

Mit dem Skalpell in Afrika

Afrika ist der Kontinent der Extreme, massloses Elend und ebensolche Freude gehören zum Alltag. Die medizinische Versorgung ist in der Regel desolat. Wer aus Europa kommt, um Hilfe vor Ort zu leisten, sollte gut vorbereitet sein, denn der Kulturschock ist unvermeidlich. Allem Ungemach zum Trotz: Ein Einsatz in Afrika bringt einen unvergleichlichen Schatz an Erfahrungen und Einsichten.

Jörg Peltzer, Chirurg und Traumatologe FMH, Hôpital du Jura, Delémont



Als ich angefragt wurde, einen Erfahrungsbericht über meine Tätigkeit in Afrika zu schreiben, musste ich das erstmals in Ruhe überdenken. Wie sollte ich die vielen emotionalen Momente, die schönen Erlebnisse, aber auch die alltäglichen traurigen Schicksale und frustrierenden Bemühungen im Kampf gegen Armut und Krankheit zu einem schlüssigen Bericht zusammenfügen? Ist es tatsächlich bereits 18 Jahre her, seit ich, damals noch als Medizinstudent, mit Rucksack und viel Idealismus bepackt in Accra, der Hauptstadt Ghanas, das erste Mal afrikanischen Boden betrat? Im Auftrag eines amerikanischen Health Projekts reiste ich mit einem kleinen Motorrad bei 40 °C durch die arme ländliche Gegend. Auf dem Gepäckträger transportierte ich in einer Eisbox Impfstoffe, um schwangere Frauen und Kinder zu impfen. Der Kampf gegen Polio, Tetanus und Gelbfieber wurde zum Kampf gegen Windmühlen. Es war nur ein Tropfen auf den heißen Stein. In der Eisbox betrug die Temperatur 25 °C, ich hatte viel zu wenig Impfstoff, und so fuhr ich von

Dorf zu Dorf und versuchte wie geheissen, die Schwangeren vom Sinn dieser magischen Injektion zu überzeugen. Im Weiteren sollte ich die Bevölkerung über die damals noch kaum bekannte HIV-Infektion aufklären. Mit Kondom und Banane bewaffnet gab ich einen lustigen Clown ab. Und doch hatte mich die Leidenschaft für diesen geheimnisvollen Kontinent gepackt und seither nicht mehr losgelassen.

Warnende Stimmen

Nach Abschluss meiner chirurgischen Fachausbildung wollte ich erneut eine berufliche Herausforderung in Afrika suchen. In meinem familiären und beruflichen Umfeld meldeten sich warnende Stimmen, die mir einen solchen Einsatz ausreden wollten. Sie entwarfen wahre Horrorszenerien und prophezeiten mir einen Karriereknick. Aber alle Schwarzmalerei konnte die Abenteuerlust und Freude auf den nächsten Einsatz im Regenwald Äthiopiens nicht schmälern. Meine Frau Uli bereitete sich im Selbst-

studium, in Hygienekursen und einem Basis-Instrumentiereinsatz darauf vor, mir im Operationsaal assistieren zu können. Unser Auto tauschten wir gegen einen Landrover ein. Dieser wurde ausgebaut, mit Zebrastreifen versehen, mit Hab und Gut und einer Bibliothek von 200 Büchern total überladen und im Container nach Djibouti verschickt. Die Wohnung wurde aufgegeben, die Möbel eingelagert. Bei unserem Abschied waren auch unsere schärfsten Kritiker Feuer und Flamme und wären am liebsten mitgekommen, wäre da nicht noch diese oder jene Verpflichtung gewesen, die es ihnen verunmöglichte, an unserem Einsatz teilzunehmen.

Teures Lehrgeld

Die folgenden eineinhalb Jahre waren die für uns mit Sicherheit aktivste, faszinierendste, aber auch kräftezehrendste Lebensspanne. Anfangs waren wir überwältigt von den vielen exotischen Eindrücken, dann folgte die kulturelle Überforderung, die so mancher frischgebackene Entwicklungshelfer schmerzhaft zu spüren bekommt. Zum ersten Mal erkannten wir, dass wir schlecht vorbereitet waren. Das fehlende «Briefing» unserer Organisation hinterliess seine Spuren. Die mangelnden Kenntnisse der Stammessprachen degradierten uns zu Laien. Unsere Unkenntnis der verschiedenen Ethnien des Oromo-Gebietes führte viel zu häufig zu fatalen Missverständnissen. So ist es leicht verständlich, dass unsere ersten Handlungen und Reaktionen uns viel Lehrgeld und zum Teil anfänglich das Vertrauen der Mitarbeiter kosteten. Aus diesem Grund halte ich Kurzeinsätze nicht für sinnvoll. Mitarbeiter, die in unsere Projektspitäler gehen, werden deshalb lange im Voraus persönlich «gebrieft». Zusätzlich erhalten sie ein vollständiges Dossier sämtlicher Erfahrungsberichte und Dokumente ihrer



Vorgänger und eine Notfalladresse mit Telefonnummer. Nur so kann man sich einer solchen Herausforderung optimal stellen und der Aufgabe gerecht werden. Wie könnte man sonst als europäisch geschulter Mediziner verstehen und es mit seinem Gewissen vereinbaren, dass unnötig Patienten sterben oder verkrüppeln, weil ein unmotiviertes und schnell überfordertes OP-Team sich weigert, die Operationskapazität zu steigern? Nachts und am Wochenende werden Notfälle sogar einfach ignoriert! Es braucht mehr Zeit, als man denkt, um gegenseitiges Vertrauen und Verständnis aufzubauen, um gemeinsam ein Teaching-Projekt zu definieren und zum Leben zu bringen. Ist dies jedoch erreicht, fängt die Arbeit an Freude zu machen, selbst wenn die Arbeits- und Lebensbedingungen zu wünschen übrig lassen.

Lehrer und Schüler

Dr. Abraham, ein junger, engagierter äthiopischer Chirurg, wurde mein Freund und Schüler, der wissbegierig neue Opera-

tionstechniken erlernen wollte und mit dem zusammen die viele Arbeit leichtfiel. Er wurde umgekehrt mein Lehrer, nicht nur was Tropenkrankheiten anging. Er vermittelte mir ebenso das nötige Verständnis für die afrikanischen Verhältnisse, die ewige Armut und die vielen traurigen Schicksale. So konnte ich das Elend besser verstehen und akzeptieren. Die Hälfte der Zeit wurde Dr. Abraham an die Kriegsfront gesandt, sodass ich wieder alleine für die 120 chirurgischen Betten und die chirurgische Versorgung von 1,2 Millionen Menschen verantwortlich war. Häufig fehlte der Anästhesist. Wassermangel und Stromausfälle sowie fehlende Antibiotika, Infusionen und Gipsbinden zwangen zu Improvisation und Flexibilität.

Die Buschtrommeln verbreiteten die Nachricht des wieder funktionierenden Distrikthospitals schnell weiter, und bereits nach kurzer Zeit war das Mettu-Karls-Hospital zur Hoffnung tausender Erkrankter und Verletzter geworden. Die Warteliste für Elektiveingriffe schien gar endlos lang zu werden, da vorzugsweise

Notfalloperationen durchgeführt wurden. Zu den täglichen gynäkologischen Notfällen und Entbindungen in extremis bei Geburtsstillstand oder Uterusruptur, wo wir den Allgemeinärzten assistierten, kam die ganze Palette an traumatologischen Notfällen hinzu, die alle Extremitäten sowie sämtliche Körperhöhlen inklusive des Schädels betrafen. An erster Stelle standen Speer- und Schussverletzungen, gefolgt von Verletzungen durch Stöcke, Äxte, Handgranaten und Minen sowie immer wieder Bissverletzungen durch wilde Tiere. Weitaus häufiger behandelten wir aber Verbrennungspatienten mit grotesken Entstellungen und Kontrakturen, da die Patienten meist erst Tage oder Wochen oder noch später das Spital aufsuchten. Derselbe «Patient-Delay» mit entsprechend fortgeschrittenem Krankheitsbefund fand sich bei den viszeralen Problemen, den Tropenerkrankungen sowie bei den Tumorpatienten. Das chirurgische Management war dementsprechend meist kompliziert, schwierig und, begleitet von einem limitierten technischen, materiellen und personellen