

Den Versuch war es wert

Vom 25.10.2011 bis zum 11.11.2011 machte sich ein Team aus dem Krankenhaus Sachsenhausen, bestehend aus zwei Gynäkologen, einem Anästhesisten und einem OP-Pfleger, auf den Weg zu einem ländlichen Krankenhaus in Ruanda, um dort medizinische Hilfe, in unserem Fall auf dem geburtshilflich-gynäkologischen Gebiet, anzubieten. Zuvor waren bereits 2010 und 2011 Besuche von Orthopäden und Hebammen erfolgt.



Das Ziel war das Krankenhaus von Kibogora, weit im Südwesten Ruandas. Idyllisch gelegen auf einem Hügel findet sich die alte Missionsstation der Freien methodistischen Kirche von Ruanda, etwas tiefer liegt das Krankenhaus, das in seiner Größe und Ausdehnung etwa dem Krankenhaus Sachsenhausen entspricht.



Das Krankenhaus wurde 1967 gegründet und ist als Referenzzentrum eines der wichtigsten Krankenhäuser im Südwesten Ruandas.

Ruanda ist mit 26.000 km² etwas größer als Hessen. Mehr als 11 Millionen Menschen leben hier in einer z.T. über 1500 m hoch gelegenen hügeligen Landschaft. Die Bevölkerungsdichte von 488 Einwohner/km² ist höher als in Hessen (288/km²). Das Bruttoinlandsprodukt beträgt mit 3.300 Millionen \$ ein Tausendstel des BIP der Bundesrepublik. Landessprache ist bisher Französisch gewesen, im Rahmen des Zusammenschlusses von Ruanda mit Tansania, Uganda sowie Kenia zur Ostafrikanischen Union wird nun auf staatliche Verordnung hin zunehmend Englisch gesprochen.



Nach 15 Stunden Flug und 6-7 Stunden Autofahrt, zum Teil auf Pisten durch einen etwa 1.500 m hoch gelegenen Urwald (der in der Eiszeit nicht von Eis bedeckt gewesen sein soll), erreicht man das Krankenhaus am Kiwu-See in unmittelbarer Nachbarschaft des am anderen Ufer gelegenen Kongos. Es besteht also ein direkter Blick auf die Gegend, die zurzeit wegen der dortigen Gräueltaten im Kampf um die dortigen Ressourcen (Coltan und andere seltene Metalle) Schlagzeilen macht.

Das Krankenhaus von Kibogora hat 250 Betten, zu gleichen Anteilen in Chirurgie, Geburtshilfe, Innere Medizin sowie Pädiatrie. Es verfügt über eine kleine Intensivstation, zwei große und

einen kleinen OP. 210 Leute sind hier angestellt, darunter 14 Ärzte, wobei die meisten aus dem Kongo stammen. Diese Ärzte sind alle Allgemeinärzte, nur ein Facharzt, ein Kinderarzt, ist hier beschäftigt. Angesichts der geringen Attraktivität der sehr armen und abgelegenen Gegend ist man hier auf ausländische Ärzte (z.B. aus dem Kongo), aber auch insbesondere auf die Unterstützung aus Europa und den USA angewiesen.

90 Krankenpfleger und -schwestern mit unterschiedlichsten Qualifikationen arbeiten hier, 5 Hebammen sowie Röntgen- und Laborassistenten. Der Mitarbeiterstab wird vervollständigt durch ein Dutzend Verwaltungsangestellte, aber auch mehr als 60 Arbeiter, die einerseits für die Pflege des wegen des guten Klimas immer überwuchernden Rasens beschäftigt sind wie auch mit den insgesamt 6 Krankenwagen des Krankenhauses, die dazu dienen, aus den angeschlossenen 12 Gesundheitsstationen problematische Geburtsverläufe und andere Notfälle abzuholen und in das Krankenhaus zu bringen.



Fast 2.000 Kinder werden im Krankenhaus Kibogora geboren, die hohe Anzahl von Kaiserschnitten (50 %) liegt einerseits in dem auch in Europa zu beobachteten Trend einer vorsichtigeren Geburtshilfe begründet, andererseits aber auch daran, dass das Krankenhaus als Referenzzentrum für die Außenstationen natürlich vorwiegend mit problematischen Fällen belas-

tet wird. Das Krankenhaus verfügt aber auch über eine Neu- und Frühgeborenenstation, wo wir es erlebt haben, dass auch Frühgeburten in der 29. Schwangerschaftswoche mit Gewichten zwischen 800 oder 1.000 g mit den einfachsten Mitteln in der Regel gesund „durchgebracht“ werden.



1.300 bis 1.400 chirurgische Eingriffe werden jährlich durchgeführt, vorwiegend Leistenbrüche oder kleinere Laparotomien. Auch Dünndarm- und Dickdarmresektionen können von den dort tätigen Ärzten notfallmäßig operiert werden. Auf gynäkologischem Gebiet werden außer Kaiserschnitten fast nur einfache Hysterektomien und Ovarialzysten operiert.



Das Krankenhaus ist daher sehr auf die Hilfe von außen angewiesen, ausländische Ärzte oder Ärzteteams wie auch Pflorgeteams unterstützen in 3-4-wöchigen Einsätzen vor Ort den einen oder anderen Bereich. Während unseres zweiwöchigen Aufenthaltes waren Orthopäden, ein amerikanischer Chirurg und zwei in der Neonatologie

bewanderte Fachkräfte zur Arbeit und zur Ausbildung mit uns dort anwesend. Außerdem benötigt das Krankenhaus auch technischen Support durch ausländische Kräfte, z.B. zur Wartung und Reparatur der dortigen Maschinen (z.B. riesige Waschmaschinen, Röntgengeräte wie auch komplexe Reparaturen an den Fahrzeugen).

Untergebracht wurden wir in einem der herrlichen Missionshäuser auf dem Hügel. Es sind komfortabel eingerichtete alte Backsteinbauten mit Gemüse- und Fruchtegärten und einem herrlichen Blick auf den Kiwu-See.



Hier wächst nahezu alles von Karotten bis zu Gurken über Auberginen und Paprika wie auch die tropischen Früchte Papaya, Avocado, Mango und Ananas. Begünstigt wird dies durch das Klima mit Temperaturen zwischen 20 und 27°, das dem Hochallgäu oder dem Berner Oberland im Frühsommer ähnelt. Obwohl wir in der Regenzeit dort waren, regnete es zwar zwei- bis dreimal am Tag, aber immer nur 1 Stunde, um anschließend der Sonne Platz zu machen.

Unsere Aufgabe war es, in den Wochen zuvor ausgesuchte Patientinnen mit gynäkologischen Krankheitsbildern im Rahmen der Sprechstunde zu sehen und für die jeweiligen operativen Eingriffe auszuwählen. Diese Patienten laufen im Wesentlichen primär die Außenstationen, die Health Centers oder Centres de Santé an, um dann zu einem bestimmten Zeitpunkt an das

Hauptkrankenhaus überwiesen zu werden.



Die Christoffel-Blindenmission leistet dort z.B. eine beeindruckend gute Arbeit. Bedingt durch ihre im Vorfeld starke Logistik, erreichte sie es, dass zu dem gleichen Zeitpunkt dort ein Team von berenteten Augenärzten etwa 60 bis 70 Katarakt-Operationen mit eigenem Material in der Kapelle als Ausweichquartier durchgeführt werden konnten. Vor unserem Besuch war ein Experten-Team in Fistel-Chirurgie da gewesen und hatte 25 bis 30 Fistel-Operationen durchgeführt, eine häufige Erkrankung bei Frauen nach langen anstrengenden, oft mit Kopf am Beckenboden stehenden Geburten mit nachfolgender Fistelbildung im Bereich der ableitenden Harnwege oder des Darmes. Dieses Verfahren nennt man „Camps“, wenn Patienten gebündelt zu einem bestimmten Zeitpunkt für bestimmte Eingriffe aufgerufen und operiert werden.



Nun war unsere gynäkologische Klientel leider nicht so zahlreich, wie wir

es uns vorgestellt und erhofft hatten. Dennoch konnten wir 20 Operationen zusammen mit unseren afrikanischen Kollegen durchführen, um dadurch dem Motto "Learning by doing" gerecht zu werden. Diese zum Teil sehr armen Bauersfrauen, kaum der französischen Sprache mächtig, wären wohl sonst nie operiert worden, da eine Verlegung in dazu befähigte Krankenhäuser in der Hauptstadt aus Kostengründen kaum denkbar gewesen wäre.



Hauptdiagnosen waren vergrößerte Gebärmütter, Blutungsstörungen bis zur Blutarmut hin wie auch eine erschreckend hohe Anzahl von fortgeschrittenen Zervixkarzinomen. Dies liegt an der völlig fehlenden und praktisch auch kaum durchführbaren Krebsvorsorge wie in Deutschland üblich. Es fehlen entsprechende Laboreinrichtungen und Ärzte, die dieses vor Ort auch wie in den abgelegensten Zentren beurteilen könnten. Pathologische Proben in die Hauptstadt zu schicken, bedeutet eine Wartezeit von zum Teil einem halben Jahr.



So konnten unter technisch schwierigen Bedingungen (auch kleine Strompannen konnten uns nicht aufhalten...) doch vier Operationen nach Wertheim bei fortgeschrittenen Zervixkarzinomen durchgeführt werden. Schwierige Bedingungen deshalb auch, weil der OP rudimentär eingerichtet ist, dennoch aber über alles Erforderliche verfügt.

Leider ist ein Großteil des Materials, angesammelt durch zahlreiche Spenden im Laufe der Jahre, in mehreren Lagern zwar sortiert, aber für die unmittelbare Arbeit nicht verfügbar. Hier könnte sich jemand mit einem entsprechenden computergestützten Programm zur Inventarisierung zwei bis drei Monate sehr verdient machen. Üblich ist, dass daher ein Arzt, der dort zum Arbeiten kommt, sich erst einmal in diesem Lager orientiert und seine landes- und fachspezifischen Zusammenstellungen selber aussucht und durch den exzellent arbeitenden Sterilisationsraum entsprechend verpacken lässt.



Fast alle Operationen werden in Spinalanästhesie (Rückenmarksbetäubung) durchgeführt. Dabei hat man zwei bis drei Stunden Zeit den Eingriff durchzuführen. Für größere Bauch-Eingriffe ist aber in der Regel wegen des Ausstopfens des Bauchraumes eine zusätzliche Vollnarkose erforderlich. Ein entsprechendes Gerät ist vorhanden, auch ein Monitoring ist möglich, auch auf der etwas rudimentär eingerichteten Intensivstation.



Sogar über eine Blutbank verfügt das Krankenhaus, so dass größere Eingriffe ohne Gefahr für den Patienten erfolgen können. Technische Unzulänglichkeiten sind nur die wiederholten Stromausfälle der zentralen Versorgung und das späte Anspringen des Generators, so dass phasenweise mit Stirn- oder Handylampen die Operation dann auch meistens in kritischen Momenten fortgeführt werden muss.



Trotz aller Widrigkeiten konnten alle Operationen lege artis und zur Zufriedenheit von Arzt und Patientin durchgeführt werden. Alle Patientinnen erholten sich anschließend gut und konnten durch ihre Angehörigen weiterhin versorgt werden.

Denn das ist auch etwas für uns ungewöhnliches in diesem Land: niemand kann sich in einem Krankenhaus operieren lassen oder aus anderen Gründen stationär aufgenommen werden, dem nicht ein Angehöriger zur Verfügung steht, der sich um das Bett, die Bettwäsche, aber insbesondere um die Ernährung des Kranken kümmert.

Dazu gibt es zahlreiche Kochstellen, wo die für die Kranken mitgebrachten einheimischen Speisen entsprechend den Anordnungen der Pflege oder Ärzte gekocht werden.



Das Krankenhaus wie auch die ganze Umgebung ist außerordentlich sauber. Plastiktaschen, wie wir sie en masse in Deutschland kennen, sind verboten, um Plastikmüll zu reduzieren. Auch andere Abfälle werden in Einzelhaushalten wie auch im Krankenhaus selbst in Verbrennungsöfen vor Ort als „Einzelplatzlösung“ von kleinen Müllverbrennungsanlagen vernichtet, so dass man weder auf dem Krankenhausgelände, noch im anliegenden Dorf den erwarteten Dreck findet.



Was bei uns Corporate Identity heißt, wird in Kibogora ganz einfach durch eine tägliche halbstündige Morgenandacht unter Anwesenheit aller Mitarbeiter des Krankenhauses in der Kapelle erreicht. Nach einem kurzen Gottesdienst und in der Regel begleitet durch einen 10-minütigen Gesang des Krankenhauschores (in dem sogar der

Chefarzt und gleichzeitig Direktor des Krankenhauses singt), geht es dann über in die eigentliche Besprechung, an der zunächst alle medizinischen Bereiche sowohl Pfleger wie auch Ärzte teilnehmen, die sich dann aber nach einer halben Stunde auf den Kernbereich der Ärzte reduziert, die dann spezielle Fälle besprechen. Besonders glücklich sind diese, wenn sie jene Fälle dann auch mit ihren ausländischen Gästen diskutieren können. Labortechnische Daten wie auch Röntgenbefunde sind neben einer ausgezeichneten schriftlichen Dokumentation dabei auch hier verfügbare Diskussionsgrundlagen. Behandlungspfade und Handlungsabläufe hängen in jedem Raum, unsere QM-Beauftragten würden entzückt sein.



Die Liegezeit beträgt etwa 5,3 Tage, die Belegung des Krankenhauses schwankt zwischen 70 und 80 %, je nach dem, ob ein „Spezialist“ als Gast gerade für einige Zeit anwesend ist.



Auf der Entbindungsstation stehen mehrere Inkubatoren, die Schwestern

sind auch in der Versorgung von Frühgeborenen gut geschult, Sauerstoffgaben und Beatmungsmöglichkeiten bestehen.

Die Sprechstunden sind zwar immer überfüllt, allerdings nach Tagen zu bestimmten Fachgebieten geordnet. Mehr als in Europa leisten hier erfahrene Krankenpfleger und Pflegerinnen einiges an Vorarbeit und entlasten die im Verhältnis doch geringere Anzahl von Ärzten. Das Krankenpflegepersonal ist meistens bodenständige mit Familien in der Nähe des Krankenhauses ansässig, während die Ärzte, insbesondere die aus dem Kongo, meist ihre Familien in der Heimat zurückgelassen haben. In Kibogora gibt es kaum Aufstiegschancen, auch aus der Hauptstadt werden spezialisierte Ärzte kaum nach Kibogora kommen wollen. Dies ist das Dilemma des Krankenhauses, das somit auf absehbare Zeit auf ausländische Unterstützung, d.h. technisches und medizinisches Know-how angewiesen ist.

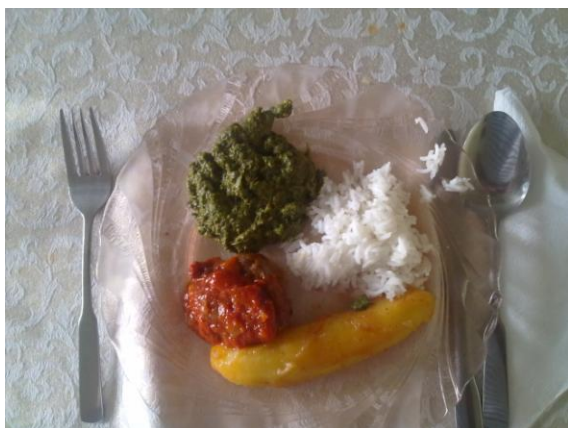


Zu den Kosten und den Versicherungsstatus: praktisch die gesamte Bevölkerung außer den Beamten und anderen Staatsbediensteten sowie Ärzten, die in einer Privatversicherung sind, ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, für die sie etwa 3.000 Franken (= 4 EUR) im Jahr zahlt. Dafür werden 90 % der Kosten der ambulanten und stationären Behandlung vom Staat übernommen. Das Krankenhaus rechnet daher diese

90 % direkt mit dem Staat ab, verlangt aber den 10 %-igen Anteil von den Patienten. Eine Hysterektomie kostet z.B. ca. 40.000 Franken (50 EUR), von der die Patienten etwa 5 EUR zu tragen haben, welches für eine Bauerfamilie im Südwesten Ruandas dennoch eine enorm große Summe darstellt.

Umwaka	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
N° d'ordre	2421				
IZINA RY'IKO CYUBWISUNGANE MU KWIVUZA	NURASITKE				
IZINA RY'ISHAMI RY'UBWISUNGANE MU KWIVUZA	KIBOYOTA				
AMAZINA Y'UMUNYAMURYANGO	ZAMUKWANO ZPala				
NOMERO Y'UMUNYAMURYANGO	050-001-09-01612				
NOMERO Y'INDANGAMUNTU	M97805015058				
UMUDUGU	Kiboyota				
AKAGALI	Kiboyota				
UMURENGE	Kiboyota				
ITARIKI YAVUTSEHO	1508				
Année MUSA	7/2011	1/2012	2012	2013	2014
Igihe yishyuye umusanzu	20 JUL 2011				
Igihe yagiriye agaciro					

Unser altes Missionshaus war gemütlich eingerichtet: Ein- oder Zweibettzimmer mit Dusche, Kalt- und Warmwasser, im Wohnzimmer sogar mit einem alten Flügel. Kulinarisch wurden wir fürstlich verwöhnt mit Frühstück, Mittagessen und Abendbrot, allerdings sehr westliche Nahrung. Auf Bitten hin wurden uns aber auch später afrikanische Speisen serviert. Nie gefehlt hat ein Obstsalat aus frischen dort wachsenden Bananen und Ananas, warme afrikanische Gerichte haben fast immer Kochbananen in den unterschiedlichsten Zubereitungen zur

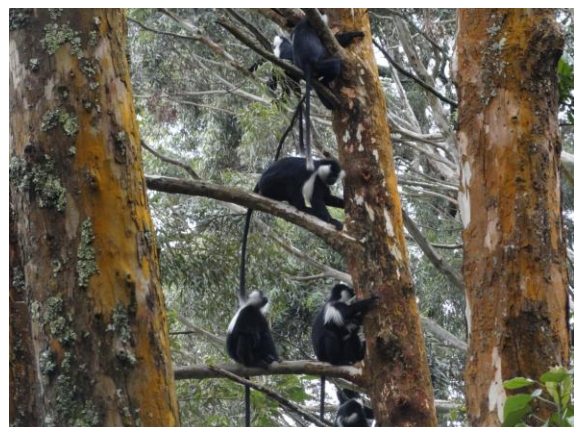


Grundlage wie auch ein etwas bitteres, dem Spinat ähnliches Gemüse. Dennoch ähneln die Fleischgerichte unserem Gulasch, wenn es nicht

gerade einheimischen, aus dem See gefangenen Fisch gibt. Traditionell wird nach jedem Mittag- oder Abendessen noch ein Kaffee getrunken, Alkohol kommt selten vor, das Besorgen von etwas einheimischem Bier (Primus) stellt einen vor große logistische Herausforderungen, da dieses Mangelware ist.



An den Wochenenden ruhte natürlich die Arbeit, eine Gelegenheit, die wir nutzten, um uns auf Ausflüge zu begeben. Ein Ausflug ging in den Urwald, den wir durchfahren haben auf 2.600 m, dort konnten wir nur mit Führer gegen Bezahlung, einer doch etwas hohen aber gerecht-fertigten Gebühr, auf gut hergestellten Wegen durch beeindruckende Vegetationen letztlich zu einem Wasserfall laufen.



Eine weitere Tour führte uns in einen weiteren Teil des Urwaldes mit mehr als 200 Colobus-Affen, schwarze Affen mit weißen Ohren. Einem Schimpansen zu begegnen, war uns allerdings nicht vergönnt.



Wir besuchten auch eine Teeplantage mit an den Hängen des Urwalds angebauten Teesorten mit ihren herrlichen grünen Farben, dunkel für die alten Blätter und hellgrün für die zu flückenden Blättern. In der nahegelegenen Teefabrik konnten wir uns reichlich mit Tee eindecken.

Wir unternahmen auch einen Ausflug an den See selbst, wo eine alte zerfallene Missionsstation mit einem angebauten Badestrand vorlag, leider konnten wir dort nicht schwimmen gehen, weniger wegen der extrem hohen Mengen an Methan, komprimiert unter dem See liegend, sondern wegen des Verdachtes auf der dort herrschenden Bilharziose.



Ein kleiner Kulturschock war es dann schon, auf dem Rückweg noch einen Tag in der Hauptstadt Kigali verbringen zu können. Kigali liegt ebenfalls 1.500 bis 1.600 m hoch und zeichnet sich auch durch ein sehr gesundes Klima aus. Hier konnten wir noch das Universitätsklinikum besichtigen, das in

einer ähnlichen Struktur, natürlich viel größer, gebaut ist.



Hier wurde in sechs Sälen den ganzen Tag über nach einem wohl strukturierten Wochenplan operiert, über Patientenmangel kann man sich in der Hauptstadt nicht beklagen. Aber auch hier, wie auch in der anschließend besuchten früher privat geführten, später staatlichen übernommenen Klinik können Zervixkarzinome, insbesondere fortgeschrittene, nicht operiert werden, sondern werden nach Kampala in Uganda verwiesen.



Sowohl in der chirurgischen wie auch in gynäkologischen Abteilung bekundete man ein großes Interesse für unser Angebot, wieder zu kommen und über unser Spezialgebiet, die endoskopische gynäkologische Chirurgie zu berichten und einen Workshop zu veranstalten. Patienten gäbe es genug und das Interesse der dortigen Kollegen war nicht zu übersehen, so dass wir hoffen, eines Tages für einen solchen Workshop mit der Unterstützung deutscher auf Endoskopie

spezialisierten Firmen zurückkehren zu können. Der vorhandene Endoskopie-Turm, einer der ganz wenigen im Lande, ist allerdings dringend ergänzungsbedürftig.



In der ehemals privaten Nobel-Klinik sahen wir schließlich das einzige private Einzelzimmer mit Fernseher und Kühlschrank, offensichtlich aber auch den oberen Zehntausend oder ausländischen Gästen vorbehalten. Dort findet allerdings auch Medizin auf hohem Niveau statt, dem hier arbeitenden Neurochirurgen steht das einzige Kernspintomographiergerät des Landes zur Verfügung.

Zusammenfassend war es sicherlich eine Enttäuschung, dass nicht so viele Patienten kamen, wie wir vielleicht erwartet oder uns gewünscht hatten, oder wir in der Lage gewesen wären, zu operieren. Ob diese fehlende Rekrutierung am mangelnden Einsatz der Krankenhausleitung bzw. fehlendem Druck auf die die Patienten primär sehenden Außenstationen bestand, oder ob wir selbst im Rahmen unserer vorausgegangenen Besuche mit den unterschiedlichsten Teams dies besser organisiert haben, bleibt offen. Eine Verbesserung wäre eine Bedingung für einen erneuten Einsatz.

Auffällig ist die Zunahme „westlicher Erkrankungen“ wie Hochdruck, Diabetes, Herzinsuffizienz und langsam beginnend auch Adipositas. Daher der Wunsch der dortigen Kollegen nach mehr Einsatz auch von Internisten und Diabetologen, um diese Fachbereiche besser in dem Land zu implantieren.

Dies zeigt sich auch bei der Mortalität internistischer Erkrankungen, die inzwischen höher liegt als die ebenfalls durch Staatsprogramme außerordentlich gut in den Griff bekommene klassische tropische Erkrankung Malaria, die dort angesichts der guten Prävention und Behandlung hauptsächlich in den Gesundheitszentren praktisch nicht mehr von klinischer Relevanz ist.



Jeder fragt sich nun auch, wie groß die AIDS-Durchseuchung ist. Bei einem Einzugsgebiet des Krankenhauses von etwa 250.000 Menschen wurden 70.000 bis 80.000 Menschen auf AIDS untersucht, dabei wurden knapp 5.000 bis 6.000 Patienten mit AIDS herausgefunden, dabei vorwiegend Frauen mehr als Männer, aber auch Kinder. Diese werden in sehr sorgfältig ausgearbeiteten Programmen der Regierung ebenfalls in den Gesundheitszentren erfasst, betreut, kontrolliert und auch behandelt.



Besonders Kinder AIDS-infizierter Mütter kommen in den Genuss der

staatlichen Fürsorge z.B. mit speziellen Ernährungsprogrammen, so dass eine Kuh als Frischmilchspenderin zum Standard für die Gesundheitseinrichtungen geworden ist.

Welches sind nun die Bedingungen, die einen Einsatz europäischer Ärzte in einem solchen ländlichen Krankenhaus „am Ende der Welt“ verbessern können? Es gäbe einerseits die Möglichkeit einer sehr starken und logistisch gut durchstrukturierten Organisation, die mit vielen eigenen Kräften und Material nicht nur die Rekrutierung der Patienten sondern auch die Durchführung der Operationen unabhängig von den Krankenhäusern gestaltet und organisiert und die Krankenhäuser nur als Ort der Betätigung benutzt, wie z.B. die Christoffel-Blindenmission. Andererseits wäre es denkbar, mit einem wesentlich stärker in der Erfassung und Mobilisierung der Patienten erfahrenen Krankenhaus zu arbeiten, das sich nach der Ankündigung eines Besuchstermins für ein so genanntes „gynäkologisches Operations-Camp“ mehr Mühe gibt, über die angeschlossenen Gesundheitszentren ausreichend Patienten mit den passenden Diagnosen für das jeweilige Fachgebiet zu organisieren. Als dritte Möglichkeit ist natürlich nach meinen Erfahrungen in Afrika es ein Vorteil, wenn in einem solchen Krankenhaus ein über viele Jahre erfahrener Kollege dieses Krankenhaus leitet und machtvoll genug ist, solche Sachen zu organisieren und gegen manch bestehende Widerstände durchzusetzen.

Dieser Besuch war aber auch gerade deshalb wichtig, weil er uns gezeigt hat, was von uns bei einem weiteren Einsatz, den wir uns alle wünschen, besser gemacht werden könnte. Daher kann dieser Aufenthalt, obwohl quantitativ nicht so erfolgreich, wie wir es uns vorgestellt haben, doch der Anfang sein, darüber nachzudenken, wie man es das nächste Mal besser machen kann. Qualitativ war sicherlich

die Versorgung ein unerwartetes Geschenk für einige Bäuerinnen, die nie im Leben die Möglichkeit gehabt hätten, in ihrem Land, geschweige denn an Ort und Stelle operiert zu werden.

Abschließend gebührt der Leitung des Krankenhauses Sachsenhausen und dem Träger, dem DGD, ein herzlicher Dank, die diese Projekte nicht nur finanziell, sondern auch durch die Freistellung der Mitglieder des Teams ermöglichen. Dies hat in der deutschen Krankenauslandschaft Seltenheitscharakter. Zukunftspläne wären auch die Durchführung eines Workshops in der Universitätsklinik der Hauptstadt Kigali mit dem Schwerpunkt der Einführung der endoskopischen Operationstechniken in diesem Lande. Dies ginge allerdings nur mit kräftiger logistischer, materieller und finanzieller Unterstützung einer Firma mit endoskopischem Schwerpunkt. Für Afrika wäre die Einführung laparoskopischer Techniken von unschätzbarem Vorteil, denn trotz hoher Investitionskosten für die Ausrüstung würde sich bald zeigen, dass sich durch den Einsatz adaptierter laparoskopischer Techniken (Appropriate Technology) eine Vielzahl von unnötig invasiven Eingriffen durch Bauchschnitte reduzieren ließe und somit den Bedarf an Betreuung, Krankenhausbetten wie auch eine hohe Morbidität nach offenen Eingriffen sich senken ließe. Dies wäre letztendlich hinsichtlich der Kosten in einem armen Land eine positive Entwicklung.

Wir werden daran arbeiten.

Dr.med. Philipp-Andreas Hessler
Ende November 2011

<http://www.dgd.org/uploads/1314002371-518902.pdf>
<http://www.dgd.org/uploads/1315821047-280718.pdf>