

Reisebericht - Team Kinderchirurgie Bremen, 10.-22. Oktober 2017

Wir haben mit einem kleinen Team aus 2 Anästhesisten (Dr. Klaus Gattner, Lippstadt, Friederike Rauch, Bremen), 3 Kinderchirurgen (Dr. Henner Kolb, Dr. Eismann und Prof. Lorenz, Bremen) sowie Gabriele Kolb als Kinderkrankenschwester und mit dem unverändert freundlichem Service von Turkish Airlines am 12.10.17 Bremen in Richtung Asmara verlassen. Neu: Der Direktflug ab Istanbul, der lästiges Zwischentanken sowie Unruhe während des Fluges deutlich reduziert. Auch ist der Flieger recht gut mit Eritreern gefüllt, so dass man schon im Gespräch mit Einheimischen ist, bevor man durch den Zoll hindurch ist und Asmara erreicht hat. Jared holt uns (auf telefonische Nachfrage hin, unsere Flugbekannten leihen uns dafür ihr Handy!) ab und setzt uns unverhofft am Sunshine-Hotel ab. Hier wird, für alle eine freudige Überraschung, noch eine kurze Übergabe zwischen uns und unseren dänischen Freunden möglich, die vor uns hier gearbeitet haben und ihren (unseren) Flieger für den Heimflug erreichen müssen. Da ist es bereits 01:30 Uhr.

Man ist ja nach vielen Aufenthalten im Embassoira zunächst etwas unflexibel. Am Ende stellt das Sunshine aber eine sehr gute Alternative dar, insbesondere wegen permanent warmer Duschkmöglichkeiten in Tageslicht-Bädern, die auch noch mit intakter Sanitärkeramik ausgestattet sind. Das Team dort ist in seiner Personenzahl überschaubarer und bietet guten Service. Alles erscheint etwas offener, vielleicht auch Dank der für jedermann zugänglichen Piano-Bar oder der Life-Rock-Musik in einem recht zeitgemäßen Separee an den Wochenenden.

Screenen am Ankunftstag



Wir haben ein vorgefertigtes OP-Programm von unseren dänischen Kollegen übergeben bekommen und ergänzen es noch mit Patienten, die wir am Ankunftstag beim Screenen aus etwa 60 Patienten herausfiltern. Auch diesmal gibt es Überhänge für die nächsten Teams, glücklicherweise aber kaum Patienten, die schon mehrfach verschoben worden waren.

Bereits ab Samstag laufen die Operationen an und die Frage wird hin und her bewegt: Was gibt es an Vertrautem, was hat sich verändert?

Vertraut das etwas reduzierte Team der OP-Schwestern, angeführt von Fetele, die mit wechselnder Empathie den offensichtlichen Mangel verwaltet. Es fehlt an jungem Personal, das eingearbeitet werden und den älteren Mitarbeitern im Team tatkräftig zur Hand gehen könnte. Es fehlt aber auch an soliden Sets von chirurgischen Instrumenten, so dass der Unmut von uns Operateuren über im Grunde abgängige Klemmchen, Scheren oder Pinzetten wahrscheinlich die Falschen trifft. Wir haben über all die Jahre immer wieder Instrumente mitgebracht, finden diese aber nicht in den Instrumententrommeln, aus denen die OP-Tische des Tages, und das sind bis zu 10 Eingriffe, „gedeckt“ werden. So rutscht dieselbe Klemme, die wir schon vor 10 Jahren ausmustern lassen haben, erneut beim Operieren vom Gewebe ab. Und sie gelangt am Ende in den Instrumentenkreislauf zurück.

Quadro ist vorübergehend oder immer mal wieder präsent, aber eher, um die Excel-Tabellen mit den Operationsdaten im Computer zu pflegen. Er wird dabei tatkräftig von Tesfalmariam unterstützt. Weniger greifbar sind beide im OP. Die Dokumentation scheint mindestens so wichtig geworden zu sein, wie das Operieren selbst. Hier scheint es Parallelen zu geben zu Deutschland, wo Daseinsberechtigung und Effektivität von vorgehaltenem Personal akribisch bewacht werden. Nur das die Produktivität von der Schlagzahl des Gastteams bestimmt wird, auch gegen alle Widerstände und Unzulänglichkeiten vor Ort. Wir sind mit 2 Anästhesisten und 2 Anästhesie-Schülern sowie Zegai anästhesiologisch fast komfortabel besetzt sind. Doch scheint unsere Ankündigung, in der kommenden Woche an 2 Tischen operieren zu wollen, bereits am Montag früh ins Wanken zu geraten. Erst nach einem Anruf bei Dr. Habteab sagt dieser uns 1 weitere Scrub-Nurse zu, um die zu narkotisierenden Patienten am Ende auch operieren zu können. Daraufhin kommen 2 OP-Pflege-Schüler, die uns dann für den Rest der Woche in beiden Sälen zur Seite stehen. Hans taucht nicht auf, so dass einer der Säle dann auch ohne operative Assistenz läuft. Für die Pflegeschüler ist das Frontalunterricht, bei dem sie eine ganze Menge zu sehen bekommen und selbst Hand anlegen können. Eigentlich wäre es eine Gelegenheit gewesen, Hans oder wen auch immer in das operative Geschehen zu integrieren - hatten wir doch bewusst darauf verzichtet, noch mehr Operateure mitzunehmen.

Unsere dänischen Freunde haben uns noch 2 Analatresien zur operativen Korrektur übergeben. Beide Kinder konnten erfolgreich operiert und am Ende unseres Aufenthaltes nach Hause entlassen werden. Natürlich nicht ohne eine Einweisung in die Pflege des neu geschaffenen Anus. Weiterhin haben von den Dänen noch ein Kind mit einem Tumor übernommen, dessen sichtbar Auswüchse im Bereich des Beckens durch sie zwar operativ reduziert werden konnten, für das eine kausale Therapie allerdings nicht möglich ist. Wahrscheinlich nicht mal unter den entwickelten medizinischen Gegebenheiten unserer Heimatländer. Dem fügen wir noch ein weiteres Kind mit einem ausgedehnten Nierentumor zu, den wir operativ entfernen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Wilmstumor mit ungewöhnlicher Tumorausdehnung bis in die Blase, der bei histologischer Bestätigung sicher einer Chemotherapie bedarf. Dies ist aktuell nicht vorhanden und perspektivisch noch nicht in Aussicht.

Günstiger ist die Situation bei einem Neugeborenen mit Omphalozele, die früh verschlossen werden kann, so dass das Kind noch im Laufe der Woche entlassen wird. Erfreulich auch, dass bei 2 größeren Kindern mit einer bereits operativ korrigierten hohen Form einer Analatresie eine Einweisung in ein Bowel-Management erfolgen konnte. Die dafür erforderlichen Spülsysteme für den Enddarm ermöglichen eine aktive, retrograde Entleerung des Dickdarmes mit dem Ziel, das die resultierenden Intervalle ohne unwillkürlichen Stuhlverlust, eine soziale Kontinenz der Kinder bewirken, im Idealfall mit Sauberkeitsphasen von 24 Stunden oder mehr, bevor neu gespült werden muss. Das Ganze macht in einem Land wie Eritrea unbedingt Sinn, denn wenn alle chirurgischen Optionen ausgereizt sind, ist körperliche Sauberkeit und Unabhängigkeit von Windeln oder Vorlagen eine Grundvoraussetzung für jeglichen Schulabschluss oder eine spätere Berufsausbildung. Es werden auch sonografiegestützt Punktionen von Lymphangiomen mit Instillation von Bleomycin vorgenommen. Hier war lange Zeit nur die chirurgische Resektion die Therapie der Wahl. Nun können die Kinder wesentlich einfacher und mit vergleichbarem Ergebnis therapiert werden. Leider dominieren unverändert Versorgungseingriffe, die wir nach vielen Missionen hier und nach Einarbeitung verschiedener örtlicher Operateure eigentlich im Rückzug wähten.

OP-Alltag (1)



Vor dem Montag schaffen wir es aber, in Begleitung von Adam noch die Bergwelt um Filfil zu bereisen. Vorbei an grünenden Ackerflächen, belebten Dörfern und Kindern, die mit ihrem Esel Wasser transportieren, erreichen wir die Serpentinstraße. Pavian-Kolonien demonstrieren punktuell Ihre Vorherrschaft und nach einer Bergwanderung, vorbei an Kaktuspflanzen mit goldgelben Blüten und reifen Früchten, folgt eine Kaffeezeremonie nach gebackenem Brot und Honig als Vorspeise. Die Familie in einer kleinen Rast in den Bergen kennt uns bereit aus früheren Besuchen und wir schauen gemeinsam Bilder vom letzten Aufenthalt vor 1 Jahr an.

Im Grünen Gürtel (Semnawi Bahri) von Filfil



Von Montag bis Freitag wird dann in 2 Sälen operiert. Ein Glücksfall ist, dass uns beide Räume im Wachbereich samt Personal zur Verfügung stehen, so dass viele Patienten mehre Tage oder wenigstens die erste postoperative Nacht hier betreut werden können. Bis zum Freitag-Abend wird dieser Bereich dann soweit leer gezogen, dass mit der Einrichtung der Beatmungsplätze für die Kinder-Herzchirurgen begonnen werden kann. Bis dahin sind es etwa 60 Operationen die durchgeführt werden.

Wesentliche Erkenntnisse dieses Aufenthaltes sind:

- Wir werden unsere ursprüngliche Intention, nachhaltig auf die kinderchirurgische Versorgung Einfluss nehmen zu können, auf Eis legen müssen. Selbst Dr. Habteab signalisiert, dass er aufgrund von Personalmangel allen Ortens (Ärzte und Pflege) jedes größere Team akzeptiert, wenn es eigenständig und ohne auf personelle Unterstützung zu bauen tätig werden kann. Kaffee und Tee für alle sei genug da. Inwieweit das so umsetzbar ist, werden wir ausloten müssen. Ist doch der Personalmangel in Deutschland ein ähnlich permanentes Problem, so dass es schon aus der Zeit klingt, dass man um ein eritreisches zu Problem lösen ausreichende Ärzte und Schwestern/Pfleger für eine Mission in Eritrea rekrutiert und gleichzeitig den sogenannten Pflegenotstand zu Hause verstärkt.
- Es erscheint notwendig, für zukünftige Missionen eigene OP-Siebe zusammenzustellen, um mit vernünftigen Instrumenten die zunehmend anspruchsvollen Eingriffe im IOCCA meistern zu können. Die geplanten neuen OP-Lampen in LED-Technik werden uns sonst schonungslos die Defizite des Instrumentariums beleuchten. Bislang gehen diese, abgesehen von dessen schlechter Performance, auch im matten Schein der Hanauer Beleuchtungstechnik unter.
- Wir werden unser Team Bremen umstrukturieren und verjüngen müssen, da wir wenigstens mit zwei unserer jahrelangen Mitstreiter (Dr. Kolb, Dr. Gattner) wohl auf zukünftigen Missionen nicht mehr rechnen können. Dies könnte Einfluss auf die Verteilung der Teams rund um das Jahr haben und bedarf neuer Absprachen mit den beiden anderen Teams aus Kopenhagen und Bremen.

OP-Alltag (2)



Am Ende gilt unser Dank dann doch allen im IOCCA beschäftigten eritreischen MitarbeitInnen. Ob im OP, im Aufwachraum oder für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit des Komplexes an sich, gaben sie unter den bekannten Bedingungen ihr Bestes. So war der Schriftzug „Thank you“ auf der für die Kaffeezeremonie am letzten OP-Tag spendierten Torte auch unser Credo. Wir hätten die beachtliche Zahl an Operationen allein nicht schultern können.



Der Besuch auf dem Markt am späten Samstag-Nachmittag gerät in seiner Beschaulichkeit und innerlich entspannt zu einem kleinen Ritual. Eine gute Flugverbindung sorgt dann in der Nacht zum Sonntag dafür, dass wir bereits um 11:30 in Bremen landen können.

Wir werden die verbleibenden Wochen des Jahres dafür nutzen, die Missionen für 2018 mit unseren Partner-Teams in Dortmund und Kopenhagen detaillierter abzustimmen. Offen ist, wie und wo wir das nötige Personal für zukünftige Einsätze rekrutieren, ohne in Konflikt mit unseren Arbeitgebern zu Hause zu kommen.

Christian Lorenz