

13. Rundbrief

1.4.2003

Der Patient, den wir im Januar dreimal erfolgreich wiederbelebt haben, ist heute in sehr gutem Zustand und gesund aussehend aus dem Hospital entlassen worden. Wir haben eine mehrmonatige Kombinationstherapie gegen Tuberkulose durchgeführt, die bei ihm sehr gut angeschlagen hat. Nun wird er noch ein halbes Jahr ambulant behandelt. Das ist die gute Nachricht. Die schlechte kommt aus unserem HIV-Labor in Mbeya. Der Patient ist HIV-positiv, seine Tuberkulose somit eine Folgeerkrankung seiner Aidsinfektion.

6.4.2003 Sonntagmorgen

Heinke hat Dienst. Nach dem Gottesdienst wird Heinke ins Hospital gerufen. Einem Kind geht es schlecht. Es hat die hier verbreitete tropische Malaria und ist außerdem extrem blutarm. Hier kann neben der Malariabehandlung nur eine sofortige Bluttransfusion helfen. Ein Spender ist bald gefunden.

Die Blutkonserven werden alle auf Aidsinfektion untersucht. Man hat dafür eine sehr empfindliche einfache Methode, die jede Infektion zuverlässig anzeigt, nur den Schönheitsfehler aufweist, in ca. 5 % einen falsch positiven Befund zu liefern, d.h. manchmal auch eine gar nicht vorhandene Infektion anzuzeigen. Das ist für diese Fragestellung nicht so wichtig. Es soll eine HIV-Infektion durch eine Blutübertragung verhindert werden und dafür ist diese Methode brauchbar.

Nach einer Weile kommt eine Helferin zu uns ins Haus. Heinke ist es nicht möglich, bei dem geschockten Kind eine Vene zu finden und bittet mich, ihr bei der operativen Freilegung einer Vene zu helfen. Ich eile hinüber. Aber schon unterwegs die traurige Nachricht, du kannst wieder umkehren, es ist zu spät, das Kind ist eben verstorben. Ich gehe trotzdem ins Hospital, schon um Heinke beizustehen. Es ist sehr schwer, wenn an einer an und für sich behandelbaren Erkrankung einem ein Kind unter der Hand wegstirbt.

Da bittet uns ein Angehöriger, doch noch den Vater des Kindes zu untersuchen. Dieser habe eine nicht heilende Wunde am Bein. Wir sind erschüttert, der Vater hat ein Kaposi-Sarkom (ein bösartiger Tumor, den man hier beinahe ausschließlich bei Aidspatienten findet). Wir hatten schon vorher einen Aidstest abgenommen. Das Ergebnis war keine Überraschung für uns – positiv. Der Vater trägt die Mitteilung mit Fassung, bittet aber darum, mit seiner Frau erst einige Tage später darüber zu sprechen. Der plötzliche Tod des Kindes und diese Nachricht an einem Tag, das sei zu viel für sie. - Ob auch das verstorbene Kind diesen tödlichen Keim bereits in sich trug?

13.4. 2003 Wieder ein Sonntagmorgen

Ich gehe wie immer am Sonntag gegen 9.00Uhr ins Hospital. Ich habe Bereitschaftsdienst, Heinke ist zu einer wichtigen Tagung in Mbeya und hat am Montag noch eine Besprechung mit der Kirchenleitung, kommt also frühestens am

Montagabend zurück. In einem Durchgangsraum, der, wenn nötig, als Isolierzimmer fungiert (eine richtige Isolierstation haben wir nicht), liegt eine junge Frau an einer Infusion. Sie sieht nicht gerade gut aus, ist ausgetrocknet, der Puls kaum tastbar, sehr schnell, den oberen Blutdruckwert kann ich gerade noch messen. Er liegt bei 40 mm HG. Die Patientin ist deutlich bewusstseinsgetrübt, reagiert gerade einmal auf Anruf.

Ich lass die Infusion im Schuss hineinlaufen und schau dann erst ins Krankenblatt. Choleraverdacht! Unser Medical-Assistent hatte 3 Liter Flüssigkeit schnell hineinlaufen lassen und dann eine normale Infusionsgeschwindigkeit angeordnet. Daneben sollte die Patientin große Mengen einer vorgefertigten Elektrolytlösung trinken. Aber für sie war es zu wenig. Was sie trank, erbrach sie, und als ich die Bettschüssel mit der großen Menge an reiswasserartigem Stuhl sah, bekam ich eine Vorstellung von dem, was man an Flüssigkeit verlieren kann.

Nach einer Schussinfusion von 2 weiteren Litern einer Elektrolytlösung erholt sich die Patientin, der Blutdruck steigt, das Bewusstsein hellt sich auf. Die Infusionsbehandlung wird fortgesetzt, allerdings mit deutlich höherer Tropfgeschwindigkeit. Die übliche Antibiotikatherapie war schon vorher begonnen worden.

Noch am gleichen Vormittag eine weitere Patientin mit ähnlichen Symptomen, nicht ganz so schwer krank. Sie wird dazugelegt. Eine Schüssel mit einer Desinfektionslösung wird hingestellt und die Angehörigen informiert, wie sie sich verhalten sollen. Mehr können wir nicht tun. An eine wirksame Isolierung ist nicht zu denken. An Heineke geht noch eine SMS, die sie von der Situation unterrichtet. So kann sie gleich Infusionslösungen mitbringen, denn davon haben wir jetzt einen unerwartet hohen Verbrauch. (Wir sind ganz angetan von der Möglichkeit, per SMS wichtige Mitteilungen weiterzuschicken, das Telefon funktioniert dagegen nur manchmal.)

Vor dem Schlafengehen noch ein Blick auf Station. Beide Patientinnen brechen zwar um die Wette und scheiden bettschüsselweise Stuhl aus, den man eher für Urin halten möchte, wenn man von der Färbung absieht. Aber die Infusionen helfen, beiden geht es einigermaßen gut.

Nachts um 3 Uhr wache ich auf, gehe noch mal ins Hospital. Einer der Patientinnen geht es ganz gut, die andere ist trotz Infusion völlig ausgetrocknet und ernsthaft bedroht, aber eine massive Flüssigkeitszufuhr bessert den Zustand schnell. Ich bin froh, dass ich da war und gehe zufrieden nach Haus.

Es ist fast Vollmond und sehr hell draußen, kein Lüftchen weht. Der Weg zu unserem Haus verläuft parallel zum Strand von diesem etwa 100 bis 150 m entfernt. Man hört, wie sich die Wellen am Sandstrand brechen. Irgendwo muss es einen Gewittersturm gegeben haben. Die Wogen pflanzen sich viele Kilometer weiter fort. Der See ist tückisch.

Die Fischer können damit umgehen, aber sie müssen geübt sein und schnell reagieren. Mwamanifu, der jeden Tag einen einstündigen Fußmarsch zurücklegt, um uns 1 ½ l Milch zu bringen, erzählte uns, dass erst kürzlich ein Fischer betrunken hinausfuhr. Sein Einbaum wurde von einer Welle erfasst und brach mitten entzwei. Wären ihm nicht andere Fischer zur Hilfe gekommen, wäre er sicher ertrunken. - Aber heute ist kein Fischer draußen. Vollmond ist für den Fischfang wenig geeignet.

14.4.03

Die Anzahl der Choleraverdachtsfälle hat sich auf vier erhöht. Am Abend kommt noch ein weiterer Verdachtsfall hinzu. Wir haben ein Zimmer geräumt und eine

Behelfsisolierstation eingerichtet. Mwasongela, der eine von unseren beiden Medical-Assistenten, fährt mit einem Leichtmotorrad nach Kyela, um dem Distrikt Medical Officer Bericht zu erstatten. An Heinke schicke ich eine SMS, um sie über die neue Situation zu informieren.

Aber den Cholerapatienten geht es verhältnismäßig gut. Sie brechen nicht mehr und können einen Teil des immer noch hohen Flüssigkeitsverlustes durch Trinken ausgleichen. Es sind inzwischen sechs Verdachtsfälle. Zwei davon haben sich mit hoher Wahrscheinlichkeit im Hospital angesteckt.

Am Nachmittag schau ich noch einmal ins Hospital, es geht allen recht gut. Atuganile, eine unserer tüchtigen Hebammen, bittet mich ins Entbindungszimmer. Bei einer Schwangeren, bei der wir Zwillinge erwarteten, ist es so weit. Die Geburt ist schon weit vorangeschritten, aber dann geht es nicht recht weiter. Eine innere Untersuchung erklärt den Grund. Beim vorangehenden Kind liegt eine Steißlage vor, aber das Gesicht schaut nach vorn zum Bauch der Mutter. Das ist eine sehr ungünstige Lage und wir entschließen uns zu einem Kaiserschnitt. Schnell wird das Op-Team zusammengetrommelt. Beim Medical Assistenten gelingt mir dies nicht gleich. Ich hatte vergessen, dass er ja nach Kyela unterwegs ist, um den Distrikt Medical Officer über unsere Cholerasiluation zu unterrichten. So rufe ich Mwakasita, unseren zweiten MA, - und plötzlich kommen beide. Mwasongela ist gerade zurückgekommen.

Auf dem Weg in den OP werde ich von einem Angehörigen eines anderen Patienten aufgehalten. Ich solle doch schnell einmal hineinschauen, der Patient würde so husten. Ich finde den Patienten, der eine schwere Lungenentzündung und eine tropische Malaria hat und schließlich noch heftige Durchfälle bekam, pulslos, die Lunge ist voll Wasser. Ich lasse unsere beiden tüchtigen Medical Assistenten mit dem Kaiserschnitt allein, kümmere mich intensiv um den bedrohten Patienten. Eine Sauerstoffflasche ist gleich leer, die neue war nur halb gefüllt.

Zwischendurch schaue ich in den OP. Es ist eine Freude, wie routiniert die beiden die Operation ausführen. Wir haben wirklich hervorragende Mitarbeiter (ein MA darf normalerweise nicht selbstständig operieren). Das erste Baby wird schnell entwickelt, es schreit sofort. Dann das zweite, auch dieses ist sofort munter. Dann der Ruf des Operateurs „haraka sana! Kuna mtoto saidi! (schnell, schnell, es ist noch eins da). Auch das dritte Baby war quicklebendig. Das kleinste wog immerhin 2100 Gramm, das größte 2500.

Inzwischen kommt Heinke, völlig erschöpft. Sie hatte übers Wochenende hohes Fieber, aber trotzdem alle Sitzungen durchgestanden, sogar die Besprechung mit der Kirchenleitung, die sicher noch etwas hätte warten können.

Ich gehe zurück zu meinem Patienten. Sein Zustand hat sich nicht gebessert. Ich mache mir Gedanken, der Patient ist schon ein paar Tage im Hospital. Waren alle therapeutischen Schritte richtig? Warum hat sich sein Zustand so verschlechtert? Ich bete um seine Genesung, aber der Patient stirbt trotzdem. - Es gibt auch „Gebetsunerhörungen“. - Bedrückt gehe ich nach Haus, nehme den Weg am Strand. Der Vollmond spiegelt sich in den Wellen. Aber heute habe ich keinen Blick für dieses großartige Schauspiel.

23.4.2003

Die Choleraepidemie scheint abzuebben. Seit ein paar Tagen haben wir keine sicheren Neuerkrankungen gesehen. Aber jeder schwerere Durchfall wird isoliert und so behandelt, als ob es Cholera wäre. Mit Gottes Hilfe und dem massiven Einsatz von Infusionen haben wir keinen Patienten verloren.

Dann noch eine erfreuliche Nachricht. Die seit zwei Jahren beantragten und auch versprochenen Regierungshilfen sind endlich eingetroffen, rückwirkend ab März 2003. Mit den umgerechnet gut 1000 Euro monatlich sind zwar nicht alle finanziellen Probleme des Hospitals gelöst, aber es ist nicht mehr in seiner Existenz akut bedroht.