

Einsatzbericht Kamerun

Shisong Hospital, Kumbo

23.9.-14.10.2006

1. Wie alles anfing, oder

Wie kommt eine Ärztin aus Heidelberg nach Kamerun? Über Landsberg am Lech ! Anfang Juni las ich in der „Ärztezeitung“ einen Artikel:

Ärzte für Einsatz in Sri Lanka gesucht. Neu-Isenburg: Für Hilfseinsätze in Sri Lanka und Kamerun sucht die Humanitäre Hilfe e. V. Ärzte und Pflegekräfte.

Der kurze Artikel hat mich neugierig gemacht und ich habe über die angegebene Rufnummer telefonischen Kontakt aufgenommen, da ich den Wunsch hatte, im Lauf des Jahres an einem medizinischen humanitären Hilfseinsatz mitzuwirken. Ohne viel Anlauf hatte ich ein sehr ausführliches und interessantes Gespräch mit Herrn Harald Thill, Krankenpfleger am Klinikum Landsberg und Mitglied des Vorstandes der Organisation „Humanitäre Hilfe e.V.“ Wegen der aktuellen Lage waren gerade alle Pläne bzgl. weiterer Einsätze in Sri Lanka gestoppt worden, also blieb Kamerun als Möglichkeit. Hier war es noch gar nicht vorgesehen, bei diesem ersten geplanten Einsatz Ärzte mitzuschicken, aber er wollte sich informieren, ob vor Ort Bedarf für eine Frauenärztin bestünde.

Nach einigen Tagen bekam ich die Nachricht, daß ich dort sehr willkommen sei, da es aktuell vor Ort keinen Gynäkologen sehr wohl aber die entsprechenden Patientinnen gäbe.

In den darauffolgenden Wochen wurden die genauen Aufenthaltsdaten, die Impfnotwendigkeiten und sonstige organisatorische Dinge geklärt.

Wie kommt eine Frauenärztin dazu, sich an allgemeinen ärztlichen humanitären Hilfseinsätzen zu beteiligen?

Parallel zu meiner Facharztausbildung habe ich mich auch in angrenzenden Bereichen weitergebildet, Erfahrungen im Not- und Rettungsdienst und in der chirurgischen Ambulanz gesammelt, den Fachkundenachweis Rettungsdienst, sowie Seminare im Bereich Intensivmedizin absolviert.

2003 war ich für die schon seit über 20 Jahren arbeitende Organisation „Ärzte für die 3. Welt“ für 2 Monate auf den Philippinen im Rahmen einer „rolling clinic“ tätig.

Unmittelbar nach der Tsunamikatastrophe 2004 habe ich einen der zivilen Rücktransporte begleitet.

Ein unschätzbare Vorteil der Tatsache Frauenärztin zu sein, ist es sicher, keine Angst vor Konstellationen aus dem Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe zu haben. Wir alle haben in erster Linie Medizin studiert, aber in diesem Gebiet kennen sich meist nur diejenigen aus, die es als „eigenes“ Fach gewählt haben.

2. Die Reise / Die Aufgabenstellung

Am 23.9. ging es von Frankfurt über Brüssel nach Douala, wobei ich mich in Brüssel mit den drei Teammitgliedern aus Landsberg getroffen habe: Die beiden Techniker Günter Ulke und Erwin Eberle sowie die Röntgenassistentin Helga Lohkamp. Das Team hatte die Aufgabe im Krankenhaus ein gespendetes Röntgengerät aufzubauen und einige der in und um Kumbo laufenden und geplanten Projekte einer Partnerorganisation (Navti Foundation) zu beurteilen.

Meine eigene Aufgabe bestand darin, mir einen Überblick über die medizinische Situation vor Ort zu machen und während der Zeit meines Aufenthaltes mein

Fachwissen in der Patientenversorgung und ggf. bei der Schulung der Mitarbeiter einzubringen.

Flug und Einreise verliefen ohne Besonderheiten. In Douala wurden wir am Flughafen abgeholt und zur Übernachtung in die Mission gebracht. Früh am nächsten Morgen begann mit der ca. 400km langen Fahrt nach Kumbo der, v.a. wegen der teilweise katastrophalen „Straßen“-Verhältnisse, abenteuerlichere Teil. Wir bzw. unser Fahrer hat alles bestens gemeistert, so daß wir am Abend müde aber wohlbehalten in Kumbo eingetroffen sind.

3. Die Ankunft / Erste Tage und Klinikstruktur

Wir wurden herzlich empfangen und konnten schnell unser Quartier – eine der Wohnungen innerhalb der „doctor`s quarters“ - beziehen.

Am ersten Tag wurde mir von Schwester Eva-Maria die komplette Klinik mit einem großen Teil des Personals gezeigt und vorgestellt. Ich bekam erste Einblicke in die Struktur des Ablaufes der Patientenversorgung und einen groben Überblick über die Abteilungen.

Die Stationen sind unterteilt: Männer allgemein/internistisch, Frauen allgemein/internistisch, Chirurgie Männer/Frauen, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Kardiologie, sowie eine ausgegliederte Tuberkulosestation. Außerdem gibt es Bereiche mit HNO und Augenheilkunde, wobei ein Facharzt hier nur an einzelnen Tagen im Monat hinzukommt.

Zum Zeitpunkt meiner Ankunft arbeiten im Krankenhaus 7 Ärzte, darunter ein Chirurg (Dr.Ivan), eine Kinderärztin (Dr.Olga), ein Kardiologe (Dr.Cabral) und 4 Allgemeinmediziner (Dr.Louisa, Dr.Alexis, Dr.Siben, Dr.Malaka) die sich die Arbeit auf den Stationen und zur morgendlichen Ambulanz-Sprechstunde aufteilen. Zusätzlich sind häufig Famulanten und z.T. auch „PJ-ler“ aus Deutschland anwesend.

Die offizielle Arbeitszeit der Ärzte beginnt um 7.30 oder 8Uhr und endet um 14Uhr, wobei die Allgemeinmediziner im Tageswechsel für die Ambulanz oder die Station incl. der Visite zuständig sind.

Montag morgens gibt es eine Röntgenbesprechung, bei der eine Großzahl der in der Woche aufgenommenen Bilder besprochen wird, Dienstag nachmittags eine ärztliche Besprechung, bei der die Kollegen im Wechsel Themen zur Fortbildung vorstellen. Die Klinik betreut in einem festen monatlichen Rotationssystem 4 verschiedene „outstations“. Hierbei handelt es sich um sog. „health center“ = Ambulanzen oder kleine stationäre Behandlungseinrichtungen, die normalerweise von Pflegekräften betreut werden. An diesen Tagen kommt meist eine größere Zahl von Patienten zur ambulanten Sprechstunde und bei den ggf. vorhandenen stationären Patienten werden im Rahmen einer ausführlichen Visite die bisherige Behandlung und das weitere Vorgehen besprochen.

Besonderheiten:

- Für ambulante Konsultationen müssen die Patienten zuvor eine feste Gebühr und dann für sämtliche weiteren Untersuchungen und die verordneten Medikamente erneut den jeweiligen Preis bar entrichten.
- Auch stationäre Patienten müssen, solange es sich nicht um Notfallentscheidungen oder Notoperationen (incl. Frauen unter der Geburt) handelt, neben der allgemeinen Tagesgebühr alle Medikamente und Untersuchungen jeweils im Voraus bar bezahlen. Bei der Visite wird also häufig auch darüber gesprochen, ob die Patienten schon das Geld für die notwendige Röntgen- oder Blutuntersuchung zahlen können, oder ob man mit der Untersuchung noch warten muß. Entsprechend geht es bei ambulanten

Konsultationen gelegentlich darum, ob das Geld für eine anstehende Operation schon zur Verfügung steht.

- Es gibt weder einen Chefarzt noch einen leitenden Oberarzt und zum Zeitpunkt meines Aufenthaltes auch keinen „ärztlichen Direktor“. Die Kollegen arbeiten letztlich jeder für sich und helfen sich entsprechend der Notwendigkeiten und des persönlichen Kontaktes. Abhängig von der jeweiligen Konstellation an Kollegen können die Jüngeren auf die Hilfe und den Ratschlag der Erfahreneren bauen. Wie mir erzählt wird, scheint dies jedoch nicht immer gut zu funktionieren, da es keine Zuordnung dieser zu je einem Erfahreneren desselben Faches gibt.

4. Die „Kernzeit“ meines Aufenthaltes

Da ich meine Kollegen in den ersten Tagen nur jeweils kurz und immer einzeln getroffen habe, organisiere ich zusammen mit Dr. Alexis am 3. Tag ein gemeinsames Treffen, um mich der kompletten Gruppe in Ruhe vorzustellen und zu besprechen, auf welche Weise die Zeit meines Aufenthalt am besten zu nutzen sei.

Wir kommen überein, daß ich

- mir ambulante Patienten mit gynäkologischen Fragestellungen ansehen würde, ich jedoch keine reguläre gynäkologische Sprechstunde einrichten würde, um nicht die Patienten aus der Umgebung an eine vermeintlich regelmäßige Situation zu gewöhnen, die dann nach 3 Wochen wieder enden würde.
- jederzeit bei der Betreuung stationärer Patienten - sozusagen konsiliarisch - zur Verfügung stehen würde
- mich um die fachärztliche Betreuung von Kreissaal und Entbindungsstation kümmern würde und
- daß die Kollegen sich Themen ausdenken würden, zu denen ich eine Fortbildung halten würde.

Zudem wurde vor Ort klar, daß es wegen meiner Sprach- und Auslandserfahrung hilfreich sein würde, wenn ich meine Teamkollegen aus Landsberg bei der Evaluation der diversen Projekte z.T. begleiten würde.

Einzelheiten hierzu sind im Bericht von Herrn Ulke zu finden.

Die Ärzte haben sich auf das Thema „Blutung“ geeinigt, so daß ich daraufhin an zwei Dienstagsterminen jeweils 2 h zum einen aus gynäkologischer zum anderen aus geburtshilflicher Sicht hierzu referiert habe. Außerdem konnte ich ein mitgebrachtes Operationsvideo über eine modifizierte Form des Kaiserschnittes nach Misgav Ladach zeigen.

Im Kreissaal und auf der Geburtshilflichen Station ergab sich das Bild zum Teil sehr erfahrener und sehr selbständig arbeitender Hebammen, die die Ärzte - und hier eigentlich nur den Chirurgen - fast nur um Unterstützung baten, wenn ein Geburtsverlauf so pathologisch wurde, daß eine operative Entbindung notwendig unumgänglich schien.

- Indikationen zur Sectio waren regelmäßig:
entweder Geburtsstillstand mit/ohne V.a. cephalopelvines Missverhältnis
oder V.a. fetalen Distress

Eine prospektive Geburtshilfe mit kontinuierlicher oder regelmäßiger CTG-Überwachung, regelmäßigem Einsatz von wehenstimulierenden oder –hemmenden Medikamenten, PDA etc. wie wir es gewohnt sind, ist unter diesen Umständen nicht umsetzbar. Es werden keine Vakuum- oder Forcepsentbindungen durchgeführt, sondern es wird entweder (mit vielfältigen Manualhilfen) spontan entbunden oder eine Sectio durchgeführt.

Es ist ein CTG-Gerät vorhanden (Phillips AW-M1911A) aber es wird (wurde) fast nicht eingesetzt, da die Mehrzahl der Hebammen damit nicht vertraut ist und die Papiervorräte sehr begrenzt sind.

Dies habe ich gemeinsam mit der leitenden Hebamme Mme. Priscilla zum Anlaß genommen, mehrere Unterrichtseinheiten zum Verständnis und Anwendung des CTG vorzubereiten. Anhand des vorhandenen Wissens über die Benutzung des „Pinard Stethoskopes“ ließen sich die Grundlagen der CTG-Benutzung gut erarbeiten. Ich habe den Hebammen nach den Schulungen, die sie interessiert und teilweise begeistert aufgenommen haben auch ein grobes Script zu den Lerninhalten hinterlassen.

Es gibt eine von Hebammen betreute Sprechstunde zur „Schwangerenvorsorge“, innerhalb derer die Schwangeren beraten werden und eine Karte ähnlich unserem Mutterpass angelegt wird. Die erhobenen Daten nicht ganz so umfangreich, bieten aber eine gute Zusammenfassung der relevanten Schwangerschaftsdaten. Bei dieser Sprechstunde oder im Rahmen der allgemeinen Ambulanz werden auch immer wieder Frauen mit schwangerschaftsassozierten Krankheiten „herausgefischt“ und ggf. auch stationär aufgenommen. Während meines Aufenthaltes konnte ich mich z.B. glücklicherweise um die prae- und postpartale Betreuung einer Patientin mit schwangerschaftsinduzierter Hypertonie und einem beginnenden HELLP-Syndrom kümmern. Ohne einen fest angestellten Frauenarzt ist die Therapie solcher komplexeren Krankheitsbilder kaum möglich, da zum einen das Wissen um die pathophysiologischen Zusammenhänge und deren Therapie und zum Anderen auch einige wichtige Medikamente (s.u.) nicht vorhanden sind.

5. Fazit / Probleme

5.1 Apparativ:

Es gibt keine Möglichkeit zur Kolposkopie und Hysteroskopie oder zur Durchführung diagnostischer oder operativer Laparoskopischer Eingriffe.

Das allgemein verwendete Ultraschallgerät hat keine Dopplerfunktion. Ein in der Kardiologie vorhandener Farbdoppler wird nur dort und bisher nur für die kardiologischen Patienten verwendet.

5.2 Medikamentös

dringend empfehle ich die Einführung der in der anhängenden Liste, die ich auch der das Krankenhaus leitenden Schwester Ruphina gegeben habe.

5.3 Personell

Der kurze Zeitraum von drei Wochen war für meine Aufgabenstellung gerade ausreichend. Für regelmäßige Aufenthalte von Kollegen über „Humanitäre Hilfe“ sollte jedoch unbedingt ein längerer Zeitraum eingeplant werden.

Zwei Monate sollten das Minimum sein. Das ist mein Eindruck und auch der ausdrückliche Wunsch der Kollegen in Kumbo und der Klinikleitung.

5.3 Sonstiges

Sehr sinnvoll für den Bereich der Geburtshilfe, wäre die Anschaffung des englischsprachigen Buches: „Obstetrics unplugged – manual für Conditions of limited resources“ ISBN 3-89735-365-2 Der deutsche Autor (Dr.J.Wacker) war selbst viele Jahre in Burkina Faso als Frauenarzt tätig.

Es ist offensichtlich extrem unsicher Dinge auf dem Postweg zu schicken, so daß ich einen Transport durch das nächste Team empfehle.

6. Private Eindrücke am Rande

... gerade hatte ich endlich die erste Gelegenheit mal ein längeres Stück zu Fuß zu gehen, in einen der 3 "Stadtteile" der "Stadt in der ich bin: Kumbo. Das Krankenhaus

liegt außerhalb ca. 25min und in den letzten Tagen hat es leider mittags, wenn ich fertig war, in unendlichen Strömen geregnet. Geregnet ist allerdings massiv untertrieben. Die Wassermenge ist ein Vielfaches einer normalen Dusche und es ist so laut, dass man sich kaum unterhalten kann. In kürzester Zeit wäre - ist man total durchnässt. Es ist gerade das Ende der Regenzeit. Ein Großer Vorteil dabei ist aber, dass es dadurch noch nicht so staubig und heiß ist wie später.

Die Gegend ist wirklich beeindruckend. Unendliches Grün in allen Varianten. Auf dem Weg bin ich an beinahe jedem Baum stehengeblieben weil es so schön aussieht, wenn die Sonne v.a. in die Bananenbaumblättern hineinscheint.

Die hier lebenden Menschen sind insgesamt sehr freundlich und haben eine sehr nette und angenehme Art. Die Patienten sind durchaus ein bisschen scheu aber doch mit einem sehr klaren und offenen Blick, wenn sie Vertrauen gefasst haben. Gleichzeitig ist es wirklich schrecklich zu sehen, wie viele v.a. unter hiesigen Bedingungen unheilbar krank sind. Die HIV-Rate liegt weit über 30%, entsprechend häufig sind Tuberkulose und weitere typische Infektionskrankheiten immunsupprimierter Patienten.

Ein Neugeborenes mit einem ausgeprägten Wasserkopf habe ich im Sterben erlebt. Es atmete immer langsamer und weniger, wurde immer kälter, die Augen waren sowieso die ganze Zeit aufgrund der Nervenschädigung durch den Hirndruck geöffnet und das Herz schlug immer langsamer bis es irgendwann einfach aufgehört hat.

Eine 20jährige ist gestern an AIDS gestorben und während einer Visite habe ich allein heute mindestens 5 HIV-positive Patienten erlebt. Zusätzlich steigt in dieser Jahreszeit auch wieder die Anzahl der Patienten mit Malaria an, meist kommen mehrere pro Tag...

7. Was bleibt

- Das Krankenhaus ist in einem insgesamt guten Zustand würde aber sicher von personeller und materieller Unterstützung ungemein profitieren.
- Es war eine insgesamt bereichernde, interessante und schöne Erfahrung in einer wundervollen Landschaft mit z.T. katastrophalen Transportwegen.
- Die Arbeit im Team sowohl mit den Kollegen aus Landsberg als auch mit den Ärzten, Hebammen, Schwestern und Pflägern im Krankenhaus war effektiv und hat auch viel Spaß gemacht.
- Ein Spruch an der Wand eines der Untersuchungszimmer:
„Grant me patience God, but hurry“

u.v.m.

