



Frauen in der Gesundheitsstation in Chikumbulu, Tansania.

Gesundheits- und HIV-Programm in Tansania

Luzia Illiger, Gynäkologin

Projekt-Nr. 186.1508

3. Rundbrief

September 2022

Tansania

Liebe Leserinnen und Leser

In diesem Rundbrief möchte ich hauptsächlich von einem Thema berichten, das mich in meinem medizinischen Alltag regelmässig sehr beschäftigt: Es geht um den Entscheid für Kaiserschnittgeburten und um die vielen Fragen und Widersprüche, die damit verbunden sind.

Eines der in meinem Vertrag vereinbarten Ziele ist die Senkung der Kaiserschnitttrate, vor allem bei Erstgebärenden. Seit ich hier arbeite, empfinde ich dieses Ziel als noch viel wichtiger als zu Beginn meiner Tätigkeit.

Medizinisch gesehen ist es so, dass nach einem Kaiserschnitt ein erhöhtes Risiko dafür besteht, dass die Gebärmutterwand an der Stelle der Narbe während einer neuen Schwangerschaft reisst, vor allem während der zur Geburt einsetzenden Wehen. Statistisch gesehen trifft dies nur in 0,5 bis 1,9 Prozent der Fälle zu, aber eine so genannte Uterusruptur kann – wenn sie nicht schnell genug entdeckt und dann eingegriffen wird – zum Tod des Kindes und in dem hiesigen Setting auch zum Tod der Mutter durch Verbluten führen.

Deshalb ist überall auf der Welt besondere Aufmerksamkeit bei der Entbindung von Frauen vonnöten, die schon einmal einen Kaiserschnitt hatten. Das bedeutet regelmässige Kontrolle der kindlichen Herztöne, regelmässige Kontrolle des mütterlichen Wohlbefindens und des mütterlichen Pulses und Sicherstellung, dass der Geburtsfortschritt adäquat ist. All dies ist bei jeder Gebärenden zu überwachen, aber bei den Frauen im «Zustand nach Sectio» (Section = Kaiserschnitt) erst recht.

Zur Frage, ob eine Frau, die nach einem Kaiserschnitt erneut schwanger ist, eine vaginale Entbindung versuchen kann/darf/soll, ist die Fachmeinung relativ klar: Ausschlaggebend sollte dabei vor allem der Grund für die erste Sectio sein. Lag das Kind verkehrt herum oder quer? Waren schlechte kindliche Herztöne der Grund für die Operation? Waren es Zwillinge, die häufiger per Kaiserschnitt geboren werden müssen? War das Kind besonders gross? Öffnete sich der Muttermund irgendwann nicht mehr weiter? War das Kind zwar normgross, aber das Becken der Frau zu klein? War die Frau noch sehr jung und daher ihr Becken noch nicht gebärbereit? War die Mutter krank und musste deshalb per Kaiserschnitt entbunden werden? Wie weit war der Muttermund schon geöffnet?

Mit der Beantwortung dieser Fragen kann man ein bisschen abschätzen, wie gut die Chancen sind, dass eine Folgegeburt vaginal beendet werden kann. Ausserdem stellt sich die Frage, wie viel Zeit seit dem ersten Kaiserschnitt vergangen ist, bevor die neue Schwangerschaft eintrat, sprich, wie lange die Uterusnaht Zeit hatte, zu vernarben.

All dies gilt es zu berücksichtigen. Und natürlich sollte auch der Wunsch der Frau selbst in die Entscheidung mit einfließen.

Je mehr Kaiserschnitte eine Frau hatte, umso grösser wird das Risiko, dass in einer Folgeschwangerschaft beziehungsweise beim Einsetzen der Wehen die Gebärmutter reisst.

Auch in Deutschland und der Schweiz wird oft bei Zustand nach Kaiserschnitt ein erneuter Kaiserschnitt empfohlen, aber definitiv nicht immer und überall. Meine persönliche fachliche Meinung ist, dass die oben genannten Aspekte betrachtet werden müssen, der Wunsch der Mutter muss berücksichtigt werden und die Mutter muss über die Risiken aufgeklärt werden. Wenn dann der Wunsch nach einer vaginalen Geburt besteht, so ist dies unter intensiver Überwachung anzustreben.

Das gilt meiner Meinung nach sowohl für Deutschland als auch für Tansania. (Für die Leserinnen und Leser in der Schweiz: Ich beziehe mich bei Vergleichen oder Schilderung meiner Erfahrungen auf die Situation in Deutschland, da ich dort als Gynäkologin gearbeitet habe. Soweit ich weiss, ist sie mit der Situation in der Schweiz vergleichbar).

Unterschiedliche Voraussetzungen für die Geburtshilfe

Nun sind aber die Voraussetzungen in Tansania und besonders hier in Ileje anders als in Deutschland.

Die prozentual meisten Kaiserschnitte in Tansania werden von Nicht-Fachärzt*innen durchgeführt. In Tansania gibt es sehr wenige Fachärzt*innen. Viele der Ärzt*innen haben bei älteren Kollegen oder Kolleginnen ein paar Mal den Kaiserschnitt assistiert und haben ihn dann bald alleine – oft auch ohne weitere ärztliche Assistenz – durchführen müssen. Sprich: Die fachliche Ausführung der Kaiserschnitte ist oft nicht auf hohem Niveau.

Dazu kommt, dass viele Frauen weit entfernt von einem Krankenhaus wohnen, in dem Kaiserschnitte durchgeführt werden können. Ausserdem erinnern sich viele Frauen an ihre letzte normale Regelblutung nur ungefähr oder gar nicht, was die Berechnung des Entbindungstermins im Prinzip unmöglich macht. Ein früher Ultraschall, anhand dessen der ungefähre Entbindungstermin bestimmt werden kann, ist in der Regel nicht vorhanden.

Des Weiteren halten sich vermutlich viele Frauen nicht an die empfohlene körperliche Schonung nach einem Kaiserschnitt, so dass die Narbe oft nicht besonders fest ist. Die körperliche Belastung im Alltag ist hier in Ileje bei den meisten Frauen deutlich höher als in Deutschland und zwölf Wochen für die Alltagstät-

tigkeiten grösstenteils auszufallen, können sich die wenigsten Frauen und Familien hier in Ileje leisten.



Die körperliche Belastung vieler Frauen im Alltag ist hoch.

Die Rate an Wundinfektionen ist generell höher als in Deutschland oder der Schweiz. (Wobei das hier bei uns in Isoko nicht der Fall ist, aber alle Frauen bekommen nach einem Kaiserschnitt auch eine Woche lang Antibiotika.)

Die allerwenigsten Frauen können auf die Frage, warum in der vorherigen Schwangerschaft ein Kaiserschnitt gemacht wurde, eine Antwort geben. Operations-Berichte oder Entlassungsbriefe, die der Frau mitgegeben werden, gibt es nicht. Selbst wenn die Vor-Operation hier in Isoko durchgeführt wurde, ist der Grund für die Sectio nicht immer eindeutig dokumentiert.

Wenn hier in Isoko die Entscheidung für einen Kaiserschnitt getroffen wird, dann dauert es in der Regel mindestens 30 Minuten, bis wir mit der Frau in den Operationssaal gehen können. Unter der Woche vormittags kann es mal schneller gehen, aber oft muss das Team doch erst zusammengerufen werden. Wenn also Gefahr für Kind und Mutter besteht, sind wir hier nicht so schnell, wie es in Deutschland vorgeschrieben ist (zehn Minuten zwischen der Entscheidung für den Kaiserschnitt und der Geburt des Kindes).

Diese Voraussetzungen sorgen dafür, dass auch ich hier grosszügiger mit der Indikationsstellung für einen erneuten Kaiserschnitt bin, als ich es in Deutschland war.

Entscheidend ist nicht nur die Meinung von Mediziner*innen

Aber wenn die Frauen sich – wie ihnen während der Vorsorge empfohlen wird – vor dem errechneten Entbindungstermin zum Warten auf die Entbindung ins Krankenhaus begeben, sich bei Wehenbeginn direkt im Kreissaal melden und intensiv überwacht werden, ist der vaginale Entbindungsversuch meiner Meinung nach vertretbar, wenn der Grund für den ersten Kaiserschnitt jetzt nicht gegeben ist.

So wurde das auch lange Zeit in Isoko gesehen. Wir haben Krankenschwestern im Team, die das erste Kind per Kaiserschnitt, das zweite vaginal geboren haben. Wir haben Patientinnen auf der Wartestation, die mit dem dritten Kind schwanger sind, das erste per Kaiserschnitt, das zweite vaginal geboren. Die Ärzte und Krankenschwestern erzählen selbst, dass ein vaginaler Entbindungsversuch in vielen Fällen erfolgreich ist.

Aber: Jede Frau, die bei Zustand nach Sectio mit Wehen in den Kreissaal kommt, wird aktuell sofort für den Operationssaal vorbereitet.

Wie passt das zusammen?

Von 100'000 Frauen, die in Tansania ein Kind zur Welt bringen, sterben 524 Frauen während oder nach der Geburt. Dies ist eine hohe Zahl (in Deutschland sind es 7) [WHO-Daten von 2017]. Ein Ziel der nachhaltigen Entwicklungsziele liegt in der Senkung dieser mütterlichen Todesfälle. Tansania hat den Vorsatz, bis 2030 die Zahl der Todesfälle auf 220 pro 100'000 Geburten zu senken.

Deshalb wird in Tansania in jeder Region alle zwei bis vier Monate ein «maternal death meeting» einberufen (also ein Treffen zum Thema Müttersterblichkeit), zu dem aus jedem Krankenhaus die Pflegedienstleitung und ein*e ärztliche*r Mitarbeiter*in anreisen. Bei diesen Meetings werden die mütterlichen Todesfälle der letzten Monate besprochen und aufgearbeitet. Ausserdem werden aktuelle Behandlungsempfehlungen gegeben.

Seit ungefähr zwei Jahren ist bei den Treffen die Ansage: kein Versuch einer vaginalen Geburt beim Zustand nach Sectio. Das Befolgen dieser Vorgabe verringert die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Uterusruptur und damit zur lebensgefährlichen Blutung der Mutter mit Todesfolge kommt.

Die zwei Fachärzte für Frauenheilkunde, die es ausser mir im Umkreis von mindestens 200 Kilometern gibt, sehen es wie ich, dass das medizinisch nicht sinnvoll ist. Sie handhaben es laut eigener Aussage anders.

Dies als Argument im Isoko-Hospital angeführt, wurde mir folgendes erwidert: wenn man 100 Frauen im Zustand nach Kaiserschnitt komplikationslos entbinden würde, dann würde niemand etwas sagen. Aber sobald die 101. Frau bei Zustand nach Kaiserschnitt eine Uterusruptur und starke Blutung habe und im schlimmsten Fall sogar sterbe, würde von den Behörden sofort verlauten, dass die Klinik schlecht sei, die Ärzte schlecht gearbeitet und sich nicht an die Vorgaben gehalten hätten. Der Ruf des Krankenhauses wäre dahin.

Es entscheide eben nicht die Medizin, sondern die Politik. Und es gebe richtig Ärger auf hoher Ebene, wenn etwas schief gehe, deshalb halte man sich lieber an die politische Vorgabe und entbinde alle Frauen nach Kaiserschnitt wieder per Kaiserschnitt.

Mit diesem Hintergrundwissen ist das Vorgehen von ärztlicher Seite und Klinikleitung irgendwie verständlich.

Dann gibt es aber noch einen Aspekt, den die Politik und die Ärzte und Ärztinnen nicht so leicht beeinflussen können: den Patientinnenwunsch.

Im Zwiespalt

Ich habe in den eineinhalb Jahren meiner Arbeit hier bisher eine einzige Patientin erlebt, die sich im Zustand nach Kaiserschnitt einen erneuten Kaiserschnitt wünschte. Auch die Frauen, die ihr erstes Kind gebären, wünschen sich, vaginal gebären zu können.

Dies ist meiner Meinung nachvollziehbar. Frau hat keine post-operativen Schmerzen, ist schneller wieder fit und auf den Beinen und für die Familie einsetzbar. Auch wird es nicht zu Verwachsungen und damit verbundenen Schmerzen kommen.

Die Tatsache, dass Frauen, die schon mal einen Kaiserschnitt hatten, in der Folgeschwangerschaft im Krankenhaus bei Wehenbeginn sofort in den Operationssaal gebracht werden, hat sich unter Schwangeren herumgesprochen. Und so kommt es vor, dass es Frauen gibt, die mit Wehen in die Gesundheitsstation gehen, statt ins Krankenhaus, ihren Mutterpass nicht mitbringen und den Krankenschwestern verheimlichen, dass ihr erstes Kind per Operation geboren wurde. Manchmal sind die dünnen Querschnittnarben tatsächlich kaum zu sehen.

Es gibt Frauen, die zu Hause gebären wollen, weil sie keine erneute Operation möchten.

Es gibt Frauen, die im Krankenhaus auf ihre Geburt warten und dann mit Wehen so lange auf der Station bleiben, ohne sich im Kreissaal zu melden, bis sie Pressdrang haben, um dem Kaiserschnitt zu entkommen.

In Isoko hatten wir in den letzten Jahren keinen mütterlichen Todesfall. Der Grossteil der mütterlichen Todesfälle allerdings, die ich während meiner Zeit hier in Tansania aus dem Distrikt mitbekommen habe, waren Verblutungen bei Uterusrupturen, die aufgetreten waren, weil die Frauen nicht rechtzeitig ins Krankenhaus gegangen sind. Warum sind sie nicht ins Krankenhaus gegangen? Auch, weil sie keinen Kaiserschnitt wollten.

Ich bin überzeugt, dass mit der Politik «kein Versuch einer vaginalen Geburt im Zustand nach Sectio» keine mütterlichen Todesfälle verhindert werden.

Ich weiss, dass es an vielen Orten im Land Geburtsbegleiter*innen gibt, die fachlich nicht geschult oder nicht gewillt sind, Frauen nach Kaiserschnitt sicher durch eine vaginale Geburt zu begleiten. An vielen Orten werden die kindlichen Herztöne nicht so regelmässig abgehört, wie empfohlen, die Vitalparameter der Mütter werden nicht in angemessenem Abstand bestimmt und der Zeitpunkt, zu dem bei schleppendem Geburtsverlauf eingegriffen werden sollte, wird teilweise nicht erkannt.

Jedoch ist dies ein fachliches Problem, das meiner Meinung nach zumindest mittelfristig mit Schulung und Weiterbildung behoben werden sollte, nicht mit vermehrten Kaiserschnitten. Leider sehe ich in diese Richtung keine Initiativen.

Die Frauen, die zum Warten auf die Geburt ins Krankenhaus Isoko kommen, bekommen alle von mir eine Ultraschalluntersuchung. Wenn die Kinder von der Gewichtsschätzung her gross genug sind, empfehle ich bei den Frauen nach Kaiserschnitt einen geplanten Kaiserschnitt, ohne auf den Wehenbeginn zu warten. Bisher sind alle Frauen dieser Empfehlung nachgekommen, aber es ist schon mehrfach passiert, dass die Frauen auf diese Empfehlung hin begonnen haben zu weinen. Sie halten sich an die ärztliche Empfehlung, die meisten sagen, sie sind ja für eine sichere Geburt ins Krankenhaus gekommen, wieso sollten sie sich dann der Empfehlung verweigern. Aber traurig sind die meisten schon.

Und ich mache Empfehlungen, hinter denen ich selbst nicht stehe, die zu vertreten mir sehr schwerfällt.

Aber ich habe einfach noch keinen Weg gefunden, den politischen Ansagen und der Angst der Krankenhausleitung etwas entgegenzusetzen.

Und so komme ich wieder zum Anfang zurück: den ersten Kaiserschnitt zu verhindern, ist mit diesem Wissen noch mal wichtiger geworden, denn die Verhinderung des ersten Kaiserschnitts trägt mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit auch zur Verhinderung weiterer Kaiserschnitte bei.



Diese Mutter hat in ihrer dritten Schwangerschaft ein Kind zur Welt gebracht, nach zwei späten Fehlgeburten. Ich habe sie seit der 16. Schwangerschaftswoche betreut.

Guter Kontakt und Austausch mit dem Personal der Gesundheitsstationen

An zwei Tagen pro Woche bin ich nun in einer der Gesundheitsstationen und habe auch die staatlichen Gesundheitsstationen der Umgebung mit auf meine Besuchsliste genommen. Der Kontakt und die Zusammenarbeit mit den Ange-

stellten in den Gesundheitsstationen machen wirklich Spass. Jede Gesundheitsstation ist anders.

In Kalembo zum Beispiel sind oft so viele Patientinnen anwesend, dass wir primär Schwangerenvorsorge machen.

In Chikumbulu haben die Krankenschwestern kürzlich alle Schwangeren des Ortes (es waren nur sechs) extra einbestellt und ich habe eine kleine Unterrichtsstunde zu Geburt, Stillen, Kinderversorgung gegeben, unter anderem mit einem Film zum Stillen auf Kisuaheli.

In Ngulugulu hatte die Krankenschwestern so viele Fragen zu so vielen verschiedenen Themen, dass wir kaum ein Thema in Ruhe zu Ende bringen konnten, weil sie schon die nächsten Fragen im Kopf und auf der Zunge hatte.

In Bulanga waren bei meinem letzten Besuch gar keine Patient*innen anwesend, so dass wir nach einem Teaching noch alle Notfall-Sets durchsprechen konnten.

Das Personal aus den Gesundheitsstationen ruft mich auch regelmässig mit Fragen zu verschiedenen Fällen an und wir besprechen dann gemeinsam, ob die Versorgung der Patientin in der Gesundheitsstation weiterlaufen kann, ob sie ins Krankenhaus kommen muss, ob ich mir die Patientin bei meinem nächsten Besuch anschauen kann.

Mittlerweile betreue ich auch Patientinnen, die mir aus den Gesundheitsstationen überwiesen wurden, die mehrere Fehlgeburten in der Vorgeschichte haben und bei der jetzigen Schwangerschaft auf einen glücklichen Ausgang hoffen.

Eine Patientin geht nach einer Schwangerschaftsbluthochdruckerkrankung zur Kontrolle ihres Blutdrucks in die Gesundheitsstation in Kikota und ich bespreche mit dem dortigen Krankenpfleger dann am Telefon, wie lange sie die Medikamente in welcher Dosierung noch weiter nehmen soll.

In einer der Gesundheitsstationen ist die bisherige Krankenschwester zum ersten August in eine andere Gesundheitsstation versetzt worden. Das freut mich für sie, da ihr neuer Arbeitsort direkt an der Asphaltstrasse liegt und sie sich nach acht Jahren im abgelegenen Bulanga über den Ortswechsel freut.

Ihre Kollegin, die Hilfsschwester ist, geht in diesem Jahr in Rente. Auch das sei ihr gegönnt. Für die Patient*innen in Bulanga allerdings bedeutet es, dass innerhalb von kurzer Zeit zwei neue Personen in der Gesundheitsstation arbeiten werden, die weder die Patient*innen noch die genauen Gegebenheiten kennen und die sich erst ein Vertrauen erarbeiten müssen. Ich hoffe, dass die neuen Kolleg*innen genauso motiviert und lernbegierig sind wie ihre Vorgängerinnen.

Renovation des «Frühchenzimmers»

Durch die grosszügige Unterstützung eines Spenders in Deutschland haben wir hier in Isoko das Frühgeborenenzimmer renovieren können. Noch ist die Arbeit nicht komplett abgeschlossen, aber der Raum hat schon enorm profitiert. Neben einer genaueren Waage für Frühgeborene, Zugluft abhaltenden dicken Vorhängen, einem neuen funktionsfähigen Waschbecken und einem neuen Anstrich haben wir nun auch zwei Heizkörper angeschafft, die die Zimmertemperatur verlässlich in schneller Zeit erhöhen. Denn hier in Isoko ist es oft kalt, und für die Frühgeborenen ist Wärme existenziell.



Das renovierte Zimmer für Frühgeborene.

Starke Regenfälle und Erdbeben

Im April hat es bei uns teilweise sehr starke Regenfälle gegeben, die an vielen Orten zu Erdbeben geführt haben. Strassen wurden unpassierbar, insgesamt kamen sechs Menschen unter den Erdmassen ums Leben.



Mittlerweile sind alle Erdhaufen von den Strassen verschwunden, teils hat die jeweilige Dorfbevölkerung die notwendigen Arbeiten übernommen, teils hat der Distrikt Unterstützung geschickt. Aktuell sind auf jeden Fall die Strassen sehr gut befahrbar.

Mit lieben Grüßen aus Isoko
Luzia Illiger



Der Blick auf Isoko.

Spenden können gerne auf eines der folgenden Konten überwiesen werden (für projektgebundene Spenden bitte Projektnummer 186.1508 angeben):

Mission 21, Missionsstrasse 21, Postfach 270, CH-4009 Basel

Schweiz: PostFinance, SWIFT POFICHBE, IBAN CH58 0900 0000 4072 6233 2

Deutschland: Sparkasse Lörrach-Rheinfelden,
SWIFT SKLODE66, IBAN DE39 6835 0048 0001 0323 33

Impressum	Mission 21 ist eine weltweite Gemeinschaft von Partnerkirchen und Partnerorganisationen in Afrika, Asien, Europa und Lateinamerika. Gemeinsam engagieren wir uns seit über 200 Jahren auf der Basis des christlichen Glaubens für ein Leben in Würde für alle Menschen. Wir leisten nachhaltige Entwicklungszusammenarbeit sowie Nothilfe und Wiederaufbau. Dabei bieten wir Partizipationsmöglichkeiten an der weltweiten Kirche. Als internationale Lerngemeinschaft schaffen wir Raum für interkulturellen Austausch und interreligiöse Zusammenarbeit und fördern das Verständnis für globale Zusammenhänge.
Herausgeber: Mission 21, Missionsstrasse 21, Postfach 270, 4009 Basel, Schweiz Alle Bilder © Luzia Illiger/Mission 21, sofern nicht anders erwähnt.	
Luzia und Dirk Illiger	
Isoko Mission Hospital, PO Box 1, Isoko/Ileje	
Tansania	
Tel: +255-768-240374	
E-Mail: illiger@posteo.de	