MISSION ERITREA

Kinder-Herzchirurgie im IOCCA – Tätigkeitsbericht einmal anders

TEIL I

Brauchen wir ein so großes Team? – Versuch einer Erläuterung:

Teamarbeit

Teamarbeit ist notwendig, um Erfolg zu haben, auch in weniger kritischen Bereichen als denen der Kinder-Herzchirurgie, z. B. in der Formel 1. 18 hochqualifizierte Mitarbeiter erbringen allerbeste Leistung unter hohem Zeit- und Gelingensdruck. Der kleine Unterschied zu unserem Herz-Team „Mission Eritrea“ besteht vielleicht darin, daß die rotbehelmten Männer des „Cavallino rampante“ für ihre Präzisionsarbeit materiell großzügig entlohnt werden. Unsere 18 Mitarbeiter ernten „nur“ einen ideellen Lohn, die Befriedigung, Kinderleben gerettet zu haben. Dieser ideelle Lohn wird an unsere Spender transferiert, die es mit ihren Zuwendungen möglich machen, Kindern ein neues Leben zu schenken.

1. Anzahl der Schwestern und Ärzte auf der Intensivstation…

In der Gesundheitspolitik besteht Konsens in der Frage, wie groß der Bedarf an ausgebildeten Intensiv-Schwestern auf einer kinder-herzchirurgischen oder pädiatrisch-interdisziplinären Intensivstation (PICU) sei: Eine Schwester sollte nicht mehr als zwei Beatmungsplätze versorgen müssen. In den USA wird vielerorts pro beatmeten Patient eine PICU-Schwester vorgehalten. Bei Kindern unmittelbar nach Herzoperationen gilt der Beatmungspatient als Maßstab des Pflegeaufwandes.

Im IOCCA haben wir während eines herzchirurgisch-humanitären Einsatzes 4 Beatmungsplätze und 6 Intermediär-Betten zu versorgen. Unter Anwendung des Konsensmaßstabes erforderte dies mindestens drei PICU-Schwestern pro Schicht. Nach diesem Schlüssel errechnen sich nur für die Intensivstation des IOCCA 3 Schwestern x 3 (acht Stunden) Schichten = 9 PICU-Schwestern pro Tag und je Einsatzwoche. Wir schaffen die Arbeit mit 6, unter schwierigeren Bedingungen. Die vorhandene Unterstützung durch eritreische Schwestern wird kompensiert durch den Aufwand an Unterricht und Auditing. Die kranken Kinder auf der 6 Betten-Intermediär-Station werden zusätzlich mitversorgt.

Pflege auf der Intensivstation

Eine Intensivstation bedarf der permanenten Anwesenheit eines Arztes - auch nachts. In Eritrea haben wir das Minimum, nämlich je 1 PICU-Arzt pro Schicht, also 3 pro Tag und Einsatzwoche, vorgesehen.

Die organisatorische Arbeit einer Intensivstation übernehmen in den Krankenhäusern in den „entwickelten“ Ländern - mindestens - eine Stationssekretärin zusammen mit einem weiteren Arzt. Auch im IOCCA muß organisiert, koordiniert und „beaufsichtigt“ werden, mit schwieriger zu bewältigenden Infrastrukturproblemen (Röntgen, Labor, Hygiene usw.). Für diese Aufgabe haben wir einen Arzt vorgesehen.

Dr. Tsegereda beim Ultraschall

2. Kinderkardiologe für die Diagnose der Herzfehler…

Zum Erarbeiten der voroperativen Diagnose der herzkranken Kinder begleitet uns der Kinderkardiologe. Er ist zusätzlich mit der Aufgabe der Triage befaßt, des Aussuchens der für eine Herzoperation geeigneten kleinen Patienten. Der Arzt untersucht während einer Missionswoche über 120 Kinder inklusive einer besonders sorgfältigen Ultraschalldarstellung aller Strukturen des Herzens. Der Ultraschall ist in Eritrea das einzige bildgebende Verfahren zur Diagnose auch komplexer Herzfehler. Fehldiagnosen sind im schlimmsten Fall tödlich. 8 bis 10 Arbeitsstunden sind sein Tagespensum, Unterricht am Patienten eingeschlossen.

3. Anästhesiologe und Anästhesieschwester für die Narkosen…

Ohne Narkosearzt keine Chirurgie! Die Tätigkeit des Narkosearztes beginnt mit der Untersuchung der zur Operation vorgesehenen Kinder auf ihre Narkosefähigkeit. In der Folge besorgt er die Narkoseeinleitung, das Legen der Zuleitungen und Kabel für Medikamentengabe und Monitoring. Er ist dann zuständig und verantwortlich für die angemessene Betäubung und künstliche Beatmung des Patienten, sowie die Überwachung der vitalen Parameter vor, während und unmittelbar nach dem Eingriff.

Als seine rechte Hand steht die Narkoseschwester dem Anästhesist zur Seite. Sie hat die Aufgabe Medikamente vor und während der Operation bereitzustellen, Infusionen zuzubereiten, sowie bei allen anästhesiologischen Handlungen Hilfe zu leisten. Sie sorgt dafür, daß jederzeit alle nötigen Medikamente für Op. und die PICU in ausreichender Menge auf Lager sind. Die Arbeit ist hart, in der Regel 10 bis 11 Stunden Schicht pro Tag, sieben mal die Woche, bei jeweils zwei Herzoperationen.

Narkoseeinleitung mit Maske

4. Kardiotechniker – Perfusionist…

Ohne die Herz-Lungen Maschine keine Eingriffe am offenen Herzen! Ohne Kardiotechniker läuft keine Herz-Lungen Maschine. Er ist verantwortlich für Zusammenbau, Wartung und den Betrieb der Maschine vor und insbesondere während einer Operation im Herzen.

Er überwacht in enger Abstimmung mit dem Narkosearzt und dem Operateur den Stoffwechsel des Kindes, er besorgt die dazu nötigen Blutgasanalysen und justiert mit seiner Maschine die Perfusion des Patienten entsprechend den Erfordernissen.

Herz-Lungen-Maschine

In entwickelten Ländern sind zwei Kardiotechniker während einer Operation vorzuhalten. Wir schaffen das mit einem Perfusionisten für zwei Herz-Op's pro Tag und das sieben mal je Einsatzwoche.

5. Operationsschwestern…

Op-Schwestern erledigen im IOCCA weit mehr als nur das Instrumentieren und Zureichen während der Operation. Ihnen untersteht die gesamte Op-Logistik. Die Op-Schwestern sind dafür verantwortlich, daß jeder Faden, Draht, Patch, jede Prothese, Herzklappe, Drainage, jedes Instrument, jeder

benötigte Einmalartikel vom Abdecktuch bis zu den Op-Handschuhen der jeweils richtigen Größe vorhanden sind.

Eine durchdachte Logistik rettet Leben, eine unzureichende kann Eingriffe unmöglich machen. Unsere Op-Schwestern sind ferner verantwortlich für die Sterilität im Op. und in dem gesamten Op-Bereich einschließlich der Instrumentenaufbereitung und Sterilisation. Nicht zuletzt obliegt ihnen die Ausbildung, Anleitung und Kontrolle der Arbeitsqualität der einheimischen Schwestern.

Schwestern im Operationsbereich

6. Kinder-Herzchirurgen…

Die Herzchirurgen arbeiten immer zu zweit, zeitweise zu dritt während eines Herzeingriffs. Die Operation beginnt allerdings bereits am Vortag anläßlich der Besprechung der Befunde der Patienten mit dem Kardiologen. Nach dem Eingriff, der immer mehrere Stunden dauert und hohe Konzentration und Kondition erfordert, müssen Op-Berichte geschrieben, Protokolle durchgesehen und die nächsten Eingriffe besprochen werden.

Wie bei allen innerhalb des Teams vertretenen Fachrichtungen spielt die Schulung der einheimischen Ärzte eine wichtige Rolle. Sie ist zugleich Freude und Belastung.

Am Chirurgen als natürlichem Leiter des Teams hängt die Organisation des Ablaufes eines Einsatzes. Er trägt die Gesamt-Verantwortung für das Wohlergehen der Teammitglieder und der indigenen Mitarbeiter im IOCCA. Er ist verantwortlich für das medizinische Gelingen und - nicht zuletzt - für das Überleben, sowie die spätere Lebensqualität der zu operierenden Kinder.

Szene während einer Herz-Operation

7. Mannschaft…

In der Summe setzt sich das Team einer Einsatzwoche demnach aus 6 PICU-Schwestern, 3 PICU-Ärzten, 1 Kinderkardiologen, 1 ärztlichen Organisator für den Op-Betrieb und die Nachsorge, 1 Anästhesisten, 1 Anästhesie-Schwester, 1 Kardiotechniker, 2 Op-Schwestern und 2 Herzchirurgen zusammen. Alle 18 Mitarbeiter sind besonders motiviert. Alle arbeiten sie uneigennützig und opfern ihre Freizeit der Behandlung von herzkranken Kindern in Eritrea!

Weil die meisten Teammitglieder in ihrer Heimatstadt ihrem Beruf (in einem Krankenhaus) nachgehen, sowie der Mission Eritrea ihre Arbeitskraft in ihren Ferien zur Verfügung stellen, sind sie in aller Regel gezwungen, bereits nach einer Woche an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Für die zweite Woche der Mission muß demnach ein zweites Team eingeflogen werden.

Insgesamt addiert sich die Anzahl der handelnden Personen während einer 14- bis 21-tägigen kinder-herzchirurgischen Mission im IOCCA auf 30-32 Mitarbeiter.

Team „Mission Eritrea“

8. Kinder-Herzchirurgie ist Teamwork

Kinder-Herzchirurgie ist definiert als Chirurgie der Maximalversorgung. Eritrea ist eines der ärmsten Länder der Welt. Der herrschende Mangel an humanen und wirtschaftlichen Ressourcen öffnet eine Schere zwischen Bedarf und Möglichkeiten. Medizinisches Fachpersonal in Eritrea existiert praktisch nicht.

Um unserer Aufgabe „Kinder-Herzchirurgie in Eritrea“ und unserem daraus resultierenden Qualitätsanspruch gerecht zu werden, brauchen wir ein großes Team: Wir betreiben keine „Safari-Medizin“ Wir alle setzen dort vielmehr unser ganzes Können ein, um eigentlich chancenlosen herzkranken Kindern in einem der ärmsten Entwicklungsländer durch unsere Arbeit ein neues Leben mit normaler Qualität zu ermöglichen. Das Team hat sich dazu ein Motto gegeben:

We transport hope…

TEIL II

Eritrea im Frühjahr 2013

Rückblick:

In 2012 hatte „Mission Eritrea“ zwei Einsätze trotz gelegentlich widriger Umstände erfolgreich abgeschlossen. Alle Geräte, Maschinen und Apparate wurden inventarisiert, alle Medikamente und Einmalartikel erfaßt, auf Verwendbarkeit geprüft und wenn verfallen, entsorgt. Unbrauchbare Altgeräte hatten wir aussortiert und das IOCCA in „Ordnung“ gebracht.

Während der beiden Einsätze im Frühjahr und Herbst 2012 wurden insgesamt 50 Kinder am Herzen operiert, davon 37 unter Einsatz der Herz-Lungen Maschine. Alle Kinder überlebten ihre Operation und wurden nach Hause entlassen. Der Kosten-Aufwand pro Kind und seine lebensrettende Herz-Op. im IOCCA lag dabei im statistischen Mittel bei weniger als 3.000 €.

Anreise:

Für das Frühjahr 2013 hatten wir die Mission des Kernteams geplant vom Freitag, den 08. bis zum Freitag, den 22. März. Die An- und Rückreisen erfolgten mit Lufthansa; ärgerlich die weitere Erhöhung der Flugticketkosten!

Die Reisen selbst verliefen ohne Besonderheiten. Allerdings hatten zwei der Missionsteilnehmer ihre Flüge verpaßt: einmal betraf dies den „Zubringer“, was kompensiert werden konnte; einmal den Flug von Frankfurt nach Asmara, weil die Lufthansa nicht auf die LH-Maschine aus Berlin wartete, die wegen der winterlichen Witterungsbedingungen verspätet in Frankfurt landete. Unsere Kardiotechnikerin mußte zurück nach Berlin und traf zwei Tage später als vorgesehen in Eritrea ein. Wir hatten überlappend geplant, zum Glück!

Zwei unserer Berliner Mitarbeiter im Team der zweiten Woche übernahmen in Frankfurt von seiner Pflegemutter Sham, einen 3 Jahre alten eritreischen Jungen. Sham war im Dezember 2012 in Linz an einer Blasenektopie operiert worden. Er hatte 3 Monate bei seiner Gastfamilie verbracht und sollte nun wieder zurück nach Eritrea, zu seinen Eltern. Alles war vorher perfekt verabredet und ging trotzdem schief: die Eltern von Sham erschienen nicht am Flugplatz in Asmara!

Der Junge war einige Tage das Pflegekind des Teams; Dr. Stefan Dirks und Sandra Schöb waren seine Ersatzeltern, bis es Amaresh, der leitenden Schwester der Intensivstation im IOCCA, gelang, die leiblichen Eltern des Jungen ausfindig zu machen. Sham wurde schließlich, mit gemischten Gefühlen auf allen Seiten, in ihre Obhut zurückgegeben.

Sham

Gesellschaftliche Ereignisse während unserer Mission:

Freitag, den 08. März nachts:

Dr. Peter Schwidtal kommt mit Senta Berger, der „Botschafterin“ von ARCHEMED, in Asmara an, begleitet von zwei Presseleuten der Bild-Zeitung, einem Fernsehmann vom WDR sowie zwei Bundestagsabgeordneten. Senta Berger besichtigt am Samstag das IOCCA und die NEO (Neugeborenen-Intensivstation). Am Sonntag wohnt sie einer Op. am offenen Herzen bei und fällt nicht in Ohnmacht. Chapeau!

Montag, den 11. März:

Victor Richter, der deutsche Botschafter in Eritrea, gibt einen Empfang, wegen Stromausfall im Kerzenlicht, zu Ehren von Senta Berger, ARCHEMED, den Herren MdB Fritz und Riegert sowie allen Einsatzteilnehmern. Noch am gleichen Abend reist die Prominenz ab.

Donnerstag, den 14. März:

Anne Rieden, Hans-Joachim Glahn, Peter Schwidtal und Andreas Urban folgen einer Einladung des Parteichefs Yemane G. zum Abendessen. Die Atmosphäre ist entspannt, man kann offen miteinander reden, alle Probleme (Keren, IOCCA, Personal usw.) werden angesprochen.

Der Termin mit der Gesundheitsministerin am gleichen Tag fällt ins Wasser, Amina N. hat keine Zeit für uns. Auch in der nächsten Woche nicht! Sie ist beleidigt, weil Peter und ich ihr im Herbst 2012 einmal die (unangenehme) Wahrheit gesagt haben. Sie geht einem Zusammentreffen aus dem Weg!

Donnerstag, den 21. März:

Besuch der Textilfabrik „Dolce Vita“. Es ist dies eine Hemden- und Stoff-Fabrik, seit 1994 in italienischem Privatbesitz (Zambaiti Group), auf dem Gelände des „Enda Barattolo“, einer ehemaligen Baumwollspinnerei (Cotonificio Barrattolo). Der „General Manager“, von ZA.ER, Stefano Bonnazi, empfängt uns persönlich und läßt uns die Räume der Fabrik zeigen. Beeindruckend und deshalb hier erwähnenswert sind zwei Tatsachen: 1. Das Unternehmen ist zu 100% in italienischem Privatbesitz, beschäftigt inzwischen über 800 Mitarbeiter und hat mit dem Staat klare Arbeitsbedingungen verhandelt. Beispiel: Die Fabrik bekommt jeden Tag 8 Stunden Strom!

Textilfabrik ZA.ER in Asmara

Beeindruckend ist 2. die soziale Kompetenz der Firma: Alle Angestellten hier in Asmara bekommen freie ärztliche Behandlung, ein im lokalen Vergleich gutes Gehalt, sowie Obst und Getränke während ihrer Arbeit kostenlos. Die Fabrik hat einen großen Tages-Kindergarten für Kinder vom Säuglings- bis zum Vorschulalter mit freiem Essen und freier ärztlicher Versorgung für alle Kleinkinder der Mitarbeiter. Den älteren Kindern wird voller Schulbesuch bis zum Abitur finanziert! Keines dieser Kinder muß arbeiten, um zu helfen, die Familie zu ernähren.

Kinderbetreuung im ZA.ER

Am Abend sind wir, Prof. Schmidt und ich, zu Gast beim französischen Botschafter Stéphane Gruenberg. Zu Gast sind ferner das Ehepaar Elsholz, Dr. Marc De Bruycker, Chirurg und ärztlicher Leiter der Delegation der Europäischen Union in Eritrea, sowie der französische Vizebotschafter Xavier Verjus-Renard. Interessant für beide Seiten ist, daß man sich nicht kennt und von den Leistungen und Aufgaben des anderen nichts weiß. Die Franzosen sind außerordentlich angetan von der von uns realisierten Idee des IOCCA, eines internationalen Operationszentrums für Kinder, Dr. De Bruycker glaubt, etwas wie das IOCCA sei nicht durchführbar und verspricht am nächsten Tag vorbei zu schauen. Er hält seine Zusage ein und ist hochgradig beeindruckt!

Politische Situation, wirtschaftliche Verschlechterung:

Nach dem kurzen Militärputsch vom Januar 2013 ist das politische Leben in unserer eritreischen Umgebung nahezu erstorben. Es herrscht Mißtrauen. Niemand übt Kritik. Niemand spricht über die offensichtlichen Mängel. Man fühlt die Angst des Einzelnen vor der Unberechenbarkeit der politischen Autorität.

In 2012 begann Präsident Afewerki, die einzelnen Haushalte zu bewaffnen: die Männer müssen jeden Morgen, vor der Arbeit, zu täglichen Schieß- und Waffenübungen einrücken. Der Grenzstreit mit dem Nachbarn ist weiter ungelöst. Trotz gegenteiligem Beschluß des internationalen Gerichtshofes wird das Städtchen Badme von äthiopischen Truppen besetzt gehalten; keine Reaktion der Garantiemächte zu Gunsten Eritreas! Viele Eritreer, auch die jungen Ärzte, verlassen das Land; illegal versteht sich, denn die Grenzen für Eritreer sind geschlossen. Positiv wird vermerkt, daß es keine religiöse Eiferei gibt, keinen Extremismus. Alle drei Staatsreligionen leben friedlich und in Eintracht neben- und miteinander.

Trotz der politischen Unfreiheit, trotz aller diktatorischer Gängelei, fehlender Pressefreiheit und Verletzung der Menschenrechte durch das autoritäre Regime gilt: Der Zweck unseres Wirkens ist nicht ein politischer, sondern ein medizinisch humanitärer. Unsere Aufgabe ist es, hier zu helfen. Die Bevölkerung in diesem ärmsten Land leidet zunehmend unter dem staatlichem Zwang und den wirtschaftlichen Entbehrungen, die das Gesundheitswesen direkt mit betreffen. Unsere Hilfe ist bitter nötig; sie wirkt, davon sind wir überzeugt, tröstend, friedensstiftend. Die Kinder, denen wir ein neues Leben schenken können, werden eines Tages erwachsen, sie werden sich erinnern!

Die ökonomische Verschlechterung in praktisch allen Bereichen des täglichen Lebens ist hautnah zu spüren. Die Inflation ist hoch, die Preise steigen, ohne daß die Löhne folgen. Viele eritreische Krankenschwestern arbeiten in zwei 8 Stunden Schichten, um über das doppelte Gehalt sich und ihre Familien über Wasser zu halten. Die Grundversorgung, so hört man, ist nicht mehr gesichert. In weiten Teilen des Landes gibt es tage- ja wochenlang keinen Strom. Benzin oder Diesel sind kontingentiert und - so man etwas zugeteilt bekommt - teuer. Die Reisefreiheit - auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln - ist eingeschränkt.

In dieser Situation des wirtschaftlichen und politischen Prekariats sind die Missionen von ARCHEMED besonders wichtig, Mut machend und Würde vermittelnd. Die großen Stärken unserer Einsätze sind Nachhaltigkeit und Qualität. Über die Jahre haben sich eine natürliche Herzlichkeit und ein ungewöhnliches Vertrauen zwischen dem eritreischen Personal des IOCCA und den „alten“ Mitarbeitern der „Mission Eritrea“ entwickelt. Unseren Spendern, die letztlich diese Einsätze finanziell ermöglichen, sei an dieser Stelle dafür ganz besonders gedankt.

Teil III

IOCCA im Frühjahr 2013:

Im IOCCA wie immer herzliche Begrüßung, alles ist sauber (Fedle, Amaresh), aber: Kein Wasser, der Sterilisator (Steri) sei seit 4 Monaten kaputt, der seit Anfang 2012 vom MoH (Ministery of health) zu veranlassende Zusammenbau des Narkoseapparates ist nicht erfolgt, der „Fabius“ steht als nacktes Gerüst in einer Ecke, ist nicht funktional. Verhandlung mit Dr. Habteab wegen des Wasserproblems.

Im Laufe des Tages kommen neue Hiobsbotschaften: von 8 Thoraxpumpen sind 3 verschwunden (zur Reparatur mit in die Schweiz genommen? heißt es). Das eine unserer 3 USV-Geräte (unterbrechungsfreie Stromversorgung) ist nicht in der Steckdose, die Akkus leer, die anderen beiden sind völlig verdreckt und innen verstaubt. Der Strom falle immer häufiger aus, die Wasserpumpe, die das Wasser in das Reservoir auf dem Dach pumpen soll (chinesisch, 2 Jahre alt) ist kaputt, auch der Steri in der Maternity „is broken“. Die O2- und Druckluftanlagen scheinen zu funktionieren.

Wir nutzen den Vorbereitungstag um mit Dr. Motz und Dr. Rackowitz, unseren Kardiologen, Kinder bzw. deren Ultraschallbefunde anzuschauen und den Op-Plan festzulegen. Die beiden mitgekommenen Techniker von Draeger warten die vier Beatmungsgeräte und machen den Fabius funktionsfertig. Unsere ARCHEMED Techniker (Hans-Georg und Marco) sehen die USV’s durch, reinigen und reparieren sie. Den Steri können sie nicht wieder in Gang bringen. Karin Adam und Uta Matzdorf bringen den Op.-Bereich auf Vordermann, Brigitte Hilbert die PICU und die Medikamentenvorräte.

Organisation der Mission:

Unser Einsatz ist - aus Qualitäts- wie Kostengründen - auf größtmögliche Arbeitseffizienz und klinische Sicherheit angelegt: Zwei Kardiologen beginnen ihre Untersuchungen vier Tage vor Eintreffen des Kernteams, fünf Mitarbeiter reisen zwei Tage vorher an, um die nötigen Vorbereitungen zu treffen, damit bereits ab dem Morgen nach Ankunft des Kernteams mit dem Operieren begonnen werden kann. Die An- und Abreisen bestimmter Arbeitsgruppen werden überlappend organisiert, damit jederzeit genügend Personal zur Versorgung der operierten Kinder vorhanden ist. Daß das sorgfältig geplante Unternehmen diesmal am Ende doch nur mit Abstrichen zu verwirklichen war, wird weiter unten erzählt.

Kinderkardiologische Arbeit…

Tsegereda hat viele Kinder zum „Screening“ einbestellt, die mit ihren Müttern, manchmal beiden Eltern, den Zugang und die Vorhalle der „Outpatient Clinic“ belagern. Immer wieder erstaunlich für uns Europäer ist dabei die Geduld, mit der gewartet wird. Gelegentlich übernachten die Mütter und Väter mit ihren Kindern vor der Ambulanz, um am nächsten Morgen mit neuer Ausdauer wieder auf der Wartebank zu sitzen. Unvorstellbar in unseren Breiten! Alle Kinder mit Verdacht auf oder den Symptomen von Herzfehler(n) werden von unseren Kinderkardiologen untersucht. Während einer 14-tägigen Mission können das bis zu 300 sein!

Nach der körperlichen Untersuchung ist die Ultraschalltechnik heute unser sicherster Diagnosegeber. Wird ein Kandidat für einen herzchirurgischen Eingriff identifiziert, erfolgen Blutabnahme zur Ermittlung von Blutgruppe und den relevanten Laborwerten. Der Patient wird gemessen und gewogen und für die Op. vorbereitet. Zusammen mit dem Chirurgen werden die Echo-Befunde, in schwierigen Fällen auch noch einmal das Kind, angesehen. Die Diagnose und das operative Vorgehen werden besprochen und der Op.-Termin festgelegt. Das Aufklärungsgespräch mit den Eltern führt Tsegereda.

Andere Kinder kommen in die „Outpatient Clinic“ zur Kontrolle ihrer, während früherer Missionen von uns operierten, Herzfehler, wieder andere erweisen sich als inoperabel oder sind herzgesund. Bestaunenswert immer wieder ist Tsegeredas Kenntnis ihrer Patienten. Von tatsächlich allen Kindern, die sie einmal in Ihrer Ambulanz gesehen hat, weiß sie Namen, kennt sie Wohnort, ethnische Zugehörigkeit und natürlich die Diagnose. Wie sie das neben ihrer Arbeit als Klinikdirektorin schafft, ist ihr Geheimnis. Daß Tsegereda Kinderkardiologie als unbezahltes „Hobby“ und in ihrer Freizeit betreibt, sei hier nur am Rande erwähnt. Während unserer Missionen läßt sie ihre „Privatpraxis“ ruhen, um für uns verfügbar zu sein!

Kinderherzchirurgische Arbeit…

Samstag, den 09. März:

Nach kurzer Nacht zumindest des Kernteams, geht es los; zwei Mädchen, Abdu und Nebait, sowie ein Junge, Abel, kommen zur Op. Alle drei haben einen großen Duktus Botalli, eine Gefäß-Fehlbildung bei der viel zu viel Blut unter erhöhtem Druck durch die Lungen fließt. Als Folge des Herzfehlers bekommen die Kinder immer wieder Lungenentzündungen, bis sie eines Tages daran zu Grunde gehen. Die Duktus werden durchtrennt, die Gefäßstümpfe mit doppelter Naht blutdicht verschlossen. Die Eingriffe der drei Kinder gehen komplikationslos zu Ende, alle drei werden noch im Op. extubiert. Am nächsten Tag laufen die beiden älteren (vorsichtig, versteht sich) bereits erste Schritte über die Intensivstation. Nie mehr Lungenentzündung! Geheilt!

Abel, der dritte im Bunde der Duktus Botalli war wegen seines Herzfehlers fast die ganzen 9 Monate seines kurzen Lebens im Krankenhaus. Er wiegt weniger als 6 kg. Dr. Yoseph Tewolde, unser eritreischer Kollege, ist der Operateur, wir (Mi-Young und ich) sind seine Assistenz. Am Abend auf der Intensivstation wird Abel schon wieder von seiner Mutter gestillt.

Schmerzen? Die Kinder mit sog. lateralen Thorakotomien, Eröffnung des Brustkorbes seitlich zwischen zwei Rippen, bekommen von uns beim Verschluß des Thorax einen „Schmerzkatheter“ gelegt. Über einen dünnen Schlauch fließt per Dauerinfusion ein örtliches Betäubungsmittel zu den Nerven, die unter der Rippe liegen. Es tut also nichts weh, auch nicht das Atmen, Husten oder Trinken.

Sonntag, den 10. März:

Mikal H. ist ein 6 Monate altes Mädchen, schwerkrank, sie gedeiht nicht mehr. Sie hat ein großes Loch im Herzen; zwischen den beiden Vorkammern fehlt praktisch die Wand. Das rechte Herz muß dabei immer mehr Blutvolumen pumpen, bis es eines Tages erschöpft ist. Unter Anschluß von Mikal an die Herz-Lungen Maschine wird das Loch mit einem Flicken verschlossen. Mikal geht nach dem Eingriff intubiert und „schlafend“ auf die Intensivstation (PICU). Sie wird noch einige Stunden nachbeatmet, damit sich Herz und Lungen erholen können. Am nächsten Morgen ist das Mädchen extubiert, die Mutter liegt über ihr, mit der Brust in Saugweite, an der Mikal hungrig trinkt..

Delina, 3 Jahre alt, hat eine verengte Herzklappe und dadurch eine zu kleine (zu enge) Lungenschlagader. Die Operation ist hier in Eritrea gefürchtet, sie hat den Teams bis jetzt die meisten tödlichen Ausgänge beschert. Entsprechend op.-taktisch wird zunächst die Herzklappe auf etwa normale Weite gebracht; die Tatsache, daß von den normalerweise 3 Segeln nur 2 angelegt sind, läßt sich nicht operativ beeinflussen. Die Lungenarterie des Mädchens wird sodann mit Hilfe eines Flickens auf die notwendige Dimension erweitert. Delina wird am Ende der Op. extubiert und braucht nicht künstlich nachbeatmet werden. Tolle Anästhesie!

Montag, den 11. März:

Heute stehen Michael und wieder ein Mikal auf dem Plan. Michael ist gerade einmal 50 Tage alt und seit Geburt blau. Er hat fast den gleichen Herzfehler wie Delina (ein Grund für uns, beide kurz hintereinander zu operieren). Fast den gleichen… nur zusätzlich noch ein Loch im Herz und eine Verengung in seiner rechten Herzkammer. Korrigiert werden muß alles in einer Sitzung. Bei Michael werden die verengten Strukturen von rechter Kammer, Klappe und Lungenschlagader mit einem durchgehenden Flicken auf normales Kaliber gebracht, das Loch zwischen den Vorkammern direkt verschlossen. Der Säugling wird sicherheitshalber nachbeatmet. Er ist nunmehr rosig, sein Herz

pumpt trotz der gewaltigen Umstellung einwandfrei; am Tag danach kann er bereits selbst atmen, wird extubiert und bekommt die mütterliche Brust.

Mikal T., ein Junge, ist schon fast ein Jahr alt und sein komplexer Herzfehler sowie den daraus resultierenden Veränderungen seiner Lunge zurzeit nicht korrigierbar: Mikal hat sein Herz im rechten Brustkorb, alles ist spiegelbildlich verkehrt angelegt (Spiegelbild-Dextrokardie). Dazu hat er ein großes Loch zwischen den Hauptkammern seines Herzens, die großen Arterien entspringen zum größten Teil aus seiner rechten Herzkammer, ein Duktus Botalli verschlimmert die Auswirkungen auf die Lungen: es fließen mit jedem Herzschlag zu viel Blut unter zu hohem Druck in die Lunge; das Lungengewebe verhärtet, bis es später zum Tod durch (inneres) Ersticken kommt. Der Prozeß ist bei Mikal bereits fortgeschritten. Die Korrektur seines Herzfehlers würde er mit diesen Veränderungen wohl nicht überleben.

Wir operieren palliativ, das heißt wir planen die schädigenden Ursachen für die Lungenveränderungen zu beseitigen. Dazu wird zunächst der Duktus verschlossen, anschließend die Lungenarterie mit einem wie ein Gürtel wirkenden Bändchen so weit eingeengt, daß der Blutdruck hinter dem Band fällt und der Blutdurchfluß sich normalisiert. Wenn Mikal in ein oder zwei Jahren wieder zur Operation kommt, wird der Herzfehler korrigiert und das Bändchen entfernt. Jetzt muß er diesen Eingriff erst überleben! Er schafft es!

Dienstag, den 12. März:

Heute haben uns die Kardiologen zwei besonders schwierige, aber auch reizvolle Fälle zur Operation ausgesucht. Beide, Dawid und Salim sind Jungs, beide Säuglinge im Alter von 8 bzw. 7 Monaten und beide sind blau! Der eine, Dawid, heller, wie ein Vergißmeinnicht, der andere, Salim, tiefblau, wie eine Zwetschge. Beide haben keine Chance zu überleben, wenn nicht herzchirurgisch eingegriffen wird. Und doch gibt es einen Unterschied: Dawids Herzfehler können wir heute korrigieren, Salims nicht: er ist für einen palliativen Eingriff geplant, weil wir ihn nicht einfach vor unseren Augen an Sauerstoffmangel zu Grunde gehen lassen können!

Zuerst zu Dawid: er hat eine Fallot'sche Tetralogie, eine Kombination von vier (mindestens) verschiedenen Fehlbildungen im Herz mit der Folge, daß mit zunehmendem Alter und Fortschreiten der Veränderungen immer weniger Blut durch die Lungen fließt. Die Kinder werden immer blauer und sterben schließlich einen inneren Erstickungstod. Bei der Operation werden 2 Löcher im Herzen verschlossen, die rechte Kammer mit einem Flicken erweitert und die dortige Enge beseitigt. Dawid verläßt den Op. rosig, er wird schnell gesund werden.

Salim kam mit einer Vertauschung der großen Arterien (sog. Transposition) auf die Welt. Daß er noch lebt ist ein kleines Wunder, der Herzfehler führt

schnell nach Geburt zum Tode. Entsprechend miserabel ist sein Zustand. Um ihm zunächst einmal ein Überleben zu ermöglichen und ihn gleichzeitig auf eine spätere Korrektur vorzubereiten, entfernen wir operativ die Wand zwischen seinen Vorkammern. So können sich sauerstoffreiches und -armes Blut mischen, später wird man das verkehrt laufende Blut operativ umleiten. Salim ist zwar nach der Op. rosig, tut sich aber ein paar Tage sehr schwer, muß eine Lungenentzündung überwinden, bis er endlich nach Hause kann.

Mittwoch, den 13. März:

Tomas ist schon 16 Jahre alt. Er hat einen Herzklappenfehler. Das Ventil am Ausgang seiner rechten Kammer in die Lungenschlagader ist zu eng. Tomas ist überhaupt nicht leistungsfähig. Zusätzlich hat Tomas einen osteo-chondralen Tumor am 4. Finger seiner rechten Hand, der bis jetzt unbehandelt blieb und den Finger zerstört. Wir erweitern heute seine verengte Herzklappe; der Finger wird fotografiert und - zurück in Deutschland - den Orthopäden und Kinderonkologen vorgestellt. Nach deren Urteil muß der Tumor mit einem Teil des Fingers chirurgisch entfernt werden.

Rechte Hand von Tomas

Yuel ist 13 Monate alt und hat einen Duktus Botalli. Wir helfen Dr. Yoseph den PDA (so die medizinische Abkürzung) seines Landsmannes zu durchtrennen.

Donnerstag, den 14. März:

Die Neonatologen stellen uns einen 8 Monate alten Säugling mit einem akuten Trommelbauch vor. Seit Geburt hatte der Junge immer wieder Bauchweh, vor 2 Monaten blutete er das erste Mal frisches rotes Blut aus dem Darm. Dies wiederholte sich, er war in der Klinik, dort hat man nichts gefunden und ihn wieder nach Hause geschickt. Gestern hat er wieder ganz massiv aus dem Darm geblutet, der Bauch ist gespannt. Kebron ist trotz Bluttransfusion blass und anämisch; er erbricht wiederholt schwarz-blutigen Darminhalt.

Man muß in den Bauch schauen! Das Problem läßt sich hier nur chirurgisch identifizieren und operativ lösen. Dr. Yoseph operiert, unterstützt von Dr. Anne-Marie. Sie finden eine fast 40 cm lange Verdoppelung des Dünndarmes mit einem in den Darm blutenden Geschwür. Der doppelte Darm samt Geschwür werden chirurgisch entfernt, der Junge wird sicher gesund.

Darmverdoppelung, Präparat nach Resektion

Adel, unser 2. Patient, hat nun wieder einen Herzfehler. Die wirklich eindrucksvolle Pulmonalstenose wird, wie bei Michael vom letzten Montag, korrigiert, die langstreckige Verengung mit Hilfe eines Flickens erweitert.

Mosana, unsere 3. Patientin, gerade 1 Jahr alt, hat einen Duktus Botalli. Das sie krankmachende Blutgefäß wird, wie oben beschrieben, operativ durchtrennt.

Der Tag ist noch nicht zu Ende: Unsere Neonatologen haben ein weiteres Problemkind: Elsa, gerade einmal 2 Tage alt. Elsa hat eine schwierige Geburt hinter sich, bei der ihr linker Oberarmknochen gebrochen wurde und nun schief steht. In einer kurzen Narkose „richten“ Dr. Anne-Marie zusammen mit ARCHEMED’s Neonatologe vor Ort, Dr. Wilfried Göbe, den Knochen wieder ein und versorgen ihn mit einem Gips. Ein gutes Team, das sich bereits am 29.10.2012 bewährt hatte, als es galt, die Oberschenkelfraktur von Arazar, einem damals 5 Tage alten Neugeborenen zu versorgen. Wie wir wissen sehr erfolgreich!

Freitag, den 15. März:

Wieder bitten die Neonatologen um Hilfe. Baby Eyasu, inzwischen 38 Tage alt geworden, wird immer weniger. Nach jeder Mahlzeit erbricht er im Schwall, keine Maßnahme hat bis jetzt geholfen, er wird, so fürchten wir, bald an den Folgen der fehlenden Nahrungsaufnahme sterben.

Die Diagnose ist schnell gestellt, er hat, wie wir alle meinen, einen Magenpförtnerkrampf mit unstillbarem Erbrechen. Unsere „Kinder“chirurgin, Dr. Anne-Marie macht die lebensrettende Operation zusammen mit Sr. Karin Adam. Bereits am nächsten Tag behält der Junge seine Milch, erbricht nicht mehr - ist geheilt!

Danach kommen wir doch wieder zu einer Herz-Op. Samura, gut 4 Jahre alt, hat ein großes Loch zwischen den Vorkammern seines Herzens. Ein Flicken soll den Defekt verschließen; am Tag nach seiner Op. läuft der Junge auf der Intensivstation herum als wäre nichts gewesen.

Bilanz der 1. Einsatzwoche:

Für viele Mitarbeiter der 1. „Tranche“ geht eine arbeitsreiche Woche zu Ende, der Rückflug in der Nacht steht bevor, die Mitarbeiter der 2. Woche kommen mit dem Flugzeug an, mit dem die der 1. Woche heimreisen. Fliegender Wechsel sagt man dazu!

Jetzt ist Zeit zum Abschied: die Schwestern und Ärzte der Startwoche müssen wieder zurück an ihren Arbeitsplatz in Deutschland. Alle haben diesen Erfolg, 17 Eingriffe in 7 Tagen, möglich gemacht. Am meisten belastet war wohl das tolle Anästhesieteam mit Dr. Barbara Niehaus-Borquez und Brigitte Hilbert. Mi-Young Cho, unsere junge Herzchirurgin und Dr. Yoseph standen bei nahezu jeder Op. am Tisch. Jedoch gilt: Eines Jeden Leistung muß gewürdigt werden! Kinder-Herzchirurgie ist ein Mannschaftsspiel. Gewinnen kann nur das Team.

Zunehmende Sorgen bereiten uns ganz andere Dinge: Immer wieder kommt es zu Wasser- und Stromausfällen. Die Hygiene besonders der Toiletten ist nicht mehr gesichert, die immer wiederkehrenden Stromausfälle zerstören uns empfindliche Geräte oder machen sie vorübergehend unbrauchbar. Ein teurer, ein vor allem aber gefährlicher „Spass“. Zur Operation einbestellte Kinder erreichen das IOCCA nicht rechtzeitig, weil die öffentlichen Transporte zur Lotterie werden.

Samstag, den 16. März:

Für das Team der 2. Woche geht es los mit einer „leichten“ Operation, einem Verschluss eines Duktus Botalli. Der Eindruck „leicht“ ist irreführend. Wenn auch nur eine Gefäßklemme abrutscht oder eine Naht nicht hält, ist der Patient höchstgradig gefährdet, innerhalb von wenigen Minuten zu verbluten. Immerhin, man operiert an den beiden großen Gefäßen, nämlich Körper- und Lungenschlagader; das Gewebe des Duktus ist häufig brüchig, der Duktus selbst bei eritreischen Kindern groß und nicht selten sehr kurz. Je größer die Patienten sind, desto riskanter meist der Eingriff. Martha ist schon 5 Jahre alt, Dr. Yoseph operiert ruhig und schonend, das Mädchen geht chirurgisch geheilt und bereits ohne künstliche Beatmung nach der Op. auf die Intensivstation.

Betiel ist 9 Monate alt, untergewichtig und immer kränkelnd. Sie hat ein Loch zwischen den Hauptkammern ihres Herzens. Der Verschluss erfolgt natürlich mit Anschluss von Betiel an die Herz-Lungen Maschine. Für Angela Röhner, unsere Kariotechnikerin der 2. Woche, ist dies die erste Maschine bei uns im Team und im IOCCA. Da sie ihr Flugzeug verpasst hatte (s.o.) konnte Angela sich nicht einarbeiten, wurde ins kalte Wasser geworfen. Ähnlich neu ist alles für Jens Schubel, der als Herzchirurg zum ersten Mal in Eritrea dabei ist. Op. und extrakorporale Zirkulation verlaufen ohne Panne, als hätte man seit Jahren schon zusammen gearbeitet!

Vor der Op. Türe stehen wieder die Neonatologen. Dr. Winfried Göbe stellt uns den 2,3 kg leichten und 25 Tage alten Ghimaj vor. Der Junge besteht nur aus Augen und einem riesigen, bis zum Platzen gespannten Bauch. Die genaue Diagnose können wir mit den hiesigen Mitteln nicht ermitteln! Unser aller und gemeinsamer Verdacht ist eine fehlende Versorgung eines Teils des Dickdarmes mit Nerven: der Darm transportiert nicht, ein elender und sicherer Tod ist absehbar. Ein Zuwarten kann der Bub nicht überleben.

Unser kinderchirurgisches Team, Dr. Yoseph/Dr. Anne-Marie operiert. Dr. Anwar betäubt den Neugeborenen. Ein künstlicher Darmausgang am Beginn des Dickdarmes soll den Bauch entlasten. Später, wenn Ghimaj sich von seinem desolaten Zustand erholt hat, älter geworden ist und Gewicht zugelegt hat, kann man den nicht innervierten Teil des Dickdarmes operativ entfernen, den Jungen heilen. Die Op. ist erfolgreich, bereits am nächsten Tag trinkt Ghimaj wieder ohne zu erbrechen, der Bauch ist weich und normal groß.

Sonntag, den 17. März:

Zwei Kinder mit fast der gleichen Diagnose stehen auf dem Op.-Plan. Beide haben eine „atrio-ventrikulären Septum-Defekt“ (AVSD), wie es in der Fachsprache verschlüsselnd heißt: Dort, wo Vorkammer und Hauptkammer des Herzens aufeinander treffen, dort, wo der Übergang von hier nach dort durch jeweils eine rechte und eine linke Herzklappe geregelt wird, hat die Natur zugeschlagen.

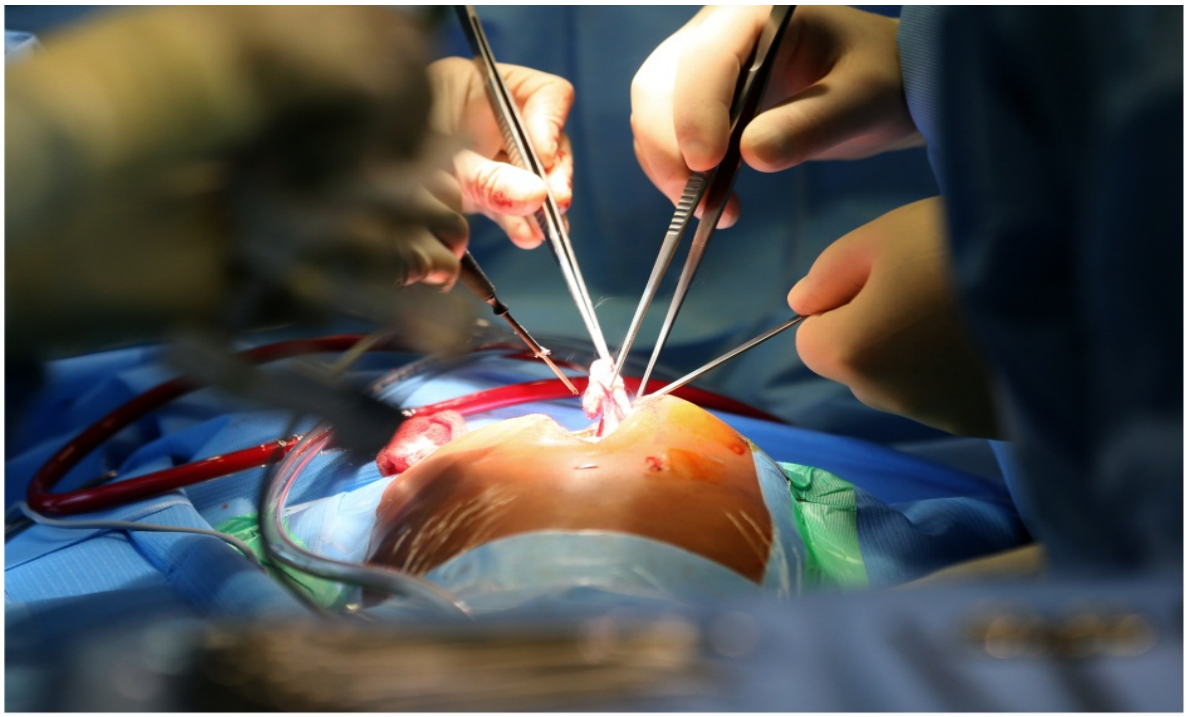

Photo: Peter Müller, Bild-Zeitung

Dieser Teil des Herzens ist fehlgebildet: Es finden sich hier anstatt zwei, nur eine, verunstaltete Herzklappe, die auch noch undicht ist. Dazu gesellt sich immer ein Loch zwischen den Vorkammern und häufig zusätzlich eines zwischen den Hauptkammern. Ein komplexer Herzfehler, nicht einfach zu korrigieren

Yerusalem ist 2,5 Jahre alt. Sie leidet wegen ihres AVSD seit Geburt zunehmend unter gehäuften Entzündungen der oberen und tiefen Luftwege. Die Operation läuft routinemäßig. Das Ergebnis der Korrektur ihres Herzfehlers ist erfreulich. Das Mädchen verläßt den Op. mit zwei nunmehr dichten Herzklappen und einem durch Flicken verschlossenen Loch zwischen den Vorkammern ihres Herzens. Auf der Intensivstation wird sie noch drei Stunden nachbeatmet, dann ist sie wach und kann selbst schnaufen.

Adam ist 9 Monate alt. Sein AVSD ist komplizierter zu korrigieren, weil er noch zwei zusätzliche Löcher auf Kammerebene hat. Dazu sind, als Folge des Herzfehlers, die Lungen bereits stark im Sinne einer Verhärtung geschädigt. Wenn er die Operation übersteht, wird seine Genesung sicher risiko- und komplikationsreich. Ohne Korrektur wird er in absehbarer Zeit wohl innerlich ersticken. Wir operieren also. Adam hält sich gut während des Eingriffes und kommt intubiert und künstlich beatmet auf die Intensivstation. Adam macht sich zunächst brav, die befürchteten Komplikationen kommen nicht sofort; doch davon später.

Montag, den 18. März:

Arsema Y. ist 5 Monate alt; sie kam mit einem seltenen Herzfehler auf die Welt. Sie gedeiht nicht, trinkt schlecht, wiegt nur 5 kg, atmet wie eine Lokomotive und schwitzt dabei vor Anstrengung. Bei Arsema kommen beide großen Arterien aus der rechten Kammer. Die Wand zwischen den beiden, Körper- und Lungenschlagader, fehlt; dadurch besteht zusätzlich zwischen den Kammern ein großes Loch, durch welches das Blut der linken Kammer sich in die rechte entleert, bevor es von dort in beide Arterien abfließt. Die Korrektur ist schwierig, weil nicht nur das Loch mit einem Flicken verschlossen werden muß. Gleichzeitig muß mit diesem Flicken das Blut der linken Kammer zur Körperschlagader umgeleitet werden. Dies geht nur auf Kosten der Größe der rechten Kammer, die jetzt zu klein ist. Ein weiterer Flicken wird dazu benutzt, um die rechte Kammer so zu erweitern, daß sie ihr Blut in die Lungenschlagader auswerfen kann. Nach einer etwas längeren Operation beginnt das Herz wieder ordentlich zu schlagen, Arsema wird noch bis zum nächsten Morgen nachbeatmet, erholt sich aber dann rasch von dem Eingriff und hat ein normales Leben vor sich!

Yosief ist mit seiner verengten Herzklappe an der Lungenschlagader immerhin schon fast 9 Jahre alt geworden. Er kann nur langsam laufen, nicht mit seinen Kameraden Fußball spielen und sich auch zu Hause nicht nützlich machen. Die Operation, beschrieben bei Tomas (s.o.) ist Routine. Yosief wird noch im Op. extubiert und kommt wach und lächelnd auf die Intensivstation: Er weiß, daß er in sechs Wochen mitspielen kann und alles aufholen wird, was er bis jetzt versäumt hat.

Wieder ist - während der Op. - der Strom ausgefallen, das Notstromaggregat, der Generator, aber gleich angesprungen. Wir sind inzwischen schon so abgehärtet, daß ein kurzer Moment ohne Strom im Dunkeln keinen mehr stört… solange denn der „Diesel“ vor dem IOCCA anspringt!

Dienstag, den 19. März:

Efeson ist ein 7 Monate alter Säugling mit einem großen Loch zwischen seinen Herzkammern. Zusätzlich ist die in die rechte Kammer führende Herzklappe nicht in Ordnung. Die Korrektur des Herzfehlers erfolgt, ähnlich wie bei Betiel weiter oben beschrieben; auch die undichte Herzklappe wird in gleicher Sitzung mit korrigiert.

Arsema T. hat ebenfalls ein Loch im Herzen, zwischen den Hauptkammern. Der Defekt wird problemlos mit einem Flicken verschlossen. Während des Verschlusses des Brustkorbes ereignet sich der übliche, nachmittägliche Stromausfall. Diesmal jedoch springt das Notstromaggregat nicht an. Wir operieren mit Taschenlampen und Handbeatmung zu Ende, weil der USV (s.o.) wegen seiner altersschwachen Batterie schnell seinen Geist aufgibt:

Op.-Leuchte, Kopf-Lichtquellen sowie Narkosegerät funktionieren ohne Strom nicht. Nach etwa 20 Minuten, die Op. ist inzwischen beendet, kommt der Strom wieder.

Der Generator sei nicht angesprungen, das sei bedauerlich, allerdings nicht vorhersehbar und sehr ungewöhnlich. Man habe ihn aber jetzt repariert und damit könne und würde so etwas nicht mehr passieren, so die eritreischen Strom-Verantwortlichen und ein sichtlich leiser Dr. Habteab!

Fortgesetzte Herz-Operation bei Stromausfall

Mittwoch, den 20. März:

Yesuf, ein 7 Monate alter Säugling, wird als erster operiert. Er hat, wie Efeson von gestern, ebenfalls ein Loch im Herzen (nur größer) sowie eine geschädigte rechte Herzklappe. Das Loch wird mit einem Flicken verschlossen, die Herzklappe rekonstruiert. Er kommt gut auf die Intensivstation, wird dort bald von der künstlichen Beatmung entwöhnt und trinkt am Abend an der Brust seiner Mutter.

Fortuna, 13 Monate alt, hat einen außerordentlich unglücklichen Herzfehler, eine von der Natur nicht angelegte rechte Herzklappe mit einer dadurch kaum vorhandenen rechten Herzkammer. Sie dürfte eigentlich nicht mehr leben, ist entsprechend sterbenskrank und violett vor lauter Sauerstoffmangel. Bei diesem Herzfehler, Tricuspidalatresie genannt, gelangt zu wenig Blut in die Lunge und bedingt ein langsames inneres Ersticken des Neugeborenen oder jungen Säuglings. Die Anomalie des Herzens ist nicht korrigierbar und wir würden auf der Basis der uns selbst gesetzten Grenzen normalerweise nicht

operieren. Aber… wer hat schon einmal ein sterbendes Kind in den Armen gehalten, die Not seiner Mutter gesehen und ihm die - mögliche - Hilfe vorenthalten? Im konkreten Fall geht das einfach nicht. Wir brechen mit unserem Prinzip der Triage, das Mädchen wird in den Op. gebracht.

Schon bei der Narkoseeinleitung droht Fortuna nun wirklich zu sterben: Es gelingt ihren Kreislauf zu stabilisieren und sie rasch an die Herz-Lungen Maschine zu nehmen. Dort ist sie erst einmal sicher, weil die Maschine die Funktion von Herz und Lungen kurzzeitig voll übernehmen kann. Das Operationskonzept ist genial einfach: weil die rechte Kammer zu klein ist und die Herzklappe fehlt, gelangt das vom Körper über die großen Venen zurückkommende sauerstoffarme Blut nicht in die Lunge, sondern wird wieder - blau wie es ist - in den Körper zurückgepumpt. Man könnte das Blut aus zumindest der einen der beiden großen Venen vor dem Herzen direkt in die Pulmonalarterien leiten. Ein Teil des sauerstoffarmen Blutes flöße dann (passiv) durch die Lungen und käme als sauerstoffreiches Blut zurück zum linken Herzen und damit in den Körper. So der Plan.

Der Eingriff ist technisch nicht schwierig und dauert nicht allzu lang. Zum Glück! Eben erst ist das Mädchen wieder von der Herz-Lungen Maschine getrennt, Herz und Lungen arbeiten gut, Fortuna ist rosig, fällt der Strom aus und springt der Generator nicht an! Der Rest der Operation, Blutstillung, Verschluß des Brustkorbes usw. erfolgt wie gestern, nur länger, unter dem funzeligen Licht zweier Taschenlampen, mit Handbeatmung und ohne die Erhebung der notwendigen Stoffwechselparameter. Doch Fortuna hat ihren Namen, bei allem Unglück, nicht umsonst. Sie schafft es, stabil bis zum Ende der Op. zu bleiben, sie kommt rosig zurück auf die Intensivstation (dort funktionieren die Geräte, weil alle vor kurzem vorsorglich gegen neue, batteriegestützte, ausgetauscht worden waren), sie wird noch ein paar Stunden nachbeatmet und schließlich erfolgreich extubiert. Sie wird jetzt älter werden und mit drei oder vier Jahren eine zweite Herzoperation haben, die sie vollends rosig macht. Das fehlende rechte Herz oder besser dessen fehlende Funktionalität ist jetzt operativ zum guten Teil kompensiert.

Bei der anschließend anberaumten Konferenz mit den verantwortlichen einheimischen Ingenieuren und Dr. Habteab läßt sich nicht erkennen, wie das Problem des nicht anspringenden Generators kurzfristig und sicher behoben werden kann. Ich habe - weil die Strommisere fortbesteht und der Generator offensichtlich ein Problem hat - alle 3 weiteren für Donnerstag und Freitag vorgesehenen Operationen abgesagt.

Komplikationen:

Wir hatten praktisch keine iatrogenen Komplikationen: keine Blutung, keine Verletzung des Herznervens, keine Nachoperationen, keine Wundinfektionen. Zwei Kinder, Salim und Adam entwickelten nach ihrer Herzoperation eine

Lungenentzündung. Da die Kinder in Eritrea praktisch von der Strasse auf den Op-Tisch kommen, ist es in aller Regel kaum feststellbar, wenn sich auf dem Boden der Grunderkrankung (des Herzfehlers) gerade eine Lungenentzündung entwickelt, in die man dann „hinein“-operiert.

Adam ist inzwischen unser einziges Sorgenkind. Er war zunächst, am Tag nach seiner Herz-Op. von der künstlichen Beatmung entwöhnt worden und hatte selbständig ordentlich geatmet. Am Dienstag verschlechterte sich sein Zustand, die klinische Diagnose lautete Lungenentzündung und eine Schwellung seines Kehlkopfes und seiner oberen Luftröhre. Am Mittwoch muß Adam wieder intubiert und künstlich beatmet werden. Für Freitag ist die Rückreise des ganzen Teams vorgesehen. Knapp! Die Zeit beginnt uns davonzulaufen! Beatmen kann hier im IOCCA niemand, wenn wir weg sind.

Am Donnerstag bessert sich Adams Allgemeinzustand leicht, er bleibt aber beatmungspflichtig. Nur noch 24 Stunden bis zur Abreise! Am Freitagmorgen ist Adam immer noch intubiert, atmet aber mit. Die Schwellung des Kehlkopfes und seine große, nach hinten fallende Zunge verschließen ihm die Atemwege. Da die Zeit nicht anzuhalten ist, hilft nur eine radikale Maßnahme: Bauchlage und Extubation! Das ist seine letzte Chance; dann schafft er es oder nicht.

Die Maßnahme wird mit allen besprochen, Traudl Elsholz, die Lehranästhesistin vor Ort wird in das Geschehen mit einbezogen und sagt zu, nach Adam zu sehen, wenn wir abgereist sind. Mitte der kommenden Woche, wir sind zurück in Deutschland, kommt die gute Nachricht: Adam ist wohlauf, hat seine Lungenentzündung überstanden, trinkt an der Brust und atmet dabei ruhig und nicht mehr angestrengt. Ein Sieg des therapeutischen Konzeptes, der Kompetenz, Hilfsbereitschaft und Kooperation aller Beteiligter.

Bilanz beider Einsatzwochen:

In 12 Op-Tagen (zwei weitere konnten wegen der Stromausfälle nicht genutzt werden) wurden 28 Eingriffe, davon 24 Herzoperationen durchgeführt. 11 der „Herzkinder“ waren Mädchen, 13 Jungen. Die Herz-Op’s wurden 17 Mal unter Anschluß der Patienten an die Herz-Lungen Maschine durchgeführt, 7 Mal ohne. Der jüngste unserer Herzpatienten war 50 Tage alt, der älteste 16 Jahre.

4 Säuglinge bzw. Neugeborene, der leichteste 2,3 kg das jüngste 2 Tage alt wurden kinderchirurgisch versorgt. 3 der 4 Babys hatten ohne die chirurgische Behandlung keine Überlebenschance. Operative und nachoperative Komplikationen gab es - abgesehen von zwei „mitgebrachten“ Lungenentzündungen - keine. Alle kleinen Patienten haben die chirurgischen bzw. herzchirurgischen Eingriffe überlebt. Alle Kinder mit operativ korrigierten Herzfehlern haben, befreit von ihren Krankheiten und Fehlbildungen, ein qualitativ normales Leben vor sich. Die palliativ operierten Säuglinge werden, nach einem zweiten Eingriff am Herz, ebenfalls weitgehend normal und gesund aufwachsen.

Kosten:

Die Kosten können hier nur überschlagsmäßig veranschlagt werden: Dem Aufwand für eine Mission - rund 75.000 € - steht gegenüber die Anzahl der operativ behandelten Kinder: 28. Dies ergibt durchschnittliche Fallkosten von 2.680 € pro Patient. Rechnet man nur die 24 Herz-Kinder sind dies 3.125 €.

Würdigung:

Man weiß nicht, wen man aus dem Team hervorheben soll… Ich denke, ALLE!

Ohne die wunderbaren Narkosen, die perfekte Op-Assistenz, die immer einsatzbereiten Ärzte der Intensivstation mit ihren nimmermüden Kinderschwestern oder die Techniker wäre der Erfolg nicht möglich gewesen. Das Ineinandergreifen der vielen Rädchen, genannt Hilfsbereitschaft, Kommunikation, Zusammenarbeit, Qualitätsbewußtsein, machen den Erfolg erst möglich. All das sind die Eigenschaften eines Teams, des Teams „Mission Eritrea“, die diese Einsätze im IOCCA zum wirklichen Erlebnis machen.

Der eritreische Teil der Mannschaft, Dr. Tsegereda, Dr. Yoseph, Amaresh, Fedle, Tahira, die Mitarbeiter vom Labor über die Blutbank, von den lokalen Technikern zu den Röntgenassistenten, von Dr. Habteab und seinen Fahrern zu den Putz- und Bügelfrauen im IOCCA, alle helfenden Hände haben Anteil an diesem, für die in Eritrea bestehenden Verhältnisse, großartigen Erfolg.

Wir wären allerdings wie ein Rumpf ohne Arme und Hände, würden nicht Spender und Förderer uns mit ihrer Unterstützung immer wieder die Möglichkeit eines solchermaßen segensreichen humanitären Wirkens geben. Dafür und für die Nachhaltigkeit der Unterstützung danken wir, auch oder vielleicht besonders im Namen der operierten Kinder, sehr herzlich.

Nantua, den 23. Juni 2013

Dr. Andreas Urban (Teamleiter)

Photos: Peter Müller, Bild-Zeitung; Dr. Scholer-Everts, Team; Teammitglieder

Anhang Teammitglieder (ohne Titel):

Kinderkardiologen:
Reinald Motz (Oldenburg), Annette Rackowitz (Groningen/NL), Klaus Schmidt (Düsseldorf)

Herzchirurgen:
Anne-Marie Brecher (Buir), Mi-Young Cho (Berlin), Jens Schubel (Jena), Andreas Urban (Nantua/F)

Op.-Schwestern:
Karin Adam (Wesseling), Uta Matzdorf (Leipzig)

Kardiotechniker:
Klaus Krämer (Leipzig), Angela Röhner (Berlin)

Anästhesisten:
Barbara Niehaus-Borquez (Sankt Augustin), Nadeem Anwar (Coswig)

Anästhesiepflege:
Brigitte Hilbert (Sankt Augustin), Holger Lehmann (Duisburg)

PICU-Ärzte:
Stefan Dirks (Berlin), Kai Fiedler (Oldenburg), Paul Hacke (Berlin) Cecil Kannan (Lörrach), Rolf Scholer-Everts (Wesseling), Peter Schürmann (Münster)

PICU-Schwestern und - Pfleger:
Miriam Dahl, Maren Grabicki, Karoline Kelm, Sandra Schöb, Tanja Stubenvoll (alle Berlin); Kathy Kempen, Andreas Nensel (beide Köln); Annette Reissner (Münster); Sina Knöpp, Annette Kremp (beide Sankt Augustin)

Photo: Peter Müller, Bild-Zeitung