal CHF 1000. Bis heute ist dieses Betriebsbudget auf rund CHF 7000 pro Monat angewachsen, was allerdings ein äusserst bescheidener Betrag ist, wenn man bedenkt, dass wir damit ein eigenes Gesundheitszentrum sowie einen Kinderhort betreiben und vor Ort

in Kalkutta insgesamt gegen 70 Mitarbeiter haben.

Ein Aufbau, bei dem Zähigkeit und Ausdauer gefragt sind

Dem erfolgreichen Start des Projektes als Folge einer Anfangseuphorie folgte jedoch sehr bald eine nicht enden wollende Kette von Schwierigkeiten. Ungeachtet der Tatsache, dass das Calcutta Project rein karitative medizinische Hilfe zum Ziel hatte, wurde unser Partner vor Ort mit der gewaltigen und gefürchteten indischen Bürokratie und mit der ebenso grossen wie gefräßigen indischen Korruption konfrontiert. Getreu der Devise von Mutter Teresa, dass man nicht mit schlechten Methoden versuchen dürfe, etwas Gutes zu erreichen, weigerten wir uns standhaft, uns auf Zahlungen und materielle «Gunsterweisungen» irgendwelcher Art einzulassen. Dies hatte zur Folge, dass uns die verschiedenen Ämter und Behörden alle nur erdenklichen Hindernisse in den Weg legten und wir auch kleinste Fortschritte hart erkämpfen mussten. Diese Schwierigkeiten hatten allerdings auch ihr Gutes – wir konnten unsere Zähigkeit und Ausdauer, aber auch unsere gute und treue Partnerschaft unter Beweis stellen. Zudem konnten wir mit dem Projekt mitwachsen. Nie war es so, dass wir durch einen zu schnellen Fortschritt beim Aufbau im Management des Calcutta Projects überfordert worden wären. Nach rund zehn Jahren nahmen die bürokratischen Widerstände langsam ab, weil sich unser Ambulatorium etabliert hatte und über die Jahre hinweg nachgewiesen werden konnte, dass gute Arbeit für die notleidenden Menschen geleistet wurde.

Ein bald 27-jähriges Studentenprojekt, das jung und lebendig geblieben ist

In Basel wiederum waren wir mit der Kurzlebigkeit des Studentenlebens konfrontiert: Wie können Studentinnen und Studenten ein Entwicklungsprojekt in der Dritten Welt aufbauen, das nicht schon nach ein bis zwei Studentengenerationen wieder zusammenbricht, sondern wächst und nachhaltig wird?

Die wichtigsten Faktoren sind:

1. Das Elend in Kalkutta: Viele Menschen leben nach wie vor in grösster Armut. Wir wollten ihnen beistehen.

2. Ein treuer und ehrlicher Partner: Mit S. B. Devi Charity Home haben wir in Indien einen wunderbaren Projektpartner, der verlässlich und ehrlich ist und sich mit viel Herzblut für die Armen und Be-

dürftigen einsetzt. Die wichtigsten Mitarbeiter in Kalkutta sind seit der Gründung des Projektes mit dabei. Sie sind mit dem Projekt mitgewachsen und verfügen heute über eine grosse Erfahrung sowie eine ausgewiesene Kompetenz, die eine grosse institutionelle Stabilität mit sich bringt.

3. Die nachhaltige Struktur der Stiftung Calcutta Project in Basel: Das grosse Problem der regelmässigen Generationenwechsel bei den Studenten konnten wir 1995 durch die Gründung einer Stiftung angehen. Seither konnten wir durch einen Stiftungsrat, der das institutionelle Gedächtnis bildet und in verschiedenen Bereichen der Entwicklungsarbeit spezialisiert ist, eine stabile organisatorische Struktur geben und gleichzeitig die Einzigartigkeit des Calcutta Projects als studentische Initiative bewahren. Die Studentinnen und Studenten haben die operative Geschäftsführung inne und können sich so aktiv mit allen Aspekten der Entwicklungsarbeit auseinandersetzen. Über die Jahre hinweg hat das Calcutta Project denn auch vielen jungen Menschen als Sprungbrett für ein berufliches Engagement in der Dritten Welt gedient.

4. Die Kleinheit des Projektes: Die Schweizer Entwicklungsarbeit engagiert sich eher bei einer Vielzahl kleiner und langfristiger Projekte, die auf der Eigeninitiative kleiner Gruppen beruhen, als bei flächendeckenden, staatlichen Grossprojekten. Das Calcutta Project reiht sich bei den Kleinen ein. Dies hat den zusätzlichen Vorteil, dass es für die Studentinnen und Studenten übersichtlich genug ist, dass sie das Management selber übernehmen können. Auch das Jahresbudget von ungefähr CHF 85000 kann von ihnen selbst erwirtschaftet werden, es liegt im Rahmen ihrer Kapazitäten. Dies heisst allerdings nicht, dass es nicht gut wäre, wenn es gelingen würde, grössere Beträge zu erwirtschaften, um den Partner in Kalkutta mit etwas mehr als dem absoluten Minimum an Finanzen auszustatten.

5. Die fachliche Unterstützung: Das universitäre Umfeld hat unserem Projekt schon oft wertvolle Dienste geleistet, indem es uns mit Rat und Tat zur Seite stand, sei es direkt oder via Praktika, Diplomarbeiten und wissenschaftliche Publikationen. Allen voran ist das Schweizerische Tropen- und Public Health Institute zu erwähnen, das ebenfalls in unserem Stiftungsrat vertreten ist, in spezieller Weise sein ehemaliger Direktor Prof. Marcel Tanner. Aber auch verschiedene andere

Institute der Universität sowie des Universitätsspitals Basel haben uns über die Jahre immer wieder fachlich unterstützt. **6. Die Treue der Spender:** Nicht zuletzt sind auch die Spender zu erwähnen. Die Basis unserer finanziellen Existenz bilden die vielen Kleinspender, die uns schon seit vielen Jahren die Treue halten, darunter viele Ärzte aus der Region Nordwestschweiz. Aber auch das Universitätsspital Basel und die Kommission für Entwicklungsfragen des Kantons Basel-Stadt (KFE) haben uns schon oft mit grosszügigen Beiträgen unterstützt. Für dieses

grosse Vertrauen sind wir von Herzen dankbar!

In den bald 27 Jahren des Calcutta Projects konnte tausenden von armen und kranken Menschen in Kalkutta geholfen werden, die nicht die Möglichkeit haben, sich selbst zu bedanken. Ich aber, der ich in Kalkutta viele dieser Bedürftigen kennenlerne und mit ihnen sprechen durfte, möchte dies hier an ihrer Stelle tun und allen Leuten, die durch ihre Mitarbeit oder einen finanziellen Beitrag das Calcutta Project unterstützt haben, meinen tief empfundenen Dank aussprechen!

Die harte Arbeit hat viele wunderbare Früchte hervorgebracht!

Dr. med. Ioannes Chandon Chattopadhyay

Pater Dr. med. Ioannes Chandon Chattopadhyay, FMH Pädiatrie und Tropenmedizin, M. in International Health, M. in Theologie, M.A. in Religionslehre, ist Benediktinermönch im Kloster Disentis. Als junger Medizinstudent der Universität Basel war er einer der Mitbegründer des Calcutta Projects und engagiert sich auch heute noch als Stiftungsratsmitglied.

Das Calcutta Project Basel (2): Das Projekt Mayura



Anika Züchner

Das Calcutta Project (CP) ist in Basel beheimatet und wird von Studierenden der Universität Basel geleitet. Die Arbeit für das Calcutta Project wird zwar nicht bezahlt, und trotzdem arbeiten alle Studierenden im Team mit einer hohen Professionalität und Begeisterung mit. Zurzeit besteht das CP aus rund 20 Studierenden, welche die Arbeit von ehemaligen Medizinstudenten fortführen, die das CP vor über 25 Jahren in Basel ins Leben riefen.

Zwei Teams

In Basel arbeiten wir in zwei Teams: in der Fachkommission und dem PR- und Fundraising-Team. Das PR- und Fundraising-Team ist für den öffentlichen Auftritt der Stiftung und die finanzielle Mittelbeschaffung zuständig. In diesem Team organisieren wir zudem Veranstaltungen, wie z.B. Benefizkonzerte, kümmern uns um die Spenderbetreuung, geben drei Mal im Jahr unser Infobulletin für alle Spenderinnen und Spender heraus und halten unsere Website auf dem neusten Stand. Die Fachkommission arbeitet sehr eng mit unserer indischen Partnerorganisation S. B. Devi Charity Home zusammen. Die Programme in Kolkata werden mehrheitlich durch Spenden aus der Schweiz finanziert und von unserer Partnerorganisation vor Ort betrieben. Die Fachkommission steht in regelmässigem Kontakt mit den Mitarbeitenden vor Ort, evaluiert die Programme und verbessert diese auch fortlaufend. Alle zwei Jahre besucht eine Delegation von Mitgliedern des Calcutta Projects die Partnerorganisation und erhält so vor

Ort einen direkten Eindruck von den Programmen. Neben diesen beiden Teams gibt es noch die Geschäftsleitung, die sich ebenfalls aus Studierenden zusammensetzt. Die Geschäftsleitung arbeitet eng mit dem Stiftungsrat zusammen, der einzigen Organisationseinheit, die nicht von Studierenden geleitet wird. Der Stiftungsrat setzt sich mehrheitlich aus ehemaligen Mitgliedern des CP und weiteren fachkundigen Personen zusammen, die uns Studentinnen und Studenten optimal in unserer Arbeit unterstützen können.

In den vergangenen Jahren konnte das Calcutta Project so gemeinsam mit unserem Partnerverein S. B. Devi Charity Home vor Ort fünf Programme aufbauen. Es entstand ein Ambulatorium, in dem wir pro Jahr ca. 10 000 Behandlungen durchführen, ein Kindergarten sowie eine Schlafstätte für Kinder von Prostituierten, damit sie gut behütet die Nacht ver-

bringen können, während ihre Mütter arbeiten. Ausserdem wurden drei Präventionsprogramme für die Gesundheit von Schulkindern, Müttern und Prostituierten ins Leben gerufen.

Die Tatsache, dass das CP ausschliesslich durch die ehrenamtliche Arbeit von Studierenden geführt wird, hebt uns von anderen NGOs auch insofern ab, dass 95% unserer Spendengelder direkt in die Programme in Indien fließen können, da wir sehr geringe Administrationskosten in der Schweiz aufweisen.

Konika und Mayura

Aus aktuellem Anlass möchte ich genauer auf unser Programm «Konika» eingehen, einen Kinderhort und eine Schlafstelle für Kinder von Prostituierten. Betreut werden dort Kinder zwischen etwa 4 und 12 Jahren. Sobald die Kinder älter als 12 Jahre sind, können wir ihnen leider keine weitere Unterstützung mehr



anbieten. Auch wenn in Einzelfällen Ausnahmen gemacht werden können, beginnt für die meisten unserer «Konika-Kinder» mit 12 Jahren eine weitere kritische Phase in ihrem Leben, da sie ohne die festen Konika-Strukturen auf sich allein gestellt sind und besonders die Mädchen schnell in die Prostitution abrutschen können.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich bei uns die Idee eines Konika-Folgeprogrammes, das für Jugendliche von 13 bis 18 Jahre und deren Bedürfnissen ausgelegt ist. Wir nennen es Mayura-Projekt. Den Jugendlichen soll eine Lokalität zur Verfügung gestellt werden, in der diverse Dienstleistungen in Bezug auf die berufliche und schulische Aus- und Weiterbildung in Anspruch genommen werden können. So soll den Jugendlichen ein ru-

higer Ort zum Lernen, eine Vermittlungsstelle für Jobmöglichkeiten sowie eine Beratung bei der Anmeldung zu einem Studium oder bei der Beantragung eines allfälligen Stipendiums wie auch bei Bedarf eine Schlafstelle angeboten werden. Das Projekt soll den Jugendlichen nach ihrer obligatorischen Schulzeit in ihrer Entscheidungsfindung beistehen und ihnen berufliche Alternativen und Perspektiven aufzeigen. Insbesondere soll Kindern, die sich bereits im Programm des Konika Night Shelter befinden und die sich eine «gesunde» Alltagsstruktur aneignen konnten, beim Verlassen dieses Programmes eine angemessene Anschlusslösung in einer für sie vertrauten Umgebung angeboten werden. Aktuell befindet sich das Mayura-Programm in der Aufbauphase. In Kolkata

wurde bereits ein passendes Haus gefunden, das zum Verkauf steht und sich perfekt eignen würde. Für uns bedeutet dies aktuell in erster Linie, die nötigen Spenden in der Schweiz zu sammeln. Einen Teil dazu beigetragen haben bereits das Universitätsspital Basel und das Kantonshospital Baselland.

Anika Züchner

Anika Züchner ist 2011 als Erstsemester-Studentin bei der Stiftung Calcutta Project Basel eingestiegen. Inzwischen ist sie Präsidentin des PR- und Fundraising-Teams und Geschäftsleitungsmitglied. Sie studiert «African Studies».

Weitere Infos und Spenden:
www.calcutta-project.ch

«Operieren in Afrika e.V.»: Linderung der Not in Burkina Faso

Die Verteilung von Wohlstand fällt auf der Welt sehr unterschiedlich aus. Das betrifft vor allem auch die medizinische Versorgung. In extrem armen Ländern – wie im westafrikanischen Burkina Faso – haben Kinder, Frauen und Männer in weiten Teilen des Landes keinen Zugang zu dringend benötigten medizinischen Behandlungen und Medikamenten. Das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen pro Monat beträgt in Burkina Faso 59 US-Dollar, die Lebenserwartung liegt bei 56 Jahren, die Säuglingssterblichkeit bei 9,8%. Um die Not in Burkina Faso ein wenig zu lindern, wurde 2002 der gemeinnützige Verein «Operieren in Afrika e.V.» ins Leben gerufen. Der Verein versucht die Menschen in Burkina Faso durch mehrere, vielfältige Projekte zu unterstützen. Die Projekte werden mit den Einheimischen vor Ort geplant und umgesetzt. Für den Verein steht das «Miteinander» an erster Stelle, er legt grossen Wert auf die Kooperation mit den Menschen vor Ort.

Seit Anfang an führt der Verein medizinische Hilfsaktionen mit den Schwerpunkten Chirurgie (inkl. Kinderchirurgie und Plastische Chirurgie), Gynäkologie und Urologie in Burkina Faso durch. Im Rahmen von Kurzeinsätzen von rund ein bis zwei Wochen werden Patienten von deutschen und schweizerischen Ärzten unentgeltlich operiert, gleichzeitig werden afrikanische Ärzte und Pflegepersonen ausgebildet. Die Hilfsaktionen wurden zunächst bis 2013 in einem staatlichen Krankenhaus in Leo, einer Kleinstadt im südlichen Burkina Faso, durchgeführt. 2014 konnte der Verein sein bislang



grösstes Projekt, den Bau einer chirurgischen Klinik, realisieren, 2015 kam eine Geburtshilfeabteilung dazu. Die Klinik in Leo hat mittlerweile einen festen Personalstamm von 12 afrikanischen Mitarbeitern, der die Bevölkerung zwischen den Hilfseinsätzen medizinisch behandelt und die ausländischen Ärzte bei den Hilfseinsätzen unterstützt. Inzwischen ist die Klinik in der Lage, 70% ihrer laufenden Kosten selbst zu tragen, indem sie von Patienten, denen finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, einen kleinen Obolus verlangt, der restliche Betrag wird durch Spenden gedeckt. Der Energie-

bedarf der Klinik wird zu 90% über eine Solaranlage gedeckt. Zudem verfügt die Klinik über eine der ersten biologischen Kläranlagen in Westafrika sowie über ein Regenrückhaltebecken, das die Klinik mit Wasser versorgt.

Seit 2015 reist einmal jährlich ein kinderchirurgisches Team vom UKBB gemeinsam mit Kollegen von der Uniklinik Heidelberg in die neue Klinik nach Leo. Innerhalb von 8 Tagen werden ca. 30 Patienten operiert. Das Spektrum reicht von der Leistenhernie bis zum M. Hirschsprung. Der nächste Einsatz ist für Dezember 2017 geplant.



Patenschaft für die Förderung der Bildung

Ein weiterer Schwerpunkt des Vereins liegt auf seinem Patenschaftsprojekt. Trotz aller Bildungsanstrengungen liegt die Analphabetenrate in Burkina Faso bei etwa 74%. Insbesondere für einkommensschwache Bevölkerungsanteile ist der Zu-

gang zu Schulen trotz offizieller Schulpflicht problematisch, und häufig werden Kinder – vor allem Mädchen – aus finanziellen Gründen vom Schulbesuch ausgeschlossen. Durch Übernahme von Patenschaften wird Kindern aus besonders schwierigen wirtschaftlichen und familiären Verhältnissen der regelmässige

Schulbesuch ermöglicht. Mittlerweile befinden sich bereits 133 Kinder in dem Projekt, das vor Ort intensiv vom Schulleiter und den lokalen Kooperationspartnern betreut wird. Zusätzlich unterstützt der Verein die Grundschule, die die Patenkinder besuchen. Es wurden vier neue Klassenzimmer gebaut, allen Kindern der Schule wird ein tägliches Mittagessen finanziert. 2008 wurde eine Solaranlage installiert, die für elektrisches Licht sorgt. Damit wird ein Unterricht am Abend ermöglicht, der den Eltern die Chance gibt, ebenfalls Lesen und Schreiben zu lernen.

Dr. med. Birgit Klein

Dr. med. Birgit Klein arbeitet als Oberärztin in der kinderchirurgischen Abteilung des UKBB. Sie hat den Verein «Operieren in Afrika» mit gegründet und fliegt mehrmals im Jahr nach Burkina Faso.

Weitere Infos und Spenden:
www.operieren-in-afrika.de

«German Doctors»: Hilfe im Dschungel von Mindoro (Philippinen)

Schwüle Hitze schon um halb sechs Uhr morgens. Ich bereite mich auf die Tages-tour in den Urwald vor: Ohrenspiegel, Stethoskop, Taschenlampe und Blutdruckapparat in den Rucksack, dazu genügend Wasser und ein paar Mini-Bananen. Um 7 Uhr startet unser Team: Cecille, die Leiterin, Rachael, die Apothekerin, Eljean, meine Übersetzerin, Rolando, unser Driver, und ich mit einem Pick-up-Jeep Richtung Berge. Der Highway ist in dieser Morgenstunde vollgestopft mit überladenen Tricycles, welche die Kinder in die Schulen bringen.

Die Mangyans – das Urvolk Mindoros

Die ersten Bambushütten tauchen auf, windschief, die löchrigen Dächer behelfsmässig mit Planen bedeckt. Eine Ansammlung von mehreren Hütten, zum Teil an steilen Lehmhängen klebend, und viele scheue Kinderaugen zeigen uns, dass wir bei den Mangyans angekommen sind. Die Mangyans leben in acht grossen Stämmen, verteilt über die gesamte Insel. Jeder Stamm spricht seine eigene Sprache. Durch die Spanier und später die «Lawlanders» (die Grossgrundbesitzer) wurden die heute noch 100 000 Mangy-



ans von ihrem nährreichen Boden immer tiefer in die Wälder und weiter in die Berge verdrängt. Sie leben dort ihre eigene Kultur, ernähren sich von der Jagd und den Früchten des Dschungels, arbeiten zum Teil als unterbezahlte Tagelöhner auf dem Reisfeld, das früher ihr Eigentum war. Die staatlichen Schulen werden immer mehr in ihre Dörfer integriert.

Von den Lawlanders werden die Mangyans wegen ihrer Armut, ihres Eigensinns und wegen ihrer teilweisen Verwahrlosung geächtet, im Distrikthospital sind sie in einem speziellen «Mangyans-ward» separiert. Familienplanung oder Hygienemassnahmen sind in der Sprechstunde schwierig zu thematisieren. So gehören kinderreiche Familien, Hautkrankheiten

und die Tuberkulose zum Alltagsbild, wie es sich bei uns vor 100 Jahren präsentierte.

Die improvisierte Sprechstunde

In einer luftigen Kapelle richten wir unser Behandlungszentrum ein. Mit einem Tuch wird ein Sprechzimmer abgetrennt, ein Kreis von Medikamentenkisten bildet die Apotheke, der Altar und die Kirchenbänke sind Wartezimmer und Anamnese-Raum. Die Sprechstunde kann starten: Husten, Diarrhoe und Hautkrankheiten bei den Kindern, Schmerzen im Bewegungsapparat, Gastritis, Strumen oder allgemeine Schwäche bei Parasitosen bei den Erwachsenen sind die häufigsten Krankheitsbilder.

Krankheitsbilder wie vor hundert Jahren

Am meisten beeindruckt mich zwei besonders häufige Krankheitsbilder: die Skabies und die Tuberkulose. In der Schweiz war sie vor hundert Jahren an der Tagesordnung, gleichwohl hatte ich sie in all den Praxisjahren zu Hause nie angetroffen. Vor allem Kleinkinder mit eiternden Geschwüren am ganzen Körper fallen mir auf, verursacht durch ständiges Kratzen der Skabiesläsionen an den Extremitäten. Nicht selten entwickeln sich daraus schwerste Pyodermien mit Sepsis, was zu rheumatischer Endocarditis oder Glomerulonephritis und nephrotischem Syndrom führen kann. Immerhin haben wir genügend Antibiotika und spezielle Lotions für die lokale Therapie zur Verfügung. Täglich entdecke ich in den verschiedenen Dörfern offene Lun-

gentuberkulosen mit chronischem Husten, Hämoptyse, Kachexie, Nachtschweiss etc. Auch eiternde Fisteln thorakal, abdominal, inguinal oder cervical sind immer hochverdächtig auf extrapulmonale TB-Herde. Wirbelkörper-Infrakturen mit Paraplegie bedeuten für Kinder eine lebenslange Invaliderität unter schwierigsten Bedingungen.

Fast zur Verzweiflung bringt mich aber nicht die Diagnosestellung, sondern die staatliche Odyssee, welche zum obligatorischen TB-Programm gehört: die Patienten müssen ins nächste Health Center zur Sputum- und Thoraxuntersuchung überwiesen werden. Täglich fragen wir bei der Heimfahrt im Spital die Resultate ab. Erste Ergebnisse erhalten wir nach vier Wochen. Der Patient, weit weg im Dschungel, wird durch ein Helfersystem aufgebeten. Er durchläuft unzählige Offizien, um endlich nach drei Monaten das erste Tuberkulostatikum zu erhalten ...

German Doctors mit Schweizer Beteiligung

Mein Einsatz in Mindoro wird von der Rolling Clinic der German Doctors organisiert. Die German Doctors sind seit 1983 ein Verein mit Sitz in Bonn. In neun verschiedenen Projekten (auf den Philippinen, in Kalkutta, Bangladesh und Kenia) arbeiten jährlich bis 500 Ärzte, darunter ca. 40 Schweizer, unentgeltlich. Das Ziel «Hilfe, die bleibt» wird konsequent verfolgt. Ambulatorien, welche durch einheimische Ärzte betrieben werden können, werden den staatlichen Gesundheitsor-

ganisationen übergeben. Unsere Einsätze dauern in der Regel sechs Wochen. Daher entschlossen sich nicht nur pensionierte, sondern auch praktizierende Assistenz-, Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte, anstelle von Ferien einmal in die absolute Basismedizin einzutauchen. Der Verein finanziert sich aus Spenden, die Ärzte bezahlen die Hälfte der Reisekosten selbst.

Fragen und Zweifel bleiben

Auf meinem Rückflug in die Schweiz nehme ich nebst bewegenden, tollen Erinnerungen auch Zweifel und Fragen mit: Verabreiche ich einem 80-jährigen Antibiotika gegen seine Bronchitis? War er mit der bisherigen Pflanzenmedizin nicht gut versorgt und wurde damit alt? Haben wir das Recht, einer in sich geschlossenen Ethnie unsere Zivilisation, unsere Medizin, unsere Chemie überzustülpen? Geht damit nicht sehr rasch traditionelles Urwissen verloren?

Wie auch immer: Es ist ein Privileg, als Helfender Einsicht in eine so fremde, archaische Welt zu erhalten, mit einfachsten Untersuchungen und wenig Mitteln etwas bewirken zu können!

Dr. med. Beni Keller

.....
Dr. med. Beni Keller ist pensionierter Hausarzt in Pratteln.

.....
Weitere Infos und Spenden:
www.german-doctors.de
.....

«Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit»: Schwerpunkteinsatz im Norden Sambias



Hans-Ruedi Banderet-Richner

Die Mitglieder des «Basler Fördervereins für medizinische Zusammenarbeit» sind seit 25 Jahren ein eingetragenes Team von (Spital- und Privat-)Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonen aus der Region Basel, die in dieser Zeit zwei Langzeitprojekte in Lettland und in Serbien durchgeführt und inzwischen abgeschlossen haben. 2011 starteten die Vereinsmitglieder ein neues Projekt in Cimislia in der Republik Moldova mit dem Fokus auf der Rehabilitations-

medizin.

Das Kashikishi-Projekt in Sambia

Anders geartet ist die seit 24 Jahren andauernde Unterstützung des St Paul's Hospital von Kashikishi im Norden Sambias. Vorerst aber geschah etwas Entsetzliches: Dr. Thomas Renz, der Hauptverantwortliche des Kashikishi-Projektes, war am 7. Dezember 2016 mit seinem Flugzeug tödlich verunglückt. Unser Freund Tommi war Herz und Motor unserer Hilfsanstrengungen für Afrika und stets bemüht, zusammen mit den lokalen Partnern die Entwicklung in Kashikishi voranzubringen. Mit seiner gewinnenden Art gelang es ihm immer wieder, Freunde und Kollegen zum Mitmachen zu begeistern. Manchen Mitarbeitenden erschloss er mit seinem Wissen und seinem Feuer

den afrikanischen Kontinent. Er hatte alle Fäden in seinen Händen, und plötzlich waren diese Fäden gerissen. Doch wie so oft entstand aus einer tragischen Situation etwas Konstruktives. Die vielfältigen Aufgaben wurden auf mehrere Schultern verteilt, und die neuen Verantwortungsträger fanden sich zu einem produktiven Team zusammen.

Bewährtes wird weitergeführt. So reisen regelmässig Delegationen aus Basel ins Partnerspital nach Kashikishi zur Supervision der laufenden Projekte, aber auch zur Mitarbeit im Spitalbetrieb. Die ärztliche Tätigkeit soll das Kerngeschäft bleiben. Etwas ausgebaut werden die Angebote an Medizinstudierende, ein zweimonatiges Praktikum im Spital Kashikishi zu



Foto: Florian Nidecker

absolvieren. Dieser Ausbildungsplatz ist sehr beliebt, bis Anfang 2020 sind alle Stellen belegt. Die Studierenden werden auf ihren Aufenthalt sorgfältig vorbereitet und kehren mit grosser Begeisterung und reicher praktischer Erfahrung aus Kashikishi zurück. Neben den Ärztinnen und Ärzten finden auch Hebammen und Krankenschwestern in Kashikishi einen interessanten Einsatzort.

Optimierte Infrastruktur

Ein Spital mit 150 Betten ohne fliessendes Wasser und mit einer äusserst lückenhaften Stromversorgung war bis vor wenigen Jahren in Kashikishi Realität. Eine neue Wasserfassung und der Bau einer Photovoltaik-Anlage schufen neue Verhältnisse. Es gilt nun, ein neues Wasserverteilsystem zu errichten und in Stand zu halten und in Folge des gesteigerten

Strombedarfs die Photovoltaik-Anlage zu erweitern. Im Übrigen sollen die verschiedenen Geräte regelmässig gewartet und allenfalls repariert werden. Um alle diese Unterhaltsarbeiten fachmännisch verrichten zu können, wurde ein technischer Dienst geschaffen, deren Mitglieder über einen Zeitraum von mehreren Jahren ausgebildet werden sollen. Alle diese Leistungen wurden und werden vom BFV geplant, finanziert und überwacht. Das Spital Kashikishi ist 2014 vom sambischen Gesundheitsministerium zu einer «Referral Clinic» hochgestuft worden, nicht zuletzt dank der Unterstützung aus Basel. Diese Höherklassierung wird für das Spital in Kashikishi weitreichende Konsequenzen haben. So soll zum Beispiel der Ärztebestand von heute 5 auf 20 Stellen angehoben werden. Der Ausbau jedoch erfolgt schrittweise und bisher eher zögerlich.

Dr. med. Hans-Ruedi Banderet-Richner

Dr. med. Hans-Ruedi Banderet-Richner ist ehemaliger Präsident des BFV.

Weitere Infos und Spenden:
www.globalmed.ch

Die «Chronic Diseases Clinic Ifakara» – HIV und Tuberkulose im ländlichen Afrika

Geschichte

Die Beziehung der Schweiz zu Ifakara – einer Kleinstadt im abgelegenen Reisanbaugebiet des Kilomberoales in Tansania – hat eine lange Geschichte: In den 1920er Jahren haben die Baldegger Schwestern aus dem Aargau eine katholische Missionsstation gegründet. Wenige Jahre später wurde das erste Dispensar erstellt – v.a. für geburtshilfliche Zwecke. Mitte der 1950er Jahre wurde von der Diözese das Spital gebaut, das sich über die Jahre weiterentwickelt hat zu einem Zuweisungsspital (St Francis Referral Hospital, SFRH), heute ein 400-Betten-Spital mit verschiedenen Spezialkliniken wie Chirurgie, Augenklinik, Geburtsabteilung, Pädiatrie, Innere Medizin und einer Tuberkulosestation.

Der erste Besuch von Rudolf Geigy zusammen mit dem Missionar Edgar Maranta im Jahr 1949 führte zur Gründung des Swiss Tropical Field Laboratory – einer Forschungsstation v.a. für parasitäre Erkrankungen wie Malaria und Schistosomiasis. Daraus entwickelte sich in enger Kollaboration mit dem SFRH und den lokalen Gesundheitsbehörden sowie der Unterstützung durch das Schweizerische

Tropen und Public Health-Institut (Swiss TPH) das Ifakara Health Institute (IHI), heute eine der renommiertesten Forschungsorganisationen Ostafrikas. Als dritter Schwerpunkt kamen Lehre und Ausbildung dazu: 1961 wurde das erste Zentrum zur Ausbildung von Medizinalpersonal in Betrieb genommen, das 1978 an die tansanische Regierung übergeben

wurde und sich mit Schweizer Hilfe zum Tanzanian Training Centre for International Health (TTCIH) weiterentwickelt hat, das Assistant Medical Officers und Pflegefachleute ausbildet sowie Kurse für «international health» anbietet. Die Zusammenarbeit von Diözese, staatlichen Gesundheitsorganisationen und internationalen Partnern, insbesondere



der Schweiz (Swiss TPH, Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit [DEZA]), bleibt bestimmend für dieses lebhaftes Zusammenspiel von Gesundheitsdiensten, Forschung und Ausbildung.

HIV/AIDS in Afrika

Die massive Verbreitung der HIV-Infektion ab 1980 führte zu einer dramatischen Situation mit Millionen AIDS-Toten – darunter viele Kinder – weltweit und besonders im südlichen Afrika. In einem der grössten Therapieprogramme der Medizin überhaupt wurde von 2002 bis heute die antiretrovirale Therapie über 17 Millionen Menschen in Afrika zur Verfügung gestellt. Damit wurde in vielen Ländern erstmals die Struktur für die Behandlung einer chronischen Krankheit geschaffen.

In Tansania lebten 2005 geschätzte 1,4 Millionen Menschen mit HIV (Inzidenz von 2,67/1000). Die Finanzierung der Medikamente im Rahmen des Clinton-Planes bedingte einen raschen Aufbau von HIV/AIDS-Kliniken. Das Swiss TPH gründete 2005 – in Kollaboration mit dem IHI, dem SFRH und den Universitätsspitalern Basel, später kam das Universitätsspital Bern dazu – die Chronic Diseases Clinic Ifakara (CDCI), das erste ländliche AIDS/HIV-Behandlungszentrum in Tansania. Der Entwicklungsfonds des Kantons Basel-Stadt unterstützte seit Beginn und auch fortan grosszügig das Projekt. Die Nachhaltigkeit dieses Projektes ist gewährleistet durch die langfristige Partnerschaft der involvierten Institutionen, das gegenseitige Interesse eines Austausches («mutual learning») sowie die Einbettung in nationale (National AIDS Control Program) und internationale Programme (Global Fund, PEPFAR, UNAIDS Boresha Afya u.a.).

Durch den beispiellosen Aufbau der HIV-Programme gelang es in auch in Tansania, die HIV-Prävalenz auf aktuell 4,7% und die Inzidenz auf 1,19/1000 zu senken. Vom WHO/UNAIDS-Ziel – 90% der mit HIV lebenden Menschen kennen ihre Diagnose, 90% sind therapiert und 90% haben eine supprimierte Viruslast – ist Tansania noch weit entfernt (70% kennen ihre Diagnose, 63% unter antiretrovirale Therapie, für die Virus-Suppression liegen noch keine nationalen Zahlen vor).

Die Chronic Diseases Clinic Ifakara (CDCI)

Die CDCI, Teil des St Francis Referral Hospital, bietet HIV-Testungen für alle Patienten des Spitals an. Sie berät und therapiert Patienten mit einer stabilen HIV-Infektion und behandelt Komplikationen beim Auftreten von AIDS oder an-



deren Komorbiditäten – sowohl für ambulante wie auch für stationäre Patienten. Integriert sind Abklärungen und Behandlung für Tuberkulose, da HIV/TB oft gemeinsam auftreten. Als Zuweisungsspital sehen wir Patienten aus dem ganzen Distrikt, was für Patienten eine lange Anreise bedeuten kann.

Für Familien wurden die HIV-Dienstleistungen in einer «One-Stop Clinic» in die Mutter-und-Kind-Poliklinik integriert, um möglichst alle Untersuchungen/Therapien unter einem Dach zu vereinen und eine patientenzentrierte Betreuung anzubieten: HIV-Testung und Therapie von Mutter und Kind, Partnern, Impfungen, pädiatrische Konsultationen und Schwangerschaftsvorsorge.

HIV-Testung

Ein HIV-Test wird allen Patienten, die das Spital aufsuchen, unabhängig vom Konsultationsgrund, angeboten. Damit werden monatlich 50 Patienten mit HIV diagnostiziert und dann therapiert – es gibt weiterhin sehr viele Neuinfektionen. Tansania hat bereits 2016 – als zweites afrikanisches Land – «Test and Treat» umgesetzt, das heisst: Der Beginn einer antiretroviralen Therapie ist unabhängig vom Ausmass der Immundefizienz. Neben dem positiven individuellen Effekt der reduzierten HIV-Übertragung vereinfacht dies auch erheblich das Vorgehen im Alltag.

Antiretrovirale Therapie

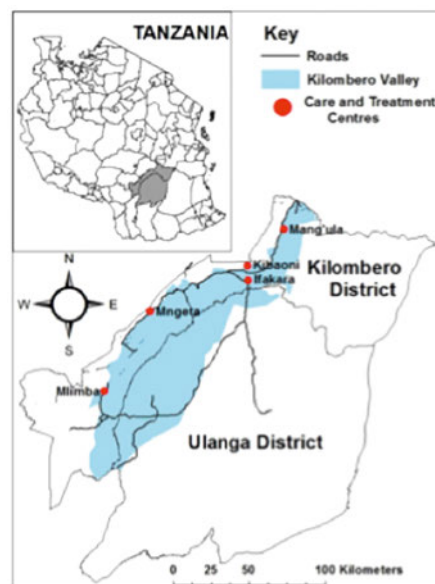
Dank den internationalen Programmen (UNAIDS, Global Fund, PEPFAR) sind antiretrovirale Medikamente in genügender Auswahl weiterhin für alle Patienten kostenlos erhältlich und in den letzten Jahren nahezu ohne Lieferengpässe verfügbar. Dank dem Aufbau einer modernen

Laborinfrastruktur mit Viruslast und Resistenzmessung konnten wir zeigen, dass therapierte Patienten mit 91% virologischer Suppression eine hohe Ansprechrate haben – fast gleich wie in der Schweiz. Problematisch ist, dass weiterhin fast jeder zweite Patient spät vorstellig wird und deshalb bereits AIDS und eine erhöhte Mortalität hat. Die Tuberkulose und Kryptokokkose bleiben die wichtigsten opportunistischen Infektionen. Daneben sind Kaposi-Sarkome und in zunehmendem Ausmass nicht-übertragbare Komorbiditäten häufig.

Die hohe «lost to follow-up»-Rate wegen hoher Mobilität der Bevölkerung, weiter Wege zur Klinik, langer Wartezeiten, schlechter Strassen oder mangelnder Kommunikationsmittel, kompromittiert den Behandlungserfolg zusätzlich.

Forschung im ländlichen Afrika

Das Konzept der CDCI war von allem Anfang an, Patientenversorgung mit



klinischer Forschung und Ausbildung zu verbinden – mit dem Ziel, dadurch die lokalen Gegebenheiten der HIV-Epidemie besser zu verstehen, die Patientenversorgung zu verbessern sowie Wissen und Kompetenzen von Ärzten und Gesundheitspersonal zu stärken. In Analogie zur Schweizerischen HIV-Kohorte (SHCS) wurde eine prospektive Patientenkohorte aufgebaut, an der mittlerweile über 9200 Patienten teilnehmen – davon 3600 unter aktiver Behandlung. Aus der Kohorte sind bereits über 30 Publikationen entstanden.

Capacity building

Die CDCI ist eine Plattform, welche die Verbindung von Klinik und Forschung mit vielen in den Alltag integrierten Fortbildungen erlaubt. Zudem können tansanische Ärzte, Biologen und Epidemiologen Erfahrung in klinischer Forschung gewinnen, ihre Daten auf internationalen Kongressen vorstellen, ihre Karriere in Master- und PhD-Programmen weiterentwickeln und damit zum Bewusstsein und zur Verbesserung der HIV/AIDS-Therapie in ländlichen Regionen Afrikas beitragen. Die CDCI bietet auch für junge Ärzte aus dem Ausland eine klinische Rotation sowie Mitarbeit an wissenschaftlichen Projekten an. Im letzten Jahr haben drei Schweizer Masterstudentinnen und drei Dissertanden ihre wissenschaftliche Arbeit gemeinsam mit tansanischen Kollegen durchgeführt.

Ausblick

Nach der ersten – erfolgreichen – Phase, Therapien für an HIV/AIDS erkrankte



Menschen im südlichen Afrika zu ermöglichen, ist der nächste grosse Schritt, möglichst alle Menschen – auch beschwerdefreie – mit einer HIV-Infektion zu diagnostizieren und mit einem Hauptaugenmerk auf der Behandlungstreue zu therapieren. Nur so können Neuinfektionen deutlich reduziert und die Epidemie unterbrochen werden. Die HIV-Epidemie hat gezeigt, dass die Therapie chronischer Krankheiten im ländlichen Afrika möglich und notwendig ist – und auch für andere Krankheiten, u.a. die arterielle Hypertonie, Diabetes und chronische Herzkrankheiten umgesetzt werden muss. Der Kanton Basel-Stadt und seine Institutionen tragen zu dieser Entwicklung entscheidend bei.

PD Dr. Maja Weisser, Prof. Christoph Hatz, Prof. Manuel Battegay, Prof. Dr. Daniel Paris, Prof. Dr. Marcel Tanner

Maja Weisser ist Internistin und Infektiologin und leitet seit zwei Jahren die Chronic Disease Clinic am St Francis Referral Hospital in Ifakara, in Tansania. Ihr wissenschaftlicher Fokus liegt auf Infektionen bei Immunsuppression. Sie hat wesentlich zur Entwicklung dieser für Tansania sehr wichtigen peripheren Klinik in der Betreuung von HIV/AIDS- und Tuberkulose-Patienten beigetragen.

Christoph Hatz ist emeritierter Professor an den Universitäten Basel und Zürich. Seit 2003 koordiniert er zusammen mit tansanischen Partnern und schweizerischen Institutionen die Projekte der ersten ruralen HIV-Klinik, welche präventiv, diagnostisch und therapeutisch Patienten in Ifakara betreut.

Manuel Battegay ist Chefarzt der Klinik Infektiologie & Spitalhygiene und Professor für Infektiologie und Innere Medizin. Seit 2003 engagiert am Aufbau einer HIV/Tb-Klinik und im Rahmen der Chronic Diseases Clinic Ifakara.

Daniel H. Paris ist nach langjähriger Tätigkeit an der Universität Oxford (UK) in Südostasien, neu seit Januar 2017 als Medical Director und Leiter des Departements Medizin am Swiss TPH tätig.

Marcel Tanner ist Ordinarius für Epidemiologie und medizinische Parasitologie an der Universität Basel und Präsident der Schweizerischen Akademie der Naturwissenschaften. Er war Direktor des Swiss TPH von 1997 bis 2015 und arbeitet seit 1979 in Tansania forschend und umsetzend im Gesundheitswesen.



Helfen Sie uns, krebskranken Kindern und deren Familien zu helfen

Eine aufgeregte Mutter kommt notfallmässig mit ihrem Sohn Nico in die Praxis. Sie berichtet, dass Nico am Vortag so lustlos war, als sie mit ihm im Garten spielte, und dass er seit Tagen auch auffallend blass sei. Am Abend nickte der Kleine nach dem Baden ein. Die Mutter gab ihm einen liebevollen Klaps auf den Po. Am nächsten Morgen hatte der Sohn dort blaue Flecken – Hämatome. Das alarmierte die Eltern so sehr, dass sie sofort mit ihrem Sohn in die Praxis kamen.

Diese oder eine ähnliche Anamnese kommt Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, aus der eigenen Praxis oder vom Hörensagen sicher bekannt vor. Sie dürfte Sie alarmieren, so wie seinerzeit die behandelnde Kinderärztin. Das Blutbild zeigte dann das, was Sie vermuten: massenhaft mittelgrosse lymphoide Zellen. Am nächsten Tag bestätigt sich die Verdachtsdiagnose einer akuten lymphatischen Leukämie im Universitäts-Kinderhospital beider Basel (UKBB). Gleichzeitig werden vergrösserte Lymphknoten sowie eine Hepato-Splenomegalie festgestellt. Zur Sicherung der Diagnose und zur molekulargenetischen Typisierung erfolgt noch eine Knochenmarkspunktion.

Am nächsten Tag informiert Herr Prof. Nicolas von der Weid die Eltern über die Diagnose, die Therapie und die Prognose. Die Gespräche werden von der Psycho-Onkologin, Frau Kerstin Westhoff, begleitet. Damit bricht für die Eltern eine Welt zusammen. Das junge Ehepaar war zwei Jahre zuvor aufs Land gezogen, damit

ihre Kinder im Alter von neun und vier Jahren (Nico) dort ungestört aufwachsen können. Beide Elternteile sind berufstätig, der Vater zu 80 Prozent und die Mutter zu 60 Prozent. Einen Anschluss an den öffentlichen Verkehr gibt es nicht, aber man hat ja zwei Autos.

Was bedeutet die Diagnose für die junge Familie? Wie soll man die anstehenden Probleme lösen? Berufstätigkeit, Präsenzpflicht im UKBB während der stationären Chemotherapie, Aufrechterhaltung des Haushalts, liebevolle Aufmerksamkeit für die ältere Tochter? Auf Grosseltern oder Freunde, die genügend Zeit haben, kann man nicht zurückgreifen. Die Grosseltern leben weit entfernt, und die Freunde sind auch berufstätig. Da bleibt nur eine Babysitterin.

Aber wer trägt die Kosten?

Jetzt kommt unsere Stiftung ins Spiel: Nach Prüfung der finanziellen Situation durch die UKBB-Sozialberatung werden die Eltern auf unsere Stiftung aufmerksam gemacht. Wir helfen schnell und unbürokratisch. Wir stellen kostenlos eine Elternwohnung zur Verfügung, wir übernehmen die Zusatzkosten für die täglichen Fahrten ins Spital, die Kosten fürs Parken, für Verpflegung im Spital, für Haushaltshilfe und Kinderbetreuung. Für diese «finanzielle Direkthilfe» werden pro Jahr rund 100 000 Franken aufgewendet. Aber damit nicht genug: Für einen professionellen Beistand – eine erfahrene Psycho-Onkologin, die von der Diagnose

bis zur Heilung mit Rat und Tat den Kindern, den Eltern, den Geschwistern der betroffenen Kinder zur Verfügung steht – stellen wir jährlich nochmals 100 000 Franken bereit. Und auch jetzt bleiben immer noch Defizite, zum Beispiel die Kosten für den Nachhilfeunterricht, damit die Kinder während des Spitalaufenthalts den Anschluss in der Schule nicht verpassen. Auch dafür setzen wir nochmals 100 000 Franken ein.

Aber was wären all die Bemühungen, wenn man nicht noch zusätzlich in die Verbesserung des Überlebens investieren würde? Auch wenn heute acht von zehn Kindern geheilt werden, bleiben immer noch zwei, die an ihrer Krankheit sterben. Daher unterstützen wir die Forschung mit weiteren 100 000 Franken pro Jahr. Alle Projekte werden durch die wissenschaftliche Kommission der Krebsliga beider Basel geprüft. Wir spezialisieren uns auf Gebiete, die nicht überall bearbeitet werden bzw. bearbeitet werden können: Immuntherapie von Leukämien, Differenzierung myeloischer Leukämien, molekulargenetische Charakterisierung von Osteosarkomen und last but not least Sport bei langzeitüberlebenden Kindern (SurFit). Hierzu wird in Basel die weltweit grösste kontrollierte Studie durchgeführt, die die Frage beantworten soll, ob man die Nebenwirkungen der aggressiven Chemotherapie durch Sport minimieren oder sogar verhindern kann. Schliesslich geht es nicht nur darum, dass bei acht von zehn Kindern das Tumorleiden geheilt wird, sondern darum, dass alle Kinder gesund werden.

Unsere Stiftung ist im Übrigen ZEWO-zertifiziert, alle Mitarbeiter (ausser unserer professionellen Sekretariatsleitung) arbeiten ehrenamtlich. Die Stiftung lebt von Spenden, und die wollen gesammelt sein. Helfen Sie mit, dass wir unsere Arbeit weiterführen können.

Prof. (em.) Dr. Michael J. Mihatsch

Prof. (em.) Dr. Michael J. Mihatsch ist ehrenamtlicher Geschäftsführer der Stiftung für krebskranke Kinder, Regio Basiliensis.

Weitere Infos und Spenden:
www.stiftung-kinderkrebs.ch



Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionalität am Beispiel von Hausarzt, SPITEX BASEL und MNZ

Im Gesundheitswesen entwickeln sich vermehrt Modelle mit interprofessioneller Zusammenarbeit. Dazu gehören Organisationen, die eng zusammenarbeiten wollen, nicht zuletzt, um eine hohe Qualität der Pflege und eine sichere Versorgung zu gewährleisten, bei gleichzeitig möglichst tiefen Kosten. Die Zusammenarbeit von Hausarztpraxis, MNZ und SPITEX BASEL ist ein gutes Beispiel dafür.

Die Medizinische Notrufzentrale (MNZ, 061 261 15 15) gewährleistet die telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und die erste Abklärung, während Spitexpress von SPITEX BASEL den 24-Stunden-Notfalldienst vor Ort sicherstellt. So können alle Einwohner der Stadt Basel in einem pflegerischen Notfall Spitexpress via MNZ anfordern. (In der Nacht und am Wochenende gilt dies auch für Riehen und Bettingen sowie die Vertragsgemeinden in Baselland.) Dabei ist es nicht notwendig, Kunde von SPITEX BASEL zu sein. Natürlich hat auch der behandelnde Hausarzt die Möglichkeit, Spitexpress zu beanspruchen. Er kann ihn beispielsweise zur Einschätzung einer Situation, zur schnellen Hilfe bei einer akuten Erkrankung oder auch einfach für den Kontrollbesuch bei einem Patienten anbieten. Hierfür bedarf es einer ärztlichen Verordnung. Diese kann im Anschluss an die Leistung erfolgen.

Die Zusammenarbeit von SPITEX BASEL und MNZ geht noch einen Schritt weiter: Bei der MNZ besteht die Möglichkeit, ein mobiles Notrufgerät zu mieten. Mit der Anmeldung bei der MNZ gibt der Kunde auch Kontaktpersonen an, die im Notfall zur Hilfe in die Wohnung bzw. das Haus des Kunden geschickt werden. Wenn Spitexpress als erste zu kontaktierende Stelle genannt wird, wird er bei einem pflegerischen Notfall zuerst von der MNZ für die Hilfeleistung aufgeboten. Spitex-

press leistet dann die notwendige Erste Hilfe und entscheidet mit der MNZ, ob ein Arzt zugezogen werden muss oder eine Einweisung ins Spital erforderlich ist. Kommt es zu einem Einsatz, werden die pflegerischen Notfallleistungen direkt mit der Krankenversicherung abgerechnet. Der Kunde zahlt lediglich für die Patientenbeteiligung (maximal CHF 8 pro Tag) und allfälliges Material.

Zwei Beispiele aus der Praxis

Spitexpress wird – via MNZ – von einem Hausarzt kontaktiert. Er wünscht einen Kontrollbesuch bei Herrn K., da unsicher ist, ob sich dieser mit den Medikamenten und vor allem mit den zusätzlich verordneten Schmerzmitteln zurechtfindet. Herr K. erklärt vor Ort dem Mitarbeitenden von Spitexpress, dass er seine Medikamente sicher und korrekt einnehme, auch die Schmerzmittel. Er ist der Überzeugung, er benötige diesbezüglich keine Unterstützung. Beim Gehen zeigt er jedoch Unsicherheiten, wobei der Stock, den er benutzt, eine unzureichende Hilfe darstellt. Der Mitarbeitende von Spitexpress bespricht mit ihm alternative Möglichkeiten, wie etwa die Vorteile eines Rollators. Herr K. nimmt den Vorschlag positiv auf, fürchtet aber die Anschaffungskosten. Die Körperpflege übernimmt sein Sohn, hingegen wäre Herr K. froh, wenn die hauswirtschaftliche Hilfe für die nächste Zeit zweimal pro Woche durch SPITEX BASEL erfolgen könnte.

Um im Notfall schnelle Hilfe zu gewährleisten, hinterlässt der Mitarbeitende von Spitexpress bei Herrn K. die Notfallnummer und informiert ihn, dass er sich auch in der Nacht und am Wochenende unter dieser Nummer melden kann. Spitexpress erstattet seinem Hausarzt vollumfänglich Rückmeldung und veranlasst zusätzlich im zuständigen Quartierzentrum von SPITEX BASEL, dass für die nächste

Zeit Hilfe im Haushalt organisiert wird. Des Weiteren beantragt er dort ebenfalls, Herrn K. bei der Abklärung eines Rollators zu unterstützen.

In einem anderen Fall hat Spitexpress – via MNZ – folgenden Anruf erhalten: Der Neffe von Frau B. ist sehr besorgt um seine allein lebende Tante, die er bei seinem Besuch als verwirrt erlebt hat. Sie nimmt nicht nur ihre Medikamente kaum ein, sondern isst und trinkt auch sehr wenig. Einen Arztbesuch oder Spitalaufenthalt lehnt sie ab. Der Mitarbeitende von Spitexpress macht sich sogleich auf den Weg und stellt – nachdem er in der Wohnung von Frau B. angekommen ist – fest, dass diese unsicher auf den Beinen ist, zittert, aufgeregt und leicht desorientiert wirkt. Blutdruck und Puls sind erhöht, Fieber hat sie jedoch nicht. Nach einem längeren Gespräch legt sich allmählich ihre Aufregung, und sie wird zugänglicher. Nun kann sie sich auch eine Untersuchung im Spital vorstellen. Nach Rücksprache von Spitexpress mit dem Hausarzt von Frau B. wird – zur Abklärung der Ursachen für die Verschlechterung des Zustands – die Einweisung ins Universitätsspital beschlossen. Der Mitarbeitende von Spitexpress hilft Frau B. dabei, alles Erforderliche einzupacken, informiert den Neffen und begleitet Frau B. in die Notfallaufnahme des Universitätsspitals Basel. Dort erfasst er auch die Personalien und die Angaben auf der Versicherungskarte der Krankenkasse, denn Frau B. wurde bisher nicht von SPITEX BASEL betreut. Damit die Krankenkasse den Einsatz von Spitexpress für Frau B. übernehmen kann, lässt SPITEX BASEL dem Hausarzt die ärztliche Verordnung zur Unterschrift zukommen.

*Karin Wiedmer, SPITEX BASEL
und Prof. Andreas Zeller, uniham-bb*

Spitexpress

Spitexpress ist der 24-Stunden-Notfalldienst von SPITEX BASEL. In Notfallsituationen ist Spitexpress über die MNZ erreichbar: 061 261 15 15. Auskunft zu Leistungen von Spitexpress: 061 686 95 80.

SPITEX BASEL Beratung und Anmeldung: 061 686 96 15 | anmeldung@spitexbasel.ch | spitexbasel.ch

Wichtige Termine 2018 – Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Dienstagmorgen-Fortbildung Basel und Liestal im Jahr 2018

23.1., Basel	Steroide in der Hausarztpraxis
30.1., Liestal	Prof. Jonas Rutishauser, MedCenter Volta, Basel
6.3., Basel	Diabetes-Update
13.3., Liestal	Dr. Silvana Romerio, Bubendorf
24.4., Basel	Zahnärztliche Aspekte in der Hausarztmedizin
8.5., Liestal	Prof. N. Zitzmann, PD Dr. S. Kühl, Universitätszahnkliniken Basel
5.6., Basel	Angst, Unruhe und Delirium am Lebensende – praktische Hinweise für den alltäglichen Gebrauch in der Hausarztpraxis
12.6., Liestal	Dr. Jan Gärtner, Palliativzentrum Hildegard, Basel

11. Symposium des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel

Donnerstag, 12. April 2018, von 14.15 – 17.15 Uhr
Hotel Engel, Liestal

Der Fortbildungskalender *Synapse* erhält ein neues Kleid

Die erste Version hat sich als Plattform für hausärztliche Fortbildungen in unserer Region etabliert. Pro Monat wird die Seite rund 2400-mal aufgesucht. Sie ist aber statisch und etwas veraltet, so dass wir uns entschieden haben, die Website weiterzuentwickeln. Die Suchfunktion wird stark ausgebaut, so dass Interessierte nach Datum, Art, Spezialgebiet und Ort von Fortbildungen suchen können. Auch eine Volltextsuche ist in der neuen Version möglich. Dazu kommt eine Push-Funktion, die es ermöglicht, ausgewählte Fortbildungsinformationen zu abonnieren, nachdem man sich registriert hat (selbstverständlich werden die Benutzerdaten nicht weitergeleitet). Der neue Kalender kann auch auf mobilen Geräten einfach benutzt werden. Die Renovation überzeugt auch optisch und wirkt nicht mehr so überladen wie die alte Version. Die Seite wird weiterhin getragen durch die Ärztesellschaft Baselland, die MedGes, die VHBB und einen Unterstützungsbeitrag der Mepha. Fortbildungsankündigungen können auch in Zukunft geschickt werden an julian.mettler@hin.ch.

Die Adresse: www.fortbildungskalender-synapse.ch



Wir bedanken uns bei unseren Inserentinnen und Inserenten für die gute Zusammenarbeit in diesem Jahr.

Adullam-Stiftung
Apleona GVA AG
Ärztelasse
Bürgerspital Basel
Kantonsspital Baselland
Klinik Birshof AG
Kuckuck GmbH

Leimapharm AG
Medical Transport Service GmbH
Medizinische Gesellschaft Basel
MNZ Stiftung Medizinische
Notrufzentrale
praxisstellen.ch

Publix Agentur für Werbung,
Public Relations und Design
ROTHEN Medizinische Laboratorien AG
Schweizerisches Rotes Kreuz
Stiftung MNZ
TAT Theiler African Tours

Wir wünschen Ihnen allen ein erfolgreiches Jahr 2018 und freuen uns darauf, auch im nächsten Jahr wieder mit Ihnen zusammenarbeiten zu dürfen.

Netzwerk Demenz beider Basel: Hilfe für Helfer

Im Netzwerk Demenz haben sich in der Region Basel bis jetzt 70 Organisationen aus den Bereichen Pflege, Betreuung und Beratung zusammengeschlossen und einen Verein gegründet.

Ziel des Netzwerks ist es, den Austausch zwischen den Fachkräften zu organisieren, fachliche und zukunftsweisende Impulse zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Demenz zu geben und gemeinsame Fortbildungsangebote zu organisieren. Ebenso will das Netzwerk den Wissenstransfer von Forschung und Wissenschaft in die Praxis unterstützen, Aktivitäten bündeln und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern.

Die grosse inhaltliche Bandbreite der Mitglieder ist denn auch eine grosse Stärke des Netzwerks Demenz. Sie gewährleistet, dass die Bedürfnisse aller involvierten Fachkreise entlang des Patientenwegs miteinbezogen werden. Die richtige Versorgung zur richtigen Zeit für die richtige Person kann nur durch die gute Zusammenarbeit der verschiedensten Beteiligten erreicht werden.

Die Hausärzte haben eine wichtige Aufgabe

In der Versorgung von Menschen mit Demenz übernehmen insbesondere die Hausärzte eine wichtige Aufgabe. Sie kennen die betroffenen Personen und ihre Angehörigen meist über mehrere Jahre und haben ihnen gegenüber eine grosse Vertrauensposition. Sie sind auch vielfach die ersten Ansprechpersonen. Deshalb ist es besonders wichtig, dass hier die Zusammenarbeit mit allen Akteuren gut funktioniert und das vorhandene Wissen und die gemachten Beobachtungen optimal genutzt werden. Die Hausärzte übernehmen dabei oft auch die wichtige Rolle einer Triage-Station zwischen der Medizin, der Pflege, den Angehörigen und weiteren Fachstellen. Das Netzwerk Demenz steht deshalb in enger Verbindung mit dem Vorstand der

Vereinigung der Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel (VHBB) und dem Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb). In verschiedenen Gesprächen wurde erkannt, dass das vorhandene Wissen gebündelt und zusammengefasst werden muss, damit die existierenden Stärken aller Beteiligten sinnvoll und zielgerichtet zur Betreuung von Betroffenen genutzt werden können.

Der positive Kontakt hat dazu geführt, dass sich einzelne Personen aus der VHBB und dem uniham-bb bereit erklärt haben, das Netzwerk Demenz punktuell zu verstärken und den Dialog zu festigen.

Was bietet das Netzwerk Demenz den Ärzten?

Das Netzwerk will die (Haus-)Ärzte bei der Thematik Demenz zielgerichtet unterstützen. Dies kann ganz einfach in Form von praktischen Checklisten für Notfallsituationen sein (z.B. welche Kontaktstellen wann zur Verfügung stehen) oder auch mit Praxisseminaren, die speziell auf die Bedürfnisse der Hausärzte zugeschnitten sind. Forschungsthemen, die für die Arztpraxis wichtig sind, werden durch das Netzwerk Demenz gesichtet, aufbereitet und auf der Wissensplattform zur Verfügung gestellt. Der Zugang zu einem interdisziplinären Austausch mit der Beratung und Pflege wird gefördert und erhöht so das gegenseitige Verständnis und die Kenntnisse der Thematik. Aktuell arbeitet das Netzwerk an einem übersichtlichen Merkblatt mit den wichtigsten Kontaktstellen.

Leistungsvereinbarung

Die bisher erreichte Wirkung und Wichtigkeit des Netzwerks Demenz zeigen sich auch in der Zusammenarbeit mit den beiden Basel. Mit dem Kanton Basel-Stadt wurde eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2017–2019 zum Aufbau und Ausbau dieses Fachnetzwerks abgeschlossen. Mit dem Kanton Basel-Landschaft sind die Verhandlungen auf gutem Weg. Die Kan-

tone haben die Gründung des Vereins finanziell unterstützt.

Der Verein agiert dabei politisch neutral und bringt sich zum Thema Demenz in die öffentliche Diskussion ein. Der Aufbau des Netzwerks ist ein langfristiger Prozess. Zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt das Netzwerk Demenz als Lead ein Teilprojekt der Nationalen Demenzstrategie. Bei diesem Projekt 9.1 geht es um den Transfer von Wissen aus der Forschung in die Praxis. Damit nimmt das Netzwerk Demenz beider Basel in diesem Bereich eine führende Rolle in der Schweiz ein.

Das Netzwerk Demenz ist offen für die Mitgliedschaften von Arztpraxen und setzt sich zum Ziel, die Hausärzte bedarfsgerecht zu unterstützen.

Praxistag Demenz

Am 30. Oktober 2017 fand der erste «Praxistag Demenz» in der Region Basel statt. Neben Leitreferaten wurde dabei sehr stark auf Best-practice-Beispiele und Erfahrungswerte der Teilnehmer gesetzt, die sie in moderierten Workshops zu verschiedensten Themen direkt einbringen und sich darüber austauschen konnten.

Stephan Flury, Geschäftsführer

Weitere Informationen

Netzwerk Demenz beider Basel,
Fichtenhagstrasse 4, 4132 Muttenz
www.netzwerk-demenz.ch

Kontaktperson:
Stephan Flury,
Geschäftsführer
info@netzwerk-demenz.ch
www.netzwerk-demenz.ch
T 061 556 12 62

Geschichten, die das Leben schrieb

Die Redaktion der *Synapse* setzt die Serie «Lebensgeschichten» in dieser Ausgabe fort und publiziert bereits zum dritten Mal eine Geschichte, die eine *Synapse*-Leserin explizit für die *Synapse* geschrieben hat. Hintergrund dafür war ein Aufruf in der Publikumsausgabe 3/2015 an die Leserinnen und Leser mit der Frage «Welchen Titel würden Sie Ihrem Leben geben?».

Heute publizieren wir die Geschichte einer 86-jährigen Frau aus Basel, deren Leben dadurch geprägt wurde, dass ihr Ehemann zeitlebens blind war. Sie möchte nur mit ihrem Kürzel (R.R.) und nicht mit vollem Namen genannt werden, was wir in der Redaktion selbstverständlich respektieren.

«Ich habe durch ihn und für ihn sehen und hören gelernt»

*«Ein Auge hab ich, um die Welt zu sehn,
es reichte, um mit Dir durchs Leben zu gehn.*

*In manchem Land nahm ich Deine Hand,
Sie fühlte die Schönheit von alten Skulpturen,*

*von Bäumen und Blumen,
wie war es doch schön,*

mit Dir durchs Leben zu gehen» (R.R.)

Ich wurde am 19. Mai 1931 als 7. Kind in Duggingen, einem kleinen Dorf in der Nähe von Basel, geboren. Niemand war darob glücklich. Es war eine Krisenzeit zwischen den Weltkriegen. Besonders meine drei Schwestern (bei meiner Geburt 17, 16 und 10 Jahre alt) haben mir mein Kommen oft vorgehalten. Meine drei Brüder waren bei meiner Geburt 18, 15 und 5 Jahre alt.

Weil man mir oft zu verstehen gab, dass ich kein Wunschkind sei, hatte ich schon früh Schuldgefühle.

Meine Mutter starb am 11. Mai 1942, acht Tage vor meinem 11. Geburtstag. Ich habe nur wenige Erinnerungen an sie, vor allem die Spaziergänge mit ihr durch blühende Wiesen habe ich aber in guter Erinnerung. Mein Vater wurde 1886 im Allgäu geboren. Er und seine fünf Brüder wurden vom Vater erzogen, weil seine Mutter früh starb, als sie von einem Heuwagen fiel und überrollt wurde. Er hatte viele Talente, so malte er etwa seine Bilder auf jeden Zeitungsrand, schrieb kleine Geschichten und suchte Heilkräuter nach dem Vorbild von Pfarrer Kneipp. Seine Stärke war aber vor allem das Malen, er hat viele alte Meister kopiert.

Geld war nicht vorhanden, um eine anspruchsvolle Ausbildung zu machen, weshalb er «Flachmaler» wurde und 1912 als Handwerksbursche in die Schweiz auswanderte, wo er im Emmental meine Mutter kennenlernte und bald auch heiratete. Sie war das einzige Kind meiner Grosseltern. Ihre Mutter, meine Grossmutter (geb. 1866), war eine sehr fromme

Frau, eine Täuferin. Sie wohnte bei uns und wurde nach dem Tod meiner Mutter meine wichtigste Bezugsperson, die mich im Wesentlichen erzogen hat.

Lesen als Leidenschaft

Mein Beschützer und Spielkamerad war der fünf Jahre ältere Bruder. Dank ihm habe ich auch früh lesen gelernt, wir holten oft zusammen Bücher aus der Bibliothek. Vier Jahre ging ich in die Primarschule und danach vier Jahre in die Realschule. Ich war eine gute Schülerin, hatte Freundinnen und durfte immer meine Aufsätze vorlesen. Auch das Theaterspielen war eines meiner Hobbys. Meine Leidenschaft fürs Lesen war vielen suspekt, vor allem meinen Schwestern! Sie drohten mir, dass ich deswegen noch im Erziehungsheim landen würde, auch weil ich viel zu vorlaut sei.

Mit 4 Jahren hatte ich einen Unfall. Beim Spielen wurde mein linkes Auge durch einen Holzpfahl getroffen. Seither betrachte ich die Welt nur noch mit einem Auge. War dies der Anfang meines «roten Fadens», meines Lebenssthemas? Jedenfalls wurde bei mir dadurch das Interesse am Sehen geweckt.

Ich wäre gerne wie meine Freundinnen weiter in die Schule gegangen, aber als Mädchen musste ich ein Haushalt-Lehrjahr machen und danach Arbeit suchen. Das war schwierig. Eines Tages besuchte ein Mann meinen Vater, weil er sich für seine Bilder interessierte. Wir kamen ins Gespräch, und er fragte mich, ob ich ins Gymnasium ginge, was ich verneinte. Stattdessen sagte ich ihm, dass ich Arbeit suchte.

Ein paar Tage später erhielt ich vom Kinderspital Basel ein Angebot, als Haustelesonistin und an der Porte zu arbeiten. Ich sagte zu und blieb anderthalb Jahre da, auch als mich ein junger Arzt, der auf dem Land eine Praxis eröffnete, abwerben und mich als Helferin ausbilden wollte. Es war eine gute Zeit.

Mein Vater hatte wieder geheiratet. Die Ehe dauerte nicht lange. Als mein Vater wieder alleine war, musste ich wieder zu ihm, um den Haushalt zu führen. Als dann mein Vater starb, ging ich auf die Vormundschaftsbehörde und verlangte einen Vormund und ein Stipendium: beides wurde mir gewährt. Das Stipendium erhielt ich, weil ich eine Lehre als Verkäuferin (die ich neben der Hausarbeit doch noch machen durfte) noch nicht abgeschlossen hatte.

Im Zwinglibund den Ehemann kennengelernt

Nach der Konfirmation wurde ich Mitglied der Jugendgruppe Zwinglibund, wo ich meinen späteren Ehemann H. kennenlernte. Ich war 17, er 18 Jahre alt und blind. Wir kamen uns näher, als ich ihn nach Hause begleitete. Wir hatten beide ein Freilos für ein Konzert, und ich bot ihm an, ihn zu begleiten. So begann unsere Partnerschaft, die schlussendlich 48 Jahre dauerte.

Blinde hatten damals wenig Möglichkeiten, einen Beruf auszuüben. Die IV gab es noch nicht. H. hatte Sessel geflochten, Klavier und Orgel gespielt, am Konservatorium Musikgeschichte studiert und radiointern Kritiken geschrieben. Aber leben davon konnte man nicht. Dann erhielt er die Gelegenheit, in Deutschland Physiotherapie zu lernen, und griff zu: ein halbes Jahr Theorie, dann anderthalb Jahre Praxis am Kantonsspital Basel. Mit 28 Jahren erhielt er eine Anstellung am Spital, wo er 35 Jahre blieb. Die Patienten schätzten meinen Mann sehr.

Wir hatten es zusammen geschafft, auch dank meiner eigenen Aus- und Weiterbildung. Mit 32 Jahren habe ich mich noch einmal auf die Schulbank gesetzt und Krankenpflege gelernt.

Wir hatten ein schönes Leben zusammen. Ich habe meinem Mann unzählige Bücher vorgelesen, und er hat mich in die Welt der Musik eingeführt. Ich habe mei-

nem Mann jeweils Reiseführer auf Tonband gesprochen. Er hat selbst auch Tonbandaufnahmen gemacht, z.B. auf einer Safari in Kenia, und die Welt so hörend und tastend erlebt.

Ich habe durch ihn und für ihn sehen und hören gelernt. Wir sind viel gewandert und gereist und haben dazu beige-

tragen, dass das Wandern und Reisen auch für Blinde einfacher und angenehmer wurde. Ein Jahr nach der Pensionierung ist mein Mann gestorben.

Wir hatten vier Hunde, die unser Leben enorm bereichert hatten: die Führhunde Daisy und Bosco und meine Hunde Figaro und Lara. Am 21. September 2017 ist

meine letzte Hündin, Lara, mit beinahe 16 Jahren gestorben, nachdem sie 9 Jahre als Therapiehund gearbeitet hatte. Sie hinterlässt bei mir eine grosse, schmerzliche Lücke.

R.R., Basel

*Sagen Sie uns Ihre Meinung
zur Synapse auf: **www.synapse-online.ch**
oder per Mail an synapse@emh.ch*
