

Erfahrungsbericht für GeSRU über den Einsatz für „Die Ärzte für Afrika“ vom 17.11.2016 – 03.12.2016

Catholic Hospital Battor, Volta Region, Ghana

Dr. Herbert Griesbaum, M. Boecker

Anreise nach Accra:

Wir fliegen am Vormittag am 17.11. gemeinsam von Frankfurt zunächst nach Amsterdam und von dort nach kurzer Wartezeit weiter nach Accra (Hauptstadt von Ghana). Falls es vorher nicht zeitlich geklappt hat, können Risikobereite für 150 US-Dollar auch vor Ort ein Sofortvisum erstehen. Eine Gelbfieberimpfung ist auch hierfür natürlich erforderlich und wird noch vor der Warteschlange zur Passkontrolle kontrolliert. Außerdem wird per Wärmebildkamera das Gesicht jedes Einreisenden auf einen akuten Infekt überprüft. 3 Meter nach der offiziellen Passkontrolle bauen sich Soldaten vor uns auf und kontrollieren erneut unsere Reisepässe. Vor dem Verlassen der Gepäckabfertigung wird noch per Gepäcknachweis kontrolliert, ob es wirklich unser Gepäck ist, aber zum Glück hat Herbert dann meinen und ich seinen Nachweis und wir dürfen endlich den Flughafen mit Gepäck verlassen. Der versprochene Fahrer des ERATA-Hotels ist leider weit und breit nicht zu sehen, aber in Erwartung eines Dollar-Obolus wird uns hilfsbereit angeboten, den Fahrer direkt anzurufen. Nach zweimal 10 Minuten, unterbrochen von einem weiteren Telefonat werden wir endlich vom offiziellen ERATA-Fahrer ins Hotel gebracht. Abends gibt es noch ein kleines Getränk an der Bar, und wir gehen zeitig schlafen. Willkommen in Afrika.

Von Accra nach Battor:

Unser Fahrer, Tuna, aus dem Catholic Hospital Battor steht schon bereit und bringt uns in einem jüngeren Geländewagen zunächst zu den Handmaid-Nonnen, die die Gerätschaften der DÄFA in Accra verwahren. Wir suchen zwei Bundeswehrkisten mit endoskopischem Instrumentarium aus, die im Laufe des Tages von einem weiteren Fahrer abgeholt werden, und nehmen ein tragbares Ultraschallgerät mit. Wir kaufen noch etwas Wasser für die Fahrt und tauschen Euros in Cedis. Kaum kommt das Auto im zähfließenden Verkehr zu stehen, bieten Straßenverkäufer ihre auf dem Kopf transportierten Waren feil. Je weiter wir die Hauptstadt verlassen, desto schlechter werden, desto mehr Schlaglöcher haben die Straßen. Zum Glück ist der Wagen gut in Schuss und hat eine Klimaanlage. Die Landschaft wird immer savannenartiger, ab und an ziehen sich kleine Dörfer entlang der Hauptstraße mit kleinen Verkaufsläden und immer wieder halb fertig gebauten Bauruinen.

Tunas Bruder besorgt uns eine ghanaische SIM-Karte, die nach einer Stunde Probieren und der Hilfe eines weiteren MNT-Mobilfunk-Vertreters vor Ort aktiviert werden kann.

Catholic Hospital Battor:

Im Krankenhaus erwartet uns bereits Doris, die Haushälterin des Guesthouses, mit Kartoffeln und „Fleischpflanzerln“ mit scharfer roter Soße, dazu Gurkensalat sowie Papaya als Nachspeise. Auch



Abbildung 1: Straßenverkäufer nahe Accra

die nächsten Tage werden wir sehr europäisch bekocht – 10 Jahre lebte hier ein niederländisches Ehepaar (Chirurg und Pflegerin) und das Krankenhaus wurde viele Jahrzehnte von deutschen Schwestern geführt.



Abbildung 3: Catholic Hospital Battor, rechts „male ward“, links teile des „outpatient department“ und dahinter der OP



Abbildung 2: Fischverkäuferin auf dem Wochenmarkt

Danach stellen wir uns dem ärztlichen Direktor, Dr. Salomon Brookman, und dem Verwaltungschef, Mr. Donatus, vor. Nachmittags geht es kurz auf den Markt (bunte Stoffe wohin man auch schaut, Schuhe, Kleidung, Kleinkram und natürlich viele Nahrungsmittel; eine Ecke, bei der man schon am Geruch erkennt, dass hier gebratene Fische verkauft werden (es gibt auf dem Markt keine Kühlschränke!), bevor endlich die Bundeswehrkisten aus der Hauptstadt kommen. Um 19:00 Uhr sind wir mit dem Sichten und Sortieren der endoskopischen Instrumente fertig und treffen beim Abendessen im Gästehaus das o.g. holländische Pärchen, das gerade ein paar Tage zu Besuch hier ist und einen deutschen Internisten, der die Endoskopie des Magendarmtrakts bis zur ERCP hier für die Rotarier aufbaut. Jeder von uns hat im Guesthouse einen eigenen Raum mit eigener Dusche, eigener Toilette mit Anschluss an eine Art Kanalisation, sowie Deckenventilator. Auch hier wird uns also die Eingewöhnung leicht gemacht und wir freuen uns über den Luxus.

Screening:

Am Folgetag, also Samstag, beginnen wir um 8:00 Uhr im Outpatient-Department mit dem Screening der Patienten. Herbert und ich sitzen uns an einem kleinen Schreibtisch gegenüber und neben uns, jeweils Rücken an Rücken, je ein Patient. Ein Angehöriger kann noch daneben stehen und Übersetzen helfen, aber die meisten Patienten sprechen ausreichend bis sehr gut Englisch. Im gleichen Zimmer, welches nicht größer als 18 qm ist, sitzen an einem weiteren Schreibtisch zwei einheimische, junge Residents der Klinik, die den OP-Plan für uns organisieren, nachdem wir die Therapie besprochen haben. Es sind also gut und gerne zeitgleich bis zu 12 Personen (davon bis 7-8 Patienten mit Angehörigen) in dem kleinen Zimmer! Ebenso in diesem Zimmer ist durch einen verschiebbaren Raumtrenner aus Stoff eine Liege nebst Ultraschallgerät mit Linear-, Abdominal- und sogar Transrektal-Kopf. Ob dafür Fingerlinge existieren, wissen wir nicht und begnügen uns aus Zeitgründen mit der transabdominellen Prostatavolumenbestimmung. Ultraschallgel und eine Küchenrolle zum Gelabwischen sind vorhanden. Ein Tragenbezug ist nicht vorhanden, jeder Patient legt sich also teils auch nackt auf die gleiche Fläche. Herbert ist natürlich viel schneller als ich und untersucht rund 65 Patienten, zusammen sehen wir gut 100 Patienten. Für die nächsten 9 OP-Tage schreiben die Residents für uns 68 Patienten auf den Plan. Da wir nur zu zweit sind und ich noch Assistenzarzt im dritten Jahr bin, müssen wir einige Wenige aus Kapazitätsgründen auf die nächsten urologischen Kollegen vertrösten.

Auch in den Folgetagen wird uns immer mal wieder zur Visite ein ambulanter Patient vorgestellt. Es sind Patienten dabei, denen wir eine Operation empfehlen, manche können vom nächsten Team erneut kontrolliert werden, es gibt jedoch leider auch a.e. infauste Prognosen: bei ständigem Harndrang und Unterbauchschmerzen zeigt ein Patient sonographisch eine riesige Raumforderung,

die wahrscheinlich von der Prostata ausgeht, mit Durchbruch der Blasenwand nach kranial und beidseitiger Hydronephrose III.

Tagesablauf & Operationen:

Unter *Tabelle 1* ist eine kleine Übersichtstabelle über unsere geplanten und tatsächlich durchgeführten Operationen zu finden. Man sieht, dass Operationen der Prostata im Vordergrund stehen. Manche Patienten haben seit 3 Jahren einen DK, es gibt keinerlei Versorgung mit alpha-Blockern oder Reduktasehemmern, keinerlei Auslassversuche.

Ein durchschnittlicher Tag begann für uns um 4:30 Uhr mit einer dorfwerten Lautsprecherbesprechung mit „public announcements“. Nach ein wenig Dösen trafen wir uns um 7:00 Uhr zur Frühvisite, bei der wir so gut wie immer Hilfe von einem einheimischen, chirurgischen Resident (Dr. Manu) hatten. Danach gab es einen kurzen Planungs-Abstecker in den OP und anschließend Frühstück, bevor wir ab 8:00 Uhr in den OP sind. Wir hatten zwei Tische, die in einem Saal nur durch eine Art Duschvorhang getrennt waren. Manchmal haben wir an beiden Tischen operiert und

Operation:	Geplant	Operiert
Hydrezeleresektion	1	1
Orchiektomie	7	4
Pr-Biopsie	4	5
Sectio alta	1	1
Skrotalabszess	0	1
Transvesikale PrE	27	20
TUR-B	1	2
TUR-P	18	14
UT externa	2	1
UT interna	6	8
Zystoskopie	1	0
Summe:	68	57

Tabelle 1: OP-Übersicht



Abbildung 4: Herbert operiert gleich den nächsten Patienten, ich bin im "Rückzug" bei einer Transvesikalen



Abbildung 5: Die Prostata wurde gerade „offen“ entfernt

zeitlich wurde noch ein Neugeborenes auf einer Liege im gleichen Raum versorgt. Immerhin kurze Kommunikationswege..

Ich habe, nach einer Anlernphase durch Herbert, meist mit einer transvesikalen Prostatektomie begonnen und Herbert in der Zwischenzeit endoskopisch operiert oder kleine Eingriffe offen durchgeführt. Operativ assistiert wurde uns von der OP-Pflege. Zwischen Herberts eigenen Eingriffen haben wir zusammen die tatsächliche Prostatektomie durchgeführt, deren Ende konnte ich wieder mit der Hilfe des OP-Pflegers durchführen.

Es existiert zwar in Battor eine Chirurgie und eine Geburtshilfe, bzw. Gynäkologie, jedoch gibt es keine Anästhesisten oder gar eine Intensivstation. Und auch keine Innere Medizin! Wir haben durchgehend in Spinalanästhesie operiert, die von Anästhesie-Pflegern durchgeführt wurde.



Abbildung 6: "Dr. Herbert" und Dr. Manu bei Visite

Die Patienten waren also idR wach, und haben uns beim Abtreten, d.h. noch während der Hautnaht durch die OP-Pflege (!) gedankt und uns gesegnet. Die Spinalanästhesie ist übrigens in rund 10 Minuten erledigt.

An manchen Tagen hatten wir mit 10 Eingriffen ein volles Programm und bis 16:30 ohne (Mittags-)Pause gearbeitet. Eine weitere transvesikale Prostatektomie mussten wir aus Zeitgründen absetzen. Aber da manche Patienten aus verschiedenen Gründen nicht erschienen sind, gab es auch Tage mit wenigen Eingriffen, zweimal z.B. nur 3 Eingriffe. Wir haben gehört, dass leider oft die Bezahlung des Krankenhauses eine zu große Hürde war und die Patienten daher nicht erschienen sind. Ein anderer Patient tauchte einen Tag später auf und sagte, sein Arbeitgeber hätte ihm nicht freigegeben. Das ist alles natürlich sehr traurig.

An Tagen mit kürzerem OP-Programm haben wir die Nachmittage meist genutzt, um auf den Markt zu gehen, ein wenig unser Dorf zu erkunden und uns eine Erfrischungscola zu gönnen. Um 17:00 Uhr trafen wir uns zur Abendvisite, auch hier meist mit Unterstützung eines Residents, der uns immer mehr helfen konnten. Wie wir erst im Verlauf erfahren haben, können Orchiektomien auch durch die chirurgischen Residents vor Ort operiert werden, sodass wir diese Eingriffe, hier BTO, also bilaterale Orchiektomien genannt, selbstständig reduzierten, um dafür noch andere Nachrücker auf den OP-Plan zu nehmen.

Es gibt präoperativ weder Resistenzbestimmung, EKG, noch Gerinnungsdiagnostik! Diese kann vor Ort einfach nicht durchgeführt werden. Eine Überwachung während der OP erfolgt durch nicht-blutige Blutdruckmessung, Sauerstoffsättigung und Atemfrequenzkontrolle. Das wichtigste (es scheint, leider neben einer erfolgten Bezahlung und dem Vorhandensein von Erythrozytenkonzentraten) OP-Kriterium ist der Hb-Wert. Einer von Herberts Patienten wurde nach der Spinalanästhesie zunehmend luftnötig und auf die Frage, ob eine kardiale Vorerkrankung o. Ä. bekannt sei, lautete die Antwort nur: „Hb is good“. Glücklicherweise konnte dann auch dieser Patient mit etwas Sauerstoff erfolgreich operiert werden.

Ein weiterer Patient, der bereits die Spinalanästhesie erhalten hatte, wurde von uns wieder abgesetzt, da uns sein Hb, unter 8, für eine offenen Prostatektomie nicht ausreicht. Es erfolgten dann über die nächsten Tage 3 EK-Gaben (die Angehörigen müssen spenden!) und anschließend lag der Patient ohne weitere Hb-Kontrolle wieder auf dem Tisch...



Abbildung 7: Ein Stein als unkonventionelle Lösung für "Bitte Zug auf den Katheter"

Obwohl es keine präoperative Resistenzbestimmung gab und nur intraoperativ bei den größeren Operationen Gentamycin appliziert wurde, hatten wir nur 1-2 postoperative Infekte, die dann erfolgreich empirisch mit Ciprofloxacin behandelt werden konnten.

Ein Patient zeigte nach einer TUR-Prostata abends Anzeichen für ein TUR-Syndrom. Eine Elektrolytbestimmung sei zwar machbar, wurde uns gesagt, nur eben nicht mehr an diesem Tag. Am nächsten Tag könne Blut abgenommen und eingeschickt werden. Hier half eine probatorische Diuretika-Gabe, sodass wir bei klinischer Besserung auf die Elektrolytbestimmung verzichteten – diese hätte der Patient, wie alles, extra bezahlen müssen.

Bei einem Patienten, mit Blasenkrämpfen nach Transvesikaler vom gleichen Tag, entschieden wir uns in der Abendvisite auf Grund frischer Blutung, die auch unter manueller, intensiver Spülung nicht aufklarte, zur Revision. Diese konnten wir bereits keine 20 Minuten später beginnen. Es wurde eine große Tamponade ausgeräumt, und nach erneuter Logennaht konnten wir abends guten Gewissens schlafen. Während der Revision wird am Nachbartisch (im gleichen Saal) eine Patientin operiert und es brennt (!) kurzzeitig etwas auf der Patientin, bzw. die Patientin brennt!

Wahrscheinlich die allzeit zur Desinfektion benutzte Alkohollösung im Zusammenspiel mit Diathermie... Zum Glück kann die Flamme schnell gelöscht werden und beide Operationen werden erfolgreich durchgeführt.

Auch Stromausfälle kommen immer mal vor – und dann ist es während der OP dunkel! Der Verein, „Die Ärzte für Afrika“, hat zwar eine Notstromversorgung für die Narkose-Überwachung geschaffen, das Licht ist daran aber nicht angeschlossen und so muss man ein paar Momente warten und dann geht es weiter. Das ununterbrochene, synchrone Piepsen des (Patienten-)Puls beruhigt. Wir wurde von den Stromausfällen eher verschont, vielleicht gab es mal einen Vormittag mit 4 „Dunkelheiten“, aber auf Stirnlampen konnten wir verzichten.

Freizeitprogramm

Den ersten Sonntag nach dem Screening hatten wir komplett zur freien Verfügung und das zweite Wochenende jeweils nach der Morgenvisite. Tuna, der uns bereits aus Accra abgeholt hatte, wurde uns, auf unsere Bitte hin, nach Verfügbarkeit, als Fahrer zugewiesen und so konnten wir zumindest an den beiden Sonntagen zwei Touren unternehmen.

An den Nachmittagen, nach Beendigung des OP-Programms und vor Visite, gehen wir meist durch Battor. Das Leben der Menschen findet vor allem auf der Straße statt. Sobald man die staubige Hauptstraße verlässt, gibt es oft nur noch kleine Wege, oder man läuft gleich durch Innenhöfe, in denen Kinder spielen oder Familien essen. Von kleinen Kindern wird uns oft „Yavu, yavu“, also „weißer Mann“ hinterhergerufen und nach Hin-und-Herwinken freuen sich alle Beteiligten. Auch als wir vor einem Platzregen bei einer Schule Unterschlupf suchen, sind die Schulkinder aus dem Häuschen „weiße Männer“ zu treffen.



Abbildung 9: Fröhliche Schulkinder



Abbildung 8: Familie beim Essen in ihrem "Wohnzimmer"

Durchweg alle Menschen, die wir treffen, sind guter Dinge, lachen viel und auch kleinste „Konflikte“ (Preis zu hoch auf dem Markt oä.) lassen sich mit einem Lachen schnell beseitigen.



Abbildung 10: Lehmhäuser und gemauerte Häuser wechseln sich ab



Abbildung 11: Marktszene in Battor

Am ersten Sonntag fahren wir auf eine Cola in ein Luxus-Resort, danach weiter zu einem Naturschutz-Reservat und wandern anschließend mit einem Guide eine knappe Stunde durch die Wildnis. Er erklärt uns viele Pflanzen, die Nützlichkeit des palm-trees (Blätter: Tee oder Besen; Stängel: Baumaterial, usw.), und wir sehen große ungiftige und kleine giftigere Spinnen („tiger-spider“). Große Tiere sind bei dem hohen Gras leider nur in der Früh und Abends an einer Trinkstelle zu sehen...

Weiter geht's mit Tuna zu einem Monkey-Refugium, wo die Tiere handzahn geworden sind und Bananen aus der (Menschen-)Hand essen.



Abbildung 12: Wanderung durch's Reservat

Am zweiten Sonntag besuchen wir zuerst einen ghanaischen Gottesdienst und fahren dann zu einem Kunstmarkt und der angeblich ältesten Kakao-Plantage Ghanas. Die reife Kakao-Frucht schmeckt süß, die Bohne selbst, wie erwartet, bitter. Weiter geht's zum Akosombe-Staudamm, wo wir am Volta-Ufer mal wieder Tulapia (Fisch) mit Maniok oder Fufu essen.

Der letzte Freitag ist kein OP-Tag, da wir zum einen vor der Abreise operativ keine Risiken eingehen möchten, und zum anderen Zeit brauchen, um das endoskopische Equipment zu säubern und gut in die Bundeswehrkisten zu verpacken, auf dass das nächste Team die Kisten in der Hauptstadt wieder für ihren Einsatz mitnehmen kann.

Am Samstag, unserem Abflugtag, können wir vormittags noch einen großen Markt in der Hauptstadt besichtigen, bevor uns Tuna viel zu früh zum Flughafen bringt und wir noch ein paar Stunden absitzen, bevor es über die Nacht zurück nach Europa geht.



Abbildung 13: Marktszene in Accra

Leider konnten wir aus Zeitgründen (Visite ruft) nicht nach „Cape Coast“, dazu müsste man vielleicht noch ein bis zwei Tage privat dran hängen – beim nächsten Mal!