

PJ in Kamerun

PJ-Bericht am Banso Baptist Hospital

Banso, Bui Division, Kamerun vom 08.08 - 28.11.1999

Azeh, Ivo Talah

Ende Juli nach dreimonatiger PJ-Tätigkeit in der Neurologischen Abteilung des Klinikums Göttingen, flog ich nach Kamerun meinem Heimatland um mich mit den ärztlichen Heilpraktiken unter den dort herrschenden Verhältnissen vertraut zu machen und den Arbeitsalltag in Krankenhäusern erneut zu erproben.

Ich muß hier erwähnen, daß ich schon im Rahmen der gleichen Förderung eine zweimonatige Famulatur am St. Elizabeth's Krankenhaus Shisong, in der gleichen Stadt geleistet habe.

Ich möchte hiermit dem Tropeninstitut in Heidelberg für die theoretischen Vorbereitungskurse und der DSE/KED für den finanziellen Beistand recht herzlich danken.

Umfeldbeschreibung

Lage:

Das Krankenhaus liegt in der Bui Division, eine der 7 Divisionen der Nord- West Province.

Bui Division liegt ungefähr in der Mitte der Province. Die Vegetation ist Semi Savanne mit Busch und verstreuten Wäldern und Bäumen meistens Zypressen und Eukalyptus. In den Tälern wachsen Palmelhaine aus denen Palmwein gewonnen wird.

Topographisch ist dieses Gebiet von ondulierenden Gebirgsketten tiefen Tälern und Tiefebene charakterisiert. Die höchste Erhebung ist der Mount Oku, der stolze 3011m über dem Meeresspiegel mißt. Diese Eigenschaft erschwert die Zugänglichkeit zu diesem Gebiet.

Bui ist relativ kalt, besonders in den Trockenzeiten wenn der Harmattanwind aus der Sahara seine maximale Stärke erreicht. Die Trockenzeit dauert ungefähr von November bis März. Es gibt zwei Regenzeiten, eine kleine und eine große. Wobei die große von Juli bis September dauert. Die schönste Zeit des Jahres in der das Wetter am angenehmsten ist, sind die Monate von März bis Juli in denen es nicht zu sonnig aber auch nicht zu naß ist.

Das Krankenhaus liegt in Kumbo, einer kleinen Stadt mit ca. 40.000 Einwohnern. Bui Division hat insgesamt 200.000 Einwohner. Die meisten Einwohner in dieser Division sind von der Landwirtschaft abhängig.

Die Stadt Kumbo hat ein eigenes Wasserprojekt, das sauberes Wasser auch über ein Leitungssystem verteilt und allen Leuten zur Verfügung stellt. Es gibt auch eine Stromversorgung und gute Telekommunikationseinrichtungen wie Telefon, Fax und Telex für Leute die sich das leisten können. E-mails kann man über das Krankenhaus schicken und empfangen. Nur das Surfen im Internet klappt nicht denn es ist wahnsinnig teuer.

Die Straßen in Kumbo sind nicht asphaltiert und in der Regenzeit besonders schlecht.

Entertainment

Die Stadt Kumbo hat sehr viele Kneipen, Lokalitäten wie Restaurants und Snack-Bars, zwei kleine Hotels und gute Tanzlokale für Tanzfreudige.

Die kleine Stadt ist auch sehr stolz auf eine in der 1. Division spielenden Fußballmannschaft den „Kumbo Strikers“, so kann man fast jeden 2. Sonntag im Tobinstadion Fußballspiele sehen.

Außerdem gibt es noch eine Menge andere Sportdisziplinen die auf dem Missions-Campus angeboten werden.

Gesundheitseinrichtungen

Außer dem Banso Baptist Hospital gibt es in Kumbo auch noch das etwas kleinere St. Elisabeths Krankenhaus Shisong (wo ich 1996 eine zweimonatige Famulatur machte) mit ca. 200 Betten und zwei privaten Praxen in Banso. Es gibt kein Divisional Hospital in Bui aber ein Divisional Centre for Preventive Medicine and Mother and Child welfare das von einem „District Medical officer“ geleitet wird.

Ein „Sub- divisional Hospital“ in Jakiri Subdivision mit einem Arzt ist auch vorhanden.

Ein Dorf dem es nicht geglückt ist ein Health Centre zu bekommen, führt mit Hilfe der Mission ein „Aid- Post“. Unter „Aid- Post“ versteht man eine kleine Einrichtung mit 1 bis 3 Mitarbeitern die nach einer kurzen Ausbildung „Essential Drugs“ verkaufen, Wunden versorgen, etc. Des weiteren gibt es eine kurz vom Krankenhaus ausgebildete traditionelle Hebamme, die nach meinem Eindruck auch einigermaßen kompetent war. Diese Hebammen durften keine Erstgebärenden Frauen oder Frauen die bei früheren Geburten Komplikationen hatten, deren Ungeborene nicht normal liegen oder die Mehrlinge erwarten, entbinden.

Das gute an den „Aid- Posts“ ist der Besuch des „Out- Station Teams“ ein Mal im Monat. Zum einen untersucht das Team alle Schwangeren und Kranken im Dorf, zum anderen wird den Post-Helfern einiges gezeigt und erklärt, so daß hier die Möglichkeit gegeben ist ihr Wissen im Laufe der Zeit zu verbessern.

Im umfangreichen Projekt des Cameroon Baptist Convention, unter dessen Leitung das BBH steht, sowie die Projekte der Katholiken, wird gezielt jedes Dorf mit einem Health Centre und mit Krankenpflegern und Hebammen versorgt.

Ein hoher Anteil der Bevölkerung wird auch von den „Traditional Doctors“ die von der National Association of Traditional Doctors anerkannt sind medizinisch versorgt. Erwähnenswert ist die Tatsache, daß viele der selbst ernannten Traditional Doctor , die besonders in den Städten praktizieren, gar keine sind.

Das Banso Baptist Hospital (BBH)

Geschichte

Das Shisong Hospital und Banso Baptist Hospital sind die meist besuchten peripheren Krankenhäuser in der Nord- West Province. Die beiden dienen seit langem als Referenz Krankenhäuser. Das Baptisten Krankenhaus wurde vor 50 Jahren von amerikanischen Missionaren der North-American Baptist Convention gegründet. Seitdem wird das Krankenhaus dank Spenden von der obengenannten Gruppe und anderen philanthropischen Gruppen im In- und Ausland immer größer. Heute hat das Krankenhaus eine Kapazität von 300 Betten und gute Unterkünfte für Ärzte und Medizinstudenten. Zum Krankenhaus gehört auch eine Krankenpflege-Schule. Dort werden sowohl Krankenschwestern als auch Hebammen ausgebildet.

Das Krankenhaus und alle anderen Gesundheitseinrichtungen der CBC wird von dem Health Board der Cameroon Baptist Convention (CBC) geleitet, dessen Director Prof. Tih Pius (PhD in Public Health) ist. Das Krankenhaus wird intern von einem Direktor und dem Chief Medical Officer (CMO) geleitet.

Das Krankenhaus ist von Montag bis Samstag von 7.45 - 4.00 Uhr geöffnet.

Jeder Arbeitstag wird mit einem Gebet begonnen ebenso jede Operation.

Organisation

Dieses Krankenhaus ist relativ sauber und die Einheiten gut koordiniert. Es wird in folgende Abteilungen (Departments) eingeteilt:

A. Verwaltungs- Abteilung

Diese Abteilung des Krankenhauses ist relativ groß denn Sie ist der Hauptsitz der CBC. Fast alle in dieser Abteilung gehören der Baptistengemeinde an.

B Out Patient Department (Ambulanz)

Diese Abteilung besteht aus einem Aufnahme- Zimmer für die Anmeldung von neuen Patienten. Es gibt ein Warteraum und 3 Sprechstundenzimmer die 2 Ärzte teilen, ausgestattet mit den notwendigen kleinen Instrumenten, eine kleine Theke für die Medikamentenausgabe und direkt daneben die Apotheke. Die Tabletten werden den Patienten nicht wie in Deutschland in Packungen gegeben sondern einzeln abgezählt und in kleinen beschrifteten Tüten ausgehändigt.

Es befinden sich hier auch 2 Untersuchungszimmer für die Screeners. Screeners sind weitergebildete erfahrene Krankenpfleger, die die meisten Patienten zuerst aufnehmen, untersuchen und gegebenenfalls behandeln oder zum Arzt weiterleiten. So können sie die Ärzte von der hohen Zahl der Patienten entlasten Wenn die Patienten zum ersten Mal in das Krankenhaus kommen, kaufen sie sich bei der Anmeldung eine Karteikarte. In den Sprechstundenzimmern sitzt eine Arzthelferin die die Temperatur, Blutdruck und Gewicht der Patienten mißt und in die Karte einträgt. Danach gehen die Patienten in den Warteraum.

Ambulante Patienten kaufen ihre Medikamente an der Theke und werden dann in der Dispensary versorgt. Dort wird gespritzt, kleine und mittelschwere Wunden versorgt. Selbst kleine Eingriffe wie die Cürretage werden hier durchgeführt.

In der Ambulanz müssen die Patienten immer für jede Leistung zuerst an der Kasse bezahlen. Alle neuen Patienten kommen zuerst in die Ambulanz und nach Untersuchungen durch den Arzt wird entschieden welche Labortests gemacht werden oder ob der Patient stationär aufgenommen werden soll. Die Ärzte des Krankenhauses besetzen die Ambulanz meistens zu zweit je nach Dienstplan und manchmal zu viert wenn sehr viele Patienten anwesend sind z.B. Montags.

Zu dieser Abteilung gehörte auch eine Stelle für Familienplanung.

C: Zahnbehandlungs-/ Augenklinik

Beide Abteilungen sind klein und haben jeweils einen Facharzt mit zusätzlichen spezialtrainierten Krankenpflegern. In der Zahnbehandlung leisten sie u.a. folgendes; Zahnfüllungen, Zahnentfernungen und –prothesenfertigung sowie einige kieferchirurgische Eingriffe. Die Augenklinik verfügt auch einen Operationsraum wo augenchirurgische Eingriffe durchgeführt werden. Obwohl diese Abteilungen kleiner sind, haben sie eine hohe Last an Patientenbesuchen denn Zahnärzte und Augenärzte findet man außer in Yaunde oder Douala selten in Kamerun.

D) Die Röntgenabteilung

Sie ist mit einem ganz großen, alten Röntgengerät, das noch gute Bilder erzeugt ausgerüstet. Das Gerät wird von einem Techniker bedient, der auch speziell hierfür trainiert wurde. Spezial Aufnahmen mit Kontrastmittel werden auch von ihm ausgeführt z.B. HSG (Histerosalpingogramm) zur Diagnose 2° Infertilität, i.v. Pyelogramm zur Diagnose von Nierenbeckenveränderungen oder Harnleiterverengungen.

Vor kurzem hat das Krankenhaus ein Ultraschallgerät erworben, um seine diagnostischen Verfahren zu verbessern. Leider gibt es im Krankenhaus keinen Erfahrenen, nur ein Arzt und einen Krankenpfleger können mit dem Gerät einigermaßen diagnostisch umgehen. Das Gerät wird vor allem bei Schwangerenvorsorge, Gebärmutter-, Nieren-, und Leberleiden eingesetzt. Bei Verdacht auf Lagenanomalien werden viele Schwangere zur Kontrolluntersuchung zum Krankenhaus überwiesen.

Zusätzlich verfügt das Krankenhaus über eine Gastroskopische Untersuchungssonde und ein EKG-Gerät.

E) Das Labor

Das Krankenhaus besitzt ein kleines, aber gut geleitetes Labor, das von zwei Diplom Biochemikern und drei Laborhelfern besetzt ist. Da keine modernen Geräte zur Verfügung stehen, sind die Testverfahren sehr aufwendig, z.B. werden die Blutzellen mit der „Neubauer-Kammer“ gezählt. Im Labor werden außerdem Blutspenden durchgeführt und gelagert. Das Geräte für die Elektrolyten- und Leberwerte-Analyse war sehr oft kaputt.

Was allerdings auffällig ist, ist die Tatsache, daß keine Hepatitis-B-Screening- Tests an den Blutkonserven vorgenommen., sondern diese lediglich auf HIV überprüft werden.

Die Leistungen des Labors entnehme man bitte dem Anhang, Seite 13.

F) IN PATIENT-DEPARTEMENT

Die Stationen des Krankenhauses sind nicht nach Fachgebieten, sondern nach Geschlecht und Alter der Patienten aufgeteilt. Man findet folgende Stationen(wards):Mens Medical ward, Surgical ward, Childrens ward, Females Medical ward, Maternity(Geburtshilfe), sowie die Isolierstation für Patienten mit ansteckenden Krankheiten. Jede Station hatte zusätzliche ein Sechsbett Zimmer, die meistens von Patienten mit Tuberkulose und chronischem Husten belegt wurden. Die Stationen bestanden aus großen Sälen mit Bettenreihen auf beiden Seiten. Jeder Patient kommt mit einem „Care Taker „ (Angehörige) der sich um das Essen und andere Bedürfnisse des Patienten kümmert. Diese kommen mit Schlafsäcken und schlafen dann nachts auf den Boden. Manchmal sind die Stationen so voll belegt , daß man zwischen den Betten kaum noch Platz für die Untersuchung hat.

Jede Station hat Krankenzimmer mit unterschiedlicher Anzahl von Betten ein Dienstzimmer, die stationseigenen Sanitäreanlagen, die sich die Patienten teilen müssen. Alle Patienten erhalten krankenhauseigene Wäsche. Die erforderlichen hygienischen Maßnahmen bezüglich der Räumlichkeiten werden täglich durchgeführt

Es gibt außerdem eine kleine Station mit Zimmern für Privatpatienten, mit eigener Dusche, WC und einen Abstellraum .

Die Geburtshilfe ist größer als die anderen Stationen. Sie besteht aus einem Dienstzimmer, einem großen Kreissaal mit 2 Entbindungsbetten, einem Intensivzimmer mit 4 Bebrütern für Frühgeburten und eine private postpartale Zimmer. Insgesamt kümmern sich vier Hebammen um diese Station.

Der Personalschlüssel der Stationen ist als gut zu bezeichnen. Trotzdem haben die Angehörigen der Patienten einiges an Pflegearbeiten zu übernehmen, z.B. in den Bereichen Körperpflege, Beschaffung von Lebensmitteln sowie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Überwachung von Infusionen etc. Die Schwestern erledigen diese Arbeiten nur in Ausnahmefällen oder bei Schwerkranken. Für die Angehörigen der Patienten besteht die Möglichkeit, sich in den Küchen des Krankenhauses selber Mahlzeiten zuzubereiten, oder aber etwas in der Kantine zu kaufen. Manche Angehörigen haben einen weiten Weg von zu Hause bis zur Krankenstation zurückzulegen. Es bleibt ihnen nichts anderes übrig, als bei ihrem kranken Angehörigen auf dem Boden im Zimmer oder im Flur zu übernachten. Da sich, im Verhältnis zu der Zahl der Patienten viel mehr Angehörige im Krankenhaus aufhalten geht es auf den Vor- und Innenhöfen des Gebäudes sehr lebhaft zu. Bei Todesfällen bricht an Ort und Stelle größte Trauer aus, die auch Angehörige anderer Patienten in den Bann ziehen.

Zwar gibt es feste Besuchszeiten , jedoch müssen diese nicht unbedingt eingehalten werden.

Die Schwestern arbeiten im Schichtdienst, während der Frühschicht sind zwei oder drei „Brevette-Schwester“(welche ein zweijähriges Ausbildungsprogramm durchlaufen haben) anwesend, während der anderen Schichten jeweils nur eine oder zwei. Zusätzlich arbeiten pro Schicht eine Stationshelferin und ein paar Schülerinnen.

Die Stationen haben zwischen 30 bis 40 Betten, bei voller Belegung sind die Pflegekräfte ausgelastet. Der Aufgabenbereich der Schwestern beinhaltet u.a. das Verabreichen von Injektionen (im, iv), das Legen von Braunülen, die Durchführung von Bluttransfusionen (die Kreuzreaktion

wurde vom Laborpersonal durchgeführt), Blutabnahme etc., welche in Deutschland überwiegend in den ärztlichen Aufgabenbereich fallen.

G) Die OP-Abteilung

Zum Krankenhaus gehören 2 OP-Räume (septischer und aseptischer).

Der septische OP-Raum ist relativ klein, hier werden kleine Eingriffe wie z.B. Incisionen und Drainagen von Abszessen, Cürretagen, Amputationen, Tubal-Ligation usw. vorgenommen

Der aseptische OP ist größer mit zwei OP-Tischen und einem Notfallgenerator.

Für die Anästhesie sind drei speziell ausgebildete Schwestern zuständig, die zusätzlich mit den OP-Pflegern und dem zuständigen Ärzten die OP-Teams stellen. Den OP-Pflegern (und u.U. auch Famulanten und PJlern) fällt die Rolle des Assistenten zu. Viele Eingriffe im septischen OP werden allein von den erfahrenen OP-Pflegern vorgenommen. Dabei achten sie nicht besonders auf die Kosmetik. Das Infektionsrisiko für Patienten war viel höher als hier im Lande eingeschätzt wurde.

Die OP verfügt über Sauerstoffflaschen, einen Pulsoxymeter aber kein Beatmungsgeräte. Es wird nur Ketaminnarkose durchgeführt, so daß die Patienten noch spontan atmen.

Im Krankenhaus werden viele Materialien aus Kunststoff und Baumwolle nach Gebrauch gewaschen, sterilisiert und wiederverwendet. z.B. OP-Handschuhe, Verbände. Vor der Sterilisation werden sie nachgeprüft und Material wie zerrissene Handschuhe werden aussortiert

Jährlich werden ca. 2000 Eingriffe in dieser Abteilung vorgenommen. Einen Überblick über die verschiedenen Eingriffe und deren Anzahl entnehmen Sie dem Anhang.

H) Central Pharmacy

Diese ist die zentrale Apotheke der CBC und sie verwaltet und verteilt die Arzneimittel, die sie bestellen oder als Spende bekommen haben. Die Einrichtung wird von zwei Apothekern geleitet. Sie verwalten nicht nur sondern sie erzeugen eigene Infusionslösungen, Flüssigkeiten für Injektionszubereitung, Salben, Säfte, Creme usw. aus den Wirkstoffen.

Personelle Besetzung

Im Krankenhaus arbeiten jetzt 7 Ärzte; ein Chirurg (45 Jahre), eine Internistin (Amerikanerin) eine Ärztin, zwei Ärzte, eine Zahnärztin und ein Augenarzt. Der Augenarzt und die Zahnärztin kommen beide aus Ruanda. Einer der praktischen Ärzte kommt aus Nigeria. Der Oberarzt, ein praktischer Arzt ist der Älteste im Hause die anderen Ärzte sind jünger als 45 Jahre.

Das Krankenhaus ist schon auf viele Ärzte, die jährlich freiwillig ohne Entgelt aus Amerika kommen eingestellt. Diese kommen aus allen Fachrichtungen meistens sind sie schon in der Rente. Für diese Ärzte sammelt man Patienten zur Behandlung oder Operation im voraus. Manche Ärzte kommen sogar jährlich. Sie kommen immer mit einer Menge zusätzlicher materieller oder finanzieller Spenden aus Amerika. Aus diesen Gründen benützt man in diesem Krankenhaus amerikanische Maßeinheiten, was in Kamerun unüblich ist.

Das Pflegepersonal ist in verschiedenen Kategorien je nach Ausbildungsdauer eingestuft. Krankenpfleger, StationshelferInnen (Ward Auxillary) und KrankenpflegerhelferInnen (Nursing Aid). Letztere haben eine einjährige Ausbildung absolviert. Die eigentlichen Krankenschwestern (Brevete Nurse) wurden über zwei Jahre hin ausgebildet. Bei den Screeners (s.o.) handelt es sich um diplomierte Krankenschwestern, die eine längere Aus- und Fortbildung erhalten haben.

Das Haus beschäftigt viele ausländische Mitarbeiter auch unter dem Pflegepersonal. Die meisten sind allerdings amerikanische Baptisten. Die meisten der ausländischen Mitarbeiter kommen freiwillig, für ein halbes bis ein Jahr, selten für zwei Jahre um Auslandserfahrung zu sammeln.

Alle Ärzte, Missionare und die Medizinstudenten wohnen im „Doctor Quartier“ oder in den Gasthäusern auf dem Missionsgelände. Es stehen ihnen große, möblierte Häuser dafür zur Verfügung.

Auch die ausländischen MitarbeiterInnen und PraktikantInnen finden hier Unterkunft.

Diese Form der Unterbringung schafft ein relativ „enges“, Verhältnis zwischen den Mitarbeitern und wirkt sich in der Regel positiv aus auf das Arbeitsklima aus. Nur manchmal man fühlt sich

eingengt und beobachtet. Es ist ein sehr religiös ausgeprägtes Leben mit vielen kirchlichen Veranstaltungen, das die Mitarbeiter führten. Vom Patientengut aber waren alle Glaubensrichtungen vertreten, besonders viele Muslime.

Insgesamt hat das Haus ca. 300 Angestellte, von denen ca.100 mit der Hauswirtschaft und der Instandhaltung und Restauration des Anwesens beschäftigt sind.

Ärztlicher Dienstplan, ärztliche Tätigkeiten

Das Krankenhaus hat den Dienst so organisiert, daß jeder der Ärzte für eine der Stationen sowie für seine Patienten auf der chirurgischen Station verantwortlich ist. Ferner hat sich jeder Arzt gegebenenfalls um seine Patienten auf der Isolierstation und Privatstation zu kümmern. Der Chirurg kümmert sich eigentlich um die meisten Patienten auf der chirurgischen Station. Patienten, die er selbst nicht operiert hat werden zum Teil vom operierenden Arzt behandelt, besonders wenn es Komplikationen gab. Diese Besetzung der Stationen mit Ärzten ist sehr wechselhaft und abhängig von der Zahl der Ärzte im Krankenhaus in einer gegebenen Zeit, so daß manchmal manche Stationen nur von PJlern oder „Final year Students on Internship“ der Universität Yaounde wochenlang betreut werden.

Die Arbeitszeit (Montag bis Freitag), ist von 7.15 Uhr bis 16.00 Uhr. Samstags wurde bis ca. 14 Uhr gearbeitet. Diese Arbeitszeiten wurden kaum eingehalten denn es wird meistens je nach der Menge der anfallenden Arbeit für Ärzte gearbeitet. Es wurde meistens länger gearbeitet. Ich würde eher sagen es gab keine geregelte Arbeitszeiten für die Ärzte.

Nach der Visite morgens ging es weiter mit der ambulanten Behandlung der Patienten im Out-Patient Department. Täglich in der Zeit von 10 bis 11 Uhr gab es Kaffee Pause, für die Ärzte und andere Mitarbeiter mit leitender Funktion, zum Austausch, Bekannt machen oder kurze Besprechung mancher Angelegenheiten. Es wurde hier auch reichlich für Entspannung durch Witze oder Erzählungen gesorgt. Zwischen 13 und 15 Uhr konnten die Ärzte in der Ambulanz zum Mittagessen schnell nach Hause gehen.

Nachdem alle Patienten in der Ambulanz gesehen wurde machen die Ärzte eine schnelle Runde auf der Station um die Labor- bzw. diagnostischen Untersuchungen zum Kenntnis zu nehmen und die neuen Aufnahmen zu sehen. Danach war dann Schluß und der Diensthabende übernimmt das gesamte Krankenhaus. Die Dienste dauern bis zum nächsten Morgen. Die Wochenend-Dienste dauern von Samstag Nachmittag bis zum Montag morgen. In der Regel arbeiten die Screeners in 2 Wechselschichten von Montag bis Samstag von 7 bis 23 Uhr. Nachts gibt es dann keinen.

Sonntags ist meistens viel zu tun für den Diensthabenden, da keine Screeners arbeiten. Nachts und am Wochenende kommen meistens Kinder, Verletzte und schwangere Frauen mit Entbindungskomplikationen.

Da die meisten festeingestellten Ärzte Chirurgische Erfahrung hatten waren sie in den Wochentagen für chirurgische Eingriffe eingeteilt. An solchen Tagen ging der entsprechende Arzt gleich nach der Visite in die OP. Wenn man hier eingestellt wurde, wurde besonders angestrebt, daß man chirurgische Erfahrung und Kompetenz besonders bei den dringlichen Eingriffen in dieser Gegend wie: Kaiserschnitt, Appendektomie, Abdominale Exploration, strangulierte Hernien, Polytrauma usw. bekommt, damit man allein ohne chirurgischen Hintergrund, die Nacht- und Wochenenddienste übernehmen kann.

Jede Woche am Dienstag ging einer der Ärzte mit einer Mannschaft bestehend meistens aus einem Mitarbeiter der Augenklinik, einem Finance-Controller und einem Pfleger für einen oder zwei Tage zu den meistens schwer erreichbaren Out-Stationen. Manche dieser Einrichtungen waren bis zu 100km entfernt. Bei schlechten Straßenverhältnissen besonders in den Regenzeiten dauern diese Ausflüge dann länger oder manchmal muß man unterwegs wieder umkehren.

Zu den Außenstellen fährt die Gruppe in einem Geländewagen, im Kofferraum die Medikamente und die benötigten Materialien. Zu unserem Besuch versammeln sich viele Bewohner des Dorfes, sowohl die Kranken als auch die nicht Kranken. Die meisten der Anwesenden waren jedoch Frauen und Kinder. Unter den Maßnahmen des Basisgesundheitsdiensts wurde u.a. vorgenommen: Schwangerenvorsorge, Beschneidungen, Untersuchung und Behandlung von Kranken. Priorität hatte die Prävention (Impfung, Hygiene und Erziehung). Sehr ernsthaft Kranke wurden zum Krankenhaus zur Behandlung geschickt.

Bei diesen Ausflügen war es immer wichtig einen Arzt zu haben der allein einige Eingriffe wie Hernioraphien und Kaiserschnitte vornehmen kann. Es wäre zum einen zu teuer zwei der festeingestellten Ärzte dorthin zu schicken und zum anderen würde diese Person im Krankenhaus fehlen. Von der finanziellen Seite gesehen werden die Kosten von einem solchen Ausflug nur von einer hohen Anzahl von operativen Eingriffen ausgeglichen. Zum Glück wurde die Arbeit nicht aus dieser Sicht beurteilt.

Donnerstags von ca. 16 bis 17 Uhr 30 findet ein äußerst interessantes „Wissensaustauschseminar“ statt, was von den zwei Krankenhäusern organisiert, jeweils in Shisong oder in Banso Baptist Hospital stattfindet. Zum Seminar kommen also Ärzte und Medizinstudenten beider Häuser, stellen Patienten mit seltsamen Krankheiten vor und sprechen über mißlungene Therapien. Die Ärzte (je nach Erfahrung im entsprechenden Gebiet) schlagen etwas zum weiteren Vorgehen im entspr. Fall vor. Anschließend versucht man sich auf das weitere therapeutische Vorgehen zu einigen, über dessen Erfolg in der nächsten Sitzung berichtet wird. Es hat leider nicht jeden Donnerstag geklappt und erst recht, wenn keine Studenten anwesend waren um das in der Hand zu nehmen.

Was sehr problematisch in der ärztlichen Tätigkeit und immer wieder für Diskussionen gesorgt hat, war die Patientenaufklärung vor einem HIV-Test und danach sowieso. Grundsätzlich dürften nur die anordnenden Ärzte diese Aufklärung durchführen. Nur ausnahmsweise könnten die Krankenhaus – Pastoren / Chaplain (Seelsorger) oder die Stationsschwester diese durchführen. Es stellte sich heraus, daß die Ärzte meistens nicht in der Lage waren eine ausführliche Aufklärung besonders vor dem Test durchzuführen. Man hatte sich bemüht einfach vorher die Zusage der Patienten zu bekommen. Da viele der Patienten die als HIV+ diagnostiziert waren, oft ihre Rechnung nach der Entlassung nicht beglichen haben, stellte sich eine zweite Hürde, so daß viele der HIV+ Patienten erst am Entlassungstag, wenn sie ihre Rechnung zum größten Teils beglichen haben aufgeklärt wurden.

Meine Tätigkeit als PJ'ler.

Nach meiner Ankunft in BBH hat es nur ein paar Tage gedauert und schon wußten fast alle Mitarbeiter des Krankenhauses, daß ein Medizinstudent aus Deutschland ein Praktikum im Haus absolviert. Ich wurde auch in der Chapel bei der frühen Andacht, die für alle am Mittwoch und Samstag vor der Arbeit stattfindet als Dr. Ivo vorgestellt. So wurde ich auch während meiner ganzen Zeit dort genannt. Wehren konnte man sich kaum, man mußte diese voreilige Zeichnung annehmen und sich gleichzeitig gegenüber die Herausforderung stellen. Diese beinhaltet nicht nur die Beherrschung der medizinischen Fachkenntnisse sondern auch den Umgang mit dem Personal und vor allen den Patienten als behandelnder Arzt.

Ich bin nach Kamerun geflogen um den Chirurgischen Abschnitt meines PJ's abzuleisten. Bei meiner Ankunft hat der Oberarzt mich gleich unterrichtet ich könne nicht ausschließlich in der Chirurgie arbeiten sondern muß rotierend auf allen Stationen arbeiten wobei ich durchschnittlich mehr Zeit in der Chirurgie verbringen werde.

Meine Einarbeitungszeit dauerte ca. 3 Wochen. In dieser Zeit habe ich meist den Oberarzt bei der Visite, Nachdiensten etc. begleitet. Meistens haben die mir ihre Arbeitsweisen und Handlungsgrundlagen erklärt aber es gab auch Zeiten wo ich nur hinterhergelaufen bin aus Zeit Gründen oder wo ich die Sprache nicht verstanden hatte denn die Ärzte dort haben über die Jahren hinweg viele Sprachen gelernt. Da ich schon eine Famulatur in dieser Stadt geleistet habe, haben sie auch erwartet, daß ich mit manchen Situationen vertraut war, was nicht immer der Fall war.

Was die Einarbeitung in diesem Haus beschleunigt hat, war das Vorhandensein eines detaillierten hauseigenen Taschenbuches genannt „Drug Formulary and Treatment Protocols „ mit allen im Hause verfügbaren Medikamenten. Dieses Buch wurde herausgegeben um die Einarbeitung der jährlich eintreffenden Ärzte, Volontären und Studenten aus verschiedenen System zu erleichtern.

Nach drei Wochen wurde ich in die Nacht- und Wochenend-Dienstpläne eingeteilt, wobei an den Tagen an denen ich Dienst hatte, hatte einer der Ärzte chirurgischen Hintergrunddienst hatte. Bei entsprechendem Notfall wurde er benachrichtigt.

Ich habe die Visiten auf den Stationen auf der ich eingeteilt wurde dann meistens allein gemacht. Am Anfang war ich innerlich sehr angespannt diese Verantwortung zu übernehmen. Ich war jedoch nicht ganz allein, die Stationsschwester bzw. -pfleger haben den Arzt bei der Visite in der Regel immer begleitet. Die haben mir auch vieles beigebracht. Die sind schließlich auch zum Teil „Screeners“. Die ersetzen zwar keinen Arzt aber sie waren immer eine große Hilfe.

Man mußte seine Behandlung an die Finanzressourcen des Patienten anpassen auch wenn es dem Patienten sehr schlecht ging. d.h. manchmal auf i.v.-Behandlung, Laborteste zu verzichten. Die Stationsschwester haben auch aufgepaßt, daß die Ärzte/Studenten aus USA/Europa die Kosten mancher Patienten und damit die Schulden des Krankenhauses nicht in die Höhe treiben.

Wo ich am meisten Probleme hatte war auf der Geburtshilfe-Station und ich mußte mir fast alles von den Hebammen sagen lassen Ich habe diese Maßnahmen dann mit meiner Unterschrift dann besiegelt und gültig gemacht. Auf dieser Station habe ich ein lehrreiches Praktikum gemacht.

Damit ich aus mangelnder Erfahrung bei der Visite keine gravierenden Fehler mache, habe ich oft um ein Konsiliarium von den anderen Ärzten bei Fällen, wo ich mir unsicher war erbeten. Die Visiten und neuen Aufnahmen waren bei mir länger als sonst und hatten am Anfang dadurch die Arbeit der Schwestern besonders kurz vor der Übergabe erschwert aber es war alles verständlich. Ich habe mich nie gescheut in meinen Taschenbüchern nachzuschlagen, natürlich nicht direkt am Patientenbett.

Nach der Visite bin ich dann in die Ambulanz gegangen. Hier habe ich täglich durchschnittlich 10 Patienten untersucht und behandelt. Schwierige Fälle habe ich weitergeleitet. In der Ambulanz gab es monatlich bestimmte Termine für die Behandlung und Beratung von Diabetikern bzw. Kindern mit Sichelzellen-Krankheit.

Die ambulanten Patienten waren aus allen Altersgruppen mit unterschiedlichen Erkrankungen.

Bei den Kindern waren es häufig : Malaria + Anämie, Atemwegsinfektionen, Gastroenteritiden, Sichelzellen-Krankheit und Mangelernährung. Rheumatische Herzerkrankungen waren auch sehr häufig.

Bei den Männern: Gastritis & Ulkusleiden, Malaria, STD, Hypertonie, , Diabetes & Komplikationen, AIDS, sowie auch Rheumatische Erkrankungen.

Bei den Frauen : Salpingitis & Oophoritis (PID) , Malaria, STD, AIDS, Diabetes & Komplikationen sowie auch Rheumatische Erkrankungen.

Die Tuberkulose war auch sehr häufig und es bestand ein Synergismus mit AIDS.

In der Chirurgie habe ich mit dem Chirurgen gearbeitet. Bei den kurzen Visiten ging es um die postoperative Betreuung der Patienten. Die postoperative Infektionsrate war höher als hier im Lande, die wurden allerdings dann meist erfolgreich behandelt. . Bei Kindern war die postoperative Komplikationenrate nicht zu übersehen.

Nach der Visite sind wir in den OP gegangen. Meistens wurden gynaekologischen Eingriffe; KS, Hysterektomie, Oophorektomie, Abszessauräumung, Myomektomie; Hernioraphy ; Prostektomie; Laparotomie bei Ileus, Appendizitis , Typhuspeforationen, Unfällen und malignen abdominalen Erkrankungen und Amputationen durchgeführt. Bei der hohe Rate von Sichelzellen-Krankheit gab es auch eine hohe Rate von Osteomyelitiden bei Kindern.

Bei den Operationen habe ich meist assistiert oder war auch gleichzeitig Instrumentenpfleger. Ich habe die Procedere der obengenannten Operationen gelernt und durfte dann am Ende die Haut schließen. Ich dürfte die Cürretage bei inkompletem Abort in 1.Trimester selbst durchführen, denn sie war eine der häufigsten kleinen Eingriffe.

Im allgemein bestand die Möglichkeit vieles zu machen, wenn man es konnte. Ich wollte mich nie vordrängen das Skapel zu übernehmen weil ich in „Afrika“ war.

Nebenbei durfte ich für ein paar Stunden auch die Schwestern bei der Fortbildung unterrichten. Einmal mußten wir auch ganz spontan in einer Schule über AIDS vortragen.

Abschließende Beurteilung

Die Arbeit in BBH war für mich eine große Herausforderung in einer anderen Welt was die medizinischen Versorgung angeht. Ich habe eine ganz neue Erfahrung in der Berufsfelderkundung, die auch mit professionellen Auftreten verbunden waren erworben. Ein bißchen von der Kunst der Improvisation habe ich mitbekommen. Ich habe immer gedacht, es wäre selbstverständlich aber man braucht nicht nur viel Phantasie sondern auch genaue Fachkenntnisse um effektiv improvisieren zu können.

Am interessantesten waren die Hunderte von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und die körperlichen Untersuchungsbefunde. Diese bleiben gleich, egal wo man praktizieren möchte.

Die Therapiemöglichkeiten, -pläne und Patienten Versorgung waren sehr begrenzt und zum Teil besonders für die Medikamente ganz anders im Vergleich zu Deutschland, so daß im Hinblick auf die Vorbereitung auf das 3.Staatsexamen, Defizite entstehen, die man nachlesen muß. z.B. die ganze Intensivmedizin, Anaesthesiologie, akute interventionelle Medizin da diese kaum vorhanden waren.

Was bei der Arbeit der Ärzte mich auf lange Sicht stört ist die mangelnde Herausforderung. Die Arbeit ist für viele nur noch Routine. Es gab keine klinische Forschung, die Medikamente waren immer die gleichen aus der Liste der „ Essential Drugs „, keine neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und am schlimmsten keine Fortbildungsveranstaltungen. Es gab unterschiedliches Spendenmaterial aus den USA , das aber nicht eingesetzt werden konnte weil es an Wartungsmöglichkeiten fehlte.

Was manchmal sehr schmerzhaft zu ertragen war ist z.B. die Tatsache das ein Patient nach der Diagnosestellung, offene Tuberkulose, nicht aufgenommen werden konnte, weil er kein Mittel hat um für die Kosten der Behandlung aufzukommen. Dieses Beispiel sagt alles über die Situation der Gesundheitsversorgung.

Während meines Praktikums kamen auch zwei Studenten im letzten Studienjahr aus der Universität von Yaunde mit denen ich meine Ausbildung die ich Deutschland bekommen habe vergleichen konnte. Sie waren in der Pädiatrie , Gynaecologie und Geburtshilfe erfahrener als ich. Das mag auch an dem Schwerpunkt im ganzen Studium liegen. Vieles von dem was ich wußte war leider dort nicht umsetzbar. Aber im allgemein haben wir vieles von einander gelernt und ausgetauscht.

Das angenehmste für mich als PJ'ler war das Fehlen von „ Pieper-Diensten“ und die nicht allzu große „Dokumentationsarbeit“.

Anhang

Leistungen des Labors:

<ul style="list-style-type: none"> -Hb -Hämatokrit -Diff. Blutbild -BSG -Bilirubin -Harnstoff -Kreatinine -Blutzucker -Harnsäure 	<ul style="list-style-type: none"> -Sichelzell-Test -Coombs Test -Filariafärbung (Haut & Blut) -Malaria Test (Dicken-Tropfen) -Widaltest -VDRL -HIV-Serologie -Säurefeste Bakterien (Tbc) -Bakterienkultur und Resistenzbestimmung
---	--

Probenuntersuchung (CSF, Sputum, Stuhl, Urin, Abstriche) auf Microorganismen (Grammfärbung), Parasiten , Eiweis, Zucker und Zellen.

- Nicht routinemäßig war die Bestimmung von:*
- Elektrolyten in Blut
 - AST
 - ALT
 - Alk. Phos.
 - Amyllase

Ärztliche Besetzung

- Insgesamt 7*
- 1 Zahnarzt +1 Augenärztin (Ehepaar aus Ruanda)
 - 1 Chirurg
 - 1 Internistin (Amerikanerin)
 - 3 Praktische Ärzte

(+Freiwillige)

Dienstplan

	<i>Mo</i>	<i>Di</i>	<i>Mi</i>	<i>Do</i>	<i>Fr</i>	<i>Sa</i>
<i>7.30-10.00</i>	<i>Visite</i>	=	=	=	=	=
<i>10-10.30</i>	<i>Kaffepause</i>	=	=	=	=	=
<i>11-13.00</i>	<i>Ambulanz</i>	=	=	=	=	=
<i>Mittagspause abwechselnd</i>	<i>Ca. 1 Stunde</i>	=	=	=	=	<i>Feierabend Ca.</i>
<i>Bis ca. 16.30</i>	<i>Ambulanz</i>	=	=	<i>16-18.00 Fallbesprechung</i>	=	=
<i>16.30-</i>	<i>Blitzvisite</i>	=	=		=	=

*Ab 16.00 Bereitschaftsdienst.
Screeners arbeiten v. Mo- Fr von 7.30-23.00*

Outstations : Dienstags

OP : Täglich elective Eingriffe bis ca. 15.00