Ein anderer Umgang mit Ressourcen

Als angehende Schweizer Ärztin in einem Buschspital in Tansania

Evelyn Studer

Evelyn Studer, cand. med. aus St. Gallen, berichtet von ihren Erfahrungen im Herbst 2014.

Das Gesundheitszentrum Endamarariek liegt im Norden Tansanias im Distrikt Arusha in der Nähe der Nationalpärke Lake Manyara und Ngorongoro. Die meisten Bewohner gehören dem Stamm der Wairaks an, sprechen häufig neben der Stammessprache auch gutes Swahili. Die Religionszugehörigkeit ist überwiegend katholisch, daneben gibt es aber auch Stammesreligionen, Muslime, Lutheraner etc.

Das Spital deckt schätzungsweise ein Gebiet mit einem Durchmesser von 15 km ab, wobei dies für die lokale Bevölkerung ein 2- bis 3-Stunden-Fussmarsch bedeuten kann, bis sie eine medizinische Betreuung bekommen. Da das Health Centre einen guten Ruf geniesst, kommen auch Patienten von viel weiter entfernt angereist.

Abbildung 1: Das Health Centre in Endamarariek.

Abbildung 2: Apotheke des Health Centre mit sehr eingeschränkter Medikamentenausrüstung.

Unterstützt wird das Spital von mehreren Aussenstationen in der Umgebung. Dort bieten Medical Officers Sprechstundendienste und Schwangerschaftsabklärungen an. Ihre Abklärungsmöglichkeiten sind jedoch eingeschränkt. Öfters weisen sie Patienten dem Health Centre zu.

Das Gesundheitszentrum ist mit einer Apotheke, einem Labor sowie einem Ultraschallgerät ausgerüstet. Für ein Röntgen oder EKG müssen die Patienten nach Karatu (½ Stunde Autofahrt) verlegt werden, für ein CT oder eine Echokardiographie sogar in das 3 Stunden entfernte Spital Haidum. Für die Angehörigen bedeutet dies jeweils einen grossen finanziellen Aufwand, den sie sich leider nicht immer leisten können.

Um das Spital hat sich im Laufe der letzten Jahre ein Dorf entwickelt. Im Sommer 2014 bekamen das Dorf und das Spital einen Elektrizitätszugang. Ein enormer Fortschritt für die gesamte Region. Dadurch wird das Leben der Dorfbewohner um vieles erleichtert. Jedoch gibt es immer wieder Stromunterbrüche, was v.a. das Health Centre mit veraltetem, unzuverlässigem Notfallgenerator immer wieder vor enorme Probleme stellt (so hatten wir während 2 Tagen keine Möglichkeit, Instrumente und Kleider zu sterilisieren, was uns im Falle eines Notkaiserschnittes in Bedrängnis gebracht hätte).

In der Umgebung lebt ein Grossteil der Bevölkerung in Lehmhütten mit Strohdächern, ohne fliessendes Wasser oder Strom. Was von aussen sehr idyllisch aussieht, bedeutet für die Bewohner schlechte hygienische Bedingungen und Armut.

Vor allem den starken Niederschlägen während der Regensaison können diese Behausungen nicht viel entgegensetzen. Der Innenraum ist meist sehr nass und schlammig.

Als Verkehrs- und Transportmittel verwendet die lokale Bevölkerung häufig alte Eingang-Fahrräder oder Ochsen und Wagen. Damit wird auch Wasser für den täglichen Gebrauch von der Wasserabgabestelle nach Hause transportiert. Das Füllen der 250 Liter grossen Fässer dauert recht lange. Da ist afrikanische Gelassenheit gefragt!

Die Kinderanzahl ist in dieser ländlichen Region im Vergleich zu den Städten noch sehr hoch. Man begeg-

net öfters Familien mit 8–12 Kindern. Dieser Kinderreichtum führt zu erheblichen Problemen bei der Finanzierung der Ernährung (v.a. in trockenen Jahren) und der Schulausbildung.
In der Gegend von Endamarariek ist es dennoch praktisch allen Kindern möglich, eine Schule zu besuchen. Die Mädchen werden bei einer Schwangerschaft von der Schule verwiesen und können so keine höhere Schulbildung abschliessen (nur Primarschule).

Arbeitsalltag im Spital

Um 8 Uhr trafen sich alle Angestellten zu einem Morgengebet und zu kurzen Ankündigungen. Danach hatten die Ärzte eine Stunde Zeit, um Administratives zu erledigen. Die Schwestern putzten das Spital. Zwischen 9.00 und 9.45 Uhr begann dann die Visite mit Dr. Bayo sowie einer oder zwei Krankenschwestern.
Die Visite begann bei den Schwangeren bzw. den Patientinnen, die im Verlaufe des letzten Tages/der Nacht geboren hatten. Häufig wollten die Mütter schon nach der ersten Nacht nach Hause, was meistens auch möglich war. Davor wurden alle Neugeborenen auf Herzfehler oder andere Anomalien untersucht.
Manchmal kamen Mütter wegen Problemen nach einer Heimgeburt zu uns ins Spital (z.B. aufgrund eines schlecht adaptierenden Kindes, unvollständiger Plazentalösung etc.). Diese Mütter und ihre Babys wurden alle prophylaktisch mit Antibiotika abgedeckt, da die hygienischen Bedingungen während einer Heimgeburt sehr schlecht sind.

Abbildung 3: Hospitalisiertes Kind mit einer Lungenentzündung.

Abbildung 4: Warten für die ambulante Behandlung.

Bei Schwangeren kontrollierten wir die Lage des Kindes und zählten die fetale Herzrate mittels eines Ohrtrichters. Bei Unsicherheiten führten wir später am Tag einen Ultraschall durch.
Danach folgte die Visite bei den Männern, den Frauen und den Kindern auf der Station. Das Krankheitsspektrum der Patienten war dabei sehr breit: Durchfälle, chronische Fieberzustände, Lebererkrankungen mit ausgeprägtem Aszites, Pyelonephritiden, Endokarditis, Hirnschläge, Migräne, entgleister Diabetes, Wundinfektionen, Gangrän etc. Was mich persönlich sehr getroffen hatte, war die Erkrankung zweier jugendlicher Mädchen mit akuter Herzinsuffizienz aufgrund von Klappenveränderungen durch rheumatisches Fieber. Leider standen uns für deren Behandlung nur symptomatische Therapieoptionen zur Verfügung.
Die stationären Kinder waren meist noch sehr klein und litten an einer Pneumonie oder Gastroenteritis.
Als Letztes besuchten wir jeweils die Postoperationspatienten. Es wurde diskutiert, wie die Antibiotikatherapie durchgeführt werden soll, wann die Patienten entlassen werden können, ob die Narben reizlos waren oder die Patienten behandlungsbedürftige Schmerzen hatten.
Nach der Visite sahen wir jeweils Sprechstundenpatienten. Die Krankheitsbilder waren sehr unterschiedlich. Sie reichten von banalen, viralen Infektionen oder Lungenproblemen über bakteriell/parasitär verursachte Durchfälle, Fieberzustände (Malaria, Leukämien etc.), vaginale Infektionen bis zu Schlangenbissen und vielem mehr. Nach der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung ordneten wir das gewünschte Labor an oder führten einen Ultraschall

Abbildung 5: Abhören der Herzschläge des Fetus mit Ohrtrichter.

oder eine vaginale Untersuchung durch. Die Patienten kamen dann mit den Laborresultaten zurück in die Sprechstunde, um das weitere Vorgehen inklusive medikamentöser Therapie zu besprechen.
Die Sprechstunde zog sich meist bis weit in den späten Nachmittag hinein. Da die Patienten keinen fixen Termin hatten, warteten sie, bis sie an der Reihe waren. So verbrachten sie für eine ambulante Behandlung mindestens einen halben Tag in der Klinik.
Am Nachmittag führten wir dann die anfallenden kleinen Operationen durch wie z.B. Zähne ziehen, Beschneidungen junger Männer, Einführen/Entfernen von Verhütungsstäbchen, Abszessspaltungen, Entfernen von Fremdkörpern aus dem Auge.
Die Schwestern begleiteten alle Vaginalgeburten selbständig (inkl. Nähen). Sie machten bei ambulanten und bei stationären Patienten die Wundversorgungen und verabreichten Medikamente.

Abbildung 6: Im Operationssaal.

Das Spezielle am Gesundheitssystem in Tansania ist, dass die Körperpflege der Patientinnen und Patienten von Angehörigen übernommen wird. Ebenso das Zubereiten und Verabreichen von Mahlzeiten.
Zu Kaiserschnitten kam es jeweils notfallmässig bei einem Geburtsstillstand, geplante Kaiserschnitte gab es nicht. Unter der Leitung von Dr. Bayo waren die Kaiserschnitte glücklicherweise praktisch immer erfolgreich.
Mindestens einmal in der Woche gab es zusätzlich in der Nacht eine Notoperation (geplatzte Eileiterschwangerschaft mit massiver Blutung, Kaiserschnitte).
An den Wochenenden arbeitete im Spital auch Dr. Soko. Unter der Leitung dieses sehr erfahrenen, lokalen Chirurgen führten wir dann viele und grosse Operationen durch: Hysterektomien, Entfernungen von Ovarialtumoren, Hernienoperationen, Abszessausräumung bei Nierenabszess, Cholezystektomien oder Appendektomien.
Rückblickend auf diese sehr intensive und herausfordernde Zeit bin ich noch immer zutiefst beeindruckt, wie die Menschen in Tansania mit ihren erheblichen Problemen umgehen und wie viel Lebensfreude und Kraft sie aus kleinen Dingen schöpfen.
Die medizinischen Herausforderungen sind enorm, man behandelt als Arzt praktisch nur schwerkranke Patienten (aufgrund von Geldproblemen kommen sie jeweils erst sehr spät zu einem Arzt). Man ist dauernd mit eingeschränkten Möglichkeiten für weiterführende Abklärungen oder Therapien konfrontiert. Als aussenstehender Person, welche die immensen Möglichkeiten in der Schweiz mit ihrer modernen, flächendeckenden Medizin kennt, blieb bei mir häufig ein Ohnmachtsgefühl zurück.
Aber man lernt durch Gespräche mit der lokalen Bevölkerung, Verluste aus einem anderen Blickwinkel zu sehen. Man erfreut sich doppelt an einem geretteten Leben oder geheilten Patienten.
Die Rückkehr nach Europa war nicht immer leicht. Häufig hatte ich das Gefühl, dass bei uns mit vielen Ressourcen, sei es in der Medizin oder auch im Alltag, zu verschwenderisch umgegangen wird. Unser Lebensstandard wird als selbstverständlich genommen, und meist ist uns nicht bewusst, in welchem Luxus wir leben und welche unglaublichen Möglichkeiten wir in der Medizin haben.
Ich musste langsam wieder lernen, mit gewissen Bagatellen und hohen Anforderungen seitens der Patienten umzugehen und sie ernst zu nehmen.
Zusammenfassend waren für mich diese Wochen im Herbst 2014 in Endamarariek äusserst lehrreich. Insbesondere bin ich Dr. Bayo sehr dankbar für seine herzliche und fachlich kompetente Betreuung.

Bilder: Evelyn Studer

Korrespondenz:
Evelyn Studer, cand. med.
Peter & Paulstr. 39
9010 St. Gallen
evelynstuder[at]sunrise.ch