

Abenteuerliche Auto- und Busreise beim Einsatz im Kongo

13.11. - 28.11.21 von Dr. Emmanouilidis



Der Start im Kongo stand unter keinem guten Stern. Als wir vom Flughafen in Kinshasa abgeholt wurden, hörten wir bereits ein ganz leises undefinierbares Geräusch am vorderen rechten Autoreifen. Am nächsten Tag sollte unsere Weiterfahrt von Kinshasa nach Kikwit um 07:00 Uhr beginnen. Die drei Ärzte sollten mit dem Auto fahren, damit sie am Nachmittag in Kikwit die bereits wartenden Kinder untersuchen könnten. Die drei Krankenschwestern sollten mit dem Bus fahren.

Wir machten den Chauffeur erneut auf das Geräusch aufmerksam. Seine Antwort war wieder, „in Kikwit werde ich das Auto in die Werkstatt bringen“. Wir drei Ärzte sind knapp 120 Km gefahren, da gab ein lauterer Geräusch, und wir konnten nicht mehr weiter fahren. Wir befanden uns dort in der „Pampa“. Der Fahrer stellte jetzt fest, dass rechts vorne das Kugellager kaputt gegangen sei. Man konnte auf der Strasse die kleinen glitzernden Metallspäne sehen. Der Fahrer baute schnell das Kugellager aus, notierte die Nummer und rief unseren Projektleiter in Kikwit an. Dr Tollo zögerte nicht und rief einen Bekannten in Kinshasa an, er solle das Kugellager besorgen und zum kaputtem Auto bringen. Was tun wir Ärzte jetzt? Die Idee war, wir fahren mit dem Bus weiter und die 3 Schwestern steigen aus, weil im Bus keine weiteren Plätze mehr frei waren. Der Bus war noch hinter uns. Der Projektleiter Herr Dr Tollo rief den Busfahrer an und bat ihn, sobald er uns am Strassenrand sähe, anzuhalten. So geschah es auch. Wir fahren also mit dem Bus weiter. Nach ca. 150 Km musste einer von uns dringend eine „Pinkelpause“ machen. Da er sich adhoc nicht erleichtern konnte, entschied er sich, nicht weiter mitzufahren und allein mit seinem Rucksack in der Pampa zu bleiben und auf unser repariertes Auto zu warten und dann weiter mit zu fahren.

Zwei von uns kamen auch mit dem Bus um 18:00 Uhr in Kikwit an. Mehr als 100 Kinder hatten den ganzen Tag auf uns gewartet. Sofort haben wir mit der Untersuchung der Kinder begonnen. Um 21:15 haben wir aufgehört und die noch nicht untersuchten Kinder nachhause geschickt. Sie sollten am nächsten Tag wieder kommen. In der Zwischenzeit erwies sich die Situation mit dem Auto erneut als prekär: Das inzwischen gebrachte Kugellager war zwar schon älter, dennoch hat der Fahrer es eingebaut. Nach knapp 50 Km Weiterfahrt brach auch dieses. Jetzt musste wieder ein anderes Kugellager besorgt werden. Das geschah. Dr. Tollo organisierte ein anderes Auto, das die drei Schwestern abholen sollte. Das gleiche Auto sammelte unterwegs auch den dritten Mann auf. Endlich kamen sie um Mitternacht 01:00 Uhr in Kikwit an. Am Tag darauf sollte jetzt ein neues Kugellager zum havarierten Fahrzeug

gebracht werden. Das Kugellager erreichte Spätnachmittag dieses Auto. Am dritten Tag baute der Fahrer das neue Kugellager ein und fuhr schließlich nach Kikwit.

Unsere Rückfahrt am 27.11. 21 von Kikwit nach Kinshasa sollte wie auch sonst mit dem Bus sein. Nach knapp 200 Km platzte einer der hinteren linken Reifen. Anhalten, Reifen wechseln in 43 Minuten und weiter fahren. Nach gut 11 Stunden für ca. 550 Km kamen wir endlich im Flughafen in Kinshasa an. Diese Odyssee war natürlich nicht geplant. Trotz dieser Pannen hat es deshalb gut geklappt, weil die digitale Technik gut funktionierte und Dr. Tollo hervorragend organisierte.



1. Flugstrecke



2 Stehen in der Pampa



3. Erster Tag Gedränge vor der Ambulanz.



4. am nächsten Tag



5. Ein typisches Dorf

Die Situation des Universität-Hospitals

Obwohl ich wiederholt über die Situation des Hospitals berichtet habe, möchte auch die jetzige katastrophale Situation des Hospitals beschreiben. Der Streik des Personal ist dort zur Routine geworden. Das Hospital ist fast leer, nicht der Personalstreik ist das Problem, sondern das chronische Desinteresse, Demotivation, Gleichgültigkeit und sogar Apathie des gesamten Personals. Die niedrigen Gehälter werden sporadisch oder sogar gar nicht bezahlt, die Inflation nimmt vom Jahr zu Jahr zu. Vor 4 Jahren bekam man für 1\$ ca. 880 FC, heute ist ein USD 2000FC wert. Deshalb kommt das Personal nicht zur Arbeit und versucht in Privatpraxen oder Privatkliniken, etwas Geld zu verdienen. Stationen, Institute und sogar der Operationstrakt werden weder richtig geputzt, gereinigt noch wird dort seit Jahrzehnten ein Cent investiert.

Im Universität-Hospital sind 135 Ärzte angestellt. Die Zahl des gesamten Personals ist über 500, und im Hospital liegen im Durchschnitt nur 45 Patienten. So ein Hospital kann natürlich niemals existieren. Der Staat will das so, weil der Staat selbst korrupt ist.

Die Gehälter des gesamten Personals sollen von Kinshasa aus nach allen Regionen des Landes gesendet werden, aber das Geld kommt nicht ans Ziel. Irgendwo bleibt das Geld hängen, und niemand will wissen, wo es geblieben ist. So werden die Politiker reicher und der Rest noch ärmer. Die Armut ist überall zu spüren. Auch ein Grund, weshalb die Menschen sich nicht behandeln lassen können.

Renovierung und Ausstattung des Operationstraktes.

Damit wir bei unseren Einsätzen weiter operieren können, haben wir 2019 beschlossen, mit Hilfe von ADH (Action Deutschland Hilft) den Op-Trakt zu renovieren. Wegen Corona konnten unsere Techniker 2020 nicht hin, um mit der Renovierung zu beginnen. Wir sendeten einen 40 Fuss Container mit dem notwendigen Material (Narkosegeräte, Monitore, Operationslampen, Mobiliar usw. sowie Photovoltaikanlage, einen Generator und diverses Material) hin. Im Oktober 2021 reisten 6 Techniker nach Kikwit und installierten die Photovoltaikanlage, erneuerten die Stromleitungen, Wasserleitungen, hängten die Op-Lampen an und machten vieles mehr fertig. Es wurde auch ein grosses Fass zum Sammeln von Regenwasser installiert. So wurde der Op-Trakt absolut autonom, und wir konnten jetzt in zwei Op-Sälen parallel operieren.



6. Neue modernes Narkosegerät und Monitor



7-9. Photovoltaik und grosses Fass. Neuer Generator. Zentrale Steuerung

Klinische Fälle



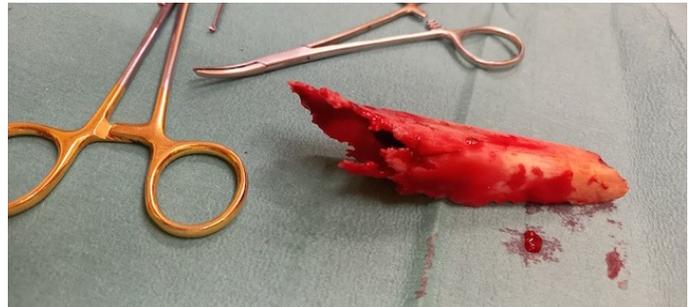
10.

Dieser 12-jährige Junge bekam vor einem Jahr hohes Fieber. Danach unklare Schmerzen am Unterschenkel. Nach einigen Wochen entstand eine Wunde vorne am Schienbein, aus der Eiter floss. Er wurde von einem Medizinmann (Buschmann) behandelt. Jetzt kam er zu uns. Ein Teil des Schienbeinknochens ist abgestorben, es bildete sich ein sog. Sequester, gelber Pfeil. Neben dem Knochen lief weiter Eiter aus. Wir haben den abgestorbenen Knochen entfernt,

den Defekt gereinigt und eine Antibiotika-Kugel in den Knochendefekt gelegt.



11. Abgestorbener Teil vom Schienbeinknochen



12. Sequester

13.



9 Jahre altes Kind brach sich den Unterarm komplett. Die Behandlung

übernahm der Mediziner. Er versuchte mit zwei kleinen Holzstäbchen, ca. 12 cm lang, den Bruch zu schienen. Das gelang ihm nicht, weil der Bruch oberhalb der Stäbchen war und die Stäbchen zu kurz sind. Also mit einer sog. Pseudoschiene ging es nicht. Für seine Behandlung kassierte er 20.000FC=10€, viel Geld für kongolesische Verhältnisse. Nach Wochen kam der Junge nun zu uns. Wir legten den ganzen Arm ruhig mit einer Gipsschiene und stabilisierten den Bruch für noch einigen Wochen.

Ein weiterer Fall hat uns sehr beschäftigt: ein 12-jähriger Junge klagte seit über einem Monat über Bauchschmerzen und war die ganze Zeit zuhause. Er war abgemagert, lag fast apathisch, als er ins Hospital gebracht wurde, hatte hohes Fieber. Wir wurden gleich gerufen. Sein Bauch war hart, tympanisch und druckempfindlich. Er hatte seit über einer Woche nicht abgeführt. Durch die angelegte Magensonde entleerte sich stark grüne Flüssigkeit. Wir haben den Jungen laparotomiert. Im Bauch waren fast 2 Liter Flüssigkeit, gelblich, stark riechend und sehr ausgedehnte Verwachsungen. Direkt oberhalb der Iliozäcalklappe war ein Loch von gut 1 cm Durchmesser. Es handelte sich um eine Typhusperforation. Bereits am 2. Tag konnte der Junge trinken, und am dritten Tag hatte er abgeführt.



14.



15.

Dreijähriger Junge hatte seit 2-3 Monaten Schmerzen beim Wasser lassen. Ausserdem war der Urin seit ca. 10 Tage blutig. Wir führten eine Ultraschalluntersuchung durch. In der Blase befand sich ein grosser Stein. Gelber Pfeil auf dem weissen Punkt zeigt den Stein. Stein mit einem Durchmesser von 3cm. Diesen konnten wir operativ entfernen.

Diesmal kamen 19 registrierte Kinder mit ziemlich grosser Splenomegalie (Milzvergrösserung) bei nachgewiesener Sichelzellanämie zur Untersuchung. Bei 11 davon konnte ich die Milz entfernen. Die anderen 8 Kinder habe ich für den nächsten Einsatz bestellt. Erst jetzt erfuhr ich, dass es in Kikwit für die ganze Region Bandundu ein Labor- und Behandlungszentrum für diese Kinder gibt.

Der Leiter dieses Zentrums kam zu uns mit der Bitte an das Hammer Forum, dass es auch dem Zentrum helfen möge. Er sagte uns, dass im Zentrum 1.032 Patienten, aber vor allem Kinder mit Sichelzellanämie, registriert sind. Ich war von der hohen Zahl sehr überrascht und fragte wiederholt, ob er sich evtl. mit der Zahl vertan hat. Nein, war seine Antwort und er lud uns ein, nächstes Mal das Zentrum zu besuchen.



16. Operieren mit richtiger Op-Lampe

Das Waisenhaus Simpa Mosala

Am Sonntag, unserem einzigen freien Tag, fuhren wir zum Waisenhaus Mosala, ca. 10 Km entfernt von Kikwit. Über das Waisenhaus haben wir einige Male berichtet. Monatlich bekommen die Kinder für 500\$ Lebensmittel. Inzwischen sind dort 135 Kinder untergebracht. Es soll jetzt eine Schule gebaut werden. Die jetzige Schule befindet sich 4-5 Km entfernt. Täglich müssen die Kinder dahin laufen.



17.



18.

Gleich kamen Kinder, um untersucht zu werden. Mehrere habe ich untersucht, 3 davon habe ich registriert. Diese werden wir nächstes Mal operieren.

Zusammenfassung

In ca. 10 Tagen haben wir - Dr. Moussa MGK-Chirurg und ich - zusammen 408 Kinder untersucht (336 Dr Emmanouilidis und 72 Dr Moussa und 160 operiert (102 Dr Emmanouilidis und 58 Dr Moussa). Das gesamte Team und die einheimischen Kollegen, die mit uns zusammen gearbeitet haben, sind der Meinung, dass der Einsatz sehr erfolgreich war. Dieser Erfolg kam zustande, weil wir alle die ganze Zeit aktiv gearbeitet haben.

Die anfänglichen Schwierigkeit mit dem Auto und die Strapazen haben uns nicht gehindert, unsere Ziele zu erreichen.

Dem Projektleiter Herrn Dr. Tollo möchte ich für die Organisation und für die Aufnahme in seinem Haus herzlichen Dank sagen, wir haben uns wie immer wohl gefühlt. Wir waren auch diesmal Selbstversorger. Einige von uns konnten ihre Kochkünste demonstrieren und unter Beweis stellen, das Essen hat immer sehr gut geschmeckt.

Danke auch an das Team für die geleistete Arbeit. An dieser Stelle möchte ich auch einen Dank an das Techniker-Team aus Meinigen aussprechen. Sie haben hervorragende Arbeit geleistet, wir hatten immer Strom im Op-Trakt, in der Ambulanz und auch im Haus von Dr. Tollo.



19.

Das Team von rechts: Dr Tollo, (Projektleiter), Dr Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Heike, Dr Bodrowski (Anästhesist), Schwester Kerstin, (Anästhesie), Dr Moussa (MGK-Chirurg), Schwester Doris.