6 Wochen Kenia

Mein Name ist Lena Seebauer, 24 Jahre alt, derzeit Physiotherapeutin im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg, reisefreudig und abenteuerlustig. Anfang diesen Jahres kam die Anfrage von Brother Brice, dem Direktor des St. John of God Hospital in Tigania ein/e Physiotherapeut/in im Rahmen eines fachlichen Austauschprogramms für 4 Wochen nach Kenya zu schicken. Diese Gelegenheit ließ ich mir nicht entgehen. Schnell waren die Formalitäten erledigt und die Reisevorbereitungen getroffen und so ging es am 09. Juli 2011 nach Nairobi. Dort angekommen überflutete mich zunächst der berüchtigte „traffic jam“ – Autos, Busse, Matatus (öffentliche Kleinbusse) soweit das Auge reichte…..und Nairobi zeigte sich mit vielfältigen Gesichtern – riesige Armenviertel, ärmliche Industriegegenden, aber auch touristisch bevölkerte Stadtbezirke mit europäisch anmutenden Einkaufszentren, voll klimatisiert und einem Angebot, das keine Wünsche offen lässt. Nachdem mich Brother Brice persönlich vom Flughafen abgeholt hatte, ging es dann auch schon weiter nach Meru bzw. Tigania, ca. 300 km nördlich gelegen. Mit dem europäischen Standardbild von Afrika im Kopf- in Form der typischen savannenartigen Landschaft in braun- gelb Tönen- war ich doch sprachlos von der Vielfalt, die sich mir auf der Autofahrt bot. Vielfalt in Bezug auf die landschaftliche Bandbreite….innerhalb von einer Stunde Fahrt änderte sich das Bild von flachen, weitläufigen Reisanbaugebieten hin zu hügeligen, dicht bewachsenen und grünen Gegenden, in denen man Kaffee-, Tee- und Bananenplantagen sehen kann. Es war eine sehr aufregende Fahrt durch atemberaubende Blicke in weite Ebenen und Täler sowie den ungewohnten Linksverkehr. Die zur Geschwindigkeitsregulierung in regelmäßigen Abständen angebrachten Straßenwellen, sog.„Bumbs“ , die eigentlich zum fast vollständigen Abbremsen zwingen und den streckenweise doch etwas „schwierigen“ Straßen, welche gesäumt von zahlreichen Fußgängern, Kühen, Ziegen, und Karren jeglicher Art, gezogen von Mensch und Tier, ließen die 5h Fahrt zum Hospital wie im Flug verstreichen. Dort angekommen wurde ich als „Mzungu“ – als „Weiße“ mit vielen erstaunten, interessierten und neugieren Blicken begrüßt….ein seltsames Gefühl….doch es waren keine abwehrenden oder angsteinflößenden Blicke, sondern sehr offene und interessierte und wenn man die Leute dann anlächelte oder ihnen zuwinkte, bekam man gerade von den Kindern sehr positive Reaktionen – richtige Freude. Das Erstaunen liegt einfach daran, dass in ländlichen Gegenden wie Tigania nicht sehr häufig Mzungus kommen und wenn, dann nur in großen Jeeps zum Safariurlaub. Besonders aufgefallen ist mir dies, als ich mit meiner Kollegin Naomi am Wochenende einen kleinen Fußmarsch in ein benachbartes Dorf – Kianjai- unternommen habe und sie mir erklärte, dass die Leute sich wunderten, dass eine Mzungu zu Fuß am Straßenrand entlangläuft.

Im Hospital selbst wurde ich sehr herzlich aufgenommen und wohnte während meines Aufenthaltes im Haus der Brüder zusammen mit Bro. Brice, Bro Augustin und Bro Francisco. Nancy, die Köchin und Hausdame hatte mich sofort ins Herz geschlossen und mit allen Kräften versucht meine leider unterentwickelten haushälterischen Fähigkeiten zu fördern. So lernte ich Chapati, ursprünglich indische Fladen, Ugali, ein kenianisches Nationalgericht und Mandasi, kleine Gebäckstückchen, zu kochen und fing an, den europ. „Luxus“ in Form von Waschmaschine, Rührgerät oder Spülmaschine zu schätzen. So habe ich mir beim ersten Versuch meine Kleidung von Hand zu waschen in der Tat meine Finger blutig gewaschen – sie waren einfach nicht robust genug. Und das, obwohl ich als Physiotherapeutin ja eigentlich tagtäglich mit diesen arbeite….

Das Krankenhaus umfasst 86 Betten mit der Kapazität 800 Geburten, 8000 ambulante und 2000 stationäre Patienten pro Jahr zu behandeln. Die Physiotherapieabteilung wurde im Januar diesen Jahres wiedereröffnet und wird derzeit von einer Therapeutin betreut. Zur Unterstützung, fachlichem

Austausch und Weiterentwicklung der Abteilung sollte ich nun hier arbeiten. Naomi, meine Kollegin begrüßte mich sehr offen und wir konnten in produktiver Art und Weise miteinander arbeiten. Die Abteilung ist leider noch nicht vollständig ausgelastet – bedingt durch Unkenntnis der Patienten über Behandlungsmöglichkeiten und –schwerpunkte der Physiotherapie. Dies trifft aber leider auch teilweise auf die verordnenden Ärzte zu. Das Hauptproblem jedoch ist schlicht und einfach der Geldmangel, denn in den meisten Fällen sind die Mensch nicht krankenversichert und so ist natürlich auch die Physiotherapie eine Selbstzahlerleistung – mit 3 Euro für Erstbefundung und Behandlung sowie 1,50Euro für jede weitere Behandlung. Für europ. Standards sehr billig – doch für die größtenteils von der Feldwirtschaft lebenden Bauern oftmals unerschwinglich bzw. in der Prioritätenliste nicht so führend wie Wasser, Nahrung, Kleidung. Deshalb kamen viele der Patienten erst nach bis zu 10 Jahre andauernden Rückenschmerzen und der Grund für ihr Erscheinen war die nun auftretende Unfähigkeit zu Schlafen oder zu Arbeiten. Der Druck diese Patienten innerhalb möglichst weniger Behandlungen von ihren Schmerzen zu befreien war immens – gerade bei derart chronischen, sich über Jahre hinweg manifestierten Schmerzen, nahezu ein Ding der Unmöglichkeit. Positiv war zu sehen, dass wir uns für diese Patienten in der Regel viel Zeit nehmen konnten und so auch meist eine 70prozentige Schmerzlinderung nach der ersten Therapie erreichen konnten, im Gegensatz zum 20minütigen Behandlungsrhythmus, beispielsweise in Deutschland. Die Kommunikation erfolgte auf Englisch, zumindest mit Naomi, denn der Großteil der Patienten sprach Swahili, die zweite Nationalsprache bzw. Kemeru, eine Lokalsprache. Einige gängige Floskeln Swahili wie Habariako (hallo, Wie geht's?), Karibu (Willkommen),kuna unchungu iko wapi (wo ist der Schmerz) uko sawa?(ist das in Ordnung) habe ich selbstverständlich gelernt, doch zum flüssigen Sprechen habe ich es in der Dauer meines Aufenthalts leider nicht gebracht. So fungierte Naomi sehr oft als Dolmetscherin, wenn wir dann in die Krankenstationen gegangen sind, um die stationär aufgenommenen Patienten postoperativ, prophylaktisch oder atemtherapeutisch zu behandeln. Die Ausstattung und auch Behandlungsrichtlinien, - maßnahmen und Hygienestandards erinnerten an Krankenhäuser in Deutschland vor ca. 50 Jahren. Ursache hierfür sind, wie so oft die mangelnden finanziellen Mittel. So müssen Patienten für die Aufnahme einen gewissen Betrag bezahlen, was viele umgehen wollen, indem sie nachts als Notfall oder von den Angehörigen mehr oder weniger abgesetzt ins Krankenhaus kommen. Für die Behandlungen fallen dann natürlich weitere Kosten an, ebenso wie für jeden Tag der stationären Aufnahme – in etwa 3 Euro pro Tag – was nicht einmal die Kosten der fünfmaligen Verpflegung (drei Mahlzeiten und zweimal tgl Tee) deckt – eine Maßnahme, die sinnvoll ist, da sehr viele Patienten unter den Folgen von Mangelernährung leiden – aber leider auch das Krankenhaus und den Orden in eine finanzielle Misere bringt. Während meines Aufenthaltes konnte ich allein fünf Patienten beobachten, die eigentlich austherapiert, aber nicht in der Lage waren, ihre Krankenhausrechnung zu bezahlen und so gezwungen waren, hier zu bleiben. Und mit jedem Tag wurde die Rechnung höher und ein Bett war länger blockiert.

Besonders betroffen war ich von Fällen, in denen Patienten auf medizinisch notwendige Operationen verzichten mussten, weil sie es sich einfach nicht leisten konnte. So lag ein Patient mit einer dislozierten Humerusfraktur über Wochen eingegipst im Bett – nicht fähig, die übliche interne Fixation zu bezahlen, nur um mit jedem Tag seine Rechnung ebenso in die Höhe zu treiben und irgendwann auf eine Schulterversteifung, ebenfalls eine zu bezahlende Operation, hinzusteuern. Ganz allgemein spielt natürlich die konservative Frakturbehandlung in Kenya noch eine große bzw. größere Rolle als in Deutschland. Und natürlich auch die damit verbundene Nachbehandlung der eingesteiften Gelenke, die sog. fracture-disease. Da das Krankenhaus an einer großen Straße liegt und der Verkehr wie schon oben erwähnt nicht ganz ungefährlich ist, häufen sich die Fälle von

Unfallverletzten mit multiplen Frakturen. Erschreckend und beunruhigend war die ernsthafte Problematik bei Notfällen Blutkonserven zu beschaffen und dass selbst bei mehrstündiger Wartezeit auch in den umliegenden Krankenhäusern nicht ausgeholfen werden konnte. Ebenso häufig bekommt man Opfer von gewalttätigen Auseinandersetzungen zu Gesicht. So wurde eines Abends ein junger Mann mit schweren Schnittverletzungen am Kopf, einer tiefen Wunde an der Schulter, die das Gelenk freilegte und Zehenamputationen, zugefügt durch eine Machete, eingeliefert. Und dies alles offensichtlich wegen Schulden in Höhe von 100 K.Sh. – für nicht mal einen Euro sind hier Menschen bereit zu töten. Erschreckend. Und natürlich hatte dieser junge Mann, der nicht fähig war 100 K.Sh. Schulden zurückzubezahlen auch kein Geld für notwendige Operationen am Arm…er wurde notfallmäßig versorgt und dann musste leider über die Finanzierung gesprochen werden.

Da ist es im Gegenzug schön zu sehen, dass in der 2008 gegründeten Comprehensive Care Clinic (C.C.C.) zweimal wöchentlich HIV-positive und an Tuberkulose erkrankte Patienten kostenlos Unterstützung in Form von ärztlicher Untersuchung, Medikamenten und Grundnahrungsmittel erhalten. Finanziert wird dies durch Spenden aus einem italienischen Krankenhaus. Trotz des noch immer herrschenden Stigmas in Bezug auf AIDS wird dieses Programm gut angenommen und gerade Neugeborene werden durch Gabe von Medikamenten, während der Stillzeit und frühstmögliche Testung, geschützt.

In der Entbindungsstation des Krankenhaues hat mich besonders der Fall des kleinen John beschäftigt. Bei seiner Geburt im Januar 2011 ist seine Mutter leider verstorben und seit dieser Zeit war kein Angehöriger im Krankenhaus, um das kleine Kind bzw. die Leiche der Mutter abzuholen. Die angegebenen Kontaktdaten stellten sich als falsch heraus und so wächst der nun schon halbjährige John im Krankenhaus, gepflegt und umsorgt von den Kinderkrankenschwestern und Hebammen auf, bis seine Zukunft rechtlich geklärt ist. Auf den beiliegenden Fotos kann man erkennen, warum ich ihn beinahe mit nach Deutschland nehmen wollte …

Doch zurück zur Physiotherapie – wie schon erwähnt bestand unser Hauptklientel aus Patienten mit Lumbago (90%),(rheumatoide) Arthritis oder frakturbedingter Einsteifung von Gelenken. Meine erste Patientin – eine kleine Zweijährige mit Fallhand – hat sich fürchterlich vor mir als Weiße erschreckt – ich war wohl die erste Mzungu, die die Kleine zu Gesicht bekommen hat – und sie hat dann mit halbstündigem Geschrei reagiert. „Wunderbar –das kann ja lustig werden!!“ so meine ersten Gedanken, doch diese Ahnung hat sich Gottseidank nicht bestätigt und unsere Zusammenarbeit war sehr produktiv. So erhielten wir die Gelegenheit im Rahmen eines interdisziplinären Fortbildungsprogramms über Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten von LBP (lower back pain) zu referieren und konnten so auch einige der Ärzte und Clinical Officers von der Notwendigkeit und dem breiten Behandlungsspektrum der Physiotherapie überzeugen. Dies führte zu vermehrten Überweisungen und Verordnungen.

Neben der Arbeit in der Physiotherapie jeden Tag von 8-17Uhr, verstand ich mich auch privat sehr gut mit meiner Kollegin Naomi, sodass wir fast jeden Abend zum Fußballspielen mit der Dorfjugend Tiganias und einigen Krankenhausangestellten auf den Platz der nahegelegenen Grundschule gingen. Wobei sich meine sportliche Betätigung eher darauf konzentrierte im wilden Kampf um den Ball nicht verletzt zu werden, während die Jungs auf steinigem Boden, teilweise barfuß, voller Begeisterung spielten. Viele der im Krankenhaus Beschäftigten wohnen in dem umgebenden Dorf oder direkt auf dem Krankenhausgelände in zur Verfügung gestellten Wohnungen, sodass für die meisten auch nachts Rufbereitschaft herrscht. Es kommt nicht selten vor, dass die Physiotherapeutin zum Schienen

anpassen um drei Uhr morgens gerufen wird. Was an den Wochenenden eine gewisse Flexibilität vom Personal verlangt, wenn beispielsweise die einzige Röntgentechnikerin ihre Eltern besucht und nicht am Gelände ist.

Meine Wochenenden wurden durch zahlreiche Ausflüge verkürzt, sodass manchmal kaum Zeit blieb um die beeindruckenden Erlebnisse und Erfahrungen zu verarbeiten. Nachdem in der dritten Woche meines Aufenthalt Line und Soren, zwei dänische Ärzte, unser Team vergrößerten und feststand, dass ich noch zwei Wochen länger bleiben konnte, haben wir auch begonnen privat Geld für die Opfer der derzeit herrschenden Dürrekatastrophe am Horn von Afrika zu sammeln. Beladen mit Grundnahrungsmittel wie Reis, Mais, Bohnen und Öl und einem Team bestehend aus Line, Soren, sowie Jens-Christian, ebenfalls einem dänn. Arzt, einem Medical Officer aus dem Krankenhaus, einem ortskundigem Krankenpfleger und Bro. Brice sind wir dann zu den Manjatas (kleine Stammessiedlungen bestehend aus 2-3Familien) der Samburu und Turkana nördlich von Isiolo gefahren. Die dort lebenden und sesshaft gewordenen Nomaden sind auf die Viehwirtschaft angewiesen und die Tiere waren leider das erste Opfer der anhaltenden Dürre, sodass es den Menschen schlicht und einfach an Nahrung mangelt. Wir haben den ganzen Tag untersucht, behandelt und schließlich Medikamente und Lebensmittel verteilt. Die Dankbarkeit der Menschen war überwältigend – unbeschreiblich.

Natürlich sind wir auch auf Safari gegangen – im Meru National Park konnten wir drei der „Big Five“ sehen – nur für die Löwen und Leoparden waren wir zu spät dran- dafür aber jede Menge Elefanten, Giraffen, Büffel, Nashörner, Affen, Zebras,…..wirklich beeindruckend so viele wild lebende Tiere aus nächster Nähe zu sehen. Wobei ich meine erste Begegnung mit den Elefanten nicht direkt auf der Safari hatte, sondern abends nach der Arbeit auf dem Weg in die 30km entfernt gelegnene nächstgrößere Stadt- Meru. Die Straße säumt das Gebiet eines Naturschutzgebietes und wir hatten gleich zweimal das Glück direkt am Straßenrand 5-6 Elefanten beobachten zu können – was für ein Erlebnis. Bro Brice hat berichtet, dass es nachts sogar öfter Unfälle mit Elefanten, die die Straße kreuzen, gibt und auf dem Rückweg von Isiolo mussten wir tatsächlich eine Vollbremsung für eine Giraffe hinlegen.

Jeden Sonntag ging es natürlich in die Kirche – was ein richtiges Erlebnis war. Die Hälfte der „Open-air“- Kirche, die wie ein röm. Theater konstruiert war, war gefüllt mit Schulkindern in Uniformen, die den Gottesdienst mit Tänzen, Gesängen, Klatschen und jeder Menge Energie gestalteten. Im Lauf des Gottesdienstes kamen immer mehr Gläubige, sodass die Kirche zum Schluss wirklich restlos gefüllt war….die Stimmung war mitreisend und begeisternd.

Alles in allem war diese Reise eine wunderbare Erfahrung, die mir für so manches die Augen geöffnet hat, mich bewusster, dankbarer leben und viele Dinge relativieren lässt. Ich hoffe ich konnte mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln und all meiner Kraft, Energie und Wissen helfen. Ich danke sowohl den Barmherzigen Brüdern in Regensburg, die mich entbehrt haben als auch Frater Alfons M. Höring für die Vermittlung sowie Bro. Brice und seinem Hospital für die Initiative und das Gefühl eine zweite Familie gefunden zu haben. Viele der Angestellten sind mir so sehr ans Herz gewachsen, dass ich wirklich das Gefühl der Zugehörigkeit hatte und nun mit einem lachenden und einem weinenden Auge nach Deutschland zurückgekehrt bin.