



Dr. Thomas Steuber (41, 5.v.r.) mit dem Klinikpersonal. Für 25 Millionen Menschen in Ghana gibt es nur zehn einheimische Urologen

Auslandseinsatz Zwei Hamburger Urologen versorgten 2011 im Missionskrankenhaus St. Dominics in Akwatia, Ghana, drei Wochen lang Patienten. Ein Erfahrungsbericht

Von PD. Dr. Thomas Steuber, Dr. Sascha Ahyai¹

Hilfe dringend benötigt

„Afrika für Anfänger“ – so wird Ghana von eingefleischten Afrikareisenden liebevoll genannt. In der Tat ist Ghana aufgrund seiner politischen Stabilität sowie seines Reichtums an Rohstoffen und Agrargütern auf einem guten Weg im Vergleich zu vielen anderen afrikanischen Staaten. Und so gewannen wir nach der Ankunft am Flughafen auf unserer Fahrt durch die Hafenmetropole Accra den Eindruck von Ordnung und aufkeimendem Wohlstand. Auf der weiteren Fahrt durch das Hinterland werden die Straßen schmaler, die Schlaglöcher tiefer. Die Betrachtung der ärmlichen Siedlungen entlang der Straßen zwischen Bananenplantagen und tropischer Vegetation vermittelte nur eine Assoziation: Willkommen im Land der Armen.

Trotz des Aufwärtstrends bleibt Ghana ein klassisches Entwicklungsland. Etwa 56 Prozent der Bevölkerung arbeiten in der Land-

wirtschaft, meistens als Selbstversorger. Noch 2003 betrug der Anteil der Bevölkerung mit einem Einkommen von weniger als einem US-Dollar pro Tag 45 Prozent. Der Mangel an fließend Wasser, sanitären Anlagen und Elektrizität ist Ursache für schlechte hygienische Verhältnisse auf dem Lande, der Zugang zu medizinischer Versorgung ist begrenzt. Infektionskrankheiten wie Cholera, Typhus, Tuberkulose und Hepatitis, parasitäre Erkrankungen (Guineawurm, Bilharziose) und Tropenkrankheiten wie Malaria und Gelbfieber limitieren die Lebenserwartung der Menschen. Malaria zählt zu den häufigsten Todesursachen im Land. Knapp zwei Prozent aller Erwachsenen waren 2007 mit HIV infiziert.

Großer Bedarf an Urologen

Benötigt man spezielle fachärztliche Hilfe, so stellt sich die Situation noch kritischer dar, wie hier am Beispiel der urologischen Versorgung deutlich wird. Im ganzen Land

gibt es für zirka 25 Millionen Menschen nur etwa zehn einheimische Urologen. An der Universitätsklinik Korle Bu in Accra wird lediglich alle zwei Jahre ein einheimischer Arzt als Facharzt für Urologie ausgebildet. Die Bevölkerung in ländlichen Gebieten hat so gut wie keinen Zugang zu urologischer Hilfe. Hier engagiert sich der Verein „DIE ÄRZTE für AFRIKA“ unter dessen Organisation auch unser Einsatz erfolgte.

Die Organisation entsendet regelmäßig Teams von Urologen und Krankenschwestern, die in fünf Missionskrankenhäusern ehrenamtlich arbeiten. Sie stattet die betreuten Hospitäler mit den notwendigen urologischen Geräten und Spezialinstrumenten aus. Junge ghanaische Ärzte werden vor Ort ausgebildet und das einheimische Pflege- und Assistenzpersonal geschult. Langfristig wird eine Ausweitung der Tätigkeit auf weitere Hospitäler angestrebt, denn insbesondere die Nordregion des Landes ist noch völlig unterversorgt.

Nach einer vierstündigen, strapaziösen Auto-

¹ Urologische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

fahrt durch die „Eastern Region“ erreichten wir unseren Einsatzort, das St. Dominics-Hospital in der Distrikthauptstadt Akwatia. Die Stadt hat zirka 10.000 Einwohner, der größte Arbeitgeber ist die am Stadtrand gelegene Diamantenmine (Industriediamanten), die nur rückläufige Erträge abwirft und daher immer weniger Menschen beschäftigt. Die Bevölkerung im Einzugsbereich ist meist arbeitslos und sehr arm. In dem Regenwaldgebiet leben die Menschen noch überwiegend in althergebrachten Clanstrukturen in einfachen Hütten – häufig ohne Strom und fließendes Wasser – und ernähren sich meist vom Kleinhandel, Obst- oder Gemüseanbau.

Offen für deutsche Gastärzte

Das St. Domics Hospital wurde 1960 vom Bischof von Koforidua mit maßgeblicher Unterstützung des St. Dominikus Ordens in Speyer gegründet und unter schwierigen Umständen von den Speyerer Schwestern aufgebaut. Das Krankenhaus hat mehr als 330 Betten mit allen wesentlichen Stationen wie Chirurgie, Innere Abteilung, Gynäkologie, Pädiatrie und eine große Maternity (zirka 2.700 Geburten im Jahr); darüber hinaus gibt es eine vorbildliche HIV-Station.

Wir wurden sehr herzlich von den Deutschen Ordensschwestern empfangen. Eigens für Gastärzte steht ein ordentlich ausgestattetes Guest house zur Verfügung. Neben ÄRZTE für AFRIKA“ engagiert sich der Verein German Rotary Volunteer Doctors (GRVD) in Akwatia. Während unseres Aufenthalts herrschte ein Kommen und Gehen von Ärzten anderer Fachrichtungen der GRVD, was zu einer lockeren Atmosphäre im Guest house beitrug. Für Frühstück und Mittagessen stand uns allen das Convent der Ordensschwestern offen. Bei den gemeinsamen Mahlzeiten – einem Mix aus ghanaischer

Landesküche und oberrheinischer Hausmannskost – haben die Ordensschwestern offen über Ihr Leben in Ghana und Ihre Arbeit im Missionskrankenhaus gesprochen. Sie besetzen im Krankenhaus Schlüsselpositionen in den Bereichen Verwaltung, Pflegeleitung, Apotheke, Planung und Instandsetzung.

Neben ihrer fortwährenden Aufbauarbeit im Krankenhaus haben sie auch außerhalb durch den Bau von Brunnen, öffentlichen Sanitäranlagen, Aufbau von Müllentsorgung sowie Bildungsstätten die Lebensverhältnisse deutlich verbessert. Mit 300 Stellen im Krankenhausbetrieb sowie Jobs in der krankenhauseigenen Backsteinfabrik und Tierzucht schufen sie weitere Arbeitsplätze. Da die Ordensschwestern zwischen 70 und 80 Jahre alt sind, werden sie im nächsten Jahr ins Mutterhaus in Speyer zurückkehren. Nachwuchs ist nicht in Sicht, und so wird an der Übergabe an die afrikanische Selbstverwaltung gearbeitet.

Kandidaten für OP bestimmen

Für unsere urologische Tätigkeit konnten wir von der Jahre währenden Aufbauarbeit der ÄRZTE für AFRIKA profitieren. Durch Mundpropaganda, lokale Medien oder Kundgebung im Rahmen des Gottesdienstes informiert sammelten sich Patienten mit urologischen Problemen, die von uns am ersten Arbeitstag „gescreent“ werden konnten. Allein durch körperliche Untersuchung, konventionellen Ultraschall, einem minimalem Aufwand an Labordiagnostik sowie urologisches Röntgen gelang es schnell, Diagnosen zu treffen und zwischen konservativem und operativem Vorgehen zu differenzieren. Kandidaten für eine Operation wurden dann stationär aufgenommen und ein OP-Programm für die kommenden Tage erstellt, welches sich durch täglich neu eintreffende Patienten

weiter füllte. Um möglichst viel Kapazität für urologische Operationen vorzuhalten, wurde das Pflegepersonal im OP sowie auf Station aufgestockt und das Elektivprogramm der Chirurgie reduziert. Uns standen täglich von acht bis 16 Uhr zwei Operationssäle zur Verfügung, insgesamt konnten wir 58 Fälle am Ende unserer Zeit bilanzieren.

Über Jahre schlecht versorgt

Das „bread and butter“-Geschäft der urologischen Operationen war die Versorgung von Männern mit einer benignen Prostatohyperplasie. Nach Dekompensation mit Harnverhaltung bekommen die Betroffenen einen transurethralen oder suprapubischen Katheter. Mangels urologischem Know-how bleiben die Patienten über Jahre mit (oft demselben) Katheter versorgt. Inkrustation und Infektionen sind die Folgen. Die operative Therapie erfolgte aufgrund der Größe der Adenome meist offen operativ, bei einem Drittel konnte über eine transurethrale Operation (TUR-P) die Desobstruktion erreicht werden. Harnröhrenstrikturen aus traumatischer oder venerischer Ursache sorgen meist bei jüngeren Männern für Miktionsbeschwerden oder Harnverhaltung sowie Infertilität.

Da die weniger invasive transurethrale Schlitzung zu häufigen Rezidiven neigt und bei den zumeist langstreckigen Strikturen ungeeignet ist, entschieden wir uns für offene operative Rekonstruktionen unter Einsatz von Mundschleimhauttransplantaten, wenn nötig. Unter den urologischen Malignomen sind Harnblasenkarzinome häufig. Klassisch für die in afrikanischen Ländern endemisch auftretenden Plattenepithelkarzinome ist eine vorangegangene Infektion des unteren Harntraktes mit Bilharzioseerregern. Alle von uns gesehenen Patienten waren in einem bereits weit fortgeschrittenen Stadium,



Bei einem ersten Screening untersucht Dr. Thomas Steuber einen Patienten mittels Ultraschall



Dr. Sascha Ahyai (39) mit den Missionsschwestern Wiltrud (l.) und Irmina, die im kommenden Jahr in ihr Mutterhaus in Speyer zurückkehren werden



Dr. Sascha Ahyai bei der Korrektur einer Harnröhrenstriktur über einen Dammschnitt. Die Größe der vorgefundenen Strikturen machte oft eine Deckung mit Mundschleimhaut erforderlich

sodass eine operative Sanierung zu spät gekommen wäre. Lediglich bei einer jüngeren Frau (35), bei der sich aufgrund lokalem Tumorwachstum bereits eine urinöse Fistel zur Bauchwand gebildet hatte, entschlossen wir uns nach langer Abwägung nicht zuletzt

die Patientin nach 20 Tagen das Krankenhaus verlassen. Stomabeutel werden nun durch die Quartalsweise eintreffenden Ärzte geliefert. Die Entstehung von Blasen-Scheiden-Fisteln bedingt durch Geburtstraumen bei jüngeren Frauen stellt ein weiteres urologisches Dilem-

aus palliativem Aspekt zur operativen Sanierung durch Zystektomie mit Harnableitung über ein Darmconduit. Ein derart großer operativer Eingriff blieb im Rahmen unserer Tätigkeit vor Ort jedoch die Ausnahme. Es mangelt an Medikamenten, insbesondere Antibiotika und Schmerzmittel, es steht keine anästhesiologische Überwachungs- oder Intensivstation zur Verfügung, die Kapazitäten der Blutbank sind begrenzt und die hygienischen Verhältnisse auf den Bettenstationen schlecht.

An geregelte Infusions- und Ernährungsprogramme ist nicht zu denken, da die Patienten von Ihren Angehörigen mit Nahrung versorgt werden. Zudem steht kein Material zur Verfügung, um eine nachhaltige Stomaversorgung zu gewährleisten. Durch eine intensive stationäre Nachbetreuung konnte

ma dar, welches für Entwicklungsländer charakteristisch ist. In Ghana enden zwei Prozent aller Geburten in Geburtskanal-Fisteln.

Durch den permanenten Urinverlust sind die Betroffenen stigmatisiert und werden gesellschaftlich ausgegrenzt. Die operative Versorgung ist meist komplex, kleinere Defekte können vaginal verschlossen werden. Größere hingegen müssen transabdominal angegangen und plastisch gedeckt werden; ein Eingriff der eine hohe Expertise erfordert und daher am besten Fistelzentren, wie es sie auch in Ghana im Mission Krankenhaus Bator unter Leitung einer gynäkologischen Missionsärztin gibt, vorbehalten bleiben sollte.

Dankbarkeit ist der größte Lohn

Am Ende unseres Einsatzes in Ghana haben wir drei wesentliche Erfahrung mit zurück in unsere Wohlstandswelt genommen. Erstens: Man kann auch mit geringeren Mitteln gute Medizin machen. Zweitens: Entwicklungsdienst ist harte Arbeit. Drittens: Die Leidenschaft und Geduld der Menschen in Ghana sind beispiellos, die Dankbarkeit der größte Lohn, den man für ärztliche Tätigkeit bekommen kann. Wir waren uns am Ende einig: Wir kommen wieder.

Mehr Informationen über Einsätze in Afrika unter www.die-aerzte-fuer-afrika.de.

PD Dr. Thomas Steuber

Facharzt für Urologie,
Leitender Arzt an der Maritinklinik,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: steuber@uke.de