

Hospitation in der Augenklinik des Margret Marquart Catholic Hospital MMCH in Kpando

Volta Region/East vom 07. – 16-11.2014.



Hintergrund:

Das Margret Marquart Catholic Hospital in Kpando wurde 1960 von der deutschen Ärztin Margret Marquart und den beiden österreichischen Krankenschwestern Anita Linninger und Phili Fuchs gegründet. Es ist zuständig für die medizinische Grundversorgung der Gegend und deckt u.a die Bereiche Kinderheilkunde, Gynäkologie, allgemeine Chirurgie und Innere Medizin ab. Ihr angeschlossen ist ein Labor und eine Apotheke. Leiterin des Klinikkomplexes ist die Gynäkologin Schwester Lucy Hometowu.

Die Augenklinik am Margret Marquart Catholic Hospital entstand 1999 durch den amerikanischen Augenarzt Dr. James Guzek. Als er im Jahre 2002 Kpando verließ, übernahm Dr. Seth Fiadoyor, ein erfahrener ghanaischer Augenarzt die Klinik. Nach seinem Weggang im Jahre 2004 folgte ihm der ghanaische Augenarzt Dr. Asante Opoko bis 2009. Danach gab es zunächst keine augenärztliche Versorgung, bis dann unter Federführung des Lions Clubs Bonn-Godesberg, vor allem in Person von Herrn Prof. Manfred Spitznas es 2013 gelungen ist, die Klinik wieder voll funktionsfähig zu machen. Näheres siehe unter: <http://aktion-va.de/geschichte>

Mit der africa action und den German Rotary Volunteer Doctors e.V. unter der Leitung ihres Afrika-Koordinator, Dr. Henner Krauss stehen dem Projekt zwei weitere unterstützende Organisationen zur Seite.

Heute ist der ghanaische Augenarzt Dr. Alfred Kwaako dort tätig.

Die Klinik bietet über die augenärztliche Standardversorgung hinaus verschiedene Untersuchungs- und Messverfahren am vorderen und hinteren Augenabschnitt an (incl. Kinetischer und statischer Perimetrie, tomographischer Bildgebung der vorderen und hinteren Augenabschnitte und des Sehnerven, Angiographie, Ultraschall mit A- und B-Bild, Fundusphotographie etc).

Therapeutisch stehen der Klinik Lasergeräte zur Behandlung von grünem Star, Nachstar und verschiedenen Netzhauterkrankungen zur Verfügung.

Der Klinik ist ein 2013 komplett sanierter und mit modernster Technik ausgestatteter Operationssaal mit zwei Operationsplätzen angeschlossen. Die Schwerpunkte liegen im Bereich der Katarakt-, Glaukom- und Lidchirurgie. Theoretisch sind Hinterabschnittsoperationen möglich.

Abgerundet wird die Patientenversorgung durch einen Optikerladen zum Verkauf von Brillen und durch eine Outreacharbeit in die schwer zugänglichen Gebirgsdörfern der Region.

Grundsätzlich besteht ein enorm hoher Bedarf an Katarakt- und Glaukomoperationen.

Anreise:

Die Anreise ist unproblematisch mit der Lufthansa ab Frankfurt (oder KLM ab Amsterdam) in 6 Stunden Flugzeit nach Accra, Kotoka International Airport. Da die Weiterreise wegen der z.T. nicht guten Strassenverhältnisse bei Nacht nicht empfohlen wird, verbringe ich meine erste Nacht in der Golden Crest Lodge in Flughafennähe. Das Haus ist sauber, klimatisiert, insgesamt über ghanaischem Standard.

Am Folgetag (Samstag) gegen 8 Uhr holt mich ein Fahrer des Margret Marquart Catholic Hospital ab.

Südlich entlang der Akwapim Gebirgskette geht es zum Volta River. Da die Brücke bei Atimpoku/Akosomba gesperrt ist, biegen wir bei Somanya nach Osten ab, um den Volta über die südliche Staumauer zu überqueren. Auf dem Rückweg werden wir die Fähre bei Akrawe nehmen - die abenteuerlichere Variante. Der Fahrer Ennis fährt den Ford Pickup bis an dessen Limit. Die Tachonadel setzt sich bei 120 fest und das auf Wegen, die nicht im Ansatz mitteleuropäischem Standard entsprechen. Aber irgendwann hinter der Voltaüberquerung zeigen die zunehmend schmalen und löchrigen Straßen dem Fahrer Grenzen auf - denke ich, aber es geht in unvermindert hohem Tempo weiter. Selbst eine Radarkontrolle (89 statt 50) kann Ennis nicht von seinem Fahrstil abbringen. Er erklärt dem Polizisten, er müsse den white doctor (das bin wohl ich) zu einem Notfall nach Kpando bringen. Unser Wagen wird zur Ambulance und nach langem Gespräch zwischen dem Fahrer, dem Gesetzeshüter (oder eben nicht) und mir über Holland (!) und Gott und alles Erdenkliche und nach Austausch von E-Mailadressen geht es ohne Zahlung eines Bußgeldes mit unverminderter Geschwindigkeit weiter. Da hilft dann nur nach mein Hinweis auf meine Frau und meine Kinder, die mich gerne lebend wiedersähen und auf die Tatsache, dass meine Sorge vor einem Verkehrsunfall mittlerweile die der Ansteckung durch Malaria oder gar Ebola um ein zigfaches überstiegen hat. Allein Letzteres zieht: wir gleiten mit angenehmen 80 über Kpeve gen Kpando und erreichen das Gästehaus nahe der Klinik nach 4 stündiger Fahrzeit – lebend.

Als erstes lerne ich den Administrator Emanuel kennen, ihm werden die mitgebrachten Dinge übergeben. Die gespendete Bohrmaschine findet sein größtes Interesse, gefolgt von Batterieladegerät und Mengen an Augentropfen. Letztere finden leider bis zum Ende des Aufenthaltes nicht den Weg in die Apotheke, wo grundsätzlich ein Mangel an Medikamenten herrscht.

Judith Schneider, die nach erfolgreicher Abiturprüfung und Hospitation in der

Augenheilkunde in Bonn seit August im MMCH ist und in der Augenambulanz aushilft, führt mich über das Klinikgelände. Sie wird mir in der kommenden Woche eine hervorragende Hilfe sein: fit in der Bedienung ophthalmologischer Geräte, ausgestattet mit gesundem Menschenverstand, Organisationstalent und hervorragendem Englisch. Perfect, Mitarbeiterin der Kantine wird uns in der kommenden Woche mit Essen versorgen, wahlweise in der Krankenhauskantine oder in der Unterkunft, weniger wahlweise dann Reis mit unterschiedlichen Beilagen. Ein Rundgang durch Kpando bis zum Einbruch der Dunkelheit kurz nach 6 beendet den Tag.

Am folgenden Sonntag um 9 besuchen wir den Gottesdienst am Krankenhaus. Anfangs noch in englischer Sprache wechselt der Priester zunehmend zu Awe, Landessprache in diesem Teil Ghanas, sprachlich damit auch den westlichen Landesteilen des Nachbarlandes Togo verbunden. Die amtssprachliche Teilung erfolgte in der Kolonialzeit durch die Franzosen für Togo und die Engländer für Ghana.

Der Priester predigt 30 Minuten unterbrochen von Temple of god, God in us, immer wieder mit unterstützenden Halleluja und Amen aus der Gemeinde. Irgendwann bewegt sich das Thema Richtung Alkohol und dann kommt plötzlich und unvermittelt an mich die Frage, was der Konsum von Alkohol denn mit uns mache. Zirka 100 Augenpaare sind auf mich gerichtet und mir fällt nichts Besseres ein als: "It closes our mind" und... die Antwort scheint richtig zu sein, denn als Reaktion kommt ein aufrichtiges und langgezogenes "yeah" der Gemeindemitglieder. Mein gefühltes „Herzlich Willkommen in Afrika“. Am Ende der zweistündigen Veranstaltung muss das Händereichen zum Friedensgruß einem freundlichen Winken weichen; zu groß ist die Sorge vor übertragbaren Erkrankungen und hier in erster Linie Ebola. Die Diskussion hier vor Ort ist diesbezüglich ruhig und sachlich. Sorgen bereiten allerdings die sehr offenen Grenzen zu den Nachbarländern und der damit verbundene Risiko der Einschleppung.

Nach dem Gottesdienst lerne ich die Op Schwestern Susan, kurz: Susi, Schwester Gladis, Pfleger Matheus kennen. Auf dem Weg zur Klinik fällt mein Blick auf zwei riesige Stellwände: eine mit „The patients rights“, den Patientenrechten, daneben eines mit den Patientenpflichten – ersteres kenne ich aus Deutschland, über zweites sollte bei uns auch einmal nachgedacht werden.

Neben der Untersuchung der am Dienstag zu operierenden Patienten (geplant sind ca 45, schlussendlich sind es 33; viele angemeldete Patienten erscheinen nicht, ein grundsätzlich bekanntes -afrikanisches- Problem) nutzen wir den Sonntag und Montag zur Sichtung der Augenklinik. Ich finde eine ausgesprochen saubere, gut organisierte Klinik mit kompetentem Personal und sehr guter Ausstattung vor. Was hier entstanden ist, sucht seinesgleichen in Ghana.



Die Aufnahme des Patienten erfolgt im Receptionroom. Hier ist auch der Optikerladen untergebracht. Im danebenliegenden Refractionroom erfolgen die Voruntersuchungen mit Autorefraktor, Keratometrie, Noncontacttonometrie, hier wird die präoperative Biometrie mit einem A-Scan gemacht, ebenso ist eine Fundusphotographie möglich. Herr über die Geräte ist Jake, der über viel Erfahrung in der Vermessung der Augen verfügt.

Nach Aufnahme und Voruntersuchung nehmen die Patienten vor dem Consultantroom Platz. Er besteht aus 2 Untersuchungsplätzen mit Spaltlampe und Tonometer. Theoretisch sind die Hubtische höhenverstellbar. Es gibt ein Ophthalmoskop und eine 28dpt Lupe zur Funduskopie.

Reguläre Sprechstundentage sind Montag und Mittwoch, Dienstag und Donnerstag sind die Operationstage, Freitag ist für den sog. Outreach vorgesehen. Aktuell kann dieser nicht stattfinden, weil der dafür benötigte Geländewagen kaputt ist. Die Reparatur läuft.

Im ersten Stockwerk finden sich neben den Patientenzimmern zwei Funktionsräume: der Laserraum und der Diagnostikraum. Hier sind o.g. Behandlungsgeräte untergebracht.

Der Operationsaal ist das Prunkstück der Klinik. Er ist groß, hell und klimatisiert. Er ist ausgestattet mit 2 verstellbaren Operationsliegen, 2 mobilen Mikroskopen und 2 Geräten zur Phakoemulsifikation. Es gibt einen abgetrennten Waschraum, und einen Raum zur Materialsterilisation.



Bis dato operiert der ghanaische Augenarzt Dr. Alfred Kwaako in diesem Op, glänzend unterstützt durch die beiden o.g. Op-Schwestern und dem Pfleger/Springer Mattheus, der auch für die Sterilisierung der Instrumente verantwortlich ist. Dr. Kwaako ist in mehreren Kliniken tätig und kann so seine Arbeit leider nicht zur vollsten Zufriedenheit aller Beteiligten erfüllen. So konnte aktuell Frau Dr. Mercy Dawson für eine zukünftige Zusammenarbeit gefunden werden. Dr Mercy Dawson ist Medical Superintendent im St Dominic Hospital im nordwestlich der Hauptstadt Accra gelegenen Akwatia und leitet die dortige Augenklinik (Rubsam eye clinic). Seit März 2014 ist ihr Haus Lehrkrankenhaus. Sie ist eine überaus erfahrene und gute Augenchirurgin, eine menschlich sehr angenehme und zurückhaltende Frau. Sie trifft am Dienstag ein und „hospitiert“ bei mir.

Sie wird in Zukunft alle 2 Wochen für einige Tage kommen und am MMCH operieren.

Der Klinikalltag

An den Ambulanztagen sieht das Klinikpersonal pro Ambulanztag ca 100 Augenranke. Diejenigen, die operiert werden müssen, werden nach Möglichkeit kurzfristig einer Operation zugeführt. Den Patienten nach Hause zu schicken kann bedeuten, dass er nicht mehr wiederkommt.

Die allgemeine praeoperative Diagnostik beinhaltet eine Blutzucker- und eine Blutdruckkontrolle, keine weitere Labordiagnostik wie z.B. eine Testung auf HIV. Augenärztlicherseits erfolgt neben der Sehschärfen- und Augeninnendruckmessung die Vermessung der Augen zur Bestimmung der zu implantierenden Intraocularlinse. Die Patienten werden vor der Operation gruppenweise über mögliche Op-Risiken und Komplikationen aufgeklärt. Die Kataraktoperation erfolgt entweder in einem „einfachen“ Modus über die Entbindung des gesamten Linseninhaltes über einen 6 mm getunnelten, nahtlosen (!) Schnitt mit nachfolgender Implantation einer formstabilen Intraocularlinse oder als Ultraschallverfahren (Phakoemulsifikation) in Kleinschnitttechnik (2.8mm) mit Implantation einer Fallinse. Ersteres Verfahren kommt nach wie vor bei vielen überreifen trüben Linsen zum Einsatz.



Der Verbandswechseltag beginnt um 7h30 mit einer Aufklärung aller operierten Patienten durch den Op Pfleger Matheus. Er hält vor der Gruppe von Patienten einen ca 20-minütigen Vortrag über den Aufbau des Auges, die Operation, postoperative Verhaltensregeln (kein Druck auf das operierte Auge, Benutzung sauberer Taschentücher etc.), Nachsorgetermine. Danach erfolgt die Kontrolle der Patienten an der Spaltlampe. Sofern der Befund gut ist, werden die Patienten 2 Wochen später wieder einbestellt. Die Therapie besteht in einer 6-mal täglichen Tropfengabe einer Cortison-Antibiotikum-Kombination.

Eine Reaktion des Patienten auf das postoperative Ergebnis bekommt man meist nicht. Erst auf Ansprache kommt ein Strahlen und der Satz: " I can see clearly now."

Nach den Verbandswechseln beginnt die allgemeine Sprechstunde. Wir sehen u.a eine 27-jährige hochschwängere Frau, die an beiden Augen eine überreife, komplett getrübte Linse hat und damit de facto erblindet ist. Als Zeitraum der Erblindung gibt sie 3-4

Monate an. Wir beschließen, sie noch mit auf den heutigen Op-Plan zu nehmen, damit zumindest ein Auge rehabilitiert wird. Leider fehlt eine Intraocularlinse in der richtigen Stärke und so müssen wir statt der errechneten Linse die nächst mögliche Stärke implantieren mit dem Ergebnis, dass sie ca 4dpt in der Kurzsichtigkeit landen wird. „*That hurts even in Africa*“. Die Fehlsichtigkeit kann aber durch eine Brillenanpassung problemlos korrigiert werden. Bereits am Tag nach der Operation zeigt sich: die Patientin ist trotz der höheren Kurzsichtigkeit überglücklich. Sie wird ihr Kind sehen können.

Ein kleiner fünfjähriger Junge macht uns Kopfzerbrechen. Auch er hat beidseits trübe / weiße Linsen und sieht praktisch nichts mehr. Entsprechend unsicher ist auch sein Verhalten im Raum. Die Tatsache, dass das nach Angaben der Mutter bis vor ca 6 Monaten noch ganz anders gewesen sei, gibt Hoffnung darauf, dass er nach einer Cataractoperation wieder besser werden kann. Also steht die Entscheidung zur Operation sehr schnell. Doch dann sind Mutter und Kind verschwunden. Mühevoll und mit viel Nachfrage gelingt es den Mitarbeitern, die Mutter zu kontaktieren und sie von einer Operation zu überzeugen. Geplant ist der Freitag. Die Mutter verspricht, am Freitag Morgen um 7 Uhr mit ihrem Sohn in der Klinik zu sein.

An den folgenden Op-Tagen wechseln Dr. Dawson und ich uns bei den Operationen ab und profitieren vom gegenseitigen Teaching.

Außerhalb des Op's widmen wir uns am Donnerstag und Freitag zunehmend der Unterrichtung der Mitarbeiter in Grundlagen der Augenheilkunde und der Bedienung der vorhandenen Geräte. Schwerpunkte liegen in der Einweisung am Computer-Gesichtsfeld mit anschließender gegenseitiger Untersuchung und der Einweisung an der Angiographie, dem Vorderabschnitts-OCT, der Fundusphotographie und der Sehnervenkopftomographie.

Am Donnerstag Abend sichten wir den chirurgischen Operationssaal. Die Operation des kleinen Jungen wird dort stattfinden, weil der Junge in Vollnarkose operiert werden muss und die Anästhesieeinheit nicht in unseren Augen Op bewegt werden kann. Auf die Frage nach einem Operationsmikroskop verweist mich der Anästhesiepfleger Johnson auf eine Ecke im Vorraum. Dort steht ein sehr (!) altes Mikroskop mit abenteuerlicher Elektrik. Prima vista wirkt es absolut untauglich. Mitnichten. Nach Positionierung am Op Tisch, Sortierung der Kabel und Betätigung mehrerer Schalter habe ich beim Blick durch die Okulare ein durchaus akzeptables Bild. Nicht sehr hell, die Fokussierung funktioniert nicht, insgesamt aber ausreichend für eine Operation am Auge. Wir beschließen, die Operation stattfinden zu lassen. Die Op wird für 9 Uhr angesetzt. "Everything is fine."

Am Freitag morgen steht alles parat, nur der Patient fehlt. Er erscheint gegen 9 Uhr, 2 Stunden nach der vereinbarten Zeit; ordentlich gefrühstückt, so dass der Op Beginn vom Anästhesisten (einem Kubaner) auf 15 Uhr festgelegt wird. Um 11h30, wir führen gerade ein Teaching am Gesichtsfeld mit allen Mitarbeitern der Klinik durch, erreicht uns die Nachricht, dass die Anästhesie das Kind heute nicht operieren möchte. Die Gründe sind schwer zu eruieren. Nach vielen geduldigen Gesprächen mit dem Hinweis darauf, dass Mrs Dawsons und mein Aufenthalt am Folgetag endet und dass wir ein blindes Kind

unversorgt zurücklassen müssen, lenkt die Anästhesie ein. Es ist letztlich der Hartnäckigkeit von Judith zu verdanken, dass es dann doch noch klappt. I feel, it's the whites man's wish that the child gets its operation.

Parallel dazu läuft das Gesichtsfeld-Teaching weiter. Fast zeitgleich bekommen wir die Nachricht von einem Ebolaverdachtsfall in Kumasi. Eine aus Liberia kommende Patientin ist betroffen, Angehörige seien an Ebola verstorben. Am Abend kommt die Entwarnung. Der Vormittag hat viele Handlungsstränge.

Gegen 14 Uhr, ich wähne den Jungen schon im Op, sitzt er noch vor der Augenklinik; weil seit dem Morgen nüchtern, mit zunehmend schlechter Laune. Ich beschließe, ihn zum Op zu bringen und so marschieren wir gemeinsam los: ich voran, dann unsicheren Schrittes in einem Meter Abstand Ephraim, dann seine Mutter mit dem 1 jährigen Geschwister auf den Rücken gebunden.



Die Operation verläuft sehr gut. Ich habe wenig Bedenken, was das Ergebnis betrifft. Wie hoch aber die Sehschärfe sein wird, wissen wir nicht.

Am Samstag Morgen sehen wir den Jungen zum Verbandswechsel. Er ist noch müde, kaum besser gelaunt als am Vortag und macht alles, nur nicht seine Augen auf. So steht eine Gruppe von 6-7-8 Erwachsenen recht ratlos dem Kleinen gegenüber. Bis Judith eine kleine Tüte Haribo Gummibärchen zückt. Plötzlich öffnet sich das operierte Auge einen Schlitz. Und als Mercy Dawson auf ihrem Smartphone noch ein kleines Video (Inhalt?) abspielt, ist das Auge so ausreichend offen, dass wir einen sehr guten postoperativen Befund sehen. Die Sehschärfentestung gerät zum Spektakel: Mattheus zeigt in 3-4 Metern Entfernung eine unterschiedliche Anzahl von Fingern in die Luft und die kleine Hand von Ephraim zeigt die korrekte Anzahl. Es gibt wenig Dinge, die bewegender sind. Ich hoffe sehr, dass gewonnene Sehschärfe ihm helfen wird, besser durch's Leben zu kommen. Wenn er und seine Eltern die Verbesserung spüren, dann sollte auch das andere Auge operiert werden.

Als Strategie legen wir fest, dass das operierte Auge in den Folgetagen stündlich getropft werden soll. Die nächste Kontrolle ist in 3 Tagen geplant.



Nach kurzer, aber sehr herzlicher Verabschiedung fahre ich mit Mercy Dawson und Sr. Lucy nach Accra. Mit angenehmer Fahrtgeschwindigkeit über die Provinzhauptstadt Ho und durch das Gebirge mit Zwischenhalt am Mountain Paradise erreichen wir den Volta und setzen mit einer Fähre über. Um jenseits anlegen zu können, müssen kurz vor Ankunft am anderen Ufer alle Autos auf der Fähre 2 Meter zurücksetzen, damit sich der Bug hebt und die Fähre so akkurat anlegen kann. Nichts ist normal in Afrika.

In Accra trennen sich unsere Wege: Mercy Dawson fährt mit dem Bus weiter nach Akwatia, Sr. Lucy besucht ihre Familie, ich lasse mich von Fahrer noch ein wenig durch Accra fahren und erreiche am späten Nachmittag den Flughafen.

Am Ende steht wie bei jedem Aufenthalt ein ghanaisches Star beer im gegenüber vom Flughafen gelegenen Aerostar. Das Bier ist warm – aber das ist jetzt auch egal – nichts ist perfekt.

Links zum Thema:

<http://aktion-va.de>

<http://www.grvd.de>

Bonn, 19.11.2014

Karsten Paust