

Reisedaten:

Einsatz vom 1.12.2022 bis 5.01.2023

Zug / S-Bahn: Von Kempten nach Airport München

Flug: Airport München - Dubai - Daressalam

Übernachtung: Abtei Kurasini Daressalam

Bus-Transfer 3.12.2023 von Daressalam nach Ndanda

Rückfahrt:

Bus, Übernachtung, Flug und Zug/S-Bahn ab 3.01.2023

Ankunft Kempten 5.01.2023

Einsatzort:

Benedictine Referral Hospital Ndanda / Tansania

Einsatz-Beschreibung:

- Support bei der Einführung und Durchführung laparoskopischer Operationstechniken in der Allgemein-Chirurgie und fachübergreifend der Gynäkologie
- Zusätzlich erfolgt: Support in allen Teilgebieten der "general surgery" einschl. Notfall-Behandlungen nachts und an den Wochenenden

Allgemeine Beschreibung:

Krankenhaus der höheren Versorgungsstufe

Neben der "general surgery" und der Orthopädie weitere operative Fächer:

Gynäkologie, Dentalchirurgie, Urologie und Augenheilkunde

Zusätzlich: Innere Medizin mit Schwerpunkt Endoskopie, Intensivstation, Pädiatrie und Kinder-Intensiv, CT vorhanden

Unterbringung: Gästehaus Santa-Maria mit hohem Standard, Frühstück vor Ort, Mittag- und Abendessen im Speiseraum der Abbey mit sehr guter Verköstigung

Ansprechpartner im Hospital, "medizinische" Sprache in Englisch:

- Br. Jesaja, deutscher Arzt und Verwaltungsleiter
- Dr. Zephania, Leiter der "general surgery"
- Dr. Shayo und Dr. Claudy, Allgemeinchirurgen
- Dr. Reinhard Stoewe, Leiter der Orthopädie
- Dr. Mbimbi, Leiter der Gynäkologie

Allgemeiner Bericht:

Ich wurde hier im Hospital Ndanda ausgesprochen freundlich und persönlich aufgenommen, es gab keine Kontakt-Schwierigkeiten - sowohl sprachlich als auch charakterlich konnte ich vom ersten Tag an problemlos ins Team integriert werden. Dies betraf sowohl die Visiten mit Einblick in das sehr breite Spektrum der "general surgery" - als auch die operative Tätigkeit: Bereits am ersten Wochenende wurde bei einer 13 jährigen Patientin bei zunächst Verdacht auf Appendicitis acuta eine Laparoskopie durchgeführt und hier ein stielgedrehter Ovarialtumor festgestellt und laparoskopisch gestützt entfernt.

Bezüglich des Zielauftrages (Einführung und Durchführung laparoskopischer Operationstechniken in der Allgemein-Chirurgie und fachübergreifend der Gynäkologie) konnten während des Einsatz-Zeitraumes insgesamt 8 laparoskopische Eingriffe durchgeführt werden mit einem breiten Spektrum der Diagnosen:

- Laparoskopische Cholezystektomie
- Laparoskopische Appendektomie
- Laparoskopische Leistenhernien-Operation

- Laparoskopische Ovarial-Tumor-Resektion mit Gynäkologie
- Laparoskopische Diagnostik und entsprechende Maßnahmen wie Adhäsiolyse, Ovarialzystenbehandlung und Gewebsentnahme

Alle diese Eingriffe konnten wie geplant ohne Komplikation durchgeführt werden, wengleich aufgrund der reduzierten technischen Ausstattung teils in Behelfstechnik.

Mein Einsatz umfasste auch die Unterstützung bei allen weiteren operativen Maßnahmen in der Allgemein-Chirurgie, auch in Kooperation mit der Gynäkologie: Neben geplanten Operationen am Bauch (Tumorentfernung an Darm und Eierstock, Lösen von Verwachsungen, Bauchwand- und Leistenhernien) wurden auch eine Vielzahl von Notfall-Eingriffen am Bauch durchgeführt: Perforationen am Magen- und Zwölffingerdarm sowie am Dickdarm, Platzbauch mit schwerer Bauchfell-Entzündung nach auswärtiger Operation sowie Eingriffe bei Darmverschluss aus verschiedenen Gründen.

Das weitere Spektrum der Allgemeinchirurgie umfasst auch Wundbehandlungen nach verschiedenen Unfallereignissen, aber auch Dekubital-Geschwüre und Verbrennungswunden. Hier waren operative Wundsäuberungen mit Debridement notwendig, in der Folge auch Hautverpflanzungen. Ein größeres Problem stellen auch diabetische Infektionen der unteren Extremitäten dar mit vielfachen operativen Behandlungen, sowohl mit dem Versuch der lokalen Infektkontrolle mit umschriebenen Vorfußamputationen, aber leider auch mehrere Unter- und Oberschenkel-Amputationen aus vitalen Gründen.

Die Diagnose eines Pleura-Empyems wurde bei zwei Fällen oft erst nach langer Vorgeschichte gestellt, sodass trotz operativer Entlastung eine Reaktivierung der völlig fibrosierten Lunge hier nicht mehr möglich war - und bei gleichzeitig bestehender maligner Grunderkrankung die Prognose sehr limitiert ist.

Extrem problematisch ist die Behandlung der schweren Schädel-Hirn-Verletzungen, die hier auch in der "general surgery" behandelt werden. Es kann zwar zeitnahe ein Schädel-CT durchgeführt werden: Sollte hier eine OP-Indikation gestellt werden, zum Beispiel bei akutem epiduralen Hämatom, ist die zeitnahe Durchführung des Eingriffs aus verschiedenen logistischen Gründen sehr schwierig. Dies konnte in dem mehrwöchigen Intervall immerhin einmal mit zeitlicher Verzögerung bewerkstelligt werden - das Ausmaß der bleibenden cerebralen Schädigung konnte bei dem wachem Patienten aber noch nicht abgeschätzt werden.

Besonders tragisch sind Wirbelsäulenverletzungen mit neurologischem Defizit, oft bei jungen Männern mit Motorradunfall - hier ist bei verzögerter Diagnose nach CT-Untersuchung und bereits länger bestehender Querschnitts-Symptomatik mangels einer neurochirurgischen OP-Möglichkeit die bleibende Rollstuhlspflichtigkeit die traurige Realität.

Einen wesentlichen Anteil der dringlichen oder notfallmäßigen Eingriffe umfasst die Gruppe der Neugeborenen und Kleinkinder: Hier sind neben den häufigen Diagnosen wie Leistenbruch und Nabelbruch sowie Abszessen auch schwerwiegende neonatale Missbildungen zu finden: Neben Halszysten, Hydrocephalus auch Rectumatresie im Ileus-Zustand und Gastroschisis mit offenem Bauch und Prolaps der Eingeweide, letztere Diagnose ohne Überlebenschance. Nicht übergangen werden darf hier die Anästhesie, die mit erstaunlicher Routine auch schwerstkranken Säuglingen mit einer sicheren Narkoseführung für die operative Behandlung erst zugänglich macht

Die Beschreibung der Diagnosen zeigt, dass in dem Hospital in Ndanda ein extrem breites Spektrum an Diagnosen chirurgisch behandelt werden kann. Unter Berücksichtigung der ländlichen Region ist das ein Glücksfall für die Bevölkerung, da es bei vielen Krankheiten keine Alternative zur chirurgischen Therapie gibt.

Naturgemäß kann ein zahlenmäßig sehr kleines ärztliches Team nicht zu allen Tages- und Nachtzeiten die beschriebenen Notfall-Situationen abdecken. Die Basisversorgung der Notaufnahme und der stationären Patienten durch die "Internals", also die Studenten im letzten Ausbildungsjahr, ist hier trotz deren vorbildhaftem Einsatz über 7 Tage in der Woche medizinisch oft nicht adäquat ausreichend - ein verbesserter Stellenschlüssel wäre hier hilfreich.

Wenn ich hier - im Vergleich zu unserer hochspezialisierten Medizin in Europa - auch eine Kritik durchklingen lasse, muss das unter diesen Umständen der Ressourcen-Knappheit und der numerisch geringen Personalsituation natürlich relativiert werden. Die Kritik betrifft einerseits die offensichtlich nicht in dem Maße vorhandene Einschätzung einer Notfall-Indikation für eine OP, sodass nach "unseren Maßstäben" viele Eingriffe erst verzögert durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind natürlich z.B. neurochirurgische Notfall-Operationen - hier kann in einem peripheren Hospital in Afrika keine ärztliche Expertise erwartet werden. Und es müssen leider schicksalhafte Verläufe akzeptiert werden.

Zum Zweiten muss unbedingt der extrem verlangsamte "Work-Flow" in der Abwicklung der Operationen verbessert werden, der erste Eingriff beginnt regelhaft mit mindestens 1-2 Stunden Verzögerung, die OP-Programme werden dann nicht abgeleistet. Leidtragende sind vielfach Patienten mit geplanten Eingriffen, die einen neuen Termin brauchen - und immer die Patienten mit Wundrevisionen, die Tag für Tag verschoben werden. - Und natürlich die dadurch demotivierten Chirurgen, deren elektive Warteliste nicht mehr zu schaffen ist - und die trotzdem für Notfälle immer bereit zu stehen haben ...

Hier ist eine straffe Organisationsleitung für den OP-Ablauf erforderlich: Eine Person, die als "OP-Koordinator" immer telefonisch erreichbar ist! - Dies ist in den deutschen Kliniken absolut üblich und notwendig. Diese Person muss offiziell mit der entsprechenden Autorität ausgestattet werden und das Vertrauen aller Berufsgruppen genießen! Sie muss kein Arzt sein, auch OP- oder Anästhesiepflege ist hier möglich.

Zuletzt noch der Ausblick:

Das Hospital bietet ein breites Spektrum an medizinischen Fachrichtungen und hat sich durch die Ausstattung mit CT-Gerät, Dialyse, INT-Station und Kinder-Intensiv, Endoskopie und etlichen Verbesserungen der baulichen Maßnahmen zurecht als ein übergeordnetes Krankenhaus etabliert. Die baulichen Verbesserungen sind ja auch für die chirurgische Frauen- und Männerstation geplant und hier auch dringend notwendig. Verbesserungswürdig ist bzgl. der Hygiene und der Funktionalität auch der OP-Trakt.

Eine Klinik wird dadurch auch wirtschaftlich erfolgreich sein, indem sie abrechenbare Leistungen erbringt. Deshalb ist hier die bereits angesprochene Effektivität der OP-Abläufe unbedingt zu verbessern - mit einem entsprechend eingesetzten Koordinator und ausreichend fachkundig geschultem und motiviertem OP- und Anästhesie-Personal. Bezüglich der instrumentellen Ausstattung sind auch die OP-Siebe den verbesserten Möglichkeiten anzupassen und immer wieder zu optimieren. Bezüglich der Laparoskopie ist die elementare Ausstattung teils nur grenzwertig in einfacher Ausführung vorhanden, notwendige Geräte wie die Clip-Zange sind nicht gebrauchsfähig und müssen ersetzt werden, ebenso wie die Scherenklingen. Aber insgesamt ist die Erweiterung des operativen Spektrums zukunftsweisend möglich.

Durch die Vernetzung mit Hilfsorganisationen wie der "Humanitären Hilfe Landsberg e.V.", der ich auch angehöre, ist die Organisation und Finanzierung neuerer Produkte erleichtert. Zur Unterstützung und zur Verbesserung der Situation sind ja (auch speziell durch meine Person) weiterhin regelmäßigen persönliche Einsätze vorgesehen.