

**Bericht des Projektleiters
Dr. Soeren Gatz
Hopital Protestant de Ndoungue
1. und 2. Quartal 2014**

20. Mai 2014

Teilnehmer : (3-7 Wochen)
Prof. Dr. Rudolf Grün, Gastroenterologe
Dr. Bernd Dietz, Chirurg
Sepp Mergler, Technik
Els Mergler, Kpfl., Haushalt
Christine Hurst, L- MTA
Dr. Matthias Bacher, Neurologe
Dr. Wolfgang Moser Internist
Dietke Moser KPfl
Bettina Weber, OP-Schwester
Dr. Soeren Gatz, Kardiologe

Allgemeines:

Bewusst reduzierter Einsatz, z.T. auch wegen fehlender Mitarbeiter. Kleinere Gruppengrößen und autarke Küche als wesentliche Erleichterung. Keinerlei Probleme in der Versorgung bei bekannt komfortabler Unterbringung. Guter Teamgeist, keine Erkrankungen.

Einsatzberichte:

s. Homepage. Diese sind z.T. in diesem Bericht berücksichtigt. Insbesondere Bericht Rudolf Grün, Alex Dastbaz und Marianne Güttel. Einzelberichte als Grundlage für einen internen Informationsaustausch vorliegend und abrufbar.

Container:

Vorbereitung 6 Monate, Transport 3 Monate, Kosten ca. 9000€. Verzögerung durch den Zoll, mehrfache Intervention und Nachfrage im Hafen. Passives Verhalten der EEC. Endlich am 2. Mai Eintreffen in Ndoungue. Jetzt sind wir froh über 30 Krankenbetten incl. Hydraulik, Klinikum Pasing, 40 Matratzen, vier Sauerstoffkonzentratoren, Fa. Linde, EKG- Gerät, OP-Liege Brumada: Batterie, Bettwäsche, OP-Leuchten, Ausstattung Krankenwagen/Reifen, kofferweise Ausstattung für Apotheke und Zentrallager, Instrumente /OP von Action Medeor etc..

Fazit Container: Sehr nervig und teuer. Dank an alle, die so lange mitgearbeitet und auch finanziell alles getragen haben. In Zukunft sollte soviel wie möglich im Land besorgt und Containertransporte und Airkargos auf ein Minimum beschränkt werden. Die große Zahl von Krankenhausbetten haben den Containertransport diesmal unverzichtbar gemacht. Mit dem Einsatz der neuen Betten ist damit der "Hotelstandard" insbesondere für unsre chronischen Patienten perfekt.

Zentrallager und Magacin:

Gute Ausstattung und Nachlieferung sowohl durch das HPN als auch die Humanitäre Hilfe und Action Medeor. Der Zustand unseres Zentrallagers ist z.Zt. komfortabel. Erstellte Listen über Medikamente und Narkosegase sowie andere Materialien liegen vor. Propofol und Midazolam sind zur Zeit auch noch ausreichend, Narkosegas (Isofluran) und Rapifen sollte jeweils vom Anästhesisten mitgebracht werden. Dgl. immer nötig sind (un+)sterile Handschuhe, auch 8-9 er, Spinalnadeln, orange(Sprotte), gelb und schwarz und Fingertips als Kopplung f. Absaugschlauch/Katheter. Für Anästhesie und Endo: **Propofol und Midazolam ist immer hochwillkommen, sollte aber demnächst vor Ort billiger beziehbar sein.** Bevorzugt werden weiterhin im Land gekaufte Generika, ergänzt durch Action-Medeor- Produkte, non profit Großhandelspreise. Verfallene Medikamente werden ebenso wenig wie Ärztemuster aufgenommen. Regelmäßige Visiten im Magacin zur Erfassung des Status quo sind nötig. Medikamentenverzeichnisse werden von Albert erstellt und sollte jeder bei sich tragen. Keine Verordnung von Medikamenten, die erst in Nkongsamba von den Angehörigen besorgt werden müssen. Medikamente sind Geld in Afrika. Davon lebt auch das HPN. Eine aktuelle Inventarliste unsres Lagers ist zuletzt am 06. 03. 2014 erstellt worden und abrufbar.

Labor:

Wird allgemein als Problemzone eingestuft. Die Leitung, Pelagie sollte ersetzt werden, da nicht zuverlässig und nur +\-motiviert. Eine Reihe externer Vergleichsuntersuchungen ergab erstaunlicherweise Abweichungen von nur ca.10 %. Neueinführung und Beschaffung des Hemocue incl. Küvetten von Christine Hurst. Problemlose Einführung und Anwendung. Fehlerquelle neben fehlenden Reagenzien (falsches Sparen) waren defekte Pipetten. Wurden durch Spende Eppendorf und Zukauf HH ersetzt (4).Kontrollserien liegen immer noch im Zentrallager -Eisschrank vor. Alternative Kontrollserien mit Eigenblut (der Labor- MTA) werden vorgeschlagen. Der Spektrophotometer sollte öfter und nicht nur von Pelagie benützt werden.(Fernziel). Cave: Positiver Plasmodiennachweis sollte unbedingt kontrolliert werden, da unzuverlässig. Die Weiterentwicklung des Labors ist von einer kritischen Kontrolle und Supervision unserer MTA abhängig. Nicht aufgeben, sondern neue Wege der Fehlersuche und Kontrolle suchen, heißt es im Labor.

Die Neuanschaffung eines Hämatologiegerätes (Mindray BC 2800 oder Urit 3300 (5- 6000€) wird nach allgemeiner Übereinkunft verschoben, bis sich herausgestellt hat, dass sich Erwerb und Pflege des Hemocue bewährt hat. Ein kritischer Laborbericht vom November 2012 liegt vor und sollte von allen ggf. angefordert werden, die im Labor arbeiten.

Technik:

Grosser Fortschritt : Der Incinerator ist fertiggestellt: Unterstützung durch Techniker ohne Grenzen, Finanzierung durch die Deutsche Botschaft. Weite-

re Schulung im Wastemanagement muss von jedem von uns eingefordert oder durchgeführt werden. Jede Menge Sammelbehälter im Innen- und Außenbereich wurden angefertigt und installiert. Der Abschlussbericht der Techniker o.G. steht noch aus. Damit ist ein Meilenstein im Kampf gegen die Vermüllung und Umweltverschmutzung des Klinikgeländes geschafft. Projektdauer: Bislang 2 Jahre, bis der erste Ofen rauchte. Dank an alle Helfer. Insbesondere Sepp, Veronika, Francois, Mathurin, Deutsche Botschaft.

Ohne unsre Supervision funktioniert die Entsorgung bisher nicht. Hier ist jede Gruppe, jeder Mitarbeiter weiter gefordert, für Nachhaltigkeit zu sorgen.

Wasser und Elektrizität:

Das Chateau (externe Filteranlage) muss durch unsere Techniker in nächster Zeit erneut und definitiv instand gesetzt bzw. vollendet werden. Die Wasserqualität ist seit kurzem wieder eher wechselnd, v.a. nach Regenfällen.

Der neue Generator funktioniert, die Wartung und Brennstoffversorgung muss überwacht werden. Der Mitarbeiter des HPN (der Bua) wurde zur Schulung geschickt, um Schäden vorzubeugen.

Sanitärstatus:

Das eingesetzte chinesische Material ist leider kurzlebig und sehr pflegebedürftig. Auf lange Sicht müssen einfachere Wasserbecken samt Zu- und Ableitungen an deren Stelle treten. Ganz besonders gilt das für die Duschen und Toiletten, die erstaunlich wenig gepflegt werden. Das haben wir sehr dringend moniert und um Änderung gebeten. Ein Managementproblem ersten Ranges. Direkt verantwortlich ist die PDL, die zu wenig Verantwortung hat und aufteilt. Hier ist keinerlei Nachsicht mehr angezeigt. Jede Gruppe ist angehalten, diesbezügliche Sanitärkontrollen in festen Abständen durchzuführen, immer zusammen mit der PDL und Technik !

Erfreulich: Beide OPs und die Endoskopie haben jetzt eine Klimaanlage die funktioniert!!!!

Fortbildung:

Durch die lange Abwesenheit von Francois Djomou wegen Urlaub und Besuch bei uns in Landsberg zum zweijährigen Jubiläum (und Mitarbeit beim Containerpacken) im Januar erhebliche Startschwierigkeiten, auch mit neuen Studenten. In den ersten Wochen (Rudolf Grün) schlechte Motivation, da Abwesenheit von Dr. Djomou. Letztlich jedoch später genug Ansprechpartner (drei Studenten, drei Ärzte, Philouette). Organisation der Fortbildung bleibt unser Problem, Motivation fehlt nicht generell. Die beiden Workshops waren mäßig besucht (Ultraschall, Fallvorstellung), die Anwesenheit der einheimischen im HPN bei Routineuntersuchungen auch nur mäßig. Als sehr motivierend und nachahmenswert erwies sich der Workshop "Fallvorstellung" (case reports), der gut besucht war und unter Mitarbeit aller Ärzte des HPN stattfand: Hilfe bei der Präsentation mittels Beamer und Powerpoint ist nötig. Die

Studenten nehmen diese Case reports als download mit an die Uni, in gleicherweise auch die Workshops Ultraschall und Echokardiographie. Die Einladung der auswärtigen Ärzte zu den Fortbildungen muss von uns konsequent durchgeführt und persönlich ausgesprochen werden: Regional Hospital, Loum, Nlonako: Telefonkontakt mit Dr. Eyango, CA Dr. Becoule, Rundmail von Francois an alle EEC Häuser. Die Fortbildung Geburtshilfe/Zervixkarzinom ist von weiteren Einsätzen unsrerseits weitgehend abhängig und ruht jetzt leider.

Die Einladung zu den Fortbildungen dient dem Angebot an alle umliegenden EEC Häuser und sonstige Institutionen der Durchführung nur bei uns möglicher Untersuchungen: Röntgen, Ultraschall/Herzecho, Labor, sobald dieses neu strukturiert ist.

Strukturelle Probleme:

Management und gesamte Organisation zeigen fortbestehende erhebliche Defizite. Ein lang anhaltender Konflikt PDL - Verwaltung (Philouette- Mathurin) hat erhebliche Folgen gezeigt: Fehlende Konsequenzen aus den Meetings, schlechte Umsetzung von Fortbildung und Anordnungen der Klinikleitung, erhebliche Latenz zwischen Beschlussfassung und Ausführung.

Falsche Preispolitik , so dass Patienten in schlechte ausgestattete periphere Häuser ausweichen, weil wir zu teuer sind. Zu hohe Entbindungskosten als neues Beispiel mit deutlichem Rückgang der Geburtenzahlen. Untaugliches Organigramm im Bereich Management, demzufolge Konzentrierung aller Aufgaben auf den Ärztlichen Direktor, der überlastet und nicht ausreichend strukturiert erscheint. Seitens der PDL zu wenig Einflussnahme auf Arbeitsklima, Teamgeist. Wechselseitige Vertretungen der Mitarbeiter untereinander als KPfl. oder Physiotherapeuten nur vereinzelt, aber nicht allgemein praktiziert. In letzter Zeit eher wenig Fortentwicklung von Krankenhausmanagement , Aufgabenteilung und Führungsqualität, da enorme Reibungsverluste durch Konflikte und keine Weiterbildung der Führungsriege. Außerdem ist die fehlende Sicherstellung der Bezüge als weiterer Destabilisierungsfaktor unüberhörbar.

Die fehlende Verteilung der Verantwortlichkeiten wird als das Problem des HPN und seiner nachhaltigen Entwicklung angesehen. Die humanitäre Hilfe ist aufgefordert, diese Probleme zu sehen und eventuell anzugehen.

Ein Wechsel an der Spitze des Personals ist in Aussicht. Diese sollte dann entsprechend konsequent mit der HH an einer Verbesserung der Struktur arbeiten, um wieder einfachere und bessere Führungsstrukturen durchsetzen zu können, wie sie schon einmal vorlagen.

Innere Medizin:

Die drei HH Internisten übernehmen wie üblich die tägliche Visite sowie die Ambulanz mit den kamerunischen Ärzten und Studenten zusammen, bei voller Besetzung 2-2-3 Ärzte und Studenten. Damit theoretisch genug Möglich-

keiten zum Teaching in Ultraschall, Endoskopie und z.T. Echokardiographie. Mit der Zeit langsam zunehmende Füllung des Hospital, jedoch eher geringere Inanspruchnahme der Ambulanz als früher. Etwa 10 Endoskopien und 30 Ultraschalls pro Woche. Gemischtes Krankengut wie üblich.

Kardiologisches Highlight erneut war der 3 1/2 jährige Sameke Ebone mit einer erstdiagnostizierten Fallotschen Tetralogie. Bestätigung durch das kardiochirurgische Zentrum tags drauf und drei Wochen später erfolgreiche internetbasierte Sammelaktion und Bereitstellung der OP-Kosten in Höhe 5800€ anstehend.

Dilatative CMP, HHE als seltene Erkrankungen. Viel Malaria, offene und erstdiagnostizierte Lungentuberkulosen, meist sechs Dauerpatienten mit Viererkombinationstherapie. Interventionelle Therapie wie Pleuralavage bei chron. Empyem, Aszitespunktionen, Abszessdrainagen.

Neurologische KH: Guillan - Barre- Syndrom, 52 Jahre, Polyradikulitis einer 22 jährigen nach Abort. Spinalanästhesien etwa 25: Meist Sectio oder Chirurgie der unteren Extremität. KHK selten, Hypertonus häufiger. HCC, Pankreas NPL ohne therapeutische Optionen.

Geburtshilfe/Gyn.:

zunehmende Geburtenzahl bei Anwesenheit der HH, zunehmende Zahl von Kaiserschnitten, insgesamt jedoch keine Steigerung im Vgl. zum Vorjahr. Hysterektomien auch rückläufig. Jetzt baulich und sanitär deutliche Fortschritte in der Maternity. Leider weder Hebammen noch Gynäkologen der HH in 2014.

Chirurgie:

Dr. Bernd Dietz. Chirurg.

Meine Hauptaufgabe sehe ich in der Ausbildung des vorhandenen Personals im OP-Bereich, auf der Intensivstation und der chirurgischen Station. Dies gelingt im Bereich Operationen recht gut, da beide operativ tätigen Med.-Assistants lernwillig und – fähig sind. So sind sie zum Beispiel bei der (schonenderen) Kaiserschnittmethode nach Misgav-Ladach bereits soweit, dass ich bei diesen Eingriffen nur noch assistiere. Ich konnte auch ihre Techniken im Bereich der kleinen bis mittleren Chirurgie bereits nachhaltig verbessern. Allerdings besteht der größte Teil unserer chirurgischen Tätigkeit in der Versorgung schwieriger Notfälle: Große intraabdominelle Abszesse nach verschleppten Darmperforationen mit ausgedehnter fibrinöser Peritonitis, Darmgangrän nach inkarzerierten inneren Hernien oder altem Dünndarmvolvulus, Gebärmutterperforation nach kriminellm Abort, Blutungsschock nach verschleppter Tubarruptur, alte Milzruptur, um nur einige viszeralchirurgische und geburtshilfliche Fälle, die uns sehr häufig von anderen Kliniken leider sehr spät zuverlegt werden, zu nennen. Bei der Versorgung der Unfallverletzten, die uns ebenfalls von anderen Kliniken zuverlegt werden, bin ich lei-

der bisher aus Ermangelung einer geeigneten (sterilisierbaren) Bohrmaschine auf den Einsatz des Fixateur extern angewiesen, eine zwar gute aber oft leider nicht ausreichende Methode der operativen Bruchbehandlung. In den Techniken der konservativen Bruchbehandlung konnte ich die einheimischen Mitarbeiter bereits gut anleiten und ausbilden.

Deutlich schwieriger gestalten sich allerdings unsere Bemühungen, die einheimischen Mitarbeiter für organisatorische Notwendigkeiten zu sensibilisieren: Übernahme von Verantwortung, Vorratshaltung Nahtmaterial, Desinfektion und Pflege der Instrumente und des Autoklaven.

Krankenhausführung, Management:

Der anstehende Personalwechsel im Juli und der anhaltende Konflikt in der Führungsetage standen im Fokus zweier Besprechungen mit der EEC in Ndoungue und Duala. Dies betraf auch den Generationswechsel in der Anästhesie und Chirurgie und die Nachfolge von Dr. Djomou. Die HH hat ihre Vorstellungen versucht deutlich zu machen. Die weitere Projektarbeit wird davon abhängen, wie es der EEC gelingt, die personellen Veränderungen zeitnah und in Einklang mit unseren Vorstellungen durchzuführen. Die Zusammenarbeit der EEC Kliniken untereinander muss intensiviert werden, damit sich die Situation in der Klinik auch dadurch stabilisiert. Training der Leitenden in Management, Führungs- und Konflikttraining ist essentiell und sollte von der HH auch in Zukunft verstärkt angeboten werden.

Fazit:

Die Humanitäre Hilfe hat bislang soviel personelle und finanzielle Leistungen in den Aufbau des Hopital Protestant de Ndoungue investiert, dass sie das Projekt auch in Anbetracht kritischer Situationen wie eines Wechsels des Führungspersonals oder eines Generationswechsels im OP- Bereich nicht alleine lassen sollte. Aus der Sicht des Projektleiters ist vielmehr eine vermehrte Präsenz von Internisten, Chirurgen, Anästhesisten, Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und Technikern in Gruppen bis maximal sechs Personen möglichst gleichmäßig übers Jahr sinnvoll.

Am Ende des Berichtes steht der Wunsch des Projektleiters nach ausreichender Finanzierung des Projekts und Erschließung öffentlicher Mittel durch die Humanitäre Hilfe, einer Schulung der Führungsmannschaft im Bereich Management und einer externen Begutachtung und Begleitung unsrer Arbeit.

Landsberg, 20. Mai 2014

Soeren Gatz