

42. Rundbrief

Itete 10.2.2009

Es regnet viel, heftig und ausdauernd, und nun schon seit einer Woche. Mehr als im Februar hier in Itete zu erwarten ist, und mehr auch, als es sich die Leute hier wünschen. Es wäre Zeit für die Bohnenernte, aber die Schoten faulen an den Sträuchern. Dem Mais dagegen tut die Feuchtigkeit gut. Er steht prächtig, anders als in der sonst vom Regen reichlichst bedachten Gegend um Tukuyu, die wir vor einer guten Woche passierten. Da war es ungewöhnlich trocken, und der Mais stand kümmerlich. Der sonst so stete Wechsel der Jahres-, das heißt der Regenzeiten, der das Leben und die Arbeit bestimmt, ist in den letzten Jahren irgendwie durcheinander gekommen. Man weiß nicht, wann man das Feld bestellen soll, um eine gute Ernte einholen zu können.

In Isoko ist man dazu übergegangen, in der Regenzeit Stangenbohnen anzubauen und die niederen Sträucherbohnen nur in den trockneren Monaten zu pflanzen. Hier ist das Land nicht so dicht besiedelt, die Felder sind größer, und man wählt Anbaumethoden, die nicht ganz so arbeitsintensiv sind. Aber irgendwann wird man sich auch hier auf den Klimawandel einstellen müssen.

Auch wir haben uns umgestellt. Die nachmittäglichen kleinen Wanderungen sind ausgefallen. Bei den tropischen Güssen schützt auch ein Regenschirm nicht, und die Wege sind seifenglatt. Und so sitzen wir nachmittags, wenn die Arbeit getan ist, auf der überdachten Terrasse und schauen in das weite Tal, während der Regen auf das Blechdach prasselt. Hanna oft ein Heft mit Sudoku auf dem Schoß, ich mit einem Buch. Und wenn mir der Lesestoff ausgeht, was inzwischen der Fall ist, lese ich, was ich selbst geschrieben habe. Ich erinnere mich an alle Begebenheiten, und ich bin froh, dass ich vieles aufgezeichnet habe. Schreiben ist ein Kampf gegen das Vergessen, und den kann man sogar gewinnen. -

Das Hospital ist nicht voll belegt. Auf der Männerstation ein junger Mann mit einer Halbseitenlähmung. Die Ursache kennen wir nicht. Der Blutdruck ist normal, der Patient hat keine Herzrhythmusstörungen und kein Herzgeräusch, und der Schnelltest auf eine HIV-Infektion verlief negativ. Hat er eine angeborene Fettstoffwechselstörung? Oder gibt es einen Grund für eine Hirnblutung? Oder hat er einen Hirntumor, der sonst keine Symptome macht? Ich weiß es nicht, und man wird es hier auch sicher nicht erfahren können. Eine durchgeführte Lumbalpunktion war unauffällig. Aber wichtiger, als die verständliche ärztliche Neugier ist die Sorge um das Schicksal des jungen Mannes. Die Lähmung ist jetzt zwei Wochen alt und zeigt nur geringe Rückbildungstendenz. Wird die Wiederherstellung so weit gehen, dass er selbst mit seinem Leben zurechtkommt, sich ernähren kann? Heute hat er sich zum ersten Mal allein aufgesetzt, und das gibt uns Hoffnung.

Sein Bettnachbar macht uns noch mehr Sorgen. Er ist vor drei Wochen vom Dach gestürzt und hat seither eine Querschnittslähmung. Er liegt ganz gelassen im Bett, fast vergnügt. Sicher ist er sich über die Folgen der Verletzung nicht im klaren, und über sein weiteres Leben hat er sich keine Gedanken gemacht. Vom Krankenhaus wird erwartet, dass man gesund wieder nach Hause geht, wenn man nicht gerade verzaubert ist. Vielleicht hat dieser für uns schwer nachvollziehbare Fatalismus auch seine guten Seiten. Es würde überhaupt nichts ändern, wenn sich der Patient Sorgen machte. Aber objektiv ist es trostlos. Es gibt im Land keine Klinik für eine Rehabilitation, es gibt keine staatliche Unterstützung, und mit den Hilfsmitteln, die die Behinderung etwas erleichtern, sieht es auch nicht rosig aus.

Im Zimmer ein weiterer „Dauergast“. Ihm hat ein Krokodil beim Fischen den linken Oberarm zerfetzt. Den offenen Bruch hat man hier durch zwei Nägel notdürftig stabilisiert. Aber die Wunde eitert und die Knochen liegen frei. Und was noch schlimmer ist, durch die Verletzung ist es zu einer Nervenschädigung gekommen. Die Verletzung ist schon mehr als drei Monate alt. Der Arm hängt schlaff herunter. Lediglich die Finger kann er jetzt etwas rühren. An der anderen Hand war der Daumen verletzt und ist jetzt steif. So gut, wie bei dem mit Krokodilbiss in Matema behandelten Patienten (siehe Rundbrief Nr. 32), wird es sicher nicht ausgehen. Bei letzterem kam es schließlich zur vollständigen Heilung. Hier ist die Verletzung zu schwer.

Zudem gibt's in Itete keinen Diakoniefond. Daraus können in Matema Patienten, die sehr lange im Hospital verweilen müssen, bei der Nahrungsbeschaffung und bei den Krankenhauskosten unterstützt werden. Da dies in Itete nicht möglich ist, führt eine lange Krankheitsdauer hier noch früher zu einer Verarmung der Familie.

Vor ein paar Tagen kam ein 65jähriger Patient mit einer schweren Knieverletzung zu uns. Er war gestürzt, und wir dachten zunächst an eine Fraktur. Nun aber ist die Schwellung zurückgegangen. Die starken Schmerzen haben sich vermindert. Obwohl wir z. Zt. kein Röntgenbild anfertigen können, da das Gerät nicht funktioniert, schließen wir einen Bruch aus. Soweit ein Routinefall, von dem es nicht zu berichten lohnt.

Dann aber seine Geschichte, die mich doch nachdenklich stimmt: Der Patient hat, unabhängig von dieser Verletzung, einen Verband am Unterschenkel. Als wir ihn öffnen, ist eine Metallplatte zu sehen, die auf den Schienbeinknochen aufgeschraubt ist. Und es eitert. Eine Knochenmarkseiterung nach einem operativ versorgten Unterschenkelbruch. Die Fraktur zog sich der Patient vor einem Jahr in Dar es Salaam zu, als er seine dort wohnende Tochter besuchte. Er wurde zunächst in ein kleineres Krankenhaus gebracht, von da in das Muhimbili-Hospital, der Universitätsklinik des Landes, verlegt. Dort sagte man ihm, der Bruch müsse operiert werden. Sie würden aber erst ans Werk gehen, wenn eine Vorauszahlung von einer Million TSH (das entspricht etwa 600 €) geleistet würde. Diese hohe und unberechtigt geforderte Summe konnte die Familie nicht aufbringen, und so wurde der Patient mit einem Notgips, ohne dass der Bruch überhaupt eingerichtet wurde, auf die 1000 km lange Busfahrt geschickt. So kam er vor einem Jahr in unserem Hospital an. Hier gelang es nicht, eine befriedigende Stellung der Knochenfragmente zu erreichen, und es erfolgte eine Verlegung in das Überweisungskrankenhaus nach Mbeya, wo ein orthopädischer Chirurg arbeitet. Aber auch er wollte erst Geld sehen, und es dauerte eine weitere Woche, bis die Familie die geforderten 300.000 TSH zusammen hatte und der Patient operiert wurde. Ja, und dann kam es nach der Operation dieser (geschlossenen!) Fraktur zu einer Wundinfektion, an deren Folgen er immer noch leidet. Der Bruch ist fest verheilt. Wir wollen morgen die Platte entfernen und hoffen, dass dann die Knochenmarksentzündung ausgeheilt werden kann.

Das ist unsere Situation hier auf dem Lande. Es gibt inzwischen Spezialisten in den größeren staatlichen Häusern, aber ihre ethische Qualität hinkt leider ihrem fachlichen Können hinterher. Das wissen auch die Patienten und lassen sich selten zu einer an sich notwendigen Verlegung bewegen. Schon aus diesem Grunde sind die heute in ihrer Existenz bedrohten kirchlichen Hospitäler auf dem Lande notwendig. Sie sind das ärztliche Gewissen, denn Bestechungen dürften hier die Ausnahme sein.

Einen 50jährigen Patienten aus dem Nachbarzimmer konnten wir heute gesund entlassen. Er wollte sich mit Rattengift das Leben nehmen, als er hörte, dass seine Tochter, die eine Oberschule besucht, schwanger geworden ist.

Die Mädchen werden, sobald die Schwangerschaft bekannt wird, von der Schule verwiesen. Die Familie hat oft sehr viel aufgebracht, um den Schulbesuch zu ermöglichen. Vielleicht war das Vorankommen des Kindes sein wichtigstes Ziel, so dass diese Kurzschlussreaktion verständlich ist.

Er hatte zum Glück erbrochen, und es gelang uns, ihn über die bedrohlichen Tage hinwegzubringen. Heute wirkte er optimistisch. - Ein werdendes Leben ist nie eine Katastrophe.

Das weitere Krankengut unterscheidet sich wenig vom gewohnten. Malaria, Lungenentzündungen, Durchfallserkrankungen und immer wieder Aids.

Die HIV-Durchseuchung scheint hier noch größer als in Matema zu sein. Man kann sie abschätzen, indem man die Ergebnisse der HIV-Schnellteste der blutspendenden Angehörigen vergleicht. Der Test sagt im Einzelfall nichts Sicheres über eine stattgehabte Infektion aus, denn er ist in fünf Prozent der Fälle falsch positiv. Er gibt jedoch einen guten Anhaltspunkt über die Gesamtsituation, da es sich bei den Spendern um gesund aussehende, meist jüngere Erwachsene handelt, vom Alter her eine Risikogruppe.

In Matema müssen wir 25 - 27% der Spender ausschließen, da sie wahrscheinlich HIV infiziert sind, hier in Itete seien es sogar 40 %.

Das heißt, fast jeder zweite trägt den tödlichen Keim in sich. Eine antiretrovirale Therapie, die die Erkrankung an der Wurzel packt, aber lebenslang durchgeführt werden muss, ist in Itete bislang noch nicht etabliert. Die Patienten müssen nach Tukuyu (35 km von hier) gebracht werden. Nur dort bekommen sie die Tabletten kostenfrei. Die Beratungen und Laboruntersuchungen sind aufwendig. Im Allgemeinen müssen die Patienten dort wiederholt erscheinen, erst beim dritten Kontakt wird mit der Behandlung begonnen. Diese umständlich erscheinende Prozedur ist vorgeschrieben. Man will sichern,

dass nur solche Patienten behandelt werden, die willens und zuverlässig sind, die Therapie lebenslang durchzuführen.

Obwohl unser Krankenwagen jeden Montag eine Fahrt in das Kreiskrankenhaus durchführt, klappt die Organisation nur unzureichend. Oft versäumen die Patienten die zweite oder dritte Vorstellung oder sind zu schwach für den Transport. Manche sterben schon, bevor mit der Therapie begonnen wurde. Und das belastet uns, denn manchmal ist auch in hoffnungslos erscheinenden Fällen noch Hilfe möglich.

Richtig wäre es, hier in Itete ein Zentrum für die Behandlung Aidskranker aufzubauen. Geplant ist es, wie ich hörte, und die dafür nötige personelle Infrastruktur ist auch vorhanden. Hier gibt es sehr erfahrene und auch motivierte Mitarbeiter. Allerdings müsste die Finanzierung dieser Arbeit sichergestellt werden. In Matema fließt ein Großteil der Mittel in die Beratung und Betreuung der Aidskranken. Itete könnte sich dies zur Zeit gar nicht leisten, denn Spenden sind hier deutlich rarer. Weiterhin müsste das Labor aufgerüstet werden. Ein Gerät zur Zählung der Helferzellen ist dem Hospital versprochen worden, wurde aber von der Errichtung eines Gebäudes für die Arbeit abhängig gemacht.

Gleich hinter dem Eingangstor liegt ein großer Haufen Natursteine, bestimmt für das Fundament dieses Gebäudes. Er liegt schon eine ganze Weile da. Aber immerhin, der Anfang ist gemacht, und es könnte weitergehen. - Selbst ein Steinhaufen gibt Hoffnung.

Die Kinderstation ist praktisch nur durch eine Erkrankung bestimmt, die tropische Malaria. Die kleinen Patienten kommen oft in einem bedrohlichen Zustand zu uns. Hochfieberhaft und extrem blutarm, die Malariaerreger haben die roten Blutkörperchen zerstört. Hier kann manchmal nur eine Bluttransfusion das Leben retten. Aber eine Blutübertragung ist in Afrika auch nicht problemlos. Als Spender kommen bei uns Angehörige in Frage, bei denen vorher ein Schnelltest auf Hepatitis B und Aids durchgeführt wird. Die uns zur Verfügung stehenden Tests lassen eine HIV-Infektion erst erkennen, wenn Antikörper gebildet sind, also frühestens acht Wochen nach einer Ansteckung. Aber schon vorher ist der Spender infektiös. Dieses Zeitfenster können wir hier nicht schließen. Das Restrisiko müssen wir eingehen, um das Leben des erkrankten Kindes zu retten.

Ich arbeite gern auf der Kinderstation. Die meisten, auch schwerstkranken, Kinder genesen und können bereits nach drei Tagen nach Hause gehen und dort die Therapie zu Ende führen.

Es gibt Probleme, aber man sieht auch Fortschritte. Insbesondere ist die Kindervorsorge gut organisiert und wird von den Müttern wahrgenommen. Die Kinder sind im allgemeinen durchgeimpft. Die Zeiten vor der Einführung der Masernlebendimpfung, in denen wir viele Kinder an dieser in Europa als harmlos angesehenen Infektion verloren haben, sind vorbei. Ob man irgendeinmal einen Impfstoff gegen Malaria und gegen Aids findet? Man arbeitet ja daran, aber ich fürchte, der Weg ist noch weit, und es werden bis dahin noch viele Menschen an diesen beiden Krankheiten sterben. Viel zu viele!

Matema 1.3.2009

Unser unstetes Leben brachte uns nach Matema zurück. Hermann Hausmann, ein Elektroingenieur aus dem Schwäbischen, hat die Erweiterung der Solaranlage des Hospitals installiert. Jetzt können wir auch ohne Generatorstrom operieren. Nur zum Sterilisieren müssen wir den Generator, den Hermann im letzten Jahr für uns ersteigert und umgerüstet hat, anwerfen. Ich habe dabei als Übersetzer für unsere tüchtigen, aber der englischen Sprache nicht mächtigen Handwerker fungiert und ansonsten ein schlaues Gesicht gemacht. In zwei Wochen werden wir nach Hause fliegen. Wie es weiter geht? Man sagt: "Afrika hasst man oder man kommt immer wieder". Wir hassen es nicht!