

5. Rundbrief

13.10. Sonntagmorgen, noch vor dem Gottesdienst

Der Neffe von Dr. Mwambola ist vom Fahrrad gestürzt und hat sich den Arm gebrochen. Er hat bereits gefrühstückt und wird wegen der wahrscheinlich notwendigen Narkose auf 2 Uhr nachmittags bestellt.

Zwei Frauen mit starken Unterleibschmerzen sind aufgenommen worden. Die eine kommt gekrümmt zur Untersuchung. Der Unterbauch ist gespannt. Es könnte eine Bauchhöhlenschwangerschaft sein und wir beschließen zu operieren. Bei der zweiten sieht es nicht ganz so dramatisch aus, aber der Ultraschallbefund ist verdächtig. Sollten es gleich zwei Patientinnen mit der gleichen Diagnose sein? Und das am Sonntagmorgen?

Die Frau mit dem akuten Befund soll zuerst operiert werden, aber sie stimmt der Operation nicht zu. Sie sei von bösen Geistern besucht worden, die sie vor der Operation gewarnt hätten. Da ist nichts zu machen, es helfen keine noch so überzeugenden Argumente.

Die andere Patientin liegt im gleichen Zimmer und bekommt auch Angst. Aber es gelingt doch, sie zu diesem Eingriff zu überreden.

Heinke operiert die gynäkologischen Notfälle routiniert. Das Team ist eingespielt, der Narkosepfleger, die Instrumentierschwester machen ihre Sache gut und ich versuche, beim Assistieren den Operateur nicht allzu sehr bei seiner Arbeit zu hindern.

In der Bauchhöhle der Patientin findet sich ca. ein Liter Blut, das herausgeschöpft, durch ein Tuch gefiltert und reinfundiert wird. Nach der Operation haben wir ein gutes Gefühl und schauen noch nach der anderen Patientin, die eigentlich zuerst operiert werden sollte. Zu unserer Überraschung hat sich der Befund gebessert. Wir sind froh, dass alles so gelaufen ist. Eine Verzögerung wäre unserer operierten Patientin nicht gut bekommen. Waren es vielleicht doch Engel und keine bösen Geister, die die Patientin vor dem Eingriff gewarnt hatten?

14.10.

Die Visite zieht sich endlos hin. Gegen 14. Uhr „nabele“ ich mich ab, gehe zum Mittagessen, um mich danach der Runde wieder anzuschließen. Sie ist gerade im Zimmer, in dem die beiden Frauen vom Vortag liegen. Der Frischoperierten geht es gut, der Anderen noch besser. Sie schaut mich ganz kess an und möchte eine Cola spendiert haben, da sie doch Durst hätte. Ich wollte ihrem Ansinnen nachkommen (schließlich hat sie uns mit ihrer Weigerung am Sonntag viel Schweiß erspart), stelle aber fest, dass ich kein Geld bei mir habe. Heinke rettet die Situation: Sie habe auch Durst und keiner spendiere ihr eine Cola. Ich glaube es ihr. Seit dem Frühstück hat sie nichts getrunken.

Die nächste Patientin hat einen schmerzhaften Tumor über dem rechten Brustmuskel, der sich bis in die Achselhöhle hineinzieht und nicht gut verschieblich ist. Wir hatten bereits zwei kleinere Knoten am rechten Arm entfernt, aber noch keinen histologischen (feingeweblichen) Befund erhalten.

Nach den leider notwendigen strengen Regeln des Hauses muss für eine nicht dringliche Operation das Geld (ca. 25 Euro für größere Eingriffe) im Voraus bezahlt werden. Die Patientin müsste nach Hause gehen, um das Geld „zu suchen“. Die alte Frau jammert: Sie habe kein Geld, könne mit dem schmerzhaften Arm nicht arbeiten und habe nur einen Sohn, den sie aus Geldmangel noch nicht einmal auf eine weiterführende Schule schicken konnte. Heinke versucht, ihr zu erklären, dass das Krankenhaus keine Unterstützung von der Regierung bekomme und daher auf die Patientengebühren angewiesen sei, um die Arbeit überhaupt fortsetzen zu können (man lebt hier tatsächlich von der Hand in den Mund). Ich stehe daneben. Das Gespräch nimmt fast eine halbe Stunde in Anspruch, und der so geduldige Pfleger erinnert, dass man die Visite doch fortsetzen müsse. So versprechen wir, nach der Runde zurückzukommen und besprechen die Situation. Der Frau muss geholfen werden, aber man sollte ihr das Geld nicht einfach schenken. Wir beschließen, dass ich das Geld zahle, dafür der Sohn allgemeinnützliche Arbeiten verrichten soll, z. B. den Strand säubern. Die Frau ist zufrieden. Am nächsten Tag soll die Operation stattfinden.

15.10.

Zu unserer großen Überraschung stellen wir fest, dass der ehemals feste Tumor der Patientin Fluktuation aufweist, also eine Flüssigkeit enthält. Eine Punktion bringt Eiter zutage und durch eine Inzision wird der große Abszess entleert. Schon zwei Tage später können wir die Patientin beschwerdefrei nach Hause entlassen. Wir sind erleichtert, aber wir machen uns doch Gedanken. Fast hätten wir die alte Frau mit dem entzündlichen Tumor nach Hause geschickt, um Geld „zu suchen“, nur weil wir meinten, die Operation sei aufschiebbar. Und dabei wurde das gespendete Geld noch nicht einmal ganz verbraucht und konnte an eine andere bedürftige Patientin weitergeleitet werden - eine junge Aidskranke ohne Angehörige.

18.10.

Wir sind bei der großen Visite. Auf der Männerstation geht es einem ca. 40 Jahre alten Patienten von Tag zu Tag schlechter. Eine Hirnmalaria und eine Meningitis konnten ausgeschlossen werden. Hat er eine Enzephalitis (Hirnentzündung) oder ist seine zunehmende Verwirrtheit durch eine fortgeschrittene Aidskrankung bedingt? Die Familie sieht keine Hoffnung mehr und will den Patienten nach Hause nehmen, schon um den sonst anfallenden Leichentransport zu sparen. Heinke gibt noch nicht auf und überredet die Angehörigen dazu, noch etwas zuzuwarten.

Auf der Kinderstation das nicht verkennbare Geschrei einer Totenklage. Wir denken zunächst an einen stationären Patienten, aber das Klagen kommt von der Ambulanz. Ein Kind war gestorben, noch bevor es stationär aufgenommen werden konnte. - Im Wöchnerinnenzimmer bittet eine Patientin um die Durchführung einer Tubenligatur. Mit ihrem Mann ist sie sich einig geworden und auch das Geld für

diesen Eingriff (6 Euro) habe sie beisammen. - Diese Operation kann entweder direkt nach der Geburt oder aber in einem Intervall von 6 Wochen durchgeführt werden. Die letzte Variante ist ungünstiger, denn manchmal sind die Ehemänner nach einer schweren Geburt durchaus bereit, diesem Eingriff zuzustimmen, nach einiger Zeit vergessen sie aber die Gefährdung, die eine neue Schwangerschaft mit sich bringt, und überlegen es sich anders. Oft wird es auch einfach verbummelt und die Frauen finden sich erneut in der Schwangerschaftsberatung ein oder kommen mit einer Fehlgeburt zur Aufnahme. - Nun soll die Frau aber bald entlassen werden, und der Eingriff müsste am Samstagvormittag vorgenommen werden oder könnte erst in sechs Wochen stattfinden. Es ist aber mit dem Personal vereinbart, dass samstags nur Notoperationen durchgeführt werden. Heinke fragt deshalb vorsichtig an. Das Op-Team ist nicht gerade begeistert. Ich verstehe deren Bedenken. Die z.T. ausgezeichneten Mitarbeiter haben ein Nettomonatsgehalt von gerade einmal 30 Euro. Überstunden und Bereitschaft werden kaum vergütet. Da will man sich die regelmäßige Arbeitszeit und freie Samstagnachmittage erhalten. Von der Diskussion werden wir weggerufen. Wir denken zunächst an den schwerkranken Patienten, aber es ist ein zehnjähriger Bub, der vor unseren Augen stirbt.

Er war vor ein paar Tagen mit Malaria und einem Rezidiv eines Burkitt-Tumors in miserablen Zustand eingeliefert worden (Burkitt-Tumoren sind bösartige Gewächse, die ausschließlich Kinder betreffen. Man hat in diesen Tumoren zum einen Viren nachgewiesen, zum anderen kommen sie nur in bestimmten Klimazonen vor, in denen Malaria endemisch ist. Man nimmt an, dass neben der Virusinfektion eine Immunschwäche bedingt durch die chronische Malaria für die Entstehung dieser Erkrankung verantwortlich ist). Vor einem halben Jahr hatte man bei dem Jungen eine Chemotherapie durchgeführt und es sah zunächst ganz gut aus. Dann aber kam es zu diesem massiven Rezidiv. Es war eine erneute Chemotherapie vorgesehen. Zunächst mussten wir die akute tropische Malaria behandeln. Zur Chemotherapie kam es nun gar nicht mehr. Besonders tragisch ist, dass der ältere Bruder des Patienten vor einigen Jahren an der gleichen Erkrankung gestorben war. Wir stehen am Totenbett, Heinke schluchzt. Sie hatte sich um den Jungen besonders bemüht, das war auch für sie zuviel. Die Großmutter schreit ihren Schmerz hinaus. Die Mutter steht still daneben, bedankt sich noch für unseren Einsatz.

Dann werden wir sofort in den Alltag zurückgeholt, die Diskussion um die morgige Operation geht weiter. Heinke hat sich völlig im Griff. Die Mitarbeiter wissen nicht, wie es in ihr aussieht. Mir tut sie leid - hat sie nicht einmal zehn Minuten Zeit zum Trauern? Das tote Kind wird mit dem Fahrrad nach Hause transportiert. Die Familie hat kein Geld für den Leichentransport mit einem Auto.

Am Abend schaue ich noch einmal nach dem schwerkranken Patienten. Er war mit einem Laken zugedeckt – gestorben, noch bevor die Angehörigen ihn nach Hause nehmen konnten.

Gegen 23 Uhr noch einmal eine Totenklage. Ich weiß noch nicht einmal, wer es ist, um den getrauert wird. Vier Todesfälle an einem Tag in einem Krankenhaus mit sechzig Betten, das ist zuviel!

19.10.

Wir haben die Tubenligatur bei der Frau durchgeführt. Es kamen noch ein paar Notfälle dazu, darunter ein Kaiserschnitt. Wir waren bis in die späten Nachmittagsstunden beschäftigt. Das Op-Team war willig und bis zum Schluss bei guter Laune. Wir sind stolz auf sie.