

CIM

Jahresbericht der Integrierten Fachkraft

Dr. med. Alfred Jahn

Kinderchirurg

in Ruanda

über den Zeitraum vom 01. März 2008 bis zum 28. Februar 2009.

Seit dem 01. März 2003 bestehen vertragliche Vereinbarungen zwischen dem Centrum für internationale Migration und Entwicklung (C I M) in Frankfurt am Main, dem Distriktkrankenhaus in Ruli (Ruanda) und der Integrierten Fachkraft, dem Kinderchirurgen Dr. Alfred Jahn. Die Absprachen mit allen Beteiligten sehen vor, dass er an drei Wochentagen in Ruli und an einem Wochentag im Zentralkrankenhaus von Kigali (Centre Hospitalier Universitaire de Kigali, CHUK) arbeitet. Da im ganzen Land das Fach Kinderchirurgie nicht vertreten war, betrat Dr. Jahn Neuland, musste er mehr oder weniger bei Null anfangen. Es musste das Problembewusstsein unter den chirurgisch tätigen Kollegen geweckt werden. Chirurgie am Kind ist nicht gleich bedeutend mit Chirurgie am kleinen Erwachsenen. Eine kompetente chirurgische Versorgung eines Kindes setzt spezielle Kenntnisse voraus, die nicht aus den Erfahrungen aus der Erwachsenen Chirurgie abgeleitet werden können. Medizin ist keine deduktive, auf Logik aufgebaute Wissenschaft, sondern eine empirische. Außerdem gibt es im Kindesalter Krankheiten, mit denen ein Erwachsenen Chirurg in seinem Leben nie zu tun hat, die er nicht kennt, die er aber im Zweifel zu behandeln hat. Wenn das dann gut geht, hat das Kind Glück gehabt.

Von Anfang an wurde ich mit offenen Armen in den relativ kleinen Kreis von Chirurgen aufgenommen. Gegenwärtig sind nicht mehr als 12 Chirurgen im Land tätig. Alle arbeiten in drei Krankenhäusern, im CHUK, im privaten Hospital Roi Faisal in Kigali und im Universitätsklinikum in Butare. Alle anderen Krankenhäuser müssen ohne einen Chirurgen auskommen, was nicht heißt, dass dort nicht operiert wird. Von Anfang an wollte ich mich nicht darauf beschränken, fleißig Kinder zu operieren, sondern ich wollte mit und anhand der Operationen auch lehren und weiterbilden. Immer assistierten mir junge Chirurgen in der Weiterbildung, die auch interessiert waren. Gelegentlich waren es fertige Chirurgen, die mir halfen, weil sie an der Operation eines Kindes mit einer Missbildung interessiert waren. Ich war jedoch stets enttäuscht, wenn die jungen Kollegen nach relativ kurzer Zeit abgezogen wurden, um anderswo im Klinikbetrieb eingesetzt zu werden, was verständlich ist, denn es gibt ja so wenige. Es ist

nicht einfach, den Klinikbetrieb mit seinen Notwendigkeiten wie Nachtdiensten, Wochenenddiensten, Abwesenheiten durch Urlaub und Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren, wenn man keine Leute hat. Die wenigen sind dann oft übermäßig gefordert und suchen nicht selten ein anderes Betätigungsfeld im Rahmen der Medizin. So war eine systematische Weiterbildung im Fach nicht durchführbar. Das hat sich erst seit einem Jahr grundsätzlich geändert.

Im CHUK wurde mir Dr. Innocent beigelegt und in Ruli Dr. Jean Paul. Beide assistieren mir bei allen Operationen, und ich bin dazu übergegangen, sie selbst unter meiner Assistenz operieren zu lassen.

Die Patienten kommen aus dem ganzen Land. Es hat sich herumgesprochen, an welchen Tagen ich im CHUK oder in Ruli zu erreichen bin. In der Sprechstunde helfen mir die beiden erwähnten Ärzte. Auch die Sprechstunde ist ein Teil der Ausbildung. Die Ärzte kommen hier mit den verschiedensten kinderchirurgischen Krankheitsbildern in Berührung, sehen die Untersuchungstechnik und wie ich zur Diagnose und dann zu einer Entscheidung komme, wie die Indikation zur Operation gestellt wird und die Heilungschancen eingeschätzt werden können, und welches der optimale Zeitpunkt der Operation ist. Sie erleben auch das Aufklärungsgespräch mit. In der Sprechstunde soll der Assistent grundsätzliche ärztliche Eigenschaften entwickeln, im Gespräch ein Vertrauensverhältnis zu dem Patienten, hier meistens zu den erwachsenen Begleitpersonen, z. B. der Mutter des Kindes aufbauen. Es ist meistens leichter, die Entscheidung zu einer Operation zu fällen und sie den Eltern zu erklären, als einen Termin zu finden. Wenn die Operation nicht dringlich ist, muss ich den Eltern eine Wartezeit von bis zu acht Monaten zumuten. Oft klagen die Eltern darüber, dass sie die Kosten für die Krankenhausbehandlung sowie für den Transport von ihrem Wohnort ins Krankenhaus nicht würden bezahlen können.

Die meisten Operationen finden in Ruli statt, die meisten Konsultationen jedoch in Kigali. Die Fahrt nach Ruli ist beschwerlich, ca. 40 km Piste, die während der Regenzeit gelegentlich überhaupt nicht befahrbar ist. Oft ist die Strecke durch umgestürzte Lastwagen blockiert, die mit Steinen aus den Steinbrüchen oder die turmhoch mit Zuckerrohr beladen sind. Auch bricht gelegentlich eine unterspülte Brücke weg. Dann muss der Umweg über Rushashi genommen werden. Patienten müssen mit dem Taxibus fahren. Weil die Strecke so schlecht ist und deshalb die Fahrzeuge oft repariert werden müssen, nehmen die Fahrer relativ hohe Fahrpreise, mehr als 2 Euro für die einfache Fahrt. Viele Patienten wissen nicht, wie sie alle Kosten aufbringen können. Manche kommen ohne einen Franc in Ruli an und können keine Vorkasse leisten. Die Krankenhausverwaltung verweigert in diesen Fällen die Durchführung einer Operation. Ich stehe dann vor dem Dilemma, ein Kind mit einer zu operierenden Krankheit zu sehen, dazu die Mutter, die nun endlich soweit gekommen ist und alles nunmehr geschafft ist und dann kommt die Verwaltung und sagt: Nein! Ich habe in einzelnen

Fällen die Kosten persönlich übernommen, wenn das Elend nicht mehr zu ertragen war. Aber das geht nicht immer.

Die harte Haltung der Verwaltung ist durchaus nachzuvollziehen. Das Krankenhaus muss seine laufenden Kosten aus den Einnahmen von den Patienten bestreiten, die, wenn sie durch die Mutuelle versichert sind, nur 10% der Gesamtrechnung begleichen müssen. Die Versicherung bezahlt die restlichen 90 %, wenn sie überhaupt zahlt, und das tut sie halt seit einem Jahr nicht mehr, weil sie angeblich nicht zahlungsfähig ist. So bleibt das Krankenhaus auf seinen Rechnungen sitzen. Wie soll da gewirtschaftet werden? Die katastrophale ökonomische Situation der Krankenhäuser führt dazu, dass das gesamte Personal seit Januar dieses Jahres nur noch 50 % des ihnen zustehenden Gehaltes erhält.

Die Armut macht sich auch in der Ausstattung des Operationstraktes bemerkbar. Ich operiere im CHUK im Operationssaal der HNO Abteilung, weil der eigentliche chirurgische Trakt seit zwei Jahren eine Baumaßnahme ist. Um mich vor einer Operation zu waschen, muss ich mich aus einem Wasserkanister bedienen, an dessen Boden eine Art Zapfhahn angebracht ist. Oft fehlt Alkohol zur Desinfektion. Die Abdecktücher sind oft löcherig. Die chirurgischen Instrumente sind oft unbrauchbar. Ob eine Schere schneidet oder eine Pinzette greift, ist reiner Zufall. Für Operationen am Neugeborenen sind die Instrumente immer viel zu groß und damit ungeeignet.

Das ist die Situation im CHUK. In Ruli ist es besser, weil dort schon seit Jahren externe Sponsoren helfen. Ich selbst nehme stets eigene Instrumente mit in den Operationssaal, die ich verwende, wenn ich mit den krankenhauseigenen nicht operieren kann. Ich tue das ungern, weil die einheimischen Chirurgen dann immer sagen, dass sie meine heiklen Operationen nicht durchführen könnten, weil sie keine so feinen Instrumente hätten. Das trifft besonders für die Operationen an der männlichen Harnröhre (Hypospadie) zu.

Die Narkosen werden im CHUK von Anästhesieärzten überwacht, aber vom mittleren Personal durchgeführt. In Ruli sind es drei Mitarbeiter des mittleren medizinischen Personals. Sie alle sind sorgfältig und bemüht. Im CHUK dauern die Vorbereitungen zur Operation in der Regel bis zu zwei Stunden, bis ich mit einer Operation beginnen kann. In Ruli geht es schneller. Auch sind die Intervalle zwischen den Operationen im CHUK sehr lang. Letztlich bin ich froh, wenn ich an einem Tag drei Kinder habe operieren können. Ich nutze die langen Pausen zwischen den Operationen zur Sprechstunde.

Die Operationsplanung im CHUK wird oft durch dringliche Operationen an Neugeborenen über den Haufen geworfen. Das CHUK ist ein sehr großes Krankenhaus, in dem ständig Kinder auf die Welt kommen, die operiert werden müssen. Deshalb gebe ich auch nur ungern Operationstermine fürs CHUK. Aber manche Patienten lehnen es ab, nach Ruli zu fahren. Es kommt vor, dass diese Patienten bis zu vier

Wochen im Krankenhaus warten müssen, ohne dass sie operiert werden können, weil immer wieder dringliche Operationen vorgezogen werden müssen.

Ich operiere auch erwachsene Patienten. Das sind solche mit Tumoren, die mir ganz einfach leid tun, weil sie sich oft bis zu mehreren Monaten vergeblich bei meinen Kollegen um eine Operation bemüht haben oder um alte Frauen, die seit vielen Jahren unter einem Kropf leiden und nicht mehr beschwerdefrei schlucken und atmen können.

Insgesamt habe ich im Berichtszeitraum 468 Operationen durchgeführt. Davon waren 28 an Erwachsenen und 440 an Kindern.

Die häufigste Operation war mit 68 die Versorgung von Kindern mit einem Hydrocephalus (Wasserkopf). Leider kommen viele von ihnen sehr spät, so dass sich ein riesenhafter Schädel entwickelt hat und das Kind irreversibel erblindet ist.

An zweiter Stelle steht die Operation eines Kindes mit einer Hypospadie, einer Fehlmündung der männlichen Harnröhre. Es waren 44. Die zwei Urologen im Lande operieren sie nicht, weil sie nicht über geeignete feine Instrumente verfügen. Sie scheinen sich aber auch nicht um solche zu bemühen und sind mit dieser Arbeitsaufteilung zufrieden. Unter diesen Buben sind auch solche, die eine extreme Form dieser Missbildung haben, eine sogenannte perineale Hypospadie, bei der die Harnröhre wenige Zentimeter vom After liegt. Diese Kinder wurden oft von den Eltern als Mädchen fälschlich identifiziert, und sie merken erst bei Eintritt in die Pubertät, dass da etwas nicht stimmt, weil die Kinder dann die sekundären Merkmale des männlichen Geschlechts entwickeln. Die Gespräche mit den Patienten und den Eltern sind zeitaufwändig und müssen mehrmals geführt werden. Auch ist die chirurgische Behandlung herausfordernd. Ich muss Gutachten erstellen, damit der Vorname bei der Meldebehörde geändert wird. Manche wechseln Wohnort und Schule, weil sie dem Kind nicht zumuten wollen, weiterhin in dieselbe Schule zu gehen, wo es bislang als Mädchen bekannt war.

Sehr zeitaufwändig ist die Behandlung von Mädchen, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, bei der es teilweise zu ausgedehnten Verletzungen im Unterleib gekommen ist. Ich bin als Chirurg gefordert, die Verletzungen zu behandeln und nach Möglichkeit den Zustand wiederherzustellen, wie er vorher war. Wir Mediziner nennen das eine restitutio ad integrum. Diese unendlich traurigen Mädchen bedürfen auch der psychologischen Betreuung, die es jedoch nicht gibt.

An dritter Stelle kommen mit 31 Operationen Kinder mit einer angeborenen Rückenmarksspalte, (Spina bifida oder Myelomeningocele). 80 % von diesen Kindern entwickeln einen Hydrocephalus, der dann ebenfalls operiert werden muss. Die meisten sind querschnittsgelähmt, haben Deformierungen der Beine, Füße, Knie – und Hüftgelenke und / oder sind inkontinent für Stuhl und Urin. (In Deutschland kommen diese Kinder gewöhnlich gar nicht erst auf die Welt, weil ihre Missbildungen pränatal im

Ultraschall erkannt werden. Die Schwangerschaft wird dann fast immer beendet.)
Diese Kinder sind eine große Belastung für die meist sehr armen Eltern. Ich operiere sie ungern, weil der Ausfall neurologischer Funktionen durch die Operation unverändert nicht beeinflusst werden kann, aber ich kann nicht anders entscheiden. Sie nicht zu operieren, würde das Elend vergrößern.

Zu diesem Krankheitskomplex gehört die sogenannte Encephalocoele, ein angeborener Vorfall von Hirnteilen durch eine Lücke im Schädeldach. Ich habe 9 Kinder deswegen operiert. Zuweilen imponiert eine solche Missbildung, als hätte das Kind zwei Köpfe. Einmal hat der ruandische Rundfunk darüber berichtet und dabei gleichzeitig erwähnt, dass ein Dr. Jahn das Kind operieren würde.

Ich habe 12 Kinder wegen eines bösartigen Tumors operiert, davon 9 wegen eines Nephroblastoms oder sogenannten Wilms' Tumors, einem embryonalen Tumors der Niere, der heutzutage unter dem Einsatz der Chemotherapie eine sehr gute Prognose hat. Eine solche Therapie wird hier von den Pädiatern durchgeführt. Zwei Kinder hatten einen embryonalen Tumor, der sich histologisch als sogenanntes Rhabdomyosarkom herausstellte und eines hatte einen bösartigen Knochentumor, ein sogenanntes Osteosarkom. Die histologische Diagnose hat in allen Fällen der Direktor des Pathologischen Instituts des Klinikums Landshut, Prof. Dr. W. Permanetter kostenlos erstellt. Es gibt auch eine Pathologie in Butare, von der jedoch gesagt wird, dass es bis zu ½ Jahr dauern kann, bis man ein Ergebnis bekommt, wenn überhaupt eines eintrifft. Deshalb nehme ich diesen Service nur in Anspruch, wenn es auf das Ergebnis nicht ankommt.

Bei 21 Kindern hat Prof. Permanetter eine sogenannte Hirschsprungsche Erkrankung histologisch diagnostiziert. Es handelt sich dabei um Kinder, die seit der Geburt unter chronischer Verstopfung leiden und denen man chirurgisch helfen kann, indem man den Teil des unteren Darmabschnittes entfernt, der nicht funktioniert. Die Länge dieses Abschnitts wird in Deutschland während der Operation mit Schnellschnittdiagnosen festgelegt, was hier nicht möglich ist. Ich muss mich nach klinischen Kriterien richten und mir im Nachhinein von Prof. Permanetter histologisch bestätigen lassen, ob ich richtig, d.h. ausreichend reseziert habe.

28 Kinder, die ohne einen After auf die Welt gekommen waren, wurden von mir operiert. Sie erhalten zunächst einen künstlichen Darmausgang. Später, so etwa im Alter von ½ Jahr wird dann die Missbildung behoben. Es gibt ein ganzes Spektrum von anorectalen Missbildungen. Sie sind bei Buben anders als bei Mädchen, und es gibt solche mit einer Fistelbildung, über die Stuhl in andere Organe, z.B. in den Vorhof der Scheide, in die männliche Harnröhre, in die Blase oder in den Damm entleert wird und solche ohne eine solche Fistel. Bei Mädchen gibt es noch die Kloake, bei der die Blase, die Scheide und der Mastdarm in eine einzige Öffnung münden, (wie es normal bei Vögeln ist). Die Rückverlagerung des künstlichen Ausgangs ist möglich, sobald die

Operation des Afters geheilt ist. Die Anlage eines künstlichen Darmausgangs stellt stets eine schwere pflegerische Belastung dar, weil die Eltern sich Kunstafferbeutel, die es hier durchaus gibt, finanziell nicht leisten können. Sie versuchen, den künstlichen Ausgang irgendwie mit Tüchern abzudichten, was jedoch nie richtig gelingt.

Neugeborene mit korrigierbaren Missbildungen wie z. B. einer Ösophagusatresie (Speiseröhrenverschluss) oder einer großen Omphalocele (Nabelschnurbruch), die nach der Operation über eine längere Zeit beatmet werden müssen, haben keine Überlebenschance, da es kein Beatmungsgerät für Neugeborene gibt. Ich werde sie nicht mehr operieren, solange die apparativen Voraussetzungen und das neonatale know – how nicht gegeben sind.

Im Einzelnen habe ich folgende Operationen durchgeführt:

Hydrocephali (Wasserkopf)	62
Encephalocelen (Hirnvorfall)	9
Myelomeningocelen (Rückenmarksbruch)	31
Struma (Kropf)	21
Fibrom (gutartiger Tumor des Bindegewebes)	3
Dermoidcysten	5
Ranula (Cyste unter der Zunge)	1
Haemangiome (Blutschwämme)	5
Lymphangiome (Lymphschwämme)	8
Lipome (Gutartiger Fettgewebstumor)	3
Ganglion (Gutartiger Tumor eines Lymphknotens)	1
Neurofibrom (gutartiger Tumor des Nerven- u. Bindegewebes)	4
Rhabdomyosarkom (embryonaler bösartiger Tumor)	2
Nephroblastom (bösartiger embryonaler Tumor der Niere)	9
Osteosarkom (bösartiger Knochentumor)	1
Hodenhochstand	20
Hydrocele testis (Wasserbruch des Hodens)	13
Vorhautbeschneidungen	4

Varicocele testis (Krampfadern des Hodens)	1
Hypospadien (Missbildung der männlichen Harnröhre)	44
Harnröhrenverengung	4
Epispadie (Missbildung der männlichen Harnröhre)	3
Blasenexstrophie (komplexe Missbildung der Blase und der Harnröhre)	4
Persistierender Ductus Urachus	1
Doppelte Harnröhre	1
Hermaphroditismus (Zwitter)	2
Sexueller Missbrauch von Mädchen	3
Cystenniere	2
Pylorushypertrophie (Verengung des Magenausgangs)	1
Omphalocele (Nabelschnurbruch)	2
Nabelbruch	20
Leistenbruch	18
Ösophagusatresie (Verschluss der Speiseröhre)	1
Speiseröhrenverengung	4
Persistierender Ductus omphalo-entericus	3
Anorectale Missbildungen	28
Dickdarmperforation beim Neugeborenen	1
Hirschsprungsche Erkrankung	21
Anlage eines Kunstafters	21
Rückverlagerung eines Kunstafters	21
Probeentnahmen aus dem Mastdarm	28
Lippenspalte	8
Gaumenspalte	3

Seitliche Halsfisteln	3
Mittlere Halsfisteln	2
Hexadactylie (Überzählige Finger oder Zehen)	2
Syndactylie (zusammen gewachsene Finger)	11
Fingerkontrakturen	1
Klumpfüße	2
Zusammen:	468

Kigali, den 31. Mai 2009

Dr. med. Alfred Jahn