

Meine Zeit in Afrika

Ein ganz persönlicher Erlebnisbericht

So mancher Medizinstudent mag wohl gelegentlich davon träumen, einmal in einer ärztlichen Hilfsorganisation in der Dritten Welt oder als Missionsarzt tätig zu werden. Nur wenige können sich später diesen Traum noch erfüllen, und viele vergessen, ihn je geträumt zu haben. Neue Lebensentwürfe, familiäre Bindungen oder eine wissenschaftliche Karriere machen es oft schwer oder gar unmöglich, sich so einer Aufgabe in späteren Jahren noch einmal zuzuwenden. Zu DDR Zeiten waren es darüber hinaus politische Gründe, die eine Tätigkeit in weltweiten karitativen Organisationen fast unmöglich machten. Doch plötzlich wird so eine Möglichkeit ganz konkret: Ein Zusammentreffen mit dem Geschäftsführer des St. Francis Hospitals in Ifakara, einer Stadt mitten in Tansania, dem ich in Erfurt begegnete, war für mich ausschlaggebend, mich auf diese Herausforderung einzulassen und mich für 2 Monate für eine Tätigkeit in diesem Krankenhaus zu entschließen.

Ich muss gestehen, dass mich nach der getroffenen Entscheidung manchmal der Mut verließ. Außerdem drängte sich mir ab und zu die Frage auf, ob mein Einsatz in diesem Krankenhaus wirklich nötig sei und ob ich nicht sogar als Belastung empfunden werden könnte. Aber Geschäftsführer und leitender Chefarzt erteilten mir weder eine Absage noch legten sie mir nahe, meine Entscheidung noch einmal zu überdenken, sondern brachten mir mit Mails und Telefonaten wiederholt zum Ausdruck, wie sehr sie sich auf meinen Besuch freuten und wie wichtig ihnen dieser Besuch für ihr Krankenhaus ist. Nicht zuletzt sei ihnen ein Erfahrungsaustausch mit Ärzten aus Europa sehr wertvoll, und sie würden in dem Besuch auch einen Ausdruck von Interesse sehen, der ihrer Arbeit und der weiteren Entwicklung ihrer Einrichtung entgegengebracht wird. Diese hohe Wertschätzung machte mich eher verlegen und unsicher, da ich nicht genau in Erfahrung bringen konnte, welche Aufgaben mir zugedacht waren und ob ich den Erwartungen überhaupt entsprechen kann. Andererseits gab es keinen Grund mehr für einen Rückzug. Ich musste fahren!

Am 16. Februar 2010 war es so weit. Der Flug führte mich von Frankfurt am Main über Dubai nach Daressalam, wo ich zu meiner großen Freude und Überraschung von Mitarbeitern der Klinik herzlich begrüßt wurde. Wie zu erwarten, war zunächst eine Übernachtung in Daressalam eingeplant, sodass erst für den nächsten Tag die Weiterfahrt nach Ifakara vorgesehen war. Bei der Ankunft in Tansania war es bei Temperaturen von 35 Grad Celsius unheimlich schwül. Deutschland hatte ich bei minus 10 Grad verlassen! Eine gewaltige Umstellung, die mir auch noch in den nächsten Tagen etwas zu schaffen machen sollte. Auf dem Weg zu meiner Übernachtungsstätte herrschte ein chaotischer Verkehr, der nur durch einige gewagte Überholmanöver des Fahrers, der auch alle Schleichwege und Bürgersteige nutzte, um vorwärts zu kommen, gemeistert werden konnte. Überall priesen Straßenhändler und Gemüseverkäufer ihre Waren an. Hier und da waren entlang der Straße auch einige bescheidene Geschäfte und Werkstätten auszumachen. Ein Beinamputierter versuchte mit gewagten Sprüngen, sich auf einen Stock stützend, die Straße zu überqueren. Gelegentlich waren auch elegant gekleidete Menschen, meist Frauen, zu sehen, die in diesem Milieu besonders auffielen. Am nächsten Tag ging die Fahrt über 450 km teils unbefestigter Landstraßen nach Ifakara. Die Straße führt zwischenzeitlich mitten durch einen Nationalpark, sodass man im Vorbeifahren Elefanten und andere Herdentiere, aber auch gelegentlich Löwen beobachten kann. Überall begegneten uns zahllose Menschen, oft auf Fahrrädern, mit denen sie gewaltige Lasten beförderten. Auch viele Kinder überwiegend in Schulkleidung, meist fröhlich und vergnügt, waren zwischen den z. T. weit auseinander gelegenen Ortschaften unterwegs.

Gegen Abend erreichten wir das St. Francis Hospital. Die Unterbringung erfolgte im Gästehaus der Klinik, in dem bereits Studenten aus den Niederlanden, den USA und Kanada, zu denen sich später noch 2 Studenten aus Deutschland dazu gesellen sollten, wohnten, die in Ifakara ihre Praktika oder Famulaturen absolvierten und mit denen sich bald ein fast familiäres Verhältnis entwickelte. Das Krankenhaus, das sich in kirchlicher Trägerschaft befindet, liegt in einem parkähnlichen Gelände und besteht aus mehreren Flachbauten mit den entsprechenden Abteilungen und Funktionsbereichen. Es verfügt über 375 Betten, die sich auf die Kliniken für Innere Medizin und Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, auf die Klinik für Pädiatrie und eine separate Tbc- Abteilung aufteilen. Außerdem

besitzt das Krankenhaus eine Intensivstation und eine Intermediate Care Unit. Eine etwas abgelegene Leprastation wird ebenfalls von dem Krankenhaus betreut. Für die nicht vorhandenen Fachbereiche, wie Urologie, Ophthalmologie und HNO Heilkunde werden bei Bedarf sogenannte flying doctors, die meist aus Daressalam, manchmal aber auch aus dem benachbarten Kenia kommen, angefordert. Der Neurologie und Psychiatrie steht ein Konsiliarier aus der näheren Umgebung zur Verfügung. Als Distriktkrankenhaus mit einem Einzugsbereich von etwa 200 km und 500.000 Einwohnern verfügt die Klinik über eine relativ gute technische Ausrüstung, die teilweise aus Spendengeldern finanziert wurde. Dazu gehört eine Röntgeneinrichtung, ein kardiales und abdominales Sonografiergerät und eine Laboreinrichtung, die neben der Routinediagnostik besonders auf die Tbc- und AIDS- Diagnostik sowie auf die Erkennung von Malaria und anderen parasitären Erkrankungen ausgerichtet ist. Endoskopische Untersuchungen werden wie auch andere diagnostische Maßnahmen aus Kostengründen, z. T. auch aus Kapazitätsgründen sehr restriktiv angeordnet. Das trifft auch für Behandlungen mit der künstlichen Niere zu, die nur beim akuten Nierenversagen eingesetzt wird. Chronische Hämodialysen werden grundsätzlich nicht durchgeführt. Organtransplantationen erfolgen auf Grund getroffener staatlicher Vereinbarungen in Indien. Der klinische Alltag unterscheidet sich nicht wesentlich von dem unserer Krankenhäuser, wobei durch ein etwas anderes „Zeitverständnis“ Terminvereinbarungen gelegentlich nur eine relative Verbindlichkeit besitzen. Der Tag beginnt mit einer morgendlichen Dienstbesprechung mit Demonstration der Röntgenbilder, an der alle Ärztinnen und Ärzte sowie Praktikanten und Studenten aller Fachdisziplinen teilzunehmen haben und wo über alle aufgenommenen Patienten der letzten 24 Stunden berichtet wird. Das ist erwartungsgemäß sehr zeitaufwendig. Alle 8 bis 14 Tage finden im Anschluss an die Besprechung Weiterbildungsvorträge statt, an denen ich mich ebenfalls mit 2 Beiträgen beteiligen konnte. Danach folgen Visiten, Sprechstunden, Spezialsprechstunden für Diabetiker und Patienten mit Hypertonie, Falldemonstrationen und Studentenseminare, Routineuntersuchungen und Operationsprogramme. Nachmittags finden Gespräche mit Familienangehörigen und Patientenaufnahmen statt.

Beim ersten Rundgang durch das Krankenhaus fühlte ich mich mitunter seltsam berührt und konnte ein gewisse Verwunderung nicht immer verbergen: Am meisten überraschten mich die großen Patientensäle mit über 30 Betten, in denen bei verstärktem Andrang auch manchmal 2 Patienten liegen müssen. Auf die begrenzten und z.T. restriktiven diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten habe ich bereits hingewiesen. Dabei wurde mir auch deutlich, dass für Diagnostik und Therapie nicht versicherte Patienten oder deren Angehörige zu einem großen Teil finanziell selbst aufkommen müssen, was leider nicht immer gewährleistet ist und dann zu schweren konfliktreichen Entscheidungen führt. Eine Isolierung von Patienten mit ansteckenden Erkrankungen ist aufgrund der räumlichen Verhältnisse kaum möglich, sodass Patienten z. B. mit infektiösen Darmerkrankungen ebenfalls in den großen Patientensälen untergebracht sind. Die Angehörigen haben zu diesen Patienten freien Zugang, zumal sie in deren Versorgung mit eingebunden sind. Diese Schilderungen sollen nicht als Ausdruck arroganter Kritik missverstanden werden: Trotz oder gerade wegen der aufgezeigten Probleme leisten die Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal in diesem Krankenhaus eine engagierte und aufopferungsvolle Arbeit. Dabei sind für die Zukunft sicher strukturelle Veränderungen notwendig, die die Gegebenheiten des Landes und die hygienischen Herausforderungen berücksichtigen müssen. Andererseits ist es zurzeit unmöglich, überall unsere Standards vorauszusetzen. Nicht zuletzt sind es auch die begrenzten finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens in einem Land, das zu den ärmsten Ländern der Erde zählt, die der medizinischen Versorgung sehr enge Grenzen setzen.

Das Patientenspektrum ist mit dem auf unseren internistischen Stationen nur bedingt vergleichbar. Zunächst fällt das niedrige Durchschnittsalter der Patienten auf, das zwischen 30 und 40 Jahren liegen dürfte. Patienten mit Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, chronischen Atemwegserkrankungen und Stoffwechsellstörungen sind eher selten. Im Vordergrund der stationären Betreuung stehen Malaria, AIDS- und Tuberkuloseerkrankungen, sowie infektiöse Darmerkrankungen. Aufgrund ungesunder Ernährungsbedingungen ist in Zukunft sicher auch mit einem Anstieg von Diabetes und Hypertonie zu rechnen.

Ich wurde einer jungen sehr couragierten Kollegin zugeteilt, die ich ob ihres freundlichen Umgangs mit den Patienten und ihrer medizinischen Kenntnisse und nicht zuletzt auch wegen ihres enormen Leistungsvermögens bewunderte. Schließlich hatte sie eine 30 Bettenstation alleine zu versorgen! Ich empfand mich ihr gegenüber teils in der Rolle eines Oberarztes, teils eines Hilfsassistenten, der sich bemühte, ihr möglichst viel an Routinearbeit abzunehmen.

Neben der regelmäßigen Teilnahme an den Dienstbesprechungen und Visiten führte ich zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen, aber auch mit Studenten, die mir gleichzeitig als Dolmetscher für die Landessprache dienten, Spezialsprechstunden durch, beteiligte mich an Patientenaufnahmen und Lehrvisiten und wurde auch gelegentlich als Konsiliarius zu Rate gezogen.

Durch Kontakte mit internationalen Entwicklungshelfern bekam ich Einblicke in die Infrastruktur des Landes, in aktuelle Projekte und die Schwierigkeiten, diese langfristig umzusetzen. Der Bau von Brunnenanlagen, AIDS- und Malariapräventionsprogramme stellen dabei besondere Schwerpunkte dar.

Natürlich war für mich Tansania, auch wenn es nicht mein erster Besuch in diesem Land gewesen ist, mit seiner kulturellen Vielfalt- in Tansania leben etwa 200 unterschiedliche Völkerstämme, die fast zu gleichen Teilen den christlichen Religionen und dem Islam und zu einem geringen Anteil auch den Naturreligionen angehören-, die Teilnahme an Gottesdiensten mit ihrer Dynamik und ihren melodischen Gesängen, Besuche von Schulen und Krankenschwesternausbildungsstätten und vieles andere mehr, was ich in diesen Wochen kennenlernen konnte, ein großes Erlebnis. In den Schulen und Ausbildungsstätten begegneten mir aufgeschlossene, lerninteressierte und begeisterungsfähige junge Menschen, die Schwierigkeiten wie selbstverständlich entgegennehmen, weil sie von der Bedeutung ihrer Ausbildung für ihr weiteres Leben überzeugt sind. Die Herzlichkeit und Freundlichkeit, die mir überall im Lande begegneten, werden mir unvergessen bleiben.

Nicht zuletzt war es auch das Land mit seiner einzigartigen Artenvielfalt und landschaftlichen Schönheit, über der sich der fast 6000 m hohe schneebedeckte Kilimanjaro als höchster Berg Afrikas majestätisch erhebt, umspannt von einem Himmel, der wohl nur selten so hell und farbenprächtig leuchtet wie über dem afrikanischen Kontinent, was noch lange in mir nachklingen wird.

Ich bin dankbar, dass ich mir einen Jugendtraum auch noch weit jenseits meines Jugendalters erfüllen konnte.

Rudolf Giertler im Dezember 2010

Im Anschluss von „Meine Zeit in Afrika“