

## 22.Rundbrief

22.1.2004

Gerade noch rechtzeitig ist der Umbau unserer "child welfare clinic" fertiggestellt worden. Der Umbau wurde aus Mitteln des sogenannten "basket funds" bestritten. Das sind Gelder aus Übersee, sowohl für kirchliche- als auch für Regierungs Hospitäler, die nach einem bestimmten Schlüssel verteilt werden. Die Mütterberatung, die in diesem Raum stattfand, musste in das kleine Pförtnerhäuschen am Eingangstor umziehen, bis ihr ein neues Zuhause errichtet werden wird. An einem Balken am Dach hat man die für die Beratung nötige Zugwaage aufgehängt, in die dann wie in eine Schaukel die zappelnden und schreienden Kleinkinder hineingesteckt werden, ob sie wollen oder nicht. Das alte, jetzt renovierte Gebäude, ist eigentlich für die Frauen gedacht, die von weither kommen und auf die Entbindung im Hospital warten. Aber sie müssen immer noch auf dem Boden liegen, die Entlastung unserer Kinderstation ist noch dringlicher. Ein Zimmer dieses Gebäudes ist mit dem größeren Raum nicht verbunden, hat einen eigenen Eingang und dient als Isolierstation. Es sind hier gegenwärtig zwei etwa einjährige Kinder mit der ansteckenden Meningokokken-Meningitis untergebracht. Nebenan haben die etwas leichteren Fälle Platz gefunden, die eine intensive Überwachung nicht benötigen, denn das Haus liegt etwas abseits von dem Kinderzimmer.

Auch das siebenjährige Mädchen mit dem Krokodilbiss zählt zu den „leichteren Fällen“. Es hatte mit seinem neunjährigen Bruder in einem Fluss einige Kilometer von Matema entfernt gebadet, als es von einem wohl noch jüngeren Krokodil am Arm gepackt wurde, das versuchte, unsere kleine Patientin in die Tiefe zu schleudern. Aber es hatte nicht mit der Tapferkeit des Bruders gerechnet, der nicht etwa schreiend weglief, sondern sich an den anderen Arm des Mädchens klammerte. Dadurch misslang der Wurf, das Kind landete im Trockenen und beide konnten sich retten. Das Mädchen trug lediglich eine tiefe Wunde am Unterarm davon, die dank Antibiotika erstaunlich gut heilte. Bisswunden sind wegen Verunreinigungen bei uns immer gefürchtet. - Oder hatte sich das Krokodil vorher die Zähne geputzt?

27.1.2004

Eins der beiden Kinder mit Meningitis ist heute Abend gestorben. Das sind die Enttäuschungen, die wir immer wieder erleben. Es sah zunächst ganz gut aus, das Kind wurde wacher, das Fieber fiel. Dann nach einer Woche kam es trotz Therapie zum Rückfall, es traten Symptome eines erhöhten Hirndrucks auf, und das Kind begann zu krampfen. Gegen Mittag heute ein größerer Krampfanfall, der von einem unserer Medical-Assistenten mit Valium beendet werden konnte. Am Nachmittag sah ich dann das Kind, es war ohne Bewusstsein und die Atmung war unregelmäßig. Die Mutter hatte das Kind schon aufgegeben und bat mich unter Tränen, die Infusion zu entfernen. Sie wollte den weiten Weg nicht mit dem sterbenden Kind und den beiden begleitenden alten Frauen des Nachts zurücklegen. Ich hatte noch Hoffnung, der Kreislauf war noch stabil und die akute Verschlechterung konnte eine unmittelbare Folge des Krampfanfalls sein. Ich

überredete die Mutter dazubleiben und versprach, das Kind, falls es in der Nacht sterben sollte, mit unserem Auto nach Hause zu fahren. Und schon in der Dämmerung musste ich mein Versprechen einlösen, das Mädchen hatte einfach aufgehört zu atmen. Und so machten wir, Hanna und ich mit den drei Frauen und dem toten Kind, uns auf den Weg in die Nacht.

Die Strasse bis Ipinda ist in einem miserablen Zustand, und immer wieder bleiben Fahrzeuge im Schlamm stecken und versperren den anderen den Weg. Aber in den allerletzten Tagen hat es nur wenig geregnet, wir werden zwar tüchtig durchgeschüttelt, aber wir kommen durch. Hinter Ipinda verließen wir den Hauptweg und folgten einer Piste noch einige Kilometer in den Busch. Mir war nicht ganz wohl dabei. Die tiefen Schlammlöcher und Gräben, die wir passieren mussten, sahen nicht gerade vertrauenserweckend aus, und was ist, wenn wir stecken bleiben oder einen Schaden am Fahrzeug haben? Hier findet uns keiner, und erst am nächsten Tag könnte man mit Hilfe rechnen.

Unsere drei Frauen waren sehr gefasst, ließen das Geschüttele klaglos über sich ergehen, weinten vielleicht im Stillen und verschonten uns mit der sonst üblichen Totenklage. Das war zumindest so bis kurz vor ihrer Hütte. Dann aber brach das Klagegeschrei los, wurde noch vervielfacht durch Nachbarn, die aus ihren Hütten kommend mit einstimmten. Die Männer waren meist angetrunken, aber es kam kein Vorwurf, dass es uns nicht gelungen war, das Kind zu retten. „Awandu wa kyala“ hörten wir immer wieder, was so viel heißt wie „Leute Gottes“. Man war dankbar für die letzte Hilfe, die wir dem Kind geben konnten, nachdem unsere ärztlichen Bemühungen nutzlos waren. Erschüttert und nachdenklich fuhren wir die gut 30 km zurück.

### 3.2. 2004

Während meines früheren Einsatzes in Isoko habe ich extrem wenig schwere Verletzungen gesehen. Fast an jeden Knochenbruch, den wir in den gut sechs Jahren behandelt hatten, kann ich mich erinnern. Während der Bautätigkeit war es nie zu einem nennenswerten Unfall gekommen. Auch ältere Frauen haben schwere Lasten über die steilen Hänge geschleppt, die wir, ohne Gepäck, in der Regenzeit kaum bewältigen konnten, ohne hinzustürzen. Einen Schenkelhalsbruch habe ich in dieser Zeit nie gesehen, obwohl wir für etwa 50 000 Menschen das einzig erreichbare Hospital waren. Wahrscheinlich haben ständige körperliche Beanspruchung die Knochen gestählt und die Entwicklung einer Osteoporose nicht zugelassen.

Auch das hat sich geändert. Wir haben hier (ohne Röntgengerät) viele Brüche zu behandeln. Vorgestern Nacht kam ein Patient mit hüftnaher Oberschenkelfraktur. Bei dem heftigen Sturm in der Nacht war ein großer Ast abgebrochen und hatte den Oberschenkelknochen zerschmettert. In Deutschland hätte man eine Röntgenaufnahme angefertigt und anschließend wahrscheinlich operiert. Operationen am Knochen werden nur in einigen größeren Hospitälern im Lande durchgeführt, wobei diese wegen der unzureichenden Hygiene und der damit verbundenen Infektionsgefahr ein ungleich höheres Risiko als in Europa beinhalten. Und wozu dem Patienten den beschwerlichen, schmerzhaften und kostspieligen Transport für eine Röntgenaufnahme zumuten, wenn die Behandlung sowieso schon feststeht, nämlich ein Zugverband. Also musste David heran, der, ich weiß nicht

woher, irgendein brauchbares Rädchen herbrachte. Man konnte es sogar in der rechten Höhe anbringen. Als Gewicht diente wie üblich ein Sandsack.

Am nächsten Tag ein offener Unterschenkelbruch. Der Patient ist beim Decken seines Grasdaches ausgerutscht und hinunter gefallen. Wir stellen das Bein durch eine Gipsschiene ruhig und geben Antibiotika, hoffend, dass es nicht zu einer Infektion kommt. Bis jetzt sieht es gut aus.

Vor einer Woche eine Frau mit einer großen Platzwunde am Kopf. Ihr eigener Sohn hatte ihr mit einem Kantholz auf den Kopf geschlagen, wütend darüber, dass die Mutter, als er von der Feldarbeit nach Haus kam, nur Reis gekocht hatte und kein „mboga“ (wie man hier jedwede Zukost nennt). Ich bin immer wieder erschüttert über die Brutalität, die ich hier oft sehe. Man sagte mir, dass neben Alkohol Drogen dabei eine Rolle spielen. Das sogenannte „bangi“ (wohl Haschisch) ist, obwohl streng verboten, für einen lächerlichen Betrag überall zu haben und wird nicht nur von den Jugendlichen geraucht.

Bei der Wundversorgung dieser Patientin stellte sich nun heraus, dass ein Knochenstück herausgesprengt war und auf das Gehirn drückte (eine sogenannte Impressionsfraktur). Um eine nachfolgende Epilepsie zu vermeiden, sollte man den eingedrückten Knochen wieder anheben und in den richtigen Patz bringen oder evtl. entfernen. Dazu haben wir weder das notwendige Instrumentarium noch die nötige Erfahrung. So haben wir die Patientin mit unserer altersschwachen Ambulanz nach Illembula gefahren. Schon am nächsten Tag kam sie zurück. Der Chirurg war auf Safari (das ist hier jede Reise) und der vertretende Assistent hatte sich da nicht herangetraut und lediglich die Wunde versorgt. Bis jetzt hat die Patientin weder Krämpfe noch Zeichen einer Infektion. Wir hoffen, dass es so bleibt.

Und so könnte ich die Reihe fortsetzen. Uns wird immer wieder bewusst, wie hilfreich ein Röntgengerät wäre, aber das steht noch weit unten auf unserer Wunschliste der notwendigen Anschaffungen und Erweiterungen.

10.2.2004

Ich will diesen Rundbrief zu Ende bringen. Aber ich möchte nicht dauernd etwas vom Krankenhaus schreiben, aber was soll ich tun? Seit nun schon fünf Wochen hat sich meine Welt auf diese knapp 500 Meter zwischen Krankenhaus und unserem Häuschen reduziert. Wir sind auch nicht einen Tag einmal hinaus gekommen.

Nachts wache ich auf, denke an diese oder jene Patienten, denen es einfach nicht besser gehen will, oder an das Kind, das immer noch Durchfall hat und erbricht. Und meist stellt sich dann heraus, dass eine HIV-Infektion die Patienten am Gesunden hindert.

Wir wissen auch gar nicht, wie es mit uns in allernächster Zeit weiter geht. Von Dr. Mwambola hatten wir lange nichts gehört. Gestern das erste Lebenszeichen nach langer Zeit mit der Mitteilung, dass er am 25.2. von Liverpool abfliegt. Wann er tatsächlich in Matema ankommt, ist noch ungewiss. Heinke kommt am 29.2. in Dar es Salaam an und wird wohl am nächsten oder übernächsten Tag hier sein. Vielleicht reicht uns die Zeit noch für ein paar Tage Urlaub in Malawi bevor wir nach Lugala ziehen.

Doch halt, ich kann doch noch etwas anderes erzählen. Manchmal sieht man in der Ferne über dem See riesige „Rauchwolken“. Wir haben die Leute hier gefragt und erzählt bekommen, dass es Schwärme von Millionen und Abermillionen kleiner harmloser Insekten seien. Gelegentlich kommt so ein Schwarm an Land, dringt in

jede Ritze ein, bedeckt jeden Ast und alles, was sich ihm entgegenstellt mit einer lebenden Schicht, die von den Einwohnern geborgen und zu einer Art Fladen verbacken und gegessen wird. Die Alten sagen, dass diese kleinen an Eintagsfliegen erinnernden Insekten von einem riesigen Fisch, der im See wohnt, ausgehustet werden. Die Jungen glauben das nicht so recht, können sich aber ihre Herkunft auch nicht erklären.

Die Insektenschwärme steigen jedenfalls aus dem See auf. Ich habe jetzt gelesen, dass es sich dabei um die sogenannte Seefliege handelt, deren Larven tagsüber in ca. 250 Meter Tiefe, geschützt von den gefräßigen Raubfischen, die sich in dieser Tiefe wegen des geringen Sauerstoffgehaltes des Wassers nicht aufhalten können, befinden. Nachts kommen die Larven in höhere Schichten, fressen tierisches Plankton und werden ihrerseits wieder von Fischen verspeist. So schließt sich der Kreis. Wohl zu ihrem Hochzeitsflug steigen die Fliegen wie in großen Wolken auf und werden manchmal vom Wind an Land geweht.

Vor zwei Wochen näherten sich zwei dieser Schwärme, begleitet von Tausenden von Schwalben, unserem Haus. Ein großartiges Schauspiel! Ich glaube, letztere brauchten nur den Schnabel aufzusperren und ein bisschen zu fliegen, um satt zu werden. Es gibt also doch ein Schlaraffenland, zumindest für Schwalben in Afrika.

Ps. Ab Anfang März werden wir in Lugala sein. Wir sind dann nicht mehr telefonisch erreichbar. Auch die e-Mail-Verbindung funktioniert nicht mehr. Aber es gibt dann immer noch die „Schneckenpost“. Das Postamt in Malinyi ist zwar aufgelöst, aber in Ifakara existiert ein Postfach. Der ehemalige Postbeamte von Malinyi fährt einmal pro Woche nach Ifakara, bringt die Post sogar ans Haus und erhält von den Empfängern einen kleinen Obolus. Das System funktioniert. Auf unsere Post kann man sich verlassen, wenn sie auch manchmal etwas Zeit braucht (so war ein Päckchen mit Weihnachtsgebäck genau 13 Monate unterwegs!).

Hier nun unsere neue Anschrift:

Hanna und Bruno Runge  
Lugala-Hospital  
Box Malinyi -Ifakara  
Tanzania