

Ich arbeite als integrierte Fachkraft mit einem Arbeitsvertrag des Distriktkrankenhauses von Ruli und außerdem nach Absprache und mit Einverständnis der Krankenhausleitungen im Zentralkrankenhaus von Kigali, (CHUK , abgekürzt für Centre hospitalier universitaire de Kigali), im letzteren jedoch ohne Vertrag.

Ich bin Chirurg und Kinderchirurg.

Das Fach Kinderchirurgie existiert nicht in Ruanda. Es gibt außer mir keinen weiteren Kinderchirurgen.

Kinder werden hier gewöhnlich von Erwachsenenchirurgen operiert. Das ist in vielen Fällen in Ordnung. Auch in Deutschland werden die meisten Operationen an Kindern nicht von Kinderchirurgen durchgeführt. Es gibt jedoch im Kindesalter chirurgisch zu behobende Krankheiten, die im Erwachsenenalter unbekannt sind und auf die der Erwachsenenchirurg von seiner Ausbildung her nicht vorbereitet ist. Selbst wenn er im konkreten Fall dann nachliest, fehlt ihm doch die Erfahrung.

Kinderchirurgen sind unverzichtbar, wenn Krankheiten auftreten, wie zum Beispiel angeborene Missbildungen und Tumoren, die es praktisch nur im Kindesalter gibt. Kompetente Behandlung kann in solchen Fällen nur der Kinderchirurg anbieten, denn er wurde dafür ausgebildet.

Im Unterschied zu Deutschland sind in Ruanda mehr als 50% der Bevölkerung jünger als 18 Jahre. Ich habe es also mit einer sehr jungen Bevölkerung zu tun.

Aus einer aktuellen Statistik geht hervor, dass es in Ruanda insgesamt 11 ruandische ausgebildete Chirurgen gibt, in dieser Zahl sind schon die Orthopäden (4) und der einzige Urologe enthalten. Im CHUK , dem größten Krankenhaus des Landes, arbeiten vier Orthopäden, die ausschließlich Unfallchirurgie betreiben, ein Allgemeinchirurg und ein Urologe, der gleichzeitig der ärztliche Direktor des Krankenhauses ist.

Zuweilen ergibt sich eine dramatische Situation. Am Wochenende 17. / 18. Mai 2008 zum Beispiel mussten etwa 30 Patientinnen und Patienten im CHUK draußen schlafen. Alle hatten Knochenbrüche und harrten ihrer chirurgischen Versorgung. Angesichts dieser Situation hat der chirurgische Chefarzt alle anderen Operationen, auch meine, in der darauf folgenden Woche storniert, damit diese Patienten vordringlich „abgearbeitet“ werden konnten. Diese Entscheidung ist zwar nachvollziehbar, aber für die Patienten, deren Operationen verschoben wurden, eine Katastrophe. Sie müssen für den Krankenhausaufenthalt bezahlen, auch wenn nichts geschieht, außer auf die Operation zu warten. Das allein übersteigt bei vielen die finanziellen Möglichkeiten. Die verzweifelten Mütter meiner kleinen Patienten kommen dann zu mir und beschwören mich geradezu, ihre Kinder zu operieren.

Zu den erwähnten 11 einheimischen Chirurgen muss man noch 12 ausländische zählen, die aus aller Herren Länder stammen und unterschiedlich lange Verträge haben. Sie kommen zum Beispiel aus Kasachstan, Cuba, Ägypten, Kambodscha und auch aus Deutschland. Immer mal wieder kommen Spezialistenteams oder einzelne Spezialisten aus Europa, den USA, Canada oder Australien für 1 bis zwei Wochen und operieren für sie speziell vorbereitete und ausgewählte Patienten.

Alle ruandischen Chirurgen arbeiten in der Hauptstadt. Im CHUK arbeitet außer mir kein ausländischer Chirurg.

In der chirurgischen Universitätsklinik in Butare ist andererseits kein ruandischer Chirurg tätig. Gelegentlich wird ein Assistent dorthin delegiert, der jedoch gewöhnlich alles daran setzt, so schnell wie möglich nach Kigali zurück zu kehren, wo er sein soziales Umfeld hat.

Gegenwärtig stehen in Ruanda insgesamt sechs Assistenten in der chirurgischen Weiterbildung. Sie sind auf zwei Krankenhäuser verteilt, aufs CHUK und das König Faisal Krankenhaus in Kigali.

Vor drei Jahren hat der damalige Präsident der Universität in Butare, Dr. Emile Rwamasirabo, in einem Vortrag beklagt, dass mehr als die Hälfte der ruandischen Ärzte in nicht- medizinische Berufe abgewandert seien. Er selbst, ein Urologe, avancierte kurze Zeit später zum Botschafter des Landes in Japan und schied somit als Arzt aus. Es wäre jetzt also angesichts der geschilderten Situation nahe liegend, dass angehende Chirurgen die Möglichkeit einer Spezialisierung im Fach Kinderchirurgie beim Schopfe fassen würden.

Außerdem müsste eigentlich erwartet werden, dass Verantwortungsträger wie der Gesundheitsminister, und jene, die für die Zukunft der Chirurgie verantwortlich zeichnen, wie die Ärztekammer, die Medizinische Fakultät der Universität und ärztliche Direktoren alles daran setzten, um angehenden Chirurgen ans Herz zu legen, im Rahmen ihrer Ausbildung eine gewisse Zeit, beispielsweise zwei Jahre, bei mir zu absolvieren, um Kinderchirurgie zu erlernen.

Ich habe es immer mit Assistenzärzten zu tun, die motiviert und interessiert sind, die eine Zeitlang mit mir arbeiten, aber dann wieder wegbleiben. Frage ich nach, kommen die unterschiedlichsten Antworten. Er habe das Handtuch geschmissen, heißt es dann, er mache jetzt etwas anderes, oder er habe einen besser bezahlten Job in einer NGO bekommen, oder er sei versetzt worden u s w, u s w. Je weniger chirurgische Assistenten es gibt, um so stärker sind sie in den Krankenhausbetrieb auch außerhalb des

Operationsssaales eingespannt, wie in Nachtdienste, Stationsvisiten, Wochenenddienste, Notaufnahme. Nachtdienste und Wochenenddienste sind dann gewöhnlich gefolgt von Abwesenheiten durch Freizeitausgleich. Am Ende ist dann kaum noch einer verfügbar. Wie soll ich in dieser Situation einen Assistenten finden?

Alle Chirurgen des Landes sind in fortgeschrittenem Lebensalter und dürften in wenigen Jahren ihre berufliche Tätigkeit einstellen. Mit dem Nachwuchs wird man kaum rechnen können, denn es gibt zu wenige, die sich für die Chirurgie entschieden haben.

Auf lange Sicht wird die chirurgische Versorgung nur durch Ausländer gesichert werden können. Redet man mit Verantwortungsträgern darüber, hat man den Eindruck eines mit den Schultern zuckenden Fatalismus.

Ich habe die Situation so ausführlich geschildert, damit die Leser dieses Berichtes verstehen, in welchem schwierigem Umfeld ich arbeite und warum ich an dem Ziel, nämlich Kinderchirurgen auszubilden, gescheitert bin.

War und ist meine Arbeit deshalb sinnlos?

Ich möchte von zwei Ärzten berichten, die mit mir längere Zeit gearbeitet haben.

Dr. Avide war früher als Allgemeinmediziner in Ruli tätig und wurde zum Chefarzt in Gisenyi und danach zum Chefarzt in Rwamagana ernannt. Er erzählte mir, dass er durch seine Zusammenarbeit mit mir gelernt habe, mit einer Reihe von chirurgischen Krankheiten im Kindesalter fertig zu werden, sei es im Management oder sei es auch operativ.

Dr. King macht seine chirurgische Ausbildung im König Faisal Krankenhaus und wurde viele Monate hindurch abgestellt, mir bei meinen Operationen im CHUK zu assistieren. Er wurde vor mehreren Monaten an die chirurgische Universitätsklinik nach Butare versetzt und berichtete mir, dass er dort auf Grund seiner Zusammenarbeit mit mir für die Kinder verantwortlich eingesetzt wurde und er sich gegenüber den Kollegen dort dadurch habe profilieren können.

Vielleicht trägt meine langjährige Arbeit ja nun doch Früchte, wenn ich auch mehr erwartet hatte.

Man muss in der Entwicklungszusammenarbeit auch mit kleinen Fortschritten zufrieden sein.

Wie sieht meine Arbeit im Einzelnen aus?

An drei Wochentagen arbeite ich im Distriktkrankenhaus in Ruli und an einem Wochentag, gelegentlich auch an zwei, im CHUK.

Meine Patienten kommen aus dem ganzen Land, die meisten sehe ich während der Sprechstunde im CHUK.

Ich habe dort keine fest etablierte Sprechstunde. Die Patienten finden mich in einem Vorraum zum Operationstrakt der HNO- Klinik und zwar in der Wartezeit zwischen den Operationen. Dieser Vorraum ist gleichzeitig Durchgang für viele Personen. Hier sehe ich die Patienten, höre ich den Eltern zu, untersuche ich die Kleinen, stelle die Diagnose, falls eine solche auf Anhieb möglich ist, erwäge die Indikation zur Operation und gebe den Patienten gegebenenfalls einen Operationstermin oder leite weitere Untersuchungen ein, um zu einer sicheren Diagnose zu kommen. Bei nicht dringlichen Operationen liegt die Wartezeit bei fünf Monaten.

Ich versuche gewöhnlich, die Patienten davon zu überzeugen, dass sie einen früheren Termin für eine Operation in Ruli bekommen können, da dort meine Kapazität größer ist. Viele wissen jedoch nicht, wo Ruli liegt und andere scheuen die zusätzlichen Kosten für den Transport.

Viele Patienten kommen sehr spät in meine Behandlung. Die Krankheit ist dann oft weit fortgeschritten und die Behandlung schwieriger geworden, und die Ergebnisse sind nicht befriedigend, wenn die optimale Behandlungszeit versäumt wurde. Das trifft besonders auf Kinder zu, die einen bösartigen Tumor, einen Wasserkopf oder die so genannte Hirschsprungische Erkrankung haben.

Die häufigste Operation ist die Korrektur einer Hypospadie. Darunter versteht man eine Missbildung der männlichen Harnröhre, die nicht an der normalen Stelle mündet, sondern irgendwo an der Unterseite des Penis oder des Hodensackes oder sogar am Damm. Die Operation kann man nur mit feinsten Instrumenten durchführen, die es in keinem Krankenhaus hier gibt. Überdies kann der einzige Urologe im Land sowieso nicht alle Patienten seines Fachgebiets versorgen.

Ich habe im Berichtsjahr insgesamt 54 Knaben und auch ein paar Erwachsene wegen einer Hypospadie operiert.

Insgesamt 49 Kinder habe ich wegen eines Hydrocephalus (Wasserkopf) operiert. Es handelt sich dabei überwiegend um ein angeborenes Leiden, nur ein Kind hatte einen Hirntumor, ein anderes eine Meningitis als Ursache.

Bei der Operation wird ein Katheter ins Schädelinnere gelegt, mit einem Ventil verbunden, von dem ein weiterer Katheter in den Bauchraum abgeht. Das ganze System leitet dann Hirnwasser in den Bauch. Ein Ventil kostet ca. 800 \$ US und wird durch den Verein „Krankenhaus Ruanda e.V.“ (Vorsitzender: Helmut Schmitt, Kaiserslautern) großzügiger Weise zur Verfügung gestellt. Ohne diese Unterstützung könnte kein Kind, das einen Wasserkopf hat, operiert werden und müsste mit zunehmender geistiger Behinderung leben oder gar früh sterben.

Von den 49 Wasserkopfkindern hatten 28 gleichzeitig eine angeborene Wirbelsäulenspalte (Spina bifida) mit einem Vorfall des Rückenmarks (Myelomeningocele), dessen operative Versorgung der Operation eines Wasserkopfes vorangeht. Diese Missbildung ist gewöhnlich von schweren Funktionsbeeinträchtigungen der unteren Extremitäten, des Mastdarms und der Blase begleitet.

Das sind schwere Krankheitsbilder, die es in Deutschland kaum noch gibt, da die Diagnose pränatal gestellt werden kann und die Schwangerschaft in der Regel dann beendet wird.

Hier stellen diese Kinder mit ihren Behinderungen eine unvorstellbar große Belastung der ohnehin armen Familien dar.

Ich habe insgesamt 21 Kinder wegen einer Lippenspalte operiert. Dies ist eine Operation, die ich sehr gern mache. Sie ist in jedem Lebensalter möglich. Das Ergebnis ist immer beglückend für alle Beteiligten, die Patienten, deren Familienangehörige, den Chirurgen und das Pflegepersonal.

17 Kinder wurden wegen einer anorektalen Missbildung operiert. Diese Kinder kommen ohne einen After zur Welt. Zuweilen entleert sich der Stuhl durch eine Fistel aus dem Vorhof der Scheide oder bei Jungen aus der Harnröhre. Es gibt da ein ganzes Spektrum verschiedener Missbildungsformen in diesem Bereich. In der Regel wird bei diesen Kindern zunächst ein künstlicher Darmausgang angelegt. Nach der Korrektur

der Fehlbildung und Heilung kann der Kunstafter wieder zurück verlagert werden. Ein Kunstafter stellt die Familien vor große Probleme, da sie sich meistens den Kauf von Kunstafterbeuteln nicht leisten können. Der Stuhl läuft dann die Bauchdecke hinab, oder die Eltern wickeln etwas Provisorisches um den Bauch, um den Stuhl abzufangen, was nie so richtig funktioniert. Deshalb überlege ich stets sehr sorgfältig, ob ich einen Kunstafter unbedingt anlegen muss.

Da ich Kinderchirurg bin, möchte ich auch nur für die Kinder da sein. Ich kam jedoch nicht umhin, auch Erwachsene zu operieren. Der Leidensdruck der Patienten war oft zu groß. So habe ich im Berichtszeitraum insgesamt 19 Patienten, vorwiegend Frauen, wegen eines Kropfes an der Schilddrüse operiert.

Im Folgenden möchte ich alle Operationen auflisten, die ich im Berichtszeitraum gemacht habe:

Tumoren: Polyp der Nase	1
Hämangiom	1
Lymphangiom	5
Fibrom	3
Dermoidzyste	3
Parotiszyste	1
Kropf	19
Schilddrüsenkrebs	1
Wilms Tumor	5
Mastdarmpolyp	1
Brustdrüsenkrebs	2
Terratom	2
Rhabdomyosarkom	3
Ameloblastom	2
Peritonealzyste	2
Anorektale Missbildungen	
PSARP	17
Kunstafter	12
Rückverlagerung eines KA	12
Anoplastik	5
Probeentnahmen aus dem Mastdarm	19
Durchzugs- Op. wegen M. Hirschsprung	7
Leistenbruch	30
Hodenhochstand	16
Hypospadie	54

Epispadie	1
Blasenexstrophie	2
Nabelbruch	11
Omphalocele	2
Ductus omphalo- entericus	1
Pylorushypertrophie	1
Oesophagusatresie	2
Oesophagusstenose	2
Laterale Halsfisteln	2
Gaumenspalte	1
Lippenspalte	21
Syndactylie	1
Hexadactylie	10
Narbenkontrakturen an Fingern	3
Hydrocephalus	49
Myelomeningocele	28
Encephalocele	2
kalter Abszess (Tbc)	1

Alle histologischen Untersuchungen hat der Direktor des Pathologischen Instituts des Klinikums Landshut, Prof. Dr. W. Permanetter kostenlos durchgeführt.

Mit den Mitarbeitern in den Krankenhäusern, den Schwestern, Pflegern, Ärztinnen und Ärzten habe ich ein sehr gutes Verhältnis. Ich arbeite gern mit ihnen. Sie sind durchweg motiviert und engagiert und gehen mit den kleinen ängstlichen Patienten liebevoll um. Trotz meines hohen Lebensalters (71 Jahre) arbeite ich noch mit Begeisterung. Meine robuste Gesundheit und körperliche Fitness befähigen mich, stundenlang am Operationstisch zu stehen. Ich fühle mich diesem geschundenen Lande verbunden und mag seine Bewohner.

Kigali, den 06. Juli 2008

Dr. Alfred Jahn