

Endlich war die Entscheidung getroffen. Nach über 30 jähriger Tätigkeit als Chirurg an Universitäts- und anderen Großkliniken in verantwortungsvollen Positionen sah ich mein berufliches Ende immer näher rücken. Ich war beruflich und körperlich leistungsfähig, immer noch motiviert aus Liebe zum Beruf und hatte mir über Jahrzehnte hinweg fachliches Wissen und Können angeeignet, auf das ich stolz war. Mit Eintritt in den demnächst bevorstehenden Ruhestand mußte aus meinen Fähigkeiten fachlich totes Kapital und berufliches Privateigentum werden, das niemand mehr abfordern würde. Ich konnte mich nicht damit abfinden.

Innerhalb weniger Wochen entschied ich, meine klinische Tätigkeit vorzeitig und freiwillig zu beenden, sobald ich die realistische Chance zu einer neuen beruflichen Herausforderung sehen würde. Zum einen sollte diese neue chirurgische Aktivität mir ermöglichen, fachliches Wissen und Können noch für viele Jahre vermitteln zu können, solange jedenfalls sowohl ich selbstkritisch als auch meine Familie mich hierzu körperlich in der Lage sähen. Wenn auch sehr verwöhnt durch die geradezu luxuriösen Bedingungen, die hier eine Großklinik zur Diagnostik und Behandlung anbietet, und die mir zur alltäglichen Selbstverständlichkeit geworden waren, war ich dennoch überzeugt, meine chirurgischen Fähigkeiten auch unter wesentlich weniger begünstigten Verhältnissen vorteilhaft für Patienten einsetzen und Kollegen mit geringerer fachlicher Erfahrung vermitteln zu können. Wissensvermittlung ist eine Verpflichtung jenen gegenüber, die nicht die Gunst einer hochwertigen Ausbildung erfahren konnten. Persönlicher Anspruch und ehrgeiziger Ansporn bewegten mich gleichermaßen. Selbstverständlich reizte mich auch das Abenteuer, bewährte Bahnen, die mir über viele Jahre Erfolg gebracht hatten, noch einmal gegen unbekannte Wege einzutauschen und mich dann behaupten zu müssen. Natürlich sollte dieses Abenteuer mir auch ermöglichen, völlig neue Lebensbedingungen in Ländern kennen zu lernen, die ich bislang nie bereisen konnte, denen aber immer schon eine große Zuneigung galt. Dieses war Afrika.

Die Entscheidung, meine leitende Position in der Klinik zugunsten dieser Ziele zu kündigen, rief sowohl Unverständnis als auch Überraschung hervor. In der Zeit eines beginnenden Umbruchs im Gesundheitswesen erschien es auch unvernünftig, eine derartige erfolgreiche Tätigkeit an einer renommierten Klinik mit völlig intakter, patientenorientierter Struktur freiwillig aufzugeben. Seit vielen Jahren hatte ich aber bereits die Arbeit von „Ärzte ohne Grenzen“ verfolgt und war sehr beeindruckt gewesen, als diese internationale Organisation 1999 den Friedensnobelpreis erhielt. Ich erhielt schließlich das Angebot von MSF ( Médecins sans Frontières ) zu einem chirurgischen Projekt in Afrika. Meine endgültige Entscheidung hatte ich bereits getroffen.

Im Jahr 2003 war ich dann insgesamt 6 Monate für MSF in Kamerun tätig. Voraussetzung für diese Aufgabe waren langjährige chirurgische Erfahrung und Beherrschung der französischen Landessprache. Ich hatte ein kleines Distrikt-Hospital zu betreuen, ca. 150 km östlich der Hauptstadt Yaounde in der Zone des Regenwalds, in dem Patienten mit einer in dieser Region endemisch sehr häufigen Erkrankung vorstellig wurden, die vorwiegend chirurgisch zu behandeln ist. Neben meinen Operationen hatte ich die Aufgabe, für die Weiterbildung der Mitarbeiter zu sorgen. Dieses bedeutete einmal, sie praktisch an den Operationen zu beteiligen, ihnen dabei Technik und Ablauf zu erklären, aber auch auf Komplikationen hinzuweisen. Die theoretische Weiterbildung umfasste Gebiete wie Hygiene und Sterilität, Ursache und Diagnostik der Erkrankung, Behandlungsentscheidung, Anatomie, chirurgische Technik allgemein und speziell im Hinblick auf die erforderlichen Operationen.

Die Erkrankung wird „Buruli – Ulcus“ genannt (BU, ulcus bedeutet Geschwür). Sie ist in allen tropischen Feuchtgebieten rund um den Globus anzutreffen, besonders aber in

Westafrika und hier die häufigste Infektionserkrankung nach der Tuberkulose und Lepra. Verursacht wird diese durch ein dem Tuberkulose- Erreger sehr ähnliches Bakterium. Übertragungsort scheinen stehende, sauerstoffarme Gewässer ohne abfließenden Wasseraustausch zu sein, in denen die dörfliche, sehr arme Bevölkerung weit abgelegener Gegenden die Wäsche wäscht, sich selbst reinigt und die Kinder spielen. Hygienische Grundvoraussetzungen fehlen in diesen Gemeinschaften ebenso wie oftmals ein Dorfbrunnen. Die Krankheit beginnt mit einer umschriebenen knotenartig schmerzfreien Verdickung im Fettgewebe unter der Haut. Der Knoten bricht schließlich auf und führt zu einem Geschwür mit flächenhafter Zerstörung der Haut, die bei monatelangem Verlauf sich zu einer sehr ausgedehnten Geschwürswunde ausbreitet. Die Erkrankung verläuft nicht tödlich, kann aber zu schwerster funktioneller Beeinträchtigung von Gliedmaßen führen, die besonders häufig befallen sind. In Endemiegebieten sind 20-25 % der Dorfbevölkerung betroffen, in mehr als 50 % der Erkrankten handelt es sich um Kinder unter 15 Jahren, die besonders häufig in diesen Gewässern baden, denn sie haben viel Zeit und gehen selten zur Schule. Diese ist entweder zu weit abgelegen, oder die Eltern können das Schulgeld nicht bezahlen, maximal 15 (!) Euro im Jahr.

In Allgemeinnarkose werden die zerstörten Hautränder ebenso ausgeschnitten und entfernt wie Reste des entzündeten Fettgewebes der Geschwürsfläche, bis der darunter liegende Muskel frei liegt. Selten dringt die Entzündung weiter in die Tiefe. Die jetzt operierte Wunde wird über 3-4 Wochen durch tägliche Verbände gepflegt und vorbereitet zur Überdeckung durch Hauttransplantation. Wiederum in Vollnarkose werden dünne Hautstreifen von der Oberfläche des Oberschenkels entnommen und diese der Wunde aufgelegt, mit der sie nach wenigen Tagen fest verwachsen sind. Die ehemalige Wunde ist jetzt unter einer flächigen Narbe verschlossen. Der Patient wird als geheilt angesehen und kann in sein Dorf zurückkehren.

Dieser Eingriff bedeutet für einen Chirurgen unserer Ausbildung keine technische Herausforderung, handelt sich doch um eine reine Chirurgie der Körperoberfläche. Es werden nur wenige Instrumente benötigt, die nach unseren Ansprüchen vor Ort allerdings oft von sehr schlechter Qualität sind, da der Verschleiß sehr hoch ist, denn mit deren Wartung wird zu leichtsinnig umgegangen. MSF bezahlt sämtliche Kosten für Instrumente, weiteres technisches Material, Verbrauchsgüter, Verbände und Medikamente sowie für Unterbringung, Ernährung und Behandlung aller Patienten. In der Woche wurden etwa 20 Operationen durchgeführt. Zwischen den Operationen und oftmals nachmittags wurden in einer Ambulanz neu angekommene Patienten visitiert, vorübergehend behandelt, die endgültigen Maßnahmen besprochen oder bereits stationär aufgenommen.

Es bedurfte sehr viel Geschick und Einfühlungsvermögen, die chirurgischen Mitarbeiter, meistens Krankenpfleger ohne staatlichen Prüfungsabschluß, die das Operieren irgendwann so nebenbei erlernt hatten, zu überzeugen von den fachlichen Kriterien westlicher Ausbildung und chirurgischer Tätigkeit mit dem Ziel, schonend einmal für den Patienten, aber auch örtlich für das Gewebe unter Vermeidung von Komplikationen zu operieren und hierzu die Grundbedingungen von Hygiene und Sterilität zu beachten. Erfahrene einheimische Fachchirurgen lehnen es ab, in diese Wildnis zu gehen. Die wenigen Mediziner, die das Land auszubilden vermag, bevorzugen nach ihrer fachlichen Weiterbildung in der Großklinik einer Großstadt des Landes zu arbeiten, oder sie bleiben direkt in dem Ausland, in dem sie studiert hatten und ausgebildet wurden.

Bereits vor Entsendung von Chirurgen durch MSF hatten meine „Hilfsschirurgen“ selbstverständlich schon sehr lange Zeit diese Erkrankung in ihrer eigenen Weise operiert,

denn dieses ist eine Erkrankung, die in ihrer eigenen Umgebung seit Jahrzehnten bekannt ist. So musste der westliche Chirurg vor allem erst einmal sehr bescheiden auftreten und durfte keinesfalls die Fähigkeiten dieser Mitarbeiter besserwisserisch infrage stellen. Er musste bereit sein, zunächst einmal die Krankheitserkennung und die Vorstellungen der Mitarbeiter zur Behandlung zu erlernen, auf die sie selbst sehr stolz waren, und für die sie auch Anerkennung erwarteten. Nichts stellt den späteren Erfolg langer Zusammenarbeit bereits anfänglich infrage, als wenn der weiße Fremde die augenscheinlichen Unzulänglichkeiten sofort in Anlehnung an seine eigenen klinischen Prinzipien und praktiziertes Qualitätsmanagement anmahnt und am liebsten alles verändern möchte. Die Mitarbeiter wären durch diese Respektlosigkeit zutiefst getroffen, und jeglicher Zugang zu ihnen bliebe auf Dauer verschlossen.

So erklärte ich den Mitarbeitern im Operationssaal zunächst einmal zeigen zu wollen, wie ich selbst den Eingriff vornehme und warum ich diese Technik wähle. Ich assistierte ihren Operationen und führte sie dabei unmerklich in meinem Sinne. Zusätzlich führte ich immer wieder Fortbildungen durch, in denen Krankheitszusammenhänge und operative Techniken an behandelten Patienten erklärt und aus meiner Sicht begründet wurden. Der Erfolg war schließlich eine sehr fruchtbare, sehr freundschaftliche Zusammenarbeit in gegenseitiger Akzeptanz mit viel Freude. Ich erlebte von Tag zu Tag mehr, wie positiv sich dieses Training auf ihr chirurgisches Können und ihr Engagement auswirkte. Ich selbst erlernte Gelassenheit, wenn der Operationsbeginn sich mal wieder wegen Unpünktlichkeit oder mangelhafter Vorbereitung verzögerte. Zeit zu haben ist der größte Reichtum dieses Landes. Ich blieb gelassen, als ein verantwortlicher Mitarbeiter morgens nicht erschien, ohne mich vorab zu informieren. Er habe in den letzten Tagen so viel im Hospital gearbeitet und seine Familie verlange, dass er an diesem Vormittag unbedingt einmal sein Feld bearbeiten müsse. Kann man dafür nicht Verständnis haben? In späteren entspannenden Gesprächen wurden diese in westlicher Sicht als typisches Fehlverhalten zu benennenden Missstände angesprochen. Jeder versprach, meinen organisatorischen Wünschen fortan zu folgen.

Nach Beendigung meiner Mission schickte MSF nur noch ein einziges Mal einen Chirurgen zur Unterstützung der einheimischen Operateure in dieses Hospital. Dessen Aufenthalt dauerte 3 Wochen. Es hatte sich gezeigt, dass die Operateure jetzt in der Lage waren, die Erkrankung kunstgerecht und nach unserem Verständnis in einwandfreier Technik zum Wohle des Patienten zu operieren. MSF unterstützt bis heute dieses Hospital logistisch und finanziell.

Es wäre unvollständig, von meiner chirurgischen Tätigkeit nur unter vorwiegend technischen Aspekten zu berichten, ohne auf den soziokulturellen Hintergrund der Patienten einzugehen und ihre Auffassung von der Burulikrankheit. Den meisten Menschen in diesem Land, sofern sie nicht aufgrund längerer Schulausbildung und eventuellem Studium zu den privilegiert Gebildeten zählen, verstehen die westliche Medizin nicht, denn diese schließt für sie die Ahnen, die Geister und das schlechthin Böse aus. Die mystisch – dämonische Auffassung einer Krankheit findet man auch in anderen westafrikanischen Ländern, in denen ich mich aufhielt. Für uns sind die meisten Krankheiten durch eine Ursache zu erklären und gezielt sowie erprobt zu behandeln. Der naturwissenschaftliche Zusammenhang zwischen Kausalität der Erkrankung und Wirkung der Therapie ist diesen Menschen unbekannt. Seit Jahrhunderten leben sie gemeinsam mit ihren verstorbenen Ahnen und den Dämonen der Natur, die immer wieder spirituell in ihr Alltagsleben eingreifen. Widerfährt ihnen etwas Schlimmes, so gilt dieses häufig als Strafe verstorbener Ahnen für ein Unrecht, das sie ihrer dörflichen Gemeinschaft zugefügt haben. So kann Krankheit als Strafe auch soziale Ausgrenzung bedeuten oder als Zustand, zu dem der Betroffene verhext wurde.

In Kamerun ist die mystische Deutung der Buruli- Erkrankung besonders ausgeprägt. Der Erkrankte steht immer mit dem Bösen in Verbindung, wobei es sich stets um unterstelltes Fehlverhalten in der Gemeinschaft handelt. So habe er Feldfrüchte des Nachbarn gestohlen, habe einer Frau einen zweideutigen Blick zu erkennen gegeben und damit bereits Ehebruch begangen, habe wohl das Anwesen des Nachbarn durch Urinieren verschmutzt, habe dörfliche Riten nicht ausreichend beachtet. Auch wird die Krankheit durch den bösen Blick eines bösen Menschen übertragen. Damit wird verständlich, dass die für jeden sichtbare Stigmatisierung durch ein BU als ganz normale und gerechte Strafe anerkannt wird, die einer bösen Tat zwangsläufig folgt. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn Dorfbewohner mit unbedeckter Buruliwunde innerhalb ihrer Gemeinschaft völlig normal herumlaufen, sofern sie nicht bereits aus ihrem Dorf ausgeschlossen wurden, da sie das Böse ja auch weitergeben könnten. Damit ist dem BU die Bedeutung einer Krankheit abgesprochen, die nach unserer Erkenntnis eine bakterielle Ursache hat und heilbar ist.

Mit fortschreitender Wunde wendet sich der Erkrankte schließlich an den Dorfältesten oder an den traditionellen Heiler, dem Hausarzt im Dorf. Dieser wird besonders geachtet, denn er kennt die geheimnisvollen Heilkräfte der Natur. Er behandelt mit Auflagen von Blättern verschiedener Pflanzen, unter denen die Ausdehnung der Wunde meistens allerdings zunimmt. Er spricht gleichzeitig Verbote aus, um das Böse zu verjagen, so beispielsweise für drei Monate dem Geschlechtsverkehr zu entsagen. Erst im Spätstadium ihrer Erkrankung suchen diese Patienten dann erst oftmals aus weiter Entfernung das Hospital der Weißen auf, das sie eigentlich meiden möchten, denn in eigener Vorstellung werden sie sicher darin versterben.

Vor diesem Hintergrund konnte das Angebot der westlichen Medizin nicht darin bestehen, diesen Menschen die ihnen eigene Deutung der Erkrankung ausreden und stattdessen durch naturwissenschaftliche Argumentation erklären zu wollen. Zur Annahme unserer Behandlungsmaßnahmen konnte nur Vertrauen führen, nicht Verständnis. Nach der Operation geheilte Patienten wurden in ihrem Dorf dann auch bestaunt und berichteten von der guten kostenfreien Verpflegung. Durch ihre Abwesenheit über 2 – 3 Monate hatten sie außerdem dazu beigetragen, den alltäglichen Aufwand ihrer Familie für Nahrung zu senken. Die Neugier nahm zu, denn alle Patienten kehrten geheilt zurück, keiner verstarb im Hospital der Weißen. Die Anzahl unserer Patienten stieg an.

Um Ängste vor der weißen Medizin weiterhin abzubauen, fuhren wir in weit entlegene Dörfer, aus denen sich immer wieder Patienten rekrutierten. Wir stellten uns dem Dorfältesten vor, baten um Erlaubnis sein Dorf besuchen zu dürfen, berichteten über unser persönliches Leben, über unsere Tätigkeit und brachten unser Anliegen vor. Danach gingen wir durch das Dorf, sprachen und aßen mit den Bewohnern, die uns schließlich zu BU – Erkrankten führten. Verbände legten wir auf dem Dorfplatz an. Einen Jungen mit ausgedehntem Geschwür nahmen wir abends in Begleitung seiner Mutter mit ins Hospital, nachdem die Familie ihr Einverständnis erteilt hatte. Wir verteilten Broschüren zur Aufklärung, die in der Art eines Comics die Erkrankung sehr vereinfachend bildlich darstellte und erklärte. Die Dorfbewohner erfuhren, wie wichtig der Beginn unserer Behandlung bereits im frühen Geschwürsstadium sei, denn die verbleibende Narbe nach der Operation sei dann auch viel kleiner.

Kontakt zu einem traditionellen Heiler haben wir nicht gefunden. Diese halten sich und ihre Künste bedeckt. Der weiße Arzt ist eine Konkurrenz, die versucht, in die Geheimnisse einzudringen, die seit Generationen in ihrer Familie weitergegeben wurden. Der weiße Arzt

schädigt aber auch durch seine Erfolge das Vertrauen der Dorfbewohner in die Künste des Heilers.

Was hatte ich persönlich nach Beendigung meiner Mission gelernt? Es war vor allem Gelassenheit angesichts vieler Unzulänglichkeiten, die der Blick sofort entdeckt, da er an alltäglichen Perfektionismus gewöhnt ist. Es war die Erfahrung, was man in einer völlig fremden Kultur erreichen kann, wenn die Menschen spüren, dass man sie zunächst nur kennen und verstehen lernen möchte. Das Vertrauen, das dann entsteht, schließt so wunderbare Eigenschaften ein wie Herzlichkeit, verbindliche Freundschaft, die Neugier, von dem Fremden zu lernen und in jeder Situation sehr herzlich zu lachen. Ich habe gelernt, wie wissbegierig schließlich das Angebot meiner chirurgischen Unterstützung angenommen wurde und wie ich mit Geduld die Mitarbeiter zur verantwortungsvollen Eigenständigkeit führen konnte. Ich hatte gelernt, unter sehr armen und technisch bescheidenen Bedingungen eine gute Chirurgie durchzuführen und zu vermitteln.

Unter MSF war ich dann noch 2005 in einer Großklinik an der Elfenbeinküste tätig, mit dem Senior Expert Service 2004 in einem kleinen Provinzhospital in Burkina Faso. In der Zwischenzeit war ich 6 x in Ghana, wo das Hamburger und das Münchner Tropeninstitut gemeinsam ein Forschungsprojekt zur BU- Erkrankung unterhalten. Überall bestätigten sich meine Erfahrungen und bereicherten mich.

Die Entscheidung, seinerzeit meine Klinik freiwillig zu verlassen, ist rückblickend und bleibt auch für meine Zukunft ein sehr glücklicher Entschluß.