

Bericht Geburtshilfe in Asmara, Eritrea Oktober/November 2019

von Dr. Beurer

Nun zum siebten Mal war ich als Teil eines geburtshilflichen Teams des Hammer Forums in Asmara. Über die Jahre kann man das ein oder andere an Entwicklung, aber auch an Rückschritt, erkennen.

Das Orotta-Krankenhaus, als Zentralkrankenhaus, die größte Entbindungsklinik des Landes bekommt zunehmenden Konkurrenz durch das seit nunmehr einem Jahr gut geführten und sich ständig weiter entwickelnden städtischen Krankenhaus-Adaghamus.

In der geburtshilflichen Abteilung des Orotta-Krankenhauses werden zum aktuellen Zeitpunkt bis zu 9.000 Entbindungen im Jahr durchgeführt. Das heißt dieser Kreißsaal ist ein wahrer „Taubenschlag“ und ruht nie. Gerade dachte man alle Patientinnen sind entbunden und man dreht sich für einen Schluck Wasser um, da geht es schon weiter und das nächste Neugeborenen möchte in Empfang genommen werden.

Trotz der Konkurrenz des städtischen Krankenhauses (bereits über 1.600 Geburten bis zu unserer Ankunft) wurden während unseres Aufenthaltes in Asmara im Orotta-Krankenhaus während einer normalen Tagschicht zwischen 10-17 Kinder geboren.

Unser geburtshilfliches Team ist am ersten Tag unseres Einsatzes auf ein komplett neues Team an Hebammen und Entbindungspflegern getroffen. Fast alle der bekannten Gesichter sind entweder versetzt worden oder sind geflohen. Leider gibt es durch diesen kontinuierlichen Wechsel an Personal (viele sind beim National Services) wenig Zugehörigkeitsgefühl und Identifikation mit dem Arbeitsplatz und der eigenen Arbeit. Daher werden viele Dinge was die Ausstattung und Ausrüstung betrifft, nicht sehr pfleglich behandelt und wenn etwas zu Schaden kommt, wird es häufig nicht repariert (was in vielen Fällen möglich wäre).

Besonders erfreulich ist hier die Arbeit von dem leitenden Entbindungspfleger. Er ist ein sehr engagierter Kollege der Freude an der Organisation und auch an der Weiterentwicklung der Abteilung hat. Vielleicht gelingt es ihm auch den Teamgeist seiner Kollegen zu stärken. Dies ist kein einfaches Unterfangen, da er mit erheblichen Widerständen von „oben“ zu kämpfen hat. Viele der älteren Kollegen (Oberärzte) wünschen keine richtige Entwicklung da diese mit Eigeninitiative auch von ihrer Seite verbunden wäre. Sie wählen lieber den Stillstand, und damit die Ruhe und Gemütlichkeit. Es bleibt zu hoffen, dass das Engagement nicht verloren geht.

Im Gegensatz dazu unser zweiter Einsatzort: das Adagahamus-Krankenhaus. Hier ist ein festes Team von Hebammen, Ärzten und Pflege vor Ort. Man betritt das Krankenhaus und hat das Gefühl hier herrscht ein Zusammenhalt und es gibt klar definierte Ziele. Hier merkt man, dass die Senkung von Mütter- und Kindersterblichkeit nicht nur ein loses Lippenbekenntnis ist, sondern dass dies hier auch gelebt wird.



Wir haben seit unserer Ankunft sichergestellt, dass an beiden Standorten, dem Orotta- und dem Adagahamus-Krankenhaus jeden Tag ein Team aus Ärzten, Hebammen und Pflegern ist, um die lokalen Kollegen in ihrer Arbeit zu unterstützen und die Gesundheitsversorgung für Mütter und Neugeborenen zu verbessern.

Mit unserer Ankunft wurde der Bedarf an Expertise klar. Da wir dieses Jahr ein sehr breit aufgestelltes Team waren, entschlossen wir uns eine interne Aufteilung von uns vorzunehmen (im Sinne einer Rotation). Pro Tag wurde eine ärztliche Kollegin oder ärztlicher Kollege der präpartalen Station zugeordnet, ein zweiter befand sich im Kreißsaal und assistierte und entband Schwangere. Ein dritter, oder aber der Arzt des präpartalen Bereiches führte mit den lokalen Kollegen und in Kooperation mit unserem pädiatrischen Team auf der Wochenbettstation eine postpartale Visite durch.

Die postpartale Visite war für uns ein essentieller Bestandteil der Arbeit. Denn hier insbesondere konnten wir Einfluss auf die Morbidität von Müttern und Neugeborenen nehmen. Durch unsere Visite konnten wir

- a) Mütter mit postpartalen Komplikationen erkennen und eine entsprechende Therapie einleiten (Revision Dammriss, um einer Fistelbildung vorzubeugen, Nachblutungen frühzeitig erkennen und antizipieren, um einer Hysterektomie oder schlimmerem vorzubeugen u.a.)
- b) Deprimierte Kinder erkennen, Stillproblemen vorbeugen und Mütter mit Kindern einer Trinkschwäche beraten, Infektionen vor einer Entlassung des Kindes erkennen und eine entsprechende Therapie einleiten, Unterkühlung von Neugeborenen vermeiden und kranke Kinder die einer weiteren Therapie bedurften diagnostizieren und auf die Neonatologie verlegen.

Hier wäre es von Vorteil, wenn man in Zukunft auf der Entbindungsstation einen Untersuchungsplatz installieren könnte, um die Kinder mit Licht und unter einer Wärmelampe zu untersuchen. Dies ist zum aktuellen Zeitpunkt nur im mütterlichen Bett möglich, welches sich bei voller Belegung auch die ein oder andere teilen muss.

Im Verlauf der Zeit, und durch die „Bekanntheit“ einzelner Teammitglieder, durften wir mehr und mehr Entscheidungen selbständig treffen und damit Therapieverläufe bestimmen. Dies führte dazu, dass wir mehr und mehr den Kreißsaal mit den Hebammen, denn anwesenden GPs und Internen autark führen konnten. Die oder der Kollege, der an dem Tag im Kreißsaal Dienst hatte, führte in der Folge dann auch die primären und sekundären Sectios des Tages durch.

Die geburtshilfliche Kollegin/der geburtshilfliche Kollege, der im präpartalen Bereich verantwortlich war, führte mit dem lokalen Personal täglich eine Visite durch. Die Patientin wurde gescreent und auf mögliche Komplikationen untersucht. Das weitere Vorgehen dann interdisziplinär besprochen, um eine maximale Risikominimierung für Mutter und Ungeborenes zu erreichen. Es wurden die Indikationen zur Einleitung oder Sectio gestellt, Patientinnen mit Präeklampsie wurden medizinisch versorgt, um eine sichere Entbindung zu erreichen. Patientinnen mit unklaren Terminen wurden untersucht und der Termin festlegt.

Nach der Visite begann die Ultraschallsprechstunde. Täglich wurden zwischen 8-12 Patientinnen per Sonographie untersucht und die unterschiedlichsten Diagnosen gestellt. Von zu kleinen und zu großen Kindern mit einem Schwangerschaftsdiabetes, Mehrlingen, Lagekontrollen, Fehlbildungen, Doppler-Kontrollen bis zu IUFTs. So konnten wir viel genauer die anstehende Einleitung planen und Frauen mit Risikofaktoren für sich selbst oder das Kind entdecken.

Im Kreißsaal selbst war immer ein Arzt, sowie unsere Hebamme aktiv bei den werdenden Müttern. Die Frauen befinden sich hier in einem großen Raum und sind sich in weiten Stücken selbst überlassen. Durch unsere Anwesenheit und die kontinuierliche Betreuung stellt man über die zwei Wochen fest das tatsächlich immer mehr der lokalen Kollegen es uns gleichtaten und eine richtige Betreuung der wehenden Patientinnen stattfand. Es wurden für das lokale Personal neue Geburtspositionen mit der Hebamme ausprobiert und eine fortlaufende Überwachung der Kinder unter den Wehen erreicht. Hierzu wurde das CTG aktiviert, was mit großem Interesse wahrgenommen wurde, oder das gute alte Hörrohr wurde in regelmäßigen Abständen eingesetzt. Im Verlauf der Zeit hatte man zunehmend das Gefühl, dass die jungen Kollegen alles Wissen in sich aufsaugen und es unter unserer Anleitung auch ausprobieren wollen.

Zu jeder Geburt waren eine ärztliche Kollegin oder ein Kollege, sowie eine Hebamme von uns anwesend. Es erfolgte die Anleitung der lokalen Ärzte und Hebammen. Dabei war uns die kindliche Herztonüberwachung sehr wichtig. Dies wird häufig aufgrund der fehlenden Ausbildung nicht getan. Dadurch gibt es eine relativ hohe Zahl an kindlichen Asphyxien. Durch unsere Gegenwart konnten wir dies deutlich verbessern. Unter Anleitung führten wir Vakuumextraktionen bei entsprechender Indikation durch.

Nach jedem Partus erfolgte die Erstversorgung der Kinder durch unseren Kinderarzt oder Kinderintensivpfleger. Es wurde dadurch zur Routine, dass die Kinder direkt postpartal untersucht werden und nicht wie sonst so häufig „beiseitegelegt“ werden, bis die Mutter sich um das Kind kümmern konnte. Depressive Kinder konnten so identifiziert und entweder stabilisiert, oder auf die Neonatologie verlegt werden. Für diese Tätigkeit wurde die Kinder-Reha-Einheit reaktiviert, welche leider in unserer Abwesenheit wohl weniger genutzt wurde.



Auf Wunsch der Ärzte und Hebammen vor Ort haben wir spontan ein praktisches Kinder-Reha-Training angeboten und mit allen Kolleginnen und Kollegen dies kräftig geübt. Neben dem Faktor Spaß, den wir alle mit hochroten Köpfen hatten, hatte dieses Training am nächsten Tag gleich seinen Erfolg gezeigt. Ein initial „schlechtes“ Kind konnte nach einer Notfallsectio gut wiederbelebt werden.

Insgesamt sieht man über die Jahre hinweg, dass sich die Einstellung „das Neugeborene muss den Weg ins Leben alleine finden“ immer mehr zu „wir können ja etwas Unterstützung anbieten“ geändert hat. Dies ist sehr erfreulich zu sehen, denn das kontinuierliche Aktivieren der Hebammen und Ärzte, die häufig noch einen weiteren Job nachmittags und abends ausüben müssen um die Familie versorgen zu können, ist in der Vergangenheit sehr mühsam gewesen.

Was wir bei diesem Einsatz als sehr positiv erlebt haben, war die Zusammenarbeit mit der Neonatologie. In der Vergangenheit waren das sehr häufig zwei komplett voneinander getrennte Bereiche. Durch den gleichzeitigen Einsatz vor Ort eines Archemed-Teams erfolgte ein sehr angenehmer, niederschwelliger Austausch der beiden Teams. Diese Synergie kam den Patientinnen vor Ort direkt zu. Wenn eine Verlegung eines Kindes notwendig wurde, verlief dies reibungslos. In der zweiten Woche stellten wir dann mit Erstaunen fest, dass das was wir aus Deutschland kennen, eine Hand -in - Hand mit der Neonatologie, auch in Asmara Realität wurde. Lokale Kollegen entschieden selbstständig, dass ein Kind besser verlegt werden sollte. Verlegungspapiere wurden fertiggestellt, und ein junger ärztlicher Kollege oder eine Hebamme verlegte das Kind. In der Vergangenheit scheuten sich viele davor. Das Ausfüllen der Verlegungspapiere stellte ein Problem dar. Diese werden von der Neonatologie berechtigterweise gefordert (der Ton stimmt nicht immer), aber ein Teil der Hebammen ist des Lesens und Schreibens nicht ausreichend mächtig. Ggf. wäre hier ein Ankreuz-Bogen eine Option, um gewisse Basisinformationen zu vermitteln, ohne die Anforderungen für einen Teil des Personals vor Ort zu hochzustecken.

Erfreulicher Weise entpuppten sich unsere beiden „Gäste“ als wahre Techniker. Sie erreichten es durch die Mithilfe lokaler Partner, dass die fehlende Wasserversorgung im Kreißsaal teilweise wiederhergestellt werden konnte. In einem Kreißsaal dieser Größe ein essentieller Vorteil. Des Weiteren wurden Stromleitungen hergerichtet und die Beleuchtung im Kreißsaal somit wiederhergestellt. OP-Lampen, Wagen etc. wurden in einen funktionsfähigen Zustand versetzt.

Durch unseren Anästhesisten haben wir in den zwei Wochen versucht die Anlage der SPA zu standardisieren und sicherer zu machen. Dazu haben wir klare Ablaufpläne entwickelt (wann, was und durch wen). Häufig war in der Vergangenheit die Eigenregie ein Problem, durch welche es zu falschen Abläufen gekommen ist.

Parallel erfolgte die Standardisierung der Sectio-Op. Bis dato nahm sich der Operateur häufig während der OP aus dem bereitstehenden Sieb was er suche und wollte. Anstatt eines OP-Tisches wurden die Instrumente auf der Patientin gelagert. Wir entwickelten einen Standard wie ein OP-Tisch im Idealfall aufgebaut sein könnte, und wie instrumentiert werden sollte. Dies hat uns einige graue Haare gekostet, aber es war schön mitzubekommen, dass jede OP-Schwester bzw. jeder Anästhesie-Pfleger (verantwortlich für die PDA) mit uns im OP arbeiten wollte, da sie das Gefühl hatten dann

a) etwas zu lernen

b) Wertschätzung entgegengebracht zu bekommen.

Nach zwei Wochen war man endlich da wo eine Operation ohne viele Worte erfolgen konnte. Jeder wusste was der nächste Schritt ist und was dafür ggf. notwendig ist.

Das Adahamus-Krankenhaus hatte einen ganz freudigen Tag als die von Dr. Bahr gespendeten Nellcor-Pulsoxymeter installiert werden konnten. Mit Freude wurden die O2-Sättigung aller Kinder gemessen (und von uns: keiner erreichte die gewünschten 100%, liegt wohl etwas an der Höhe) und die Neugeborenenversorgung wurde plötzlich zu einem kleinen Volksfest. Jetzt heißt es hoffen, dass die Bereitschaft die Geräte zu nutzen auch nach unserer Abreise andauert.

Weiterhin haben wir den mangelnden Willen des Chefarztes im Orotta-Krankenhaus bei einer Zusammenarbeit als Problem erlebt. Hier haben intensive Gespräche stattgefunden mit der beidseitigen Absichtserklärung für die Zukunft wieder besser kooperieren zu wollen. Dem CA war es dabei ein großes Anliegen, dass er in die Einsatzplanung miteinbezogen wird, und nicht wie in der Vergangenheit durch die Krankenhausleitung vor vollendete Tatsachen gestellt wird, wenn das nächste Team kommen würde. Laut seiner Aussage ist es schwierig für die Kollegen und ggf. auch unangenehm, ein internationales Team vor Ort zu haben, wenn viel zu tun ist wie zum Semesterabschluss, wenn Prüfungen anstehen. Dies ist aus unserer Sicht nur zu verständlich und wir haben uns auf eine bessere Abstimmung mit dem Chefarzt geeinigt.

Auch haben wir die fehlende Kooperation zwischen Geburtshilfe und Neonatologie kritisch betrachtet. Hier scheint es keine Kooperation geben zu wollen. Dieses Problem haben wir auch mit der Leitung des Krankenhauses angesprochen. Das Thema ist in der Vergangenheit bereits mehrfach diskutiert worden, aber eine Lösung scheint mit den aktuellen Kollegen sehr schwer. Zu weit gehen die eigenen Interessen auseinander. Die Geburtshelfer fühlen sich für jedes Kind das verlegt wird kritisiert und Verlegen aus diesem Grund nicht. Hier sollte durch eine gute Kooperation der unterschiedlichen internationalen Teams eine Zusammenarbeit vorgelebt werden, welche exemplarisch für die lokalen Kollegen ist. Ggf. wird sich dadurch in der Zukunft ein geändertes Verhalten ergeben.

Ich möchte mich bei allen Team-Mitgliedern vor Ort und all den Menschen, die diesen Einsatz möglich gemacht haben, herzlich bedanken! Nur durch unermüdliche Arbeit und das Engagement der einzelnen Personen haben wir das Erreichte erreichen können.



Zusammenfassung:

Projektziel: Senkung der Säuglings- und Müttersterblichkeit durch Verbesserung des medizinischen Qualitätsstandards in der Geburtshilfe

Einsatzort: Orotta-Krankenhaus und stadt. Krankenhaus Adagahamus

Aktivitäten:

- Tägliche Präsenz ärztlicher Kollegen und Pflege an beiden Standorten (Orotta- und Adagahamus-Krankenhaus)
- Tägliche gynäkologische Visite auf der präpartalen und postpartalen Station mit pro Station zwischen 10-20 Patientinnen.
- Täglich U-Untersuchung aller in den letzten 24 h geborenen Kindern durch Pädiater und Kinderintensivpfleger
- Stillanleitung und Beratung zur Frühfütterung bei saugschwachen Kindern oder Frühchen (insg. 60-80)
- Assistenz bei vaginalen Geburten durch einen Geburtshelfer und eine Hebamme mit Anleitung lokalen Kollegen. Dabei
 - pro Tag 6-10 Entbindungen (insg. 60-80)
 - 7 Vakuumextraktionen
 - 8 Gemini-Entbindungen
 - 10 BEL-Entbindungen
- Erstversorgung post partal aller Neugeborenen im Beisein eines Pädiaters (insg. Ca. 70 -90 Kinder)
- Aktive Verlegung von 6 deprimierten Neugeborenen von der Geburtshilfe auf die Neonatologie
- Assistenz bei Kindernarkosen (Neugeborene) durch unseren Anästhesisten auf Bitte der chirurgischen Abteilung zur Operation bei unzureichender Expertise der lokalen Ärzte
- Durchführung von 25 Sectiones, teilweise als Operateur, teilweise als Assistenz
- Entwicklung von Standards im Bereich der Anästhesie für die PDA sowie für den operationstechnischen Ablauf. Zusammenstellung eines einheitlichen Sectio-Siebes im Adagahamus-Krankenhaus.
- 70 geburtshilfliche Ultraschalluntersuchungen
- Wiederherstellung der Wasserversorgung, Reparatur von OP-Leuchten und OP-Tischen, Wiederherstellung der Beleuchtung im Kreißaal.
- Dialog mit offiziellen Partnern:
 - Ärztlicher Direktor der Krankenhäuser
 - Vertreter des Gesundheitsministeriums
 - Vertreterin der deutschen Botschaft