

Einsatz in der DR Kongo vom 10.11. bis 25.11.18



Von Dr. Emmanouilidis

Mit einem Tag Verspätung kamen wir -Dr. Moussa (MGK-Chirurg), Herr Jürgen Strauss (Medizin-Techniker), Schwester Anna Fisahn, Frau Alena Gebel (Angestellte des Hammer Forum) und ich- von Hannover via Brüssel in Kinshasa an. Die beiden anderen des Teams, Anästhesist Dr. Georg Braun und Schwester Friederike Dosoudil sind mit dem Auto von Düsseldorf aus nach Brüssel zum Flughafen gefahren.

Wir waren von Hannover gegen 10:00 Uhr, statt wie vorgesehen 06:50 Uhr, mit einem kleinen Flugzeug nach Brüssel geflogen. Als wir ins Flugzeug stiegen, waren wir überrascht: mit uns saßen im Flugzeug nur noch drei weitere Passagiere. Mit fast leerem Flugzeug landeten wir schließlich in Brüssel.



Die beiden anderen Teammitglieder aus Düsseldorf hatten planmäßig in den Kongo fliegen können. Dass aber deren Koffer nicht angekommen sind, erfuhren wir am Abend in Brüssel. Wir konnten erst am nächsten Tag in den Kongo fliegen.

Wir mussten in Kinshasa übernachten, und 4 von uns fuhren dann mit dem Auto nach Kikwit, die übrigen Drei nahmen den Bus.

Am Dienstagmorgen gingen wir ins Hospital. Dort warteten über 100 Kinder auf uns. Wir begannen mit den Untersuchungen der Kinder. Gegen Mittag konnte Dr. Moussa bereits zwei Kinder operieren.

Insgesamt habe ich in 10 Tage 339 Kinder untersucht und 80 von ihnen operiert.

Herr Dr. Moussa untersuchte in 5 Tagen 60 Kinder und operierte 26.

Das zweitgrößte Land Afrikas (6,5 Mal größer als Deutschland) mit etwa 82 Millionen Einwohnern ist reich an Boden- und Naturschätzen, rangiert 2017 aber laut HDI (Human Development Index) auf 176. Stelle bei 188 angemeldeten Staaten. Die seit Jahrzehnten bürgerkriegsähnlichen Verhältnisse, nicht nur in einigen Regionen im Nordosten sondern auch in anderen Regionen im Südosten des Landes, zwingen die Bevölkerung, ihre Dörfer und Städte zu verlassen. Hinzu kommen die stetig zunehmende Armut, Inflation und Korruption. Nach Kikwit kommen viele Flüchtlinge, vor allem Kinder, häufig ohne ihre Eltern. Das HFO unterstützt einen Pfarrer, der diese Kinder sammelt, mit Nahrungsmitteln und dem Bau eines Unterkunft-Gebäudes. Die Kinder schlafen nebeneinander auf dem Boden ohne Matratzen. Trotzdem sind sie froh, ein Dach über dem Kopf zu haben. Leider gibt es in der Gegend keinen Strom und kein fließendes Wasser.



Klinische Fälle

Das 7-jährige Kind hatte über 2 Wochen stationär wegen Darmdurchbruch nach Typhus gelegen. Nach der Operation war ein Platzbauch entstanden. Das Kind hatte seither immer Fieberschübe. Im Bauch befand sich Eiter. Den Bauch musste ich mit 2 Liter Flüssigkeit spülen und drei Drainagen legen. Ein direkter Verschluss war nicht möglich, denn die Dehiscens (auseinander klaffende Bauchdeckenwunde) war zu groß. Deshalb benutzte ich ein resorbierbares Kunststoffnetz. Damit konnte ich den Bauch schließen. Die Haut habe ich an einigen Stellen adaptiert, sie wird sekundär zuheilen.



4-jähriger Junge mit Blasenstein. Seit übereinem Jahr hat das Kind Bauchschmerzen und Probleme beim Wasserlassen. Der relativ große Stein in der Harnblase (gelber Pfeil) konnte entfernt werden.



Kleinhühnerei groß

Das kleine Mädchen ist 5 Jahre alt und leidet seit über 1 ½ Jahren an einer chronisch fistelnden Osteomyelitis. Der gelbe Pfeil zeigt den Sequester (abgestorbenen Knochen im Knochenmarkt) des Schienbeinknochens. Wir konnten operativ den Sequester entfernen und mit Refobacinknochenkugeln auffüllen.



Im Mai 2018 entfernte ich einen großen Sequester bei einem 14-jährigen Flüchtlingsjungen mit chronisch fistelnder Osteomyelitis und pathologischer Fraktur und legte Refobacinzementkugeln ins Knochenmark. Die Fraktur heilte ab. Jetzt musste noch eine Korrektur-Osteotomie durchgeführt werden. Das rechte Bild zeigt eine Woche später das korrigierte Bein im Gips.



2 ½ -jähriges Mädchen mit einem Pleuraerguss links. In Narkose legten wir eine Drainage. Es entleerten sich sofort über 300ml Eiter in die von uns zweckentfremdete Wasserflasche.



Dr. Moussa untersucht ein kleines Mädchen.



Dieses Kind operierte Herr Dr. Moussa

Oft werden wir gebeten, auch auf anderen Stationen mit den Kollegen Visiten zu machen. Hier bei der Besprechung eines Röntgenbildes eines 8-jährigen Mädchens mit Oberschenkelknochenbruch.



Zusammenfassung

Die negative Entwicklung macht auch beim Hospital nicht Halt. Es gibt weiterhin weder fließendes Wasser noch Strom und auch kein medizinisches Material. Einige Operationen mussten wir deshalb mit der Stirnlampe durchführen.



Das Hospital ist wie auch in den letzten Jahren fast leer. Dies wirkt eher lähmend, die meisten Kollegen kommen nicht, sie versuchen, in Privatpraxen und Privatkliniken ein wenig Geld zu verdienen, um ihre Familien zu ernähren.

Der Andrang der Kinder, die zu uns kommen, ist weiterhin sehr groß. Oft schafften wir es nicht, alle Kinder zu untersuchen und mussten dann die Eltern bitten, am nächsten Tag wieder zu kommen.



Zusammen konnten wir 399 Kinder untersuchen und 106 von ihnen operieren. An dieser Stelle möchte ich dem ganzen Team einen Dank aussprechen für seine Kochkünste, für das angenehme Teamklima, den Zusammenhalt, und unserer Projektleiterin vor Ort danken für ihre aktive Unterstützung. Sie hat uns in ihr Haus aufgenommen, wir haben uns dort wohlfühlt.

Auf dem Rückweg Kikwit-Kinshasa 550Km hatten wir eine Reifenpanne. Unser Fahrer Herr Luis, versiert in solchen Situationen, wechselte den Reifen in wenigen Minuten. Rechtzeitig kamen wir im Flughafen in Kinshasa an.





Das Team: unten von rechts Schwester Barbara (Projektleiterin), Herr Strauss (Medizintechniker), Praktikantin Schwester Anna, hinten von rechts Dr. Moussa, Frau Gebel (zuständig für Öffentlichkeit und Fundraising), Dr Emmanouilidis, Dr. Braun und Schwester Friederike (Anästhesie).