

## 10. Rundbrief

Eigentlich hatte ich mir meinen Ruhestand anders vorgestellt. Ich hatte sogar gefürchtet, mich langweilen zu müssen. Unsere Landpraxis in Sinzing fraß mich fast auf, ließ mir keine Zeit, irgendein Hobby aufzubauen. Dann kam die Anfrage aus Matema, die irgendwie in unser Leben passte und die wir gern annahmen. Aber ich wollte hier nicht in Verantwortung sein. Verantwortung hatte ich mein ganzes Leben. Ich wollte einfach etwas mithelfen, so als kleiner Zusatz. Und nun?

Heinke ist seit dem 26. Dezember im Heimaturlaub, Friedhelm ist ja schon länger in Deutschland. Irgendwann im Januar heiratet ihre Tochter in Peking, da wollte die Familie dann gebündelt hinfliegen. Heinke braucht einmal eine Ruhepause, zumindest einen Tapetenwechsel, und ich habe ihr zu dieser Reise zugeraten. Sie hatte die Weiterarbeit in ihrer Abwesenheit auch so gut es möglich war geregelt. Sie hatte mit einem afrikanischen Kollegen, der schon einmal in Matema war und jetzt lediglich Verwaltungsarbeiten verrichtet, gesprochen und ihn gebeten, während ihres Urlaubs hier einzuspringen. Und er hatte auch zugesagt. Die Kirchenleitung war unterrichtet und Dr. Mwambola, unser afrikanischer Chef, sollte ja auch noch da sein, zumindest in den ersten Januartagen.

Heinke war mit ihren Vorbereitungen bis in die Nacht beschäftigt. Am 26. 1. in aller Herrgottsfrühe wollte sie Edigar nach Kyela bringen, wo sie den Linienbus nach Dar es Salaam erreichen wollte. Aber die Erschöpfung war zu groß, Heinke verschlief einfach. Edigar fuhr wie ein Henker. Es war normalerweise nicht zu schaffen, aber es ging doch.

Dr. Mwambola sollte ja schon im September seine Fortbildung in Liverpool beginnen. Dann hatte man ihn auf Anfang Januar vertröstet, und zu Weihnachten sah es so aus, als ob auch dieser Termin geplatzt sei. Die oberste Kirchenleitung in Arusha hatte versäumt, ihn anzumelden und das von Kirchenprovinz Sachsen bereitgestellte Geld zu überweisen.

Mwambola war verständlicherweise enttäuscht, hatte seine Fortbildung, die dann erst im September 2003 beginnen könnte, schon fast aufgesteckt. Dann aber setzte unsere Kirchenleitung in Tukuyu alle Hebel in Bewegung und es klappte doch noch. Natürlich waren da noch allerlei Vorbereitungen nötig, er hatte noch kein Visum, keine Flugkarte und so weiter und so weiter. So war er eigentlich immer unterwegs, und wir haben ihn seit Weihnachten im Hospital nicht mehr gesehen.

So sind von der fast fürstlichen Besetzung von vier Ärzten nur zwei Ruheständler übriggeblieben. Der schwedische Kollege mit seinen fundierten chirurgischen Kenntnissen und seinem guten – und ich mit meinem miserablen Englisch, dafür aber einem Swahili, das für die Arbeit ausreicht.

Wir haben uns in den zwei Wochen gut ergänzt und auch persönlich kamen wir gut miteinander aus. Gestern noch haben wir zusammen operiert, eine Penisamputation wegen eines Karzinoms, die er ausführte, und ein Leistenbruch, den er mir assistierte.

Heute nun punkt 7 Uhr morgens wurde er mit unserer Ambulanz nach Mbeya gefahren und ich stand allein da. Dabei wäre es gar nicht nötig gewesen. Dr. Mwalumuli, der oben erwähnte afrikanische Kollege, war ja bereit zu kommen, brauchte aber einen schriftlichen Auftrag vom Generalsekretär unserer Kirchenleitung in Tukuyu. Derenthalben haben schon Heinke, später Dr. Mwambola, zuletzt Mr. Sanga, unser stellvertretender Pflegeleiter, vorgesprochen. Letztere

haben allerdings nicht den Generalsekretär sondern den Bischof angetroffen. Dieser versprach, den Generalsekretär zu „größtmöglicher Eile“ zu bewegen. Ich bin etwas sauer, dass man mich hier so sitzen lässt. Der Brief wäre in zwei Minuten geschrieben und die Ambulanz hätte den Kollegen gleich mitbringen können. So hoffe ich, dass der schwedische Kollege beim Verabschieden in Tukuyu noch einmal Druck machen wird, um die Angelegenheit etwas zu beschleunigen, aber für die nächsten Tage werde ich wohl hier allein sein.

### 8.1.03

Gestern der erste Tag allein. Kein besonders guter Tag. Gleich früh eine Frau im Schock mit Brechdurchfall. Es ist schlimm, in welchem Zustand die Patienten oft ankommen.

Früher hatten sie bestenfalls Eingeborenenmedizin eingenommen, jetzt erfolgt meist zusätzlich ein Versuch zur Selbstbehandlung. Malariamittel aber auch Antibiotika, wie das in Europa kaum noch eingesetzte Chloramphenicol, sind in den „drug-stores“, die sich fast in jedem Dorf etabliert haben, für wenig Geld zu haben. Die Behandlung in einer Dispensary oder gar in einem Hospital ist teurer. Was wunder, dass erst einmal das Billigere probiert wird.

Aber die Behandlung ist oft unzureichend, und potente Antibiotika werden an falscher Stelle eingesetzt. Wenn es dann gar nicht mehr geht, werden die Kranken meist mit einem Fahrrad ins Hospital gekarrt und kommen hier halbtot an. Es passiert gar nicht so selten, dass die Patienten trotz intensiver Behandlung schon nach einigen Stunden sterben und dann geht die Reise rückwärts, meist in einem Pick-up, begleitet von dem Geschrei der Frauen. Es ist für die Wanyakyusa (so heißt der Stamm der hier zu Hause ist) unerlässlich, dass sie in der heimatlichen Erde, meist vor ihrer Hütte, begraben werden. Dafür bringt die Familie jedes Opfer.

Vor ein paar Wochen haben wir hier ein Töpferdorf am See ganz in unserer Nähe besucht. Vor einem etwas besseren Haus fanden wir vier Gräber, die Grabsteine aus Zement geformt. Wir blieben stehen, um sie uns etwas genauer anzusehen, da gesellte sich ein alter Mann zu uns. Es waren die Gräber seiner Kinder, die draußen in der großen Welt gestorben waren, einer seiner Söhne in Dar es Salaam. Die Überführung hat sicher ein Vermögen gekostet. Und nun war er allein mit seinen Erinnerungen und seiner zerschlagenen Hoffnung auf ein geruhames Alter umsorgt von seinen Kindern. Eine heimtückische Krankheit hat sein Leben so verändert. - Doch nun zurück. Es gelingt gerade noch so, eine Vene zu finden, und die Patientin aus dem Schock zu reißen.

Aber dann fast gleichzeitig ein 2-jähriges Kind, ohne Puls, kaltschweißig, somnolent. Das klinische Bild einer schweren Hirnmalaria. Auch hier muss schnellstens eine Infusion her, aber wir finden keine Vene. Ich eile mit dem Kind in den kleinen Operationsraum, will eine Vene freilegen, das Team ist von meinem Vorhaben nicht so überzeugt. Wir versuchen zunächst vergeblich den Zugang über eine Halsvene, dann will ich über dem Innenknöchel die Vene freilegen. Aber es ist heute dunkel, weil es draußen regnet. Ich schicke jemanden nach einer brauchbaren Lichtquelle und er kommt und kommt nicht wieder. Ich raste fast aus, alles dauert zu lange, schließlich kommt Dany, unser Op-Pfleger, mit einer Funzel von Taschenlampe an. Die sonst zu diesem Zweck brauchbaren Solarlampen sind alle im Zimmer der Pflegeleitung eingeschlossen, und die ist nicht auffindbar. Aber ich muss zugeben, dass ich auch bei gutem Licht keinen Erfolg gehabt hätte. Oberhalb des

Innenknöchels war diesmal keine brauchbare Vene vorhanden. Zum Glück gelang es dem Op-Team schließlich doch, die Halsvene zu punktieren und die Infusion zu legen. Die Situation war zunächst einmal entspannt. Ich war frustriert und ärgerlich. Alles hatte viel zu lange gedauert, für so einen Notfall gab es nicht hinnehmbare organisatorische Lücken. Meine Hast und Ungeduld hatte keinen dazu gebracht, auch nur einen Schritt schneller zu gehen, und schließlich der eigene Misserfolg, denn das Op-Team, nicht ich, hatte die Vene gefunden und die Infusion zum Laufen gebracht.

Ich versuche abzdampfen und mache auf der großen Männer- und Frauenstation Visite. Doch da der nächste Frust. Kaum ein Laborwert ist eingetragen und manchmal ist sogar die angeordnete Medikation unvollständig ausgegeben worden. Die Station war hoffnungslos unterbesetzt, jetzt hat man einige Hilfsschwestern eingestellt, die sich verständlicherweise erst einarbeiten müssen. Aber heute fehlt mir die Geduld und Gelassenheit. Ich bin einfach sauer.

Nach der Visite schaue ich noch einmal zu dem kranken Kind. Es ist kreislaufstabil, aber immer noch nicht ansprechbar. Inzwischen sind die Blutuntersuchungen auf Malaria auch da und wider Erwarten negativ. Eine Hirnmalaria, die hier mit Abstand häufigste Ursache eines solchen Bildes, ist eher unwahrscheinlich. Wir führen eine Lumbalpunktion durch, und fast schon erwartet finden wir Meningokokken, es handelt sich um eine Meningokokken-Meningitis. Die Therapie wird sofort umgestellt, aber das Kind erholt sich nicht. Es treten Krämpfe auf, die Temperatur ist kaum zu messen und muss durch kühle Wickel und Medikamente gesenkt werden.

Nachts um 2 Uhr laufe ich die 500 m durch die Tropennacht ins Hospital und sehe noch einmal nach. Der kleine Patient schläft, er sieht besser aus, aber in den Morgenstunden verschlechtert sich sein Zustand und noch am Vormittag stirbt das Kind. Wir haben wieder einmal verloren.

### 9.1.03

Die Schatzmeisterin des Hospitals ist allein von der Safari zurückgekommen. Unsere Ambulanz steckt noch in Mbeya. Gestern Abend bekamen wir per Funk die Bitte, einen Boten mit etwas Geld nach Mbeya zu schicken, da das mitgenommene aufgebraucht sei und somit kein Diesel für die Rückfahrt gekauft werden könne. Die Nachricht wurde an eine Kirchgemeinde, zwei Fußstunden von hier, gesandt, der dortige Pfarrer brachte sie zu Fuß hierher. Unser Hospital selbst hat keine Funkverbindung. Das Ansinnen ist völlig unsinnig. Wie soll ein Bote in einer großen Stadt ein Auto finden? Und warum sucht man nicht Hilfe in Tukuyu bei der Kirchenleitung, die mit einem Bus leicht und billig zu erreichen ist?

Die Schatzmeisterin hatte auch nochmals bei dem Generalsekretär der Diözese wegen des Briefes an Dr. Mwalumuli vorgesprochen. Man hatte die liebe, bescheidene Frau da offensichtlich gar nicht ernst genommen und ihr überhaupt keine Antwort gegeben. Dr. Henriksson hatte den Generalsekretär nicht angetroffen und nur mit dem Bischof reden können. Der Bischof ist ein ordentlicher, integerer Mann, den ich mehr und mehr schätze, aber für diese Verwaltungsarbeiten ist er nicht zuständig. Jeder Machtbereich ist abgesteckt, und ich habe den Eindruck, dass sich der Generalsekretär entweder um Matema nicht kümmert oder mit dem Transfer des Kollegen nicht einverstanden ist und deshalb die Sache hinauszögert. Ich fühle mich jedenfalls sitzen gelassen.

Auf Station wartet eine Patientin mit einem Ovarialtumor (Geschwulst des Eierstockes) auf die Operation, die ich eigentlich mit dem Kollegen ausführen wollte. Nun werde ich es mit unserem Medical-Assistent tun müssen. Wir können die Patientin nicht fortschicken.

9.1. oder schon 10.1. - Ich weiß es nicht.

Nachts träume ich: Ich muss unbedingt noch von Tukuyu nicht nach Matema sondern über die Berge nach Isoko. Ich habe kein Auto, nur ein Fahrrad, bei dem die Bremsen defekt sind und das Licht fehlt. Ich suche in der ganzen Stadt nach einer dieser kleinen Fahrradwerkstätten, die es eigentlich überall gibt, aber ich finde keine. Es kommt noch ein Hochwasser dazu und keiner kann mir helfen. Und dann träume ich, nach Jahrzehnten wieder einmal, dass ich ganz nackt bin, ungeschützt, hilflos.

10.1.03

Visite mit dem sehr tüchtigen Medical-Assistent. Er kann mitkommen, weil er die große Anzahl von ambulanten Patienten z. Zt. nicht allein versorgen muss. Wir haben einen angehenden Medical-Assistent, der im letzten Ausbildungsjahr hier sein Praktikum absolviert und tüchtig mit einspringt.

Auf der Männerstation gleich zu Anfang ein 30jähriger Patient, bei dem ich wegen eines klinisch festgestellten Ergusses eigentlich schon am Vortag eine Pleurapunktion durchführen wollte. Dies scheiterte jedoch daran, dass er nur auf der erkrankten Seite liegen konnte und sich auch nicht für einen kurzen Moment aufsetzen konnte.

Nun schaffte er dies, und es zeigte sich unmittelbar unter dem Rippenbogen eine handtellergroße Vorwölbung mit Fluktuation, also offensichtlich mit einer Flüssigkeit. Eine Punktion brachte Eiter zu Tage und so haben wir in einer oberflächlichen Kurznarkose die Stelle inzidiert und den Eiter abgelassen. Es waren gut 3 Liter. Wir waren gerade mit unserer Arbeit fertig, als der Patient plötzlich zu schnaufen aufhörte, dann setzte der Herzschlag aus - klinisch tot. Ich komme in Panik, es dauert mir zu lange bis intubiert wird und das handbetriebene Beatmungsgerät zur Stelle ist. Ich vergesse alle Vorsicht und überbrücke mit Mund-zu-Mund-Beatmung die Zeit. Dann setzt der Herzschlag wieder ein, der Patient wird zunehmend wacher, wir glauben, ihn extubieren zu können. Doch die Spontanatmung reicht nicht aus, der Sauerstoffgehalt des Blutes sinkt und das Herz setzt wieder aus. Erneute wiederum erfolgreiche Reanimation, jedoch selbst unter Sauerstoffgabe reicht es nicht. Ein Versuch, die assistierte Atmung auszusetzen, führt wieder zum Absinken des Sauerstoffgehaltes und zum dritten Mal zum Aussetzen des Herzschlages. Es gelingt zwar wieder, das Herz zum Schlagen zu bringen, aber es entsteht eine Pattsituation. Solange beatmet wird, hält sich die Sauerstoffsättigung bei 82% (das nur für Fachleute), wird mit der manuellen Beatmung auch nur für ein paar Sekunden aufgehört, fällt sie sofort ab. Nun haben wir kein Beatmungsgerät und das bedeutet, dass man ständig daneben sitzen muss, und das geht über Stunden. Der Anaesthesiepfleger, das Op-Team schütteln den Kopf. Sie können nicht verstehen, weshalb ich nicht aufgebe. „Jeder muss einmal sterben“, sagen sie. „Das schon, aber nicht auf dem Operationstisch“, antworte ich.

Aber warum hat sich die Situation so verschlechtert? Die Kurznarkose ist längst verflogen, der Patient hat nicht aspiriert, und ein Pneumothorax (Luft zwischen dem Lungen- und Rippenfell, die die Atmung behindern kann) lag auch nicht vor. Dann kam mir die rettende Idee, nein, ich denke, es war eher eine Eingebung. Wir legen den Patienten auf die kranke Seite (er hatte ja am Vortag auch nur so liegen können), und mit Sauerstoff reicht die Spontanatmung aus. Nach einigen Stunden können wir die Sauerstoffzufuhr unterbrechen. Ganz langsam erholt sich der Patient. Aus der Drainage fließen auch noch in den folgenden Tagen Unmengen an Eiter, aber heute (19.1.) stand er zum ersten Mal neben dem Bett und wagte ein paar Schritte.

Die Geschichte sprach sich in Windeseile im Krankenhaus herum und brachte mir einen ungeheuren Prestigegewinn ein. Das Autoritätsdefizit der ersten Tage, wo ich in alleiniger Verantwortung für das Haus stand, merke ich nicht mehr.

Ich selber weiß, dass ein anderer mir geholfen hat, und dieses Wissen gibt mir Vertrauen auch für die nächste Zeit. Für die Afrikaner war es ein Wunder. Wunder passieren ja hin und wieder, man muss nur darauf achten.