



Bildnachweis: Charlotte Hintze

Charlotte Hintze untersucht einen Patienten während ihres Einsatzes in Südindien.

Als Landärztin in den Hütten Keralas

Ein Mini-Van, etwas medizinisches Equipment, eine Krankenschwester und ein Fahrer. Das ist alles, was Ärzten zur Verfügung steht, die mit der Hilfsorganisation „Ärzte für Kerala“ die arme Landbevölkerung Südindiens versorgen. Charlotte Hintze war acht Wochen lang in Kerala im Einsatz.

Manchmal geht es mit dem Auto einfach nicht mehr weiter. Die Straßen sind an einigen Stellen unbefahrbar – man würde im Schlamm stecken bleiben. Obwohl Kerala zu den besser gestellten Bundesstaaten Indiens gehört, lässt die Infrastruktur auch ganz im Südwesten Indiens zu wünschen übrig. Auf den Straßen herrscht ein chaotisches Wirrwarr aus Autos, LKWs, Mopeds und Rikschas. Die Hilfsorganisation „Ärzte für Kerala“, die zur indischen Organisation „Samhati“ gehört, schickt deutsche Ärzte dort in einem Mini-Van aufs Land zu besonders hilfsbedürftigen Patienten – eine Mission in schwierigem Terrain.

Auch Dr. Charlotte Hintze musste immer wieder aus dem Arztmobil aussteigen und zu Fuß ihren Weg zu den Patienten fortsetzen. Zwei Monate lang arbeitete sie als fahrende Landärztin für die Hilfsorganisation. Zusammen mit einer indischen Krankenschwester und einem Fahrer war sie sechs Tage pro Woche in verschiedenen Regionen Keralas unterwegs, um Patienten zu besuchen. Schon die Anfahrten waren oft eine Herausforderung. An eine erinnert

Hintze sich besonders gut: Sie mussten das Auto stehen lassen und auf Bahngleisen weiterlaufen. Nach einer Weile führte die Krankenschwester sie durch das Gebüsch am Wegesrand und sie standen auf dem Vorplatz der Hütte, in der die nächste Patientin wohnte. „Diese Hütte hatte eine kleine Tür und nur ein Fenster, es fiel kaum Licht nach Innen“, sagt Hintze. Das Ehepaar, das auf diesen zehn Quadratmetern wohnte, besaß ein Bett, eine Sitzgelegenheit und einen Kochplatz.

Diese einfachen Verhältnisse waren für die junge Assistenzärztin anfangs sehr fremd – wie auch vieles anderes in Indien: Selbst bei strömendem Regen war die Hitze drückend, die Sprache klang exotisch und in der feuchten Tropenluft lagen ungewohnte Gerüche.

Von Bluthochdruck bis zu Elephantiasis

„An vielen Orten in Kerala riecht es nach einer Mischung aus Kerosin und Lager-

feuer“, erzählt Hintze. Selbst wer ein Dach über dem Kopf hat, kocht oft im Freien – über offenem Feuer. „Trotzdem gehören diejenigen, die in Hütten wohnen, zu den privilegierteren unter den Armen“, sagt die angehende Gastroenterologin. „Manche schlafen auf dem Boden unter einem selbst gebastelten Verschlag.“ Und sind chronisch krank. Genau diesen Patienten will die Organisation „Ärzte für Kerala“ helfen.

Zu ihren Beschwerden gehören Zivilisationskrankheiten, die auch in Deutschland weit verbreitet sind, aber wesentlich effektiver behandelt werden können: Diabetes, Bluthochdruck und chronische Lungenerkrankungen etwa. Die alte Frau aus der Hütte hinterm Gebüsch litt an koronarer Herzkrankheit nach Herzinfarkt, Diabetes und Elephantiasis. Bei dieser durch Parasiten übertragenen exotischen Krankheit ist der Lymphabfluss gestört: Einzelne Gliedmaßen wie z.B. die Beine schwellen an, bis sie aussehen wie Elefantenbeine.

Fälle wie diese hat Hintze viele gesehen. Die Patientin wurde mit ASS und einem Diabetesmedikament versorgt, ihr betroffenes Bein gesäubert. Viel mehr gibt die Ausstattung des Arztmobils nicht her: „Wir hatten einen Koffer mit Medikamenten, Verbandmateriel und Utensilien zum Katheterwechsel, eine Waage, ein Blutzucker- und ein Blutdruckmessgerät“, zählt Hintze auf. Zusätzlich verfügte sie nur

über ihr Stethoskop und ihre Pupillenleuchte. Immerhin erhalten die Patienten so kontinuierlich ihre Medikamente – und das Gefühl, dass sich jemand um sie kümmert. „Man passt seine Ansprüche zwangsläufig den Gegebenheiten an“, sagt Hintze.

Zusammen mit der Krankenschwester, die auch die Übersetzungsarbeit übernahm, versorgte sie an einem guten Tag bis zu 15 Patienten. Diese Arbeit als fahrende Landärztin war mit einigen Mühen verbunden, die Ärzten in Deutschland erspart bleiben. So waren die Straßen an manchen Tagen streckenweise überflutet, wenn es am Abend zuvor stundenlang gewittert hat. Dann balancierte Hintze mit ihrer Kollegin auf Steinmauern weiter. „Oder wir wateten eben durch das Wasser und bekamen nasse Füße“, sagt sie.

Wunden versorgen, Leid lindern

Nasse Füße – eine kleine Unannehmlichkeit im Vergleich damit, was Patienten in Indien erleiden, die sie sich eine Versorgung in einem privaten Krankenhaus nicht leisten können. „Öffentliche Krankenhäuser sind dort sehr einfach ausgestattet“, erklärt Hintze. Wer stationär versorgt wird, brauche zudem Angehörige, die Essen vorbeibringen und bei der Pflege helfen. Gerade in ländlichen Gebieten ist auch die ambulante medizinische Versorgung rar – viele Krankheiten werden so gar nicht oder viel zu spät entdeckt und behandelt.

So waren unter Hintzes Patienten auch schockierende Schicksale zu finden: Eine bettlägerige Frau Anfang 60 etwa, deren Dekubitus so weit fortgeschritten war, dass am offenen Oberschenkel und Gesäß die Knochen sichtbar wurden. „In solchen Fällen konnten wir nur versuchen, die Schmerzen medikamentös zu lindern und die Wunden sauber zu halten und zu verbinden“, sagt sie. Ebenso bei einem abgemagerten Mann, der durch einen Tumor am Mund entstellt und dadurch sozial isoliert war. „Seine Unterlippe hing nach unten und man konnte durch ein Loch in die Mundhöhle sehen“, schildert Hintze. Sprechen, essen oder trinken waren kaum noch möglich – ein Befund, der in Deutschland gar nicht erst entstanden wäre. „Als Landärztin in einem Land wie Indien geht es meistens darum, chronische Krankheiten rein symptomatisch zu behandeln und Schmerzen zu lindern“, sagt Hintze. „Aber die Patienten schätzen

das Gefühl, dass sie mit ihrem Leid nicht allein gelassen werden und sich jemand um sie kümmert.“

Den eigenen Fähigkeiten vertrauen

Wie groß das Bedürfnis der Menschen nach professioneller Versorgung ist, zeigt auch diese Geschichte: Als Hintze an einem Nachmittag in einem sehr ländlichen Gebiet in einer Hütte sitzt und einen Patienten versorgt, sammeln sich immer mehr Menschen an. „Es hatte sich im Dorf herumgesprochen, dass ein medizinisches Camp mit weißen Ärzten aufgebaut wird“, erklärt sie. Stattdessen fanden die Dorfbewohner nur eine junge Ärztin und eine Krankenschwester vor – die beide wieder abreisen mussten. „Wir konnten zwar vielen Menschen helfen“, folgert sie. „Aber manchmal mussten wir sie auch enttäuschen.“

Gemeinsam mit einer deutschen Kollegin wohnte sie auf dem Gelände von „Ärzte für Kerala“ in Mararikulam, einem kleinen Ort an der Küste. „Wir hatten ein eigenes Bad mit fließendem Wasser und

eine Köchin, die drei Mahlzeiten am Tag für uns zubereitete“, erzählt sie. Die Unterkunft war gut, Hintze fühlte sich sicher dort. Auch ihre eigene Gesundheit fühlte sie nicht bedroht: „Beim Blutzuckermessen und allen anderen Untersuchungen trug ich Handschuhe“. Auch die spezielle Tuberkulose-Maske musste sie nicht einsetzen, weil die Patienten entweder schon in Therapie waren oder keine typischen Symptome zeigten.

Wer das Leid der Bevölkerung in Kerala gesehen hat, ist dankbar für die Möglichkeiten, die man als Ärztin in Deutschland hat. Charlotte Hintze hat auch gelernt, auf ihre Fähigkeiten zu vertrauen.

„Manchmal mussten wir aussteigen und durchs Wasser waten.“

„Wenn keine Apparate zur Verfügung stehen, muss man mit seinen eigenen Sinnen arbeiten“. Man muss den Patienten sehen, fühlen, ihm zuhören und mit einer gründlichen Anamnese zum Ziel zu kommen – Fähigkeiten, die auch in Deutschland ein ebenso wichtiger Bestandteil jeder medizinischen Tätigkeit sein sollten. „Dieses Selbstvertrauen“, resümiert Hintze, „habe ich mit nach Hause genommen.“

Nina Ospelt

Immer die Bahngleise entlang – Charlotte Hintze auf dem Weg zu ihren Patienten.



Bildnachweis: Charlotte Hintze