

Medizin unter Extrembedingungen

Drei Wochen als Arzt in Uganda

Holprige Straßen, tiefgrüne Vegetation und Menschengetümmel am Straßenrand. Bereits die ersten Eindrücke nach unserer Ankunft in Uganda hinterlassen einen nachhaltigen Eindruck. Vorbei geht es an der Hauptstadt Kampala, den zahlreichen Plantagen und Feldern bis nach Kiwoko, einer 11.000-Einwohner-Gemeinde im Zentrum des Landes. Dort also verbringe ich gemeinsam mit vier Krankenschwestern des Klinikums Forchheim und der Juraklinik Scheßlitz die nächsten vier Wochen.



Unser deutsches Team vor dem Gebäude der Frauenstation

Ich bin Assistenzarzt der Inneren Medizin im zweiten Weiterbildungsjahr und über den Verein „Hilfe für Kiwoko e. V.“, schon seit einigen Jahren mit Uganda verbunden. Während unseres Arbeitseinsatzes werden wir mit unglaublicher Gastfreundschaft empfangen und erleben unbeschreibliches Leid, dürfen aber auch lernen, wie man mit begrenzten Ressourcen trotzdem eine vernünftige Patientenversorgung organisieren kann.

Junge Bevölkerung, junge Patienten

Das Krankenhaus wurde 1991 eröffnet und hat sich seitdem einen überregionalen Ruf für seine gute Krankenversorgung erarbeitet. In Anbetracht der demographischen Struktur Ugandas mit einer hohen Geburtenrate und einer Lebenserwartung von 61 bzw. 66 Jahren bei neugeborenen Männern bzw. Frauen [1] liegt auch der Schwerpunkt der Klinik auf der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Täglich werden in der Klinik mehrere Kinder zur Welt gebracht, die Schwangeren müssen häufig bereits unter ausgeprägter Wehentätigkeit mit Motorrad-Taxis selbst in die Klinik fahren. Auf der neonatalen Intensivstation werden Neugeborene bereits ab der vollendeten 25. Schwangerschaftswoche (SSW) mit teilweise 600 Gramm behandelt. Eine für dieses Umfeld bemerkenswerte medizinische Leistung, wenn man bedenkt, dass beispielsweise deutsche Universitätskliniken zumeist erst ab der 24. SSW Überlebenschancen sehen. Eigentlich für maximal 40 Kinder ausgelegt, werden nicht selten mehr als 60 Patientinnen und Patienten

behandelt. Abgesehen von einer invasiven Beatmung ist die Station mit vielen therapeutischen Möglichkeiten ausgestattet – vorausgesetzt, ein Stromausfall führt nicht dazu, dass die Geräte ausfallen. Auch wenn ein Generator Notstrom bereitstellt, dauert es einige Sekunden, bis die Geräte wieder hochgefahren sind. Nach Problemen beim Neustart eines Inkubators hat es daher leider auch schon Todesfälle durch Unterkühlung gegeben.

Visite im ugandischen Hinterland

Unterwegs auf der Frauen- und Männerstation diskutiere ich mit den einheimischen Internisten Diagnosen, Therapiepläne und weiteres Vorgehen. Eine selbstständige Patientenbetreuung gestaltet sich aufgrund der Sprachbarriere – die meisten Patienten sprechen ausschließlich Luganda – sehr schwierig. Infektionskrankheiten machen einen Großteil der Krankenseinweisungen aus. Neben den auch in Europa häufigen Pneumonien und Harnwegsinfektionen sind Tropenkrankheiten wie Malaria und Typhus omnipräsent.

Bereits am ersten Tag wird unser Standard bezüglich diagnostischer Möglichkeiten relativiert. Laboruntersuchungen und bildgebende Diagnostik gibt es aufgrund der limitierten Ressourcen nur bei Klinikaufnahme und im Verlauf nur bei begründeten Ausnahmen. So treffen wir die meisten Therapieentscheidungen vor allem anhand klinischer Kriterien. Die Therapie wird bei unzureichendem Ansprechen meistens ohne erneute Diagnostik umgestellt. Wegen der ausführlichen klinischen Beobachtung dauert die Visite durchschnittlich

15 Minuten pro Patient – Zeit, die in Deutschland leider nicht immer in der Patientenversorgung eingeräumt wird. Erst seit Kurzem stehen funktionierende und qualitativ hochwertige Ultraschall- und Röntgengeräte zur Verfügung, für eine Computertomografie müssen die Patienten aber weiterhin in die nächste Stadt verlegt werden.

Da die Klinik, abgesehen von einer sehr gut ausgestatteten neonatalen Intensivstation, keine Möglichkeiten zur intensiven Patientenüberwachung hat, behandle ich eine Patientin mit diabetischer Ketoazidose mit subkutaner Insulintherapie und ohne pH-Kontrollen auf Normalstation. Und auch sonst muss immer wieder improvisiert werden: Polytraumata werden von einer geschulten Krankenschwester in der Klinik intubiert und über lehmige Straßen mit unzähligen Schlaglöchern zweieinhalb Stunden in die Hauptstadt gefahren. Und im OP besteht eine VAC-Therapie aus einer mit Unterdruck aufgezogenen Spritze, die mit Klebeband am Verband fixiert wird.

Mit einem deutschen Krankenhaus kann man den Alltag in Kiwoko ohnehin nicht vergleichen. Hier versorgen die Angehörigen den Patienten – von der Grundkörperpflege über die Essensverpflegung bis zum Mitbringen und Waschen von Kleidung und Bettwäsche. Hier gibt es nicht die klassische Vollpension wie in deutschen Krankenhäusern. In Sälen liegen bis zu 25 Patienten, ohne Notrufanlage oder Fernseher. Die Betten sind einfache Liegen ohne elektrische Funktion, zur Schocklage wird ein Bett auf Backsteine gestellt. Trotzdem habe ich den Eindruck, dass die Patienten im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten gut versorgt sind



Ultraschall mit einem einheimischen Medical Officer

und eine angemessene medizinische Behandlung bekommen.

HIV – ein allgegenwärtiges, aber totgeschwiegenes Thema

Seit mehreren Jahren sinken die Infektionszahlen durch zahlreiche Informationskampagnen und Aufklärungsarbeit von Klinik und Staat, aber dennoch infizieren sich in Uganda täglich 60 Menschen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) und über fünf Prozent der Bevölkerung lebt mit dem Virus [2]. In der HIV-Ambulanz bekomme ich einen Eindruck, wie vielschichtig die Erkrankung jenseits der medizinischen Aspekte ist. Der Teil der Klinik befindet sich in einem abgelegenen Teil des Geländes, um die Privatsphäre und Anonymität der Patienten zu wahren. Durch die gute Behandlung kommen jedes Quartal ca. 2.000 Infizierte, die über mitunter unwegsames Gelände, teilweise über 150 Kilometer Anfahrt haben. Bei ihnen wird die Viruslast bestimmt, der Krankheitsprogress überwacht sowie Medikamente und Kondome verteilt.

Durch die kostenlose Bereitstellung der Medikamente durch den Staat erhalten landesweit mittlerweile 90 Prozent der Erkrankten eine antiretrovirale Therapie – ein Meilenstein in der Behandlung, aber nur ein Schritt auf dem Weg zur sozialen Reintegration der Menschen, die mit HIV leben. Besonders für Bewohner im ländlichen Raum ist die Infektion mit einer ausgeprägten sozialen Isolation verbunden, wie die folgende Erfahrung bei einem Hausbesuch schmerzlich zeigt.

Und wer versorgt die Patienten außerhalb der Städte?

Auch wenn wir nach unserer Ankunft in Kiwoko dachten, dass die Klinik die Versorgung im ländlichen Raum sicherstellt, wurde ich während meiner Mitarbeit im „Outreach Programme“ zwar bestätigt, aber auch eines Besseren belehrt. Durch die schlechten Straßenverhältnisse und verhältnismäßig hohen Transportkosten ist das Krankenhaus trotz der provinziellen Lage des Krankenhauses nur schwer erreichbar. Daher fährt täglich eine mobile Einsatztruppe, bestehend aus Fahrer, zwei Hebammen, einer Krankenschwester und zwei Hilfskräften in die Dörfer und bringt das Gesundheitssystem zu den Ärmsten.

Auf dem Dorfplatz werden Schwangere und Frauen im Wochenbett untersucht, Kinder gewogen und geimpft und junge Frauen über Verhütungsmöglichkeiten aufgeklärt. Das Programm hat einen großen Zuspruch, denn auch durch unsere Spenden aus Deutschland kann das Angebot trotz fehlender staatlicher Krankenversicherung kostenlos angeboten werden.

Zusammen mit den einheimischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mache ich außerdem Hausbesuche, um die Therapie von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu überwachen. Allein für die 20 km Anfahrt brauchen wir eineinhalb Stunden. Vor Ort stellen wir Antiepileptika um und vergewissern uns, dass die Symptomlast von Menschen mit Schizophrenien oder Depressionen unter der laufenden Therapie gering bleibt.

Besonders in Erinnerung bleiben wird mir eine Familie, deren Eltern bereits vor Jahren infolge von AIDS gestorben sind. Isoliert von den anderen Dorfbewohnern versuchen sie seitdem, genug Essen aufzutreiben. Zuletzt wurde ihnen der kleine Acker, auf dem sie etwas Gemüse anbauen durften, vor der Ernte vom Eigentümer weggenommen. Und so bringt die Klinik neben den Medikamenten auch Reis und Mehl, um die Grundversorgung der Menschen zumindest eine Zeit lang zu sichern.

Medizin fast ohne Ärzte

Ärztinnen und Ärzte fehlen überall in der Welt – ganz besonders in Uganda. Nach Aussage eines Klinikmitarbeiters gibt es außerhalb der Hauptstadt Kampala im ganzen Land weniger als 20 Fachärzte für Augenheilkunde. Und so werden

viele medizinische Aufgaben von ausgebildeten „Medical Officers“ oder Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern erledigt. Beim Besuch in der Krankenpflegeschule erfahren wir, wie die Schülerinnen und Schüler auf ihre selbstständige Tätigkeit in Praxen vorbereitet werden – inklusive klinischer Untersuchung und der Verschreibung von Medikamenten. Die angehenden „Nurses“ erlernen „Red Flags“ und Gründe für die ärztliche Vorstellung in einer Klinik – und das auf erstaunlich hohem Niveau!

Ganz egal, wo die jungen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger nach ihrer Ausbildung arbeiten werden, sie werden von Beginn an auf sich gestellt sein und früh Verantwortung übernehmen müssen. Nur eine der unzähligen Herausforderungen einer medizinischen Versorgung mitten im afrikanischen Hinterland.

Doch wann immer wir in der Klinik oder Stadt unterwegs sind, umgeben uns Menschen, deren Warmherzigkeit und Hilfsbereitschaft uns faszinieren und unsere Herzen für diesen besonderen Ort öffnen. Auch wenn die Ressourcen limitiert sind, spüren wir eine fast grenzenlose Leidenschaft in der Ausübung der medizinischen Berufe und eine große Dankbarkeit der Patienten für die Behandlung. Aus Fremden wurden Freunde und eines ist sicher: Wir kommen wieder!

Literatur

- » [1] www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Laenderprofile/uganda.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 17. Juli 2022)
- » [2] www.unaids.org/en/regionscountries/countries/uganda (abgerufen am 20. Juli 2022)

Autor

Felix Flachenecker

Hilfe für Kiwoko e. V.
Jaminstraße 13, 91052 Erlangen
felix.flachenecker@hilfe-fuer-kiwoko.de