

Miriam Ruth Schäfer

Erfahrungsbericht

Famulatur im Zentralkrankenhaus Zomba, Malawi

Miriam Schäfer

Zeitraum: 27.7.-28.8.2015

Vorbereitungen

Famulaturplatz

Schon vor Beginn meines Medizinstudiums interessierte es mich, die Medizin anderer Länder kennenzulernen. Nach meinem Abitur sammelte ich auf dem südamerikanischen Kontinent medizinische Eindrücke während meiner viermonatigen Pflegepraktika. Nach Abschluss meines ersten Staatsexamen im Herbst 2014 begann ich mich für einen Famulaturplatz im Ausland zu bewerben.

Die Friedrich-Schiller Universität unterhält einen engen Kontakt zu einem Zentral-krankenhaus in Malawi und es arbeiten regelmäßig Studenten und Ärzte aus Deutschland in diesem Krankenhaus. Aus dieser Kooperation heraus hat sich ein Verein gegründet, der das dortige Krankenhaus mit medizinischen und technischen Gütern, sowie Weiterbildungen unterstützt. Bei einem Vereinstreffen in Jena erhielt ich viele Erfahrungsberichte von Studenten und Ärzten, die dort einige Zeit verbracht hatten. Die persönlichen Berichte über Kultur, Gesundheitszustände, Armut und das Land, entfachten mein Interesse für meine endgültige Famulaturwahl. Die Zusage des Vereins erhielt ich sehr zügig, doch schon bei der Vorbereitung kam ich in Kontakt mit der afrikanischen Kultur. Vorab erhielt ich kein Dokument über eine Zusage des Famulaturplatzes; ich sollte es mir vor Ort einholen.

Vor Ort

Unterkunft, Sprache, Kultur

In Zomba gab es die Möglichkeit in den Wohnheimen der Krankenschwestern unterzukommen. Es handelte sich um einen Campus mit einer Art Mensa direkt neben dem Krankenhaus. Die Zimmer waren bescheiden, aber es gab Elektrizität und fließendes Wasser. Es erforderte allerdings am Anfang Einiges an Umstellung, sich mit einem kalten Eimer Wasser zu waschen. Wäsche waschen bedeutete einen hohen Zeitaufwand und musste meistens bei Tageslicht beendet sein. Nur innerhalb der Wohnzimmer gab es abends Licht, das Wäsche waschen war in diesen Räumen allerdings untersagt.

Auch die sprachlichen und kulturellen Barrieren gestalteten mir die Eingewöhnungsphase schwierig. Ein allgegenwärtiges Thema in Malawi ist die Armut. Das Land gehört zu den acht ärmsten Ländern der Welt und ca. dreiviertel der Bevölkerung leben von weniger als 1 Dollar pro Tag. Die volkswirtschaftliche Lage ist zudem stark abhängig von Wetterbedingungen und dem Ertrag an Agrargütern. Die Armut erlebte ich in den folgenden Wochen immer wieder, sowohl während des Reisens, als auch im Krankenhaus und im Alltag.

Zentralkrankenhaus Zomba und Gesundheitssystem

Das Zomba-Central-Hospital besitzt vier große Abteilungen (Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Chirurgie) mit rund 400 Betten. Es gehört zu den vier großen Zentralkrankenhäusern des Landes und dient ca. 2 Millionen Menschen im Umkreis als einziges Referenzkrankenhaus. Neben den großen Zentralkrankenhäusern, gibt es noch kleinere Distriktkrankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, sodass flächendeckend eine schnellere Gesundheitsversorgung möglich ist. Trotzdem existieren viele Engpässe durch überbelegte Stationen, mangelhafte technische Ausstattung, wenig ausgebildetes und unterbezahltes Personal und fehlende Medikamente. Ein großes Problem in Malawi ist zudem die hohe AIDS-Rate von 11,9%, wobei diese wahrscheinlich noch erheblich höher ist,

denn die Bevölkerung des Landes kommt nur in den äußersten Notsituationen in die Zentralkrankenhäuser. Die Behandlung von HIV wird aber von Dignitas getragen, wenn der Patient oder die Patientin dies bewilligt. Die Säuglingssterblichkeit betrug 2013: 66 pro 1000 Geburten und die Müttersterblichkeit: 2013 1100 pro 100.000 (hierzu später mehr Informationen!) Das Studium und die Ausbildung im Gesundheitsbereich hat keine gleichwertigen Standards wie in Deutschland und weist einige Defizite auf, dennoch ist die Ausbildung in diesem Bereich im Verhältnis zu anderen Bereich gut. Aber viele Bürger können ein Studium nicht finanzieren, da die Universität zunehmend wieder privatisiert wird. Zusätzlich wandern viele der gut ausgebildeten Ärzte aus, da die Arbeitsbedingungen sehr schlecht sind. Sie müssen eine hohe Anzahl an Stunden zu einem sehr geringen Gehalt absolvieren und werden auch außerhalb der Dienstzeiten durch den Personalmangel in den Dienst zurückgerufen ohne eine zusätzliche Bezahlung zu erhalten. Während meines Praktikums gab es beispielsweise im August eine verminderte Zahlung des Staates für das Personal im Gesundheitsbereich. In den letzten Jahren hat der Verein meiner Universität zwei Facharztausbildungen malawischer Ärzte im Ausland gezahlt, mit der Verpflichtung der Ärzte, im Anschluss in ihrem Land zu arbeiten. Die malawischen Ärzte willigten ein, doch nach Abschluss der Facharztausbildung änderte sich das Gehalt in Malawi nicht, trotz vorheriger Absprache mit dem Klinikum. Ein weiteres Problem des Gesundheitssystems bzw. der Versorgung sind Managementfragen und Umverteilungsfragen von medizinischen Gütern. Die Wunderheiler stellen eine weitere Schwierigkeit im Kampf gegen HIV und im gynäkologischen Bereich dar, da sie Naturheilmittel verschreiben, die oft keine Wirkung zeigen und nur temporär schmerzlindernd wirken.

Station Gynäkologie

Auf der Gynäkologie verbrachte ich meine Famulatur. Der Fachbereich untergliederte sich in die Geburtshilfe, vorwiegend im Kreissaal, die pränatale und postnatale Station, die ambulante und stationäre Gynäkologie für Myome, Karzinome, Aborte und ähnliches. Zusätzlich gab es noch die OP-Säle für die gynäkologisch-operativen Eingriffe, wie Kaiserschnitt, Brustabszesse, Sterilisationen, extrauterine Schwangerschaften und chirurgische Karzinom-restriktionen. Der zuständige Chefarzt Dr. Kabeya startet morgens immer mit einer Visite um 7:15 durch den Kreissaal, einer Fallbesprechung und Lehreinheiten für die angehenden Bachelor-Kliniker und Ärzte. Bei diesen Visiten war auch die Anwesenheit der Hebammen und Pflegekräften obligat. Im Anschluss fanden die Stationsrunden mit aktueller Anamnese und körperlicher Untersuchung statt. Dienstags und donnerstags waren feste OP- Tage eingeplant, die allerdings durch technische Gegebenheiten oder fehlende Materialien oft nicht stattfinden konnten. Dann fanden nur Notoperationen statt.

Während meiner Zeit auf der stationären und ambulanten Gynäkologie lernte ich viel über Exkavationen nach Aborten, die ich zunächst als Assistenz des Arztes durchführte und nach einiger Zeit auch selbst absolvierte. In diesem Kontext kam ich auch in Kontakt mit dem Umgang in Malawi mit Misoprostol, welches zum Schwangerschaftsabbruch oder zur Uteruskontraktion bei Aborten genutzt wird, um den Uterus säubern zu können und so eine Sepsis verhindern zu können. Allerdings kamen viele Patientinnen vom Land erst Tage nach dem Abort, was eine gute Behandlung meist erheblich erschwerte.

Auf den Stationsrunden sah ich häufig Patientinnen mit Zervixkarzinomen, leider auch oft im Endstadium. Die Behandlung von Zervixkarzinomen in Malawi ist begrenzt und basiert nur auf der chirurgischen Entfernung der Zervix, wenn der Tumor bereits metastasiert hat, gibt

es nur noch palliative Ansätze mit Schmerzmitteln. Die Impfung des HPV ist zwar den Ärzten bekannt, aber es gibt dort keine finanziellen Mittel, um auch solche präventiven Ansätze zu etablieren.

Weitere häufige Diagnosen waren PID (pelvic inflammatory disease), die standardmäßig mit einer Dreierkombination an Antibiotika behandelt wurden, da eine mikrobiologische Abklärung des Erregers der Entzündung nicht möglich war.

Auch Brustabszesse in den unterschiedlichsten Graden, Sterilisationen und Uterusmyome gehörten zum Alltag auf der Station. Gerade bei den Uterusmyomen, kam man gehäuft mit einer Vorbehandlung eines Wunderheilers in Kontakt. Dies zeigte sich meist durch feine Narben, die die schmerzende Stelle am Bauch überzogen. Meist kamen diese Patientinnen aus dem ländlichen Raum und schon bei der Palpation konnte man das Myom ertasten.

Geburtshilfe, Pränatal, Postnatal und Neonatologie

Auf der Station der Geburtshilfe, der Pränatal- und Postnatalen Station erlebte ich viele natürliche Geburten und die dort geläufigen Untersuchungsmethoden. Das Gestationsalter wurde anhand zweier Varianten standardmäßig überprüft. Bei der ersten Methode wurde anamnestisch das ungefähre Datum der letzten Periode erhoben und daraus das erwartete Geburtsdatum errechnet. Die zweite Methode benötigt die Messung des „fundal height“, welches die höchste Erhebung des schwangeren Bauches ist und über einen Score Auskunft über das Gestationsalter geben kann ± 3 Wochen. Einige wenige Ärzte beherrschten eine dritte Methode bei der man im Ultraschallgerät, welches sich bei meiner Ankunft erst seit 3 Monaten auf der Station befand, über den biparietalen Durchmesser (BPD) des Kopfes zum einen das Gestationsalter analysieren kann und zum anderen identifizieren kann, ob das Kind den Hüftgürtel der Mutter passieren kann. Der Herzschlag des Fötus wurde mithilfe eines Fötuskops über 60 sec gemessen. In besonderen Fällen wurden der Herzschlag und die Plazenta mit dem Ultraschall intensiver untersucht. Aussagen über Geschlecht wurden in keinem Fall erhoben. Die Kontraktionsanzahl und die Qualität während des Geburtsprozesses wurden mit der Hand über 10 min erhoben.

Eine häufige Komplikation, welche auf der postnatalen Station auftrat war Aszites nach der Schwangerschaft. Die Aszites-Punktion erfolgte ohne Ultraschallkontrolle in den Bauchraum und konnte Anhaltspunkte darüber geben welchen Ursprung der Aszites zu Grunde lag.

Kaiserschnitte gehörten auf der Station zum Alltag, waren jedoch mit erhöhten Risiken verbunden. Die geringere Sterilität in den Operationssälen erschwerte oft die postoperative Behandlung, da die Wunde oft Infektionen hervorriefen. Aus diesem Grund bekamen die Mütter prophylaktisch Antibiotika.

Bei Komplikationen während und nach dem Kaiserschnitt und höheren Blutverlusten, gab es meistens keine ausreichende Menge an Spenderblut. Zusätzlich gab es vor Ort nur eine geringe Auswahl Gerinnungshemmern, welche die Blutungen unter Kontrolle halten könnten. Aus diesem Grund musste man sich short-cut Methoden bedienen, welche zum Beispiel eine Entfernung der kompletten Gebärmutter bedingten. Eine dadurch resultierende Infertilität ist für eine afrikanische Mutter vom ländlichen Raum ein fast unerträglicher Aspekt.

Anämien sind unter Frauen und gerade nach der Geburt fast die häufigste Diagnose bei Schwächegefühl. Anämie ist die häufigste Ursache der hohen Muttersterblichkeit laut aktuellen Statistiken und durch die geringen Blutspenden und den hohen HIV-Anteil der Bevölkerung schwierig zu heilen.

Eine weitere Schwierigkeit vor die der gynäkologische Fachbereich gestellt wird, sind Wunderheiler. Viele schwangere Frauen wollen den Geburtsprozess beschleunigen und gehen aus diesem Grund zu dem Wunderheiler ihres Vertrauens. Dieser verabreicht meist eine Pflanze, die den Wirkstoff Ergometrin enthält (Mutteralkaloid). Dieser verursacht eine starke Kontraktion der Gebärmutter und der Geburtsprozess wird auf unnatürliche Art eingeleitet. Da der natürliche Prozess beschleunigt und oft früher ausgelöst wird der Säugling so gestresst, dass es zum Erliegen der Atmung kommen kann. Während meiner Zeit auf der Station habe ich allein 3 erfolglose Reanimationen durchgeführt, was für mich sehr einschneidende Erlebnisse darstellten.

Insgesamt konnte ich viele Erkrankungsbilder und -ausprägungen kennenlernen, häufig eine natürliche Geburt mitbeobachten und –assistieren.

Exkurs Anästhesie

Während meiner wöchentlichen Routine, besuchte ich dienstags und donnerstags den OP-Bereich. Da für die gynäkologischen Operationen auch eine ausreichende Anästhesie nötig war, lernte ich an diesen Tagen auch die Anästhesisten kennen. Nach den ersten Tagen im OP, beschloss ich, mich auch über die dort gegebenen Anästhesieverfahren zu informieren und assistierte dort bei Spinalanästhesien, Überwachung der Vitalparameter während der Operation inklusive Substitution um diese zu regulieren, Vor- und Nachbereitung (venöser Zugang des Patienten) und Intubationen.

Exkurs Pädiatrie

Ich entschied mich, nach Abschluss meiner Famulatur noch einmal bei einem anderen Famulanten aus Deutschland einen Exkurs auf die Station Pädiatrie zu machen. Er hatte dort den letzten Monat verbracht und über viele sehr bewegende und interessante Einblicke berichtet. Nach der morgendlichen Übergabe des Nachtarztes begann ich mit Johannes die Visite. Allein bei dieser Visite, konnte ich einen Einblick gewinnen, welche Erkrankungsbilder gehäuft vorkamen und wie diese behandelt wurde.

Zu den häufigsten Erkrankungen gehörten Malaria und Pneumonie, welche dennoch nicht immer richtig diagnostiziert wurden oder akkurat behandelt wurden, da Medikamente und eine geordnete Dokumentation fehlten. Auch auf der Intensivstation konnte manchmal keine ausreichende Sauerstoffversorgung gewährleistet werden, aus Gründen der Überbelegung oder Stromausfällen.

Weitere gehäufte Krankheitsbilder waren Hydrocephalus, Verbrennungen und Knochenbrüche. Die Verbrennungen traten gehäuft auf, da die meisten Familien über offenem Feuer kochten.

Gastroenteritis und Meningitis waren auch häufige Erkrankungen, die dort vorzufinden waren. Im Falle einer Meningitis wurde nach der positiven Liquorpunktion die Behandlung angesetzt und nicht bei vorhandenen Symptomen, da Cephalosporine und ähnliche Antibiotika zu teuer waren, um sie zur Notbehandlung zu nutzen. Ein weiteres Problem war die geringe Anzahl an vorhandenem intravenös verabreichbaren Doxycyclin, welches zur Meningitis-Behandlung notwendig ist. Aus diesem Grund fuhr Johannes an einem Wochenende nach Blantyre, wo wir mit Geldern des Vereins Doxycyclin besorgen konnten.

Die fehlende Kommunikation unter den Stationen, stellte eine weitere Problematik da, denn oft waren auf anderen Stationen noch benötigte Medikamente vorhanden.

Herz und Lungenfehler konnten in dem Zentralkrankenhaus in Zomba nicht behandelt werden und Kinder bei denen dies vermutet wurde (Auskultation) wurden nach Blantyre transferiert, in der Hoffnung bei dem einzigen Kardiologen in Malawi behandelt werden zu können.

Exkurs Innere Medizin

An einem weiteren Tag hospitierte ich auf der Station der inneren Medizin. Der Tag begann mit einer ausführlichen Visite und der Präsentation eines Tuberkulosefalls, der eine Multiresistenz aufwies.

Weitere Punkte waren die Problematik in der Diabetesbehandlung. Malawi weist durch den Import von Cola, dem hohen Konsum an Weizenmehl und Maisbrei eine steigende Anzahl an Diabetikern auf. Menschen der ärmeren Bevölkerung und aus ländlichen Regionen, kommen allerdings max. einmal im Monat zur Kontrolle, weswegen eine gute Einstellung der Antidiabetika kaum möglich ist.

Bei Schlaganfällen ist eine gezielte Diagnostik zur Differenzierung von ischämischen (85%) und hämorrhagischen (15%) Infarkt nicht möglich, da es keine passenden bildgebenden Verfahren gibt. Deswegen wird immer auf den ischämischen Apoplex behandelt. In der inneren Medizin gab es grundsätzlich starke Einschränkung in Diagnostik und Behandlung in dem Zentralkrankenhaus. Wie auch schon vorher bei der Pädiatrie erwähnt gibt es dort keine Herz- und Thoraxchirurgie, wodurch sich eine niedrigere Lebenserwartung ergibt.

Des Weiteren gibt es in Malawi ein erhöhtes Aufkommen an HIV-positiven Patienten, was die Behandlung vieler Patienten noch zusätzlich erschwert, denn auch wenn Präparate vorhanden sind, ist die kontinuierliche Einnahme und der frühe Zeitpunkt des Befundes nicht vorausgesetzt.

Bei der Stationsrunde (ward round) wurde mir verdeutlicht, mit welchen begrenzten Möglichkeiten hier Diagnostik betrieben werden kann, weswegen man oftmals nicht weiß, wie man den Patienten „richtig“ behandeln kann.

Exkurs Dignitas

Einmal im Monat organisiert Dignitas einen Vortragsnachmittag zu unterschiedlichen Thematiken. Bei unserem Besuch gab es eine Studienvorstellung über Depressionen im Kindesalter bei HIV-positiven Kindern. Dort wurde versucht ein Score zu etablieren, der eine Aussagekraft über die Depressionstiefe hat und möglichst leicht zu handhaben ist, sodass er auch Anwendung in der Praxis finden kann. Ein weiterer Vortrag aus Uganda beschäftigte sich mit der Anwendung von liquid morphines und deren kultureller Ablehnung. Viele Menschen in Zentralafrika lehnen Morphium ab, da es ihnen von ihrem Naturheiler nicht empfohlen wird und sie glauben, dass es abhängig mache.

Zum Schluss gab es noch eine Studienzusammenfassung eines Kanadiers über den letzten Kongress. Bei einer Studie aus Tansania wurde demonstriert, dass die Beschneidung die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV signifikant erniedrigte.

Land und Kultur

Die Wochenenden nutzten die Kommilitonen aus Jena und ich, um das Land in seiner Vielseitigkeit näher kennenzulernen. Wir bewegten uns innerhalb des Landes mit sogenannten Minibussen, die bis zum letzten Quadratzentimeter ausgefüllt wurden von Menschen, Hühnern und Lebensmitteln. Die Transportkosten waren verhältnismäßig teuer, da Malawi keine eigenen Ölquellen besitzt und dementsprechend der Benzinpreis mit Deutschland zu vergleichen ist.

Am ersten Wochenende suchten wir den Nationalpark bei Liwonde auf, der vieles an Flora und Fauna zu bieten hatte. Allerdings kam ich auch am ersten Wochenende mit Diebstahl und dem Brückenbau des Landes in Kontakt. In meiner ersten Nacht wurde im Nachbarzelt alles gestohlen und dies in gerade einmal 5 Minuten Abwesenheit. Am nächsten Tag, der Tag meiner ersten Safari fuhr meine Gruppe voller Enthusiasmus los, doch schon nach kurzer Zeit wurde klar, dass die Safari eventuell nicht stattfinden konnte, da ein schwerer Tanklaster über die Brücke gefahren war und diese zum Einsturz gebracht hatte. Der Laster mit Benzininhalt stürzte in den Fluss, der das gesamte Naturreservat versorgte. Literweise strömte das Benzin in den Fluss und trotzdem tranken viele Menschen 10 Meter flussabwärts weiter aus dem Fluss. Trotzdem fuhr unser Guide mit der Hilfe einiger anderer Mitarbeiter uns durch den Fluss zur abendlichen Safari. Der sichere Rückweg erschien ungewiss, denn wie wir bemerkten, hatte das eine funktionierende Licht des Autos einen Wackelkontakt.

Am zweiten Wochenende wanderten wir auf das Zomba Plateau über einen alten Kartoffelpfad hinauf und erkundeten die Umgebung unserer temporären Heimat. Auch hier kamen wir in Kontakt mit der Armut des Landes. Auf dem Plateau und an den Hängen wurde viel Holzarbeit geleistet und zum Großteil trugen bereits kleine Kinder bis zu 40 kg Holz auf dem Kopf ins Tal. Die Männer hatten meistens Lager aus spartanischen Plastikzelten aufgebaut. Es waren einfache Holzkonstrukte, die mit Mülltüten überdeckt wurden. Sie schliefen hier, um in möglichst kurzer Zeit viel Holz abbauen zu können. Man muss bedenken, dass es auf dem Plateau nachts nur an die 5°C Temperatur hatte.

Weitere Ausflüge mit den Kommilitonen gingen in die Berge Mulanjés und an den Lake Malawi. Am See galt Parasitengefahr, da es dort Schistosoma gab. Auch dieser Parasit ist unter der Bevölkerung ein gravierendes Problem, da es zu Multiorganversagen und Elefantismus (Lymphabflussstörungen) kommen kann und der See auch als Trinkwasserreservoir der Bevölkerung genutzt wird.

Fazit und Ausblick

Die Zeit in Afrika war psychisch und physisch keine leichte Erfahrung, aber eine sehr bereichernde. Der Aufenthalt hat mir einmal wieder gezeigt, welches Privileg freie Bildung, ein gutes Gesundheitssystem mit ausreichenden finanziellen Mitteln, Meinungsfreiheit, sorgenlose Abdeckung der Grundbedürfnisse und ein funktionierendes Rechtssystem darstellen. Dennoch hat unser westlicher Materialismus und Reichtum seine Schattenseiten; es fehlt oft an Zeit für Familie, Liebe, Muße, Religion verliert an Bedeutung.

Gerade aus dem Glauben und der Liebe zu Menschen schöpfen die Menschen dort unfassbare Kräfte. Fast jede Mutter verliert während ihres Lebens ein Kind und ohne Liebe und Glauben, könnte sie dieses Schicksal nicht ertragen. Es war eine Zeit in der ich mir auch philosophischen Fragen stellte, wie zum Beispiel: „Was ist ein Menschenleben überhaupt wert?“ „Wer bin ich und wie wurde ich kulturell geprägt?“ „Was heißt Gleichberechtigung für mich?“ „Was bedeutet Glück für mich?“ und viele mehr.