

Ein Tropfen auf den heißen Stein ...

Deutsche Ärzte zu Gast in Togo



Dr. Heinrich Eberhardt



Dr. Barbara Strobl

Togo ist eines der kleineren westafrikanischen Länder, welches auch auf Grund seiner Politik wenig wirtschaftliche Entwicklung erfährt. Uns war Togo als ehemalige deutsche Kolonie bekannt. Das Gesundheitssystem liegt ziemlich brach, die Kindersterblichkeit liegt bei 15 Prozent und ganze 220 Ärzte stehen 6,2 Millionen Togoern zur Verfügung. So war es kein Zufall, dass Dorothea Licht, Krankengymnastin und engagierte Leiterin der Aktionsgruppe München des Kinderhilfswerks Plan International Deutschland, sich ausgerechnet dieses Land ausgesucht hat, um dort ein Ärztecamp auf die Beine zu stellen.

Im März 2007 reiste das Team, bestehend aus einem Internisten, zwei Allgemeinärzten, drei Kinderärzten, zwei Chirurgen und einer Chirurgieschwester, einer Gynäkologin, einer HNO-Ärztin, einem Zahnarzt, einer Optikerin sowie zwei weiteren nichtärztlichen Hilfspersonen und Dorothea Licht nach Togo.

Die Reise führte uns über insgesamt acht Stationen in der mittleren und nördlichen Region Togos. Die Orte erreichten wir jeweils von unseren Quartieren aus mit dem eigenen Bus, teils über Asphaltstraßen, teils über Pisten. Einmal ging es zu einem so entlegenen Ort, dass die abenteuerliche Anfahrt bereits vier Stunden dauerte. In den teils idyllisch gelegenen, meist ärmlichen Dörfern wurden wir jeweils bereits gespannt von großen Menschenmassen erwartet. Erster Schritt war, die jeweiligen Örtlichkeiten zu sichten und einzurichten, in denen wir arbeiten sollten: Es waren meist einfache Krankenhäuser oder Gesundheitsposten. Medikamente brachten wir selbst – dankenswerterweise meist aus Spenden der Pharmaindustrie – von Deutschland mit, jedoch ohne die Bedürfnisse der Bevölkerung zu kennen.

Und alsbald tropfte unser Schweiß auf den heißen Stein. Kein Wunder: Bei 35 bis 40 Grad Celsius im Schatten zu arbeiten war eine neue Erfahrung. Unsere Behandlungsräume waren meist ähnlich: entweder hatten sie kleine luftige Fenster oder einfach nur Löcher in der Wand. Wenn es Strom gab, gab es manchmal sogar einen Ventilator. Das war aber eher die

Ausnahme. In den ersten Orten hatten wir und die Organisatoren vor Ort noch erheblich mit der Undiszipliniertheit der Bevölkerung zu kämpfen. Wir wurden regelrecht belagert! Wollten wir einen neuen Patienten in unseren Untersuchungsraum hereinlassen, drängten sich gleich vier bis fünf weitere herein. So war zunächst effektives Arbeiten nicht möglich, zumal durch die Menschenmassen vor unserem Arbeitsraum ein unbeschreiblicher Lärm herrschte, welcher eine Auskultation schwierig und eine Perkussion gar unmöglich machte.

Die Anamnese war oft schwierig. Zunächst einmal war da das Problem der Sprache. Meist musste von deutsch ins Französische und dann in die Stammessprache übersetzt werden. Und Stammessprachen gibt es in Togo etwa 40 verschiedene, sodass wir manchmal Leute suchen mussten, welche die gleiche Sprache wie der Patient sprachen. Das Krankheitsverständnis ist ebenfalls nicht vergleichbar mit dem europäischen, was sicher auch damit zusammenhängt, dass man eher selten zum Arzt oder ins Krankenhaus geht. So bekommt man auf die Frage, seit wann denn Symptom X bestünde, häufig die Antwort: „seit Geburt“. Oder aktuell bestünden keine Beschwerden, vor einem Jahr allerdings hätte man daran gelitten. Außerdem spielt häufig auch der – neben Islam und Christentum – weit verbreitete animistische Glaube mit entsprechender Naturmedizin und Schamanentum eine große Rolle, so zum Beispiel „Verhexung“ als Krankheitsursache.

Die Internisten kämpften zwar mit Zivilisationskrankheiten wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck, hatten es aber auch häufiger mit Infektionen (Malaria, Mykosen, TBC), chronischen Gelenksbeschwerden, monströsen Strumen und Tumoren zu tun. Die Chirurgen waren überwiegend mit Lipomen, Atheromen und allerlei Hernien beschäftigt, während unsere Allgemeinmedizinerin die verschiedensten dermatologischen Infektionskrankheiten behandelte. Unsere Optikerin machte Sehtests und verteilte großzügig Brillen, was manchen Patienten mit bis zu minus zwölf Dioptrien das Sehen wieder schenkte. Unsere HNO-Ärztin hatte mit akuten Halsschmerzen und Otitiden zu kämpfen, unser Zahnarzt beim Zähneziehen mit dem harten Kieferknochen der Schwarzafrikaner.

Das größte gynäkologische Problem war die primäre, oft auch sekundäre Sterilität. Gerade in einer Gesellschaft, deren Altersversorgung durch die Nachkommen sichergestellt wird, ist dies natürlich eine Katastrophe. Eine der Hauptursachen ist hier sicher der Tubenverschluss auf Grund von sehr häufigen chronischen Unterbauchinfektionen, die teils gar nicht, teils nur unvollständig behandelt werden. Durch die vielerorts vorhandene Polygamie kommt es sicherlich auch zu vielen Re-Infektionen. Inwieweit Hormonstörungen, Endometriose oder kleinere Myome ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, konnten wir mit unserer, im wesentlichen auf unsere Sinne beschränkten Diagnostik nicht abschließend beurteilen. So blieb hier leider oft nur ein Beratungsgespräch. Weitere



Durch die Menschenmassen zur Arbeitsstätte, Dr. Erwin Hirschmann (ehemaliger Delegierter zur BLÄK).

Beschwerden umfassten Dysmenorrhoe, lokale Scheideninfektionen, häufig durch Pilze hervorgerufen, und Zyklusstörungen. Mehrfach stellten sich Frauen vor mit ausgeprägtem Prolaps uteri, teils mit chronischen Ulzerationen. Hier konnte in einzelnen Fällen eine operative Therapie veranlasst und auch finanziert werden. Leider sahen wir auch Karzinompatientinnen, teils in fortgeschrittenen Stadien, wohl von der Zervix ausgehend. Je abgelegener und islamischer die Dörfer waren, desto häufiger kamen auch Frauen, die als Kind beschnitten worden waren, zu uns. Meist handelte es sich hierbei um eine Klitorisresektion. Allerdings versicherte man uns, diese Praktik würde seit einigen Jahren nicht mehr durchgeführt.

Im abgelegendsten Dorf kam es sogar noch zu einem neonatologischen Akuteinsatz: eine Frühgeburt in der 32. Schwangerschaftswoche, wohl kaum mehr als 1500 Gramm wiegend, anfangs ohne wesentliche Atembestrebungen, wurde von einem unserer Kinderärzte reanimiert und erholte sich zunächst auch ganz gut – allerdings ist die weitere Prognose dieses Kindes unter den örtlichen Bedingungen sicherlich alles andere als gut. Vielleicht hat das Kind aber das nötige Glück.

Kinder wurden sowohl mit akuten als auch mit chronischen Problemen vorgestellt: Am häufigsten lagen, wie auch in Deutschland, Infekte der oberen Luftwege, Gastroenteritiden und Bauchschmerzen vor. Malaria ist häufig, wird aber meistens nicht adäquat behandelt. Auch weiß die Bevölkerung relativ wenig über diese Erkrankung. Wenn ein Kind mit Mattigkeit und Fieber in einer Gesundheitsstation oder ambulant im Krankenhaus vorgestellt wird, erhält es nahezu immer Malariamedikamente, welche aus einem dreitägigen Zyklus Chinin

oder Artemether/Lumefantrine bestehen. So kommt es vor, dass einfache Virusinfekte zur Malaria werden. Andererseits reicht eine dreitägige Behandlung bei einer manifesten Malaria oft nicht aus. Wir haben mehrere Kinder mit chronischer Malaria gesehen, welche sich im Ag-Test bestätigen ließ. Sie hatten immer eine Hepatosplenomegalie, und manche waren auch neurologisch auffällig.

Relativ häufig begegneten uns auch Armplexuslähmungen, welche am ehesten auf eine traumatische Geburt zurückzuführen waren. Ebenfalls nicht selten waren auch periphere, vor allem die Beine betonende Lähmungen nach Infekten in der frühen Kindheit. Die eine oder andere Poliomyelitis dürfte dabei gewesen sein. Einige Eltern stellten hingegen Kinder mit vermeintlichen Lähmungen vor, die sich bei genauerem Betrachten nicht als Lähmung herausstellten. Diese Kinder hatten es geschafft, den Eltern etwas vorzumachen, und wurden herumgetragen, obwohl sie gut laufen konnten. Dann gab es noch eine Reihe an Erkrankungen, welche in unseren Breiten bereits im Neugeborenenalter behandelt werden und daher nicht mehr im späteren Alter zu sehen sind. So haben wir gedeckte Enzephalozelen/Meningomyelozelen bei älteren Kindern gesehen. Eine Hirschsprungerkrankung bei einem Achtjährigen, ein Steißbeinteratom bei einem Einjährigen. Ein nicht unerhebliches, zum Glück aber seltenes Problem, stellt die Unterernährung dar. Hier sind vor allem Säuglinge betroffen, wenn der Mutter das Stillen nicht gelingt. Flaschen-nahrung kann sich die Landbevölkerung nicht leisten und eine Leih-Amme oder das eigene Kind der Brustmilch einer anderen Frau anzuvertrauen ist nicht üblich und sogar verpönt.

Leider war es häufig schwierig, den Patienten adäquate Hilfe zukommen zu lassen. Zum einen lag das an der chronischen Natur der Beschwerden, zum anderen an den mangelnden technischen Möglichkeiten. So blieb oft nur, eine entsprechende Fachklinik in der Hauptstadt Lomé zu empfehlen, die sich die meisten Patienten allerdings nicht leisten können. In Einzelfällen konnten die Kosten für weitere Therapien übernommen werden.

Insgesamt wurden an neun Ambulanztagen 5558 Patienten untersucht, davon 1499 internistisch, 1042 pädiatrisch, 618 dermatologisch, 514 gynäkologisch, 480 chirurgisch und 332 zahnärztlich. 480 Patienten erhielten einen Sehtest und/oder eine Brille.

Der Sinn unseres Aufenthaltes lag weniger in der konkreten medizinischen Hilfe, die meist nur temporäre Linderung chronischer Leiden brachte. Vielmehr wurde von den Patienten sehr positiv angenommen, dass sich europäische Ärzte kostenlos zur Verfügung stellten, um sich ihrer Probleme anzunehmen. Zudem konnten wir eine recht genaue Ist-Analyse der Situation in den Gesundheitsstationen durchführen und konstruktive Verbesserungsvorschläge weitergeben. Mit Hilfe von Spendengeldern kann Plan International vor Ort in den Regionen, wo Plan tätig ist, direkt zur Verbesserung des Gesundheitssystems beitragen. Außerdem hoffen wir, mit besser ausgestatteten Gesundheitsstationen die Attraktivität des Arbeitsplatzes auch für togolesische Ärzte zu erhöhen. Diese bevorzugen bisher Arbeitsmöglichkeiten in den Städten sowie im Ausland, da dies natürlich viel lukrativer ist.

Diese Reise verhalf uns zu vielen neuen Eindrücken. Wir sind zuversichtlich, dass weitere Projekte die internationale Zusammenarbeit fördern und die gesundheitlichen Perspektiven in Togo verbessern können.

Weitere Informationen: Plan International Deutschland, Aktionsgruppe München, Dorothea Licht, Internet: www.muenchen.plan-aktionsgruppen.de, E-Mail: licht-munich@t-online.de oder Plan International Deutschland e. V., Pestalozzistraße 14, 22305 Hamburg Internet: www.PLAN-international.de E-Mail: info@PLAN-international.de

*Dr. Heinrich Eberhardt,
Kinderkrankenhaus St. Marien,
Grillparzerstraße 9, 84036 Landshut,
Dr. Barbara Strobl, Gynäkologie und
Geburtshilfe, Krankenhaus Landshut-
Achdorf, Achdorfer Weg 3,
84034 Landshut*