

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Stammler-Safar M, Safar P

Zwei Jahre Afrika. Und zurück.

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2006; 24 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 5-5*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2006; 24 (3)
(Ausgabe für Österreich), 5-9*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig





Zwei Jahre Afrika. Und zurück.

2 Jahre Arbeitseinsatz im Zomba Central Hospital, Malawi, Südafrika

M. Stammler-Safar, P. Safar

Eine Fallgeschichte als Beispiel für afrikanische Realität

Sigele Jailosi, 17 Jahre alt, Älteste von 6 Geschwistern, erwartet für Mitte Oktober 1998 ihr erstes Kind. Am 15.10. beginnt die Geburt daheim im Dorf mit Wehen, die „traditional birth attendance“, die örtliche Hebamme, wird geholt. Am nächsten Tag zu Mittag ist das Kind noch immer nicht geboren. Nach ausführlicher Diskussion mit den verantwortlichen Männern der Familie und dem „village head man“ wird die Wehende mit dem Fahrrad in das 15 km entfernte Health Center Jalasi gebracht.

Dort stehen eine Hebamme, intravenöses Oxytocin und ein Pinard'sches Hörrohr zur Verfügung. Dennoch ist Sigele Jailosi am nächsten Tag, nunmehr 48 Stunden nach Wehenbeginn, unentbunden. Ein Krankenwagen aus dem nächsten Zentralspital wird angefordert. Es dauert Stunden, bis er kommt. Es dauert Stunden, bis er die Gebärende ins Zomba Central Hospital bringt, wo sie am 17.10. um 16:00 eintrifft. Kindliche Herztöne sind nicht mehr auffindbar, der Clinical Officer, der im Nachtdienst ist, muß von daheim geholt werden. Um 20:00 findet die Sectio am toten Kind statt.

Zwei Tage später fiebert Sigele Jailosi hoch. Trotz Einsatzes aller verfügbaren Antibiotika (Gentamycin, Ampicillin und

Metronidazol) verschlechtert sich in den folgenden Tagen der Zustand der Patientin. Mit dem Vollbild eines akuten Abdomens und einer Sepsis muß sie am 23.10. relaparotomiert werden. Es finden sich eine massive Pelveoperitonitis und ein septischer Uterus. Die Patientin wird hysterektomiert und salpingektomiert. Sie erholt sich daraufhin sehr gut und kann bald entlassen werden. Ungefähr sechs Wochen später aber kommt sie in die gynäkologische Ambulanz, weil sie ständig unkontrollierbar Harn und Stuhl verliert. Die gynäkologische Untersuchung zeigt eine ausge dehnte Vesiko-Vaginal-Fistel und eine kleinere Rekto-Vaginal-Fistel. Ursache: Drucknekrose des Gewebes im Rahmen der protrahierten Geburt mit Schädel-Becken-Mißverhältnis.

Einzigste therapeutische Option wäre eine operative Sanierung der Fisteln, die zum damaligen Zeitpunkt im Zomba Central Hospital, wo es üblicherweise keinen gynäkologischen Facharzt gibt, nicht durchführbar ist. Auch in den beiden anderen Zentralspitälern des Landes werden Fisteloperationen kaum oder gar nicht durchgeführt.

Fazit: Sigele Jailosi, 17 Jahre alt, hat kein Kind, kann nie mehr eines bekommen, und hat eine Vesiko-Vaginal- und eine Rekto-Vaginal-Fistel, die ihr soziales Ende bedeuten. Sie wird am Rande der Gesellschaft leben. Durch die mit Armut vergesellschafteten Krankheiten wahrscheinlich nicht sehr lange.

Ein Einzelfall? Leider nein. Die Realität in Malawi, das zu den ärmsten Ländern der

1:
Sectio immer zu
zweit: Arzt und
Schwester



Welt zählt, in Südafrika liegt und wo diese Geschichte spielt, aber auch in vielen anderen Ländern Afrikas, ist gnadenlos, oft aussichtslos und speziell für Frauen im reproduktionsfähigen Alter im wahrsten Sinne des Wortes fast ständig lebensgefährlich.

Die Schulen sind schlecht, die Straßen sind schlecht, die medizinische Versorgung ist schlecht. So sind die Menschen unauf-

2:
Warteschlange



geklärt, können Hilfe nicht oder nur in sehr langen Zeitspannen erreichen und stehen dann nach mühevollen Anreisen vor Spitälern, wo Hilfe nicht geleistet werden kann, weil es am nötigsten fehlt. Den „Clinical Officers“, die im Spitalsbetrieb den Part der Ärzte übernehmen, sind die Hände gebunden, obwohl sie sehr kompetent sind, wenn man ihre nur dreijährige Ausbildung in Betracht zieht (Ärzte mit Universitäts-Studium gibt es in Malawi nur ca. dreißig für 14 Mio. Einwohner. Die Ausbildung ist für fast niemanden leistbar.). Das Pflegepersonal und die Hebammen sind chronisch überarbeitet. Außerdem werden die Besten von ihnen regelmäßig von ausländischen Organisationen, die sich mit wissenschaftlichen Projekten beschäftigen, mit verlockend hohen Gehältern abgeworben – ein Phänomen in ganz Afrika, das den Namen „brain drain“ erhielt.

Alle diese Faktoren führen zu kaum vorstellbarem Leiden, zu brutalen Verstümmelungen und oft genug auch zum Tod von Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Und diese beiden Themen dominieren die fertilen Jahre der meisten malawischen Frauen: Jede von ihnen hat im Durchschnitt 6,3 Geburten in ihrem Leben, 25 % haben bis zum 19. Lebensjahr bereits ein oder zwei Kinder, 21 % benutzen ein modernes Verhütungsmittel (meist die Drei-Monats-Spritze), nur 5 % werden während der Geburt von einem Arzt/Ärztin betreut. 28 % haben überhaupt keine Schulbildung.

So kommt es, daß die mütterliche Sterblichkeit bei 1170/100.000 Geburten liegt (vergleichsweise dazu in westlichen Staaten ca. 5/100.000), die Lebenserwartung

4:
Krankensaal



3:
Angehörige im Hof
des Krankenhauses

allgemein bei 38 Jahren, die „under-five-mortality“ bei 25 % (d. h. ein Viertel aller Kinder stirbt vor Erreichen des 5. Lebensjahres).

So kommt es, daß alles, was Sie aus den „alten“ geburtshilflichen Lehrbüchern an Katastrophenszenarien kennen, in Malawi an einem Zentralspital tägliches Brot ist: ausgeblutete Tubarias, verschleppte Querlagen, Uterus-Rupturen und Fistelbildungen im Rahmen protrahierter Geburten, stundenlang eklamptisch krampfende Patientinnen im Gang vor dem Kreißzimmer, massive Hämorrhagien bei Placenta praevia oder bei Grand Multiparas, hochgradige Anämien im Rahmen von vielfachen Schwangerschaften, Aborten, Geburten und chronischer Malaria, Sepsis im Zusammenhang mit illegalen Versuchen von Schwangerschaftsabbruch, und so weiter und so fort.

Auf der gynäkologischen Seite besonders tragisch die vielen Fälle von fortgeschrittenen Zervix-Karzinomen bei völliger Absenz jeglicher PAP-Screening-Möglichkeit für die normale Bevölkerung. Eindrucksvoll die oft unglaublich ausgeprägten Uteri myomatosi. Tragisch für die Frauen, weil mit Infertilität einhergehend, die häufigen, ebenfalls oft monströs großen Tubo-Ovarial-Abszesse.

Als europäischer Arzt steht man/frau körperlich und emotionell zutiefst mitgenommen immer wieder fassungslos vor diesen Pathologien. Und vor dem Mangel an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Kein Gewacalm für die Eklampsie, keine sterile OP-Wäsche für die Notsectio bei drohender Uterus-Ruptur, kein Waschpulver, um die OP-Wäsche zu waschen, kei-

ne Batterie für das Intubationsbesteck des Anästhesisten, keine Seife zum Händewaschen im OP, kein Verbandszeug, keine Blutkonserven für die Patientin mit Hb 5,0, kein Papier für Decurs und Anordnungen, kein Fieberthermometer, kein Riva-Rocci etc.

Dieser Mangel an Ressourcen, gepaart mit dem Wissen, wie der jeweiligen Patientin zu helfen wäre, verursacht eine enorme innere Spannung. Hilflosigkeit, Wut, Resignation, Hoffnung, Spendenaktionen – die Palette der Gefühle und der Kompensationsversuche ist groß.

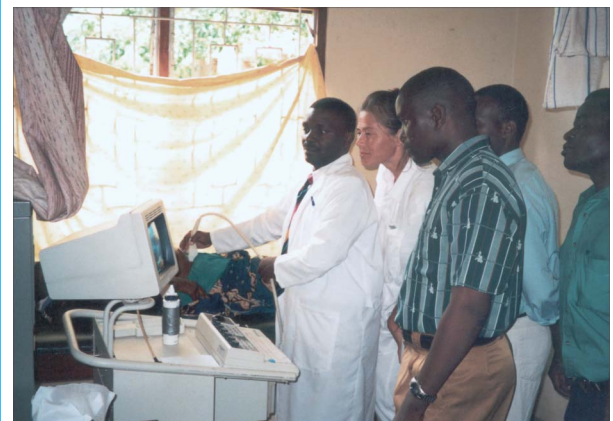
Wie reagieren auf die stoische Ruhe der einheimischen Mitarbeiter/innen, die Eile und Dramatik nicht zu erkennen scheinen? Die sich freundlich, aber effektiv gegen ein europäisches Tempo wehren. Die aber auch minimale Löhne erhalten, oft nicht pünktlich. Die ein unglaubliches Arbeitspensum haben (eine Hebamme für Kreißsaal mit 20 Geburten pro Nacht und für das Wochenbett mit 200 Patientinnen, zum Teil schwer krank!!). Die zuhause meist die „extended family“ mitversorgen müssen, weil sie ja immerhin einen Job haben. Die nicht nach zwei Jahren zurück nach Europa fahren. Die IMMER unter diesen Umständen gelebt haben und weiter dort leben werden. Ohne Aussicht auf Urlaub, Erholung, Veränderung, Beförderung, Gehaltsvorrückung, Ende des Elends.

Doch jede Beschreibung bleibt eine Aneinanderreihung von Worten, die der Wirklichkeit nicht gerecht werden können. Einerseits, weil sie nicht vermitteln können, was die restlichen Sinne wie Gehör, Geruch, taktile Wahrnehmung, Gesichts-

5:
Zusammenarbeit
bei der Visite



6:
Zusammenarbeit
beim Ultraschall-
training



sinn z. B. im Zomba Central Hospital noch erfassen. Andererseits, weil sie aus der Perspektive des westlichen Arztes geschrieben werden, der niemals eine komplette Einfühlung darin erreicht, zu wissen, wie die afrikanischen Menschen ihre Situation selber wahrnehmen. Daß Frauen, die jahrelang mit Fisteln leben müssen, leiden, ist zwar klar. Daß Mütter, deren jugendliche Töchter bei der Geburt verbluten, leiden, ist auch klar. Daß Frauen, die von 9 Geburten nur ein lebendes Kind übrig haben, leiden, sieht man auch in schwarzen Gesichtern. Aber wie es für die Frauen ist, frisch operiert zu zweit in einem Bett zu liegen, stundenlang vor der Ambulanz zu warten und dann doch nicht dranzukommen, ein Kind während der Geburt an Asphyxie zu verlieren, ohne Therapie bei unerfülltem Kinderwunsch oder fortgeschrittenen Karzinomen wieder nach Hause geschickt zu werden, das weiß „weißer Mann/weiße Frau“ nie genau.

Gehen wir doch bei allem, was wir sehen und was wir anstreben, von unserem europäischen Hintergrund aus. Wo Leiden unakzeptabel, Sterben tabuisiert und Ungeplantes, Unvorhergesehenes kaum auszuhalten sind. Wo Arbeitseinsatz bis zum Äußersten, reibungsloses Ablaufen von Organisations-Strukturen, ständiges Bemühen um Verbesserung und Weiterentwicklung und eine prosperierende Wirtschaft zu einem beachtlichen, allgemein zugänglichen Standard in der medizinischen Versorgung geführt haben.

Wie kann es „weißem Mann/weißer Frau“ westlicher Prägung denn nun in Konfrontation mit der afrikanischen (Spitals-) Wirklichkeit ergehen, wie kann er/sie auf diese

7:

Zusammenleben



Belastungssituation reagieren? Hier eine kleine, unvollständige Auswahl:

- Man kann arbeiten bis zum absoluten „burn out“ oder bis zur Heiligsprechung – das tun wenige.
- Man kann unmerklich abgleiten in eine neo-kolonialistische, rassistische Haltung, die feststellt, daß bei den Afrikanern nie etwas weitergehen wird, weil sie alle dumm, faul, korrupt ... (die alte Leier) sind. Dabei lebt man schamlos weiter in Haus mit Pool und mit einem halben Dutzend Angestellter – das tun erstaunlich viele.
- Man kann in ein besorgtes, mitleidvolles, paternalistisches „Ach-sie-sind-jaso-arm, wir-müssen-ihnen-zeigen-wie-man-es-richtig-macht“ verfallen, vielleicht gepaart mit einer Prise sorgsam versteckter Gefälligkeit über die eigene verständnisvolle, aufopfernde Haltung – das tun einige.
- Man(n) kann „verbuschen“, sich zunehmend von der Herkunftskultur distanzieren, eventuell Beziehung/Ehe mit Einheimischen eingehen, ihre Wohn- und Lebensgepflogenheiten annehmen (oft ist das gepaart mit zunehmendem Alkoholismus) – das tun doch wenige, meist Männer.
- Man kann endlich einmal hemmungslos alles operieren, ohne ständige Angst vor dem Richter, unter richtig dramatischen Umständen, was von der Erlebnisqualität und der späteren Möglichkeit der heroischen Selbstdarstellung richtig etwas hergibt – das tun viele und meist für sehr kurze Zeit.

Mehr oder weniger von all diesen Varianten steckt wohl in jedem, der auszieht in der hehren Absicht, in der Dritten Welt Gutes zu tun. Und es ist ja auch nicht unmoralisch, im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes auch fachlich-operativ zu profitieren, Erfahrungen und erzählbare Eindrücke zu sammeln, Spaß zu haben, Abenteuerlust zu befriedigen. Und für eine Zeit in einem System zu arbeiten, wo man als Arzt/Ärztin – angespornt durch die entgegengebrachte Dankbarkeit und das Vertrauen der Patientinnen – gerne sein Allerbestes gibt.

Dabei muß aber, meiner Meinung nach, der Respekt vor dem lokalen Gesundheitssystem, vor dem Wissen der einheimischen Mitarbeiter, vor der Menschenwürde der Patientinnen bestehen bleibt. Gerade die „Armen“ sind – verwundbar durch ihre Bedürftigkeit und ohne den Schutz einer

elitären Arroganz – äußerst sensibel für Situationen, wo sie instrumentalisiert, mißachtet und ausgenutzt werden. Sowohl als Operations-Lehrstücke, als auch als billiges, schnelles Studienmaterial (natürlich v. a. im Zusammenhang mit HIV/AIDS – scheinbar der einzig interessanten Erkrankung in Afrika).

Man sollte selbstkritisch und bescheiden bleiben. Dann kann man menschlich und medizinisch sehr viel lernen. Dann kann man ertragen, daß man keine umwälzenden, dauerhaften Veränderungen hinterläßt, man braucht scheinbare Mängel nicht abzuwerten oder rassistisch zu interpretieren und man wird immer daran denken, daß der weitaus größte Teil der Menschheit in bitterer Armut, bedroht von Schmerzen und Krankheit, ohne die Auswahl zwischen Menü A und Menü B, ohne die Wahl zwischen vaginaler Geburt und Sectio, oft ohne irgendeine Wahlmöglichkeit überhaupt, mit dem Leben zurechtkommen muß.

*Wenn ein wenig davon gelingt,
kann man als sehr reicher Mensch
aus einem sehr armen Land
zurückkommen.*



8:
Afrikanische Frauen
am Weg

Korrespondenzadresse:

Dr. Maria Stammer-Safar
Universitätsfrauenklinik Wien
Klinische Abteilung für Geburtshilfe
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail:
maria.stammer-safar@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung