Famulatur Bericht

Uganda – Kampala / Lira 2020

30d Referral Hospital

Vorbereitungen

Über einen Flyer an der Tür des ZIB Meds sind wir auf die VIA e.V. aufmerksam geworden, welche Praktika in Uganda, México, und Indien anbietet. Etwa acht Monate vor Abflug haben wir uns somit für eine Famulatur in Uganda beworben. Die Zusage kam zügig bei uns an, daraufhin organisierten wir alles Weitere, unter anderem das Finanzielle. Die Via e.V. berechnet den Preis anhand der Länge des Aufenthaltes. Wir haben 950 Euro für Unterkunft und Verpflegung überwiesen. Hiervon wurden eine Gastfamilie und der lokale Koordinator bezahlt und vor Ort gestellt. Bei Bedarf kann man einen Sprachkurs für wenig Geld dazu buchen. Die Meisten Einwohner Ugandas sprechen englisch, wenn auch mit eigenem Akzent. Uganda unterteilt sich in verschiedene Bereiche, die alle ihre eigene Amtssprache sprechen. Je nach Region können sich diese ähneln. In Kampala, der Hauptstadt, wird „Luganda“ gesprochen, aber auch viele Patienten in der Großstadt kommen von außerhalb und verstehen diese Sprache nicht.

Eine Motivation nach Uganda zu gehen, war unter anderem das Interesse an Tropenmedizinischen Erkrankungen. Es gibt viele Krankheiten, von denen wir oft reden, lesen und hören, die uns jedoch nicht regelmäßig im Alltag begegnen. Auch die Möglichkeit, praktisch tätig sein zu können und zu sehen, wie ein Land ohne die in Deutschland zur Verfügung stehenden Ressourcen arbeitet und derart viele Patienten organisiert, löste Spannung und Aufregung zugleich in uns aus.

Teil der Organisation war die Kontrolle der Impfungen, hier mussten wir Gelbfieber (mit einem Stempel vom Tropenmediziner), Tollwut, Hepatitis A+B, Typhus, MMR nachweisen.

Zur Prophylaxe von Malaria-Infektionen kann man Malarone/Atovaquon und/oder Mückenspray nehmen. Bezüglich Versicherung gibt es mehrere Optionen, wir haben uns über den ADAC versichert.

Das Visum kann online beantragt werden, kostet 50 US-Dollar. Es kann über die Botschaft organisiert werden, oder aber direkt am Flughafen in Entebbe beantragt und bezahlt werden.

Der Auslandsaufenthalt

Uganda ist ein sehr grünes Land. Die Landeseindrücke gingen weit über unsere Erwartungen hinaus. Es gibt mehrere Nationalparks, in denen man wandern oder auf Safari gehen kann. Jede Busfahrt von fünf bis zehn Stunden bei durchschnittlichen 30-50km/h ist ein Abenteuer, es gibt ein reiches Angebot aus Natur, Tieren und Leben auf den Straßen – die Landschaft ist unbeschreiblich vielseitig.

In unserer Freizeit sind wir oftmals mit dem Bus durch das Land gereist und haben uns verschiedene Städte und Dörfer, sowie Nationalparks angeschaut. Das Wetter im Februar ist sonnig und warm. Viele Menschen arbeiten in der Kaffee-Branche, ein Einblick in die großen Plantagenanlagen lohnt sich allemal. An Sonntagen sind die Kirchen gefüllt, Pfarrer und Gläubigen erzeugen eine unglaubliche Atmosphäre durch ihre lauten Predigten und dem Gesang, der stets mit kleinen Tanzschritten begleitet wird. Ein Besuch ist auch hier für jeden empfehlenswert. Die Einwohner Ugandas sind sehr offen für Touristen und äußerst hilfsbereit und freundlich. Der Ugander selbst kennt keinen zeitlichen Druck. Generell werden die Dinge ruhig angegangen, egal wie lange es dauern wird. Auch die Gastfreundlichkeit in Uganda ist sagenhaft vorbildlich. Es ist aber auch wie in anderen Kulturen von Nöten sich der Kultur anzupassen, das heißt keine kurzen Hosen für Frauen und keine freizügige Straßenkleidung, um nicht negativ aufzufallen. Es wird viel Wert auf Traditionen gelegt. Tanz, Musik, Essen und Tourismus sind große Bestandteile ihrer Kultur.

Für die fünf Wochen Aufenthalt in Uganda bekamen wir eine liebevolle Gastfamilie zugeteilt, die uns täglich mit Essen versorgte und der wir gerne Gesellschaft im Alltag leisteten. Die Familien in Afrika sind sehr groß, wir haben oft etwas mit unseren „Gastgeschwistern“ und deren Verwandten unternehmen können. Als wir in ein Krankenhaus nach Lira vermittelt wurden, haben wir in einem kleinen privaten Hostel mit drei Zimmern nahe des Krankenhauses gewohnt und umgerechnet vier Euro pro Nacht gezahlt. Es gab eine Dachterrasse und gelegentlich fließend Wasser. Essen gehen ist sehr günstig, wie vieles andere im Land auch. Öffentliche Verkehrsmittel kosten innerhalb der Stadt im Kleinbus 25 Cent, Reisebusse die von Stadt zu Stadt fahren kosten zwischen drei und zehn Euro pro Person. Wer Zeit sparen möchte und mutig ist, bewegt sich mit einem „Boda Boda Taxi“ fort, ein Fahrer auf einem Roller,

welcher sich durch den aktiven Verkehr von Autos, LKWs, Fahrrädern und Passanten schlängelt.

Anfang Februar machten wir uns auf den Weg, um unser Praktikum in Uganda anzutreten. Wir flogen von Düsseldorf über Istanbul nach Entebbe. Über unsere Organisation wurden wir an die Abii Clinic in Kampala vermittelt, welche uns auf Grund besserer Lehrmöglichkeiten an das Referral-Hospital in der Stadt Lira weiterleitete. Verglichen mit Kampalas 1,5 Millionen Einwohnern ist Lira klein und sehr ruhig. Es liegt im Norden Ugandas, etwa 340 Kilometer von Kampala entfernt und zählt ca. 120.000 Einwohner. Für das Krankenhaus ist das Einzugsgebiet jedoch deutlich höher, Menschen aus der Umgebung und umliegenden Dörfern reisen alle zur gesundheitlichen Versorgung hierhin an.

Krankenhaus

Das Gelände besteht aus etwa 15 Gebäuden, welche bis auf das *„theater“ (OP Säle)* Flachbauten sind, die mit überdachten Wegen verbunden werden. Jedes Gebäude beinhaltet dabei eine Fachrichtung. Die einzelnen Bauten bestehen aus einem großen Raum, welcher als Patientenzimmer mit bis zu 30 Betten fungiert. Gelegentlich wird dieser Raum durch ca. 1-2 Meter hohe Mauern unterteilt, an denen sich die Betten orientieren bzw. anreihen. Auf der Versorgungsstation unterteilen Mauern die verschiedenen Handlungsbereiche, Unfälle, Traumata, Verbrennungen und vieles mehr. Es werden somit raumintern verschiedene Bereiche geschaffen, die dem Überblick dienen sollen.
Ein weiterer Punkt des Überblicks ist die strikte Trennung von Männern und Frauen in verschiedene Sektoren; hier spielen jedoch auch Religion und Intimität eine große Rolle, da ohnehin keine Privatsphäre gewährleistet werden kann.

Auch in der Notaufnahme gibt es für beide Geschlechter jeweils einen Raum der Erstversorgung. Gleich der erste Tag hinterließ bleibende Eindrücke: es ist nur ein Arzt für die gesamte Abteilung im Einsatz. An seiner Seite stehen viele Krankenschwestern und Studenten. Zur Anamnese-Erhebung werden Stift und leeres Papier benutzt. Parallel unterrichtet er die Studenten und teilt dem Patienten seinen Befund mit.

Die Krankheitsbilder reichen von Malaria, Tuberkulose, schwere Pneumonien, Tumoren, Blutungen, Typhus und auch neurologischen Fällen bis hin zu psychischen Krankheiten, sowie zu vermeidende Infektionen mit Masern, Röteln, Mumps und Zuständen nach Auto- und Roller-Unfällen.

Die Pädiatrie ist ein etwa 30 mal 7 Meter großer Raum mit ca. 30 Kinderbetten und einem langen Schreibtisch mittig des Raumes zur Patientenaufnahme und Anamnese Besprechung. Jeden morgen um 8.00 Uhr trafen wir uns im *„Peadiatric ward“*. Von 8.00 – 8.30 Uhr ist Visite, die immer aus der Ärztin und einer Krankenschwester besteht, welche unter anderem in die Regionalsprache übersetzt. Die Krankenschwestern sind für das Legen von i.v. Zugängen bei stark dehydrierten Kindern verantwortlich (nicht selten wird hier auch die V. temporalis angestochen).
Den Raum entlang warten ständig zahlreiche Mütter und Väter mit ihren Kindern, die sich oftmals in einem extrem schlechten Zustand. Die Kinder wirken häufig apathisch und haben hohes Fieber bei Temperaturen um die vierzig Grad. Die meisten Kinder haben mit den Folgen einer Malaria-Infektion zu kämpfen – einhergehend mit schwerer Anämie bei einem Hb von 2 bis 4 – sowie Sichelzellanämien. Auch Gendefekte wie Trisomie 21 oder Autoimmun Erkrankungen und Folgen bei ausbleibenden Impfungen im Kindesalter sind kontinuierlich anzutreffen. Hinzu kommen Mangelernährungen, ein typisches Krankheitsbild in der Klinik. Bluttransfusionen und Infusionen sind üblich, genauso wie die Tatsache, dass man mehrere Stunden darauf warten muss. Gegen Fieber wird regelmäßig Diclofenac intramuskulär in den M. Gluteus verabreicht. Die pharmakologische Kenntnis ist gegeben, doch die zur Verfügung stehenden Gelder reichen für viele andere Medikamente leider nicht aus. In Uganda muss der Patient die Medikamente selber zahlen.
Auf Grund von weiten Wegen und fehlenden finanziellen Mitteln zur Anreise, sowie Angst vor den Kosten der Medikamente, suchen viele Familien erst spät das Krankenhaus auf. Im Falle eines fortgeschrittenen Kawasaki-Syndromes kam jede Hilfe zu spät. Neben dem handflächengroßen Dekubitus pellte sich die Haut am ganzen Körper des fünfjährigen Jungen. Das Fieber sank nicht und seine Atemmuskulatur versagte. Diese Schicksalsschläge sind Teil des Ärzte-Daseins in den Krankenhäusern Ugandas.

In der Gynäkologie gibt es zwei „Kreißsäle“, sowie einen Raum mit 30 Betten, für alle die nach der Entbindung zu schwach waren, um nach Hause zu gehen. Die Frauen sortieren sich eigenständig nach Dringlichkeit und warten auf ihre Wehen, um in den Kreißsaal treten zu können. Dort rotiert ein Arzt durch alle Räume und auskultiert den Herzschlag des Feten. Dafür dient ein Stethoskop in Form einer ca. 20 Zentimeter hölzernen Trichter, der auf den Bauch gedrückt wird. Ein Ende horcht durch den Uterus, das andere Ende liegt am Ohr des Arztes auf.

Jeweils drei Frauen liegen nebeneinander auf Tragen, für die sie wie jeder Patient im Krankenhaus ihr eigenes Laken mitbringen – ansonsten wird eine schwarze Plastiktüte als Unterlage gestellt. Gelegentlich hilft die werdende Großmutter aus, sie achtet auf die Korrektur des Lakens und wäscht die Patientin. Das Stationspersonal achtet sehr auf die förmliche Ausrichtung dieser Laken und die Hygiene. Die werdenden Mütter zeigen wenig Schmerz und bringen viel Geduld mit, denn der Umgang mit ihnen ist grob.

Während drei Frauen gleichzeitig in den Wehen liegen gebärt die eine in Steiß-Fuß-Lage, die andere in Hinterhauptlage und die dritte kommt für den Kaiserschnitt in den OP. Drei verschiedene Szenarien nebeneinander, das Gleiche im Kreißsaal nebenan, und das jeden Tag um jede Uhrzeit.

Auch Schwestern und Studenten sind in jedem Fall anwesend und warten auf die Geburt des Babys. Während der Austreibungsphase steht niemand am Krankenbett, sie stehen alle am Fußende der Liegen und warten auf das Neugeborene, um sich kümmern zu können.

Im *„theatre“*, dem OP, gibt es fünf Säle. Mundschutz und Kittel sind gelegentlich noch klamm, wenn sie steril aus der Wäsche kommen. Die Türen zu den einzelnen OP-Sälen sind oftmals auf Grund hoher Temperaturen geöffnet – auch wenn vier Meter weiter die Türen zum Innenhof offen stehen. Zwischen diesen Türen und den Sälen ist der Waschbereich, hier wäscht man sich mit Waschpulver und Wasser. Die Sectio selbst dauert etwa zehn Minuten, die Ärzte beherrschen diesen Eingriff einwandfrei. Wir haben mehrfach Haken halten und assistieren können, um das Baby zu holen.

Das Durchschnittsalter aller Gebärenden in Uganda liegt bei 15,5 Jahren.

Fazit

Der Vergleich des Referral Hospital in Lira mit einem deutschen Krankenhaus ist kaum möglich. In Uganda erfolgt vieles über klinische Diagnosestellung, während in Deutschland kein Arzt eine Diagnose ohne ein Labor/Blutbild, Ultraschall, CT, MRT o.ä. stellen könnte oder würde. Auch neurologische und humangenetische Auffälligkeiten werden derart diagnostiziert, weil die Ressourcen nicht ausreichen. Die täglich niedrigen Hb-Werte in der Pädiatrie würden jeden Arzt in Deutschland sofort alarmieren und handeln lassen. Doch es gibt hier in Uganda nur wenige diagnostische Möglichkeiten.

Dennoch kann man sagen, dass wir durch die Famulatur viel lernen konnten. Alle Ärzte waren aufgeschlossen und ließen uns aktiv mitwirken, z.B. neue Patienten aufnehmen und untersuchen. Zudem bekamen wir regelmäßiges „Bedside-Learning“. Auch assistierten wir in Bereichen wie Haken halten im OP, haben Impfungen injiziert und Wunden gesäubert. Typisch in Uganda ist, dass Angehörige für die Pflege und Versorgung der Patienten zuständig sind.

Wir sehen täglich Stromausfälle, so etwas wie Nostrom existiert nicht, Hygiene ist hier ein weiter Begriff und mehr als die Hälfte der bei uns üblichen Medikamente sind zwar bekannt, aber nicht vorhanden.