

Bericht Asmara 7. – 18.11. 2011 / Archemed

Günther Dannecker

Einführung

Der Besuch in Asmara erfolgte zusammen mit Matthias Röbbelen. Zweck des Besuchs war zum einen das gegenseitige Kennenlernen und zum anderen eine 14-tägige Unterrichtsrunde im Rahmen der Ausbildung für die pädiatrischen residents (residents sind bereits examinierte Ärzte, die ein in Eritrea 3-jähriges Programm zur Ausbildung zum Kinderarzt durchlaufen).

Angestrebt ist, diesen residents regelmäßig Unterricht durch externe Spezialisten aus den verschiedensten Fachbereichen innerhalb der Kinderheilkunde zukommen zu lassen. Ein entsprechendes Programm mit einer amerikanischen Universität wurde gestoppt, hier soll nun das von Matthias Röbbelen initiierte Programm einspringen. Entsprechende finanzielle Mittel für Dozenten wurden von Archemed für 2 Jahre bereits eingeworben. Dabei ist angedacht dass monatlich ein Dozent für 2 Wochen unterrichtet.

Im Rahmen dieses Programms hatte meine Teilnahme eine Art „Ballonfunktion“, da dies der erste derartige Unterricht war. Das heißt, es gilt nicht nur die Interaktion zwischen Dozenten und residents zu beurteilen, sondern auch das gesamte Umfeld wie zum Beispiel Einbindung des Dozenten in den Klinikalltag, Tagesablauf innerhalb, aber auch außerhalb der Klinik.

Neben meiner persönlichen Unterrichtsfunktion ist angedacht, dass ich zusammen mit Matthias für die Koordination der Dozenten zuständig bin, weitere Dozenten anspreche, eventuell auch noch Unterricht für ein zweites Fach selbst übernehme und letztendlich mithelfen sollte, den bereits unterschriebenen „letter of intent“ zwischen dem Bildungsministerium in Eritrea und der Charité mit Leben zu erfüllen.

Mein Bericht gliedert sich in einen naturgemäß subjektiven täglichen **Erfahrungsbericht**, Punkte zum **residency program** und einer tabellarischen Übersicht über andere **Fragestellungen** und mögliche Konsequenzen/Aufgaben. Bei den täglichen Beobachtungen werden auch Dinge angesprochen, die nicht direkt meinem Aufgabenbereich zu zuordnen sind, die aber für ein erfolgreiches Arbeiten von Bedeutung sind.

Wichtig ist auch noch, dass der Bericht in der vorliegenden Form subjektiv ist und auch als Anstoß für weitere Diskussionen dienen sollte, nicht aber als öffentliches Papier.

Und natürlich darf ich betonen, dass mir der Einsatz in Asmara sehr gut gefallen hat und ich mich bei den Initiatoren bedanke. Das residency program ist in meinen Augen von großer Bedeutung für die ärztliche Versorgung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde in Eritrea und sollte unbedingt weiter geführt werden.

Erfahrungsbericht

Dienstag, den 8.11.2011

Erste Teilnahme am „morning meeting“ im pädiatrischen Besprechungszimmer im obersten Stock der Kinderklinik. Anwesend sind über 20 Ärzte, Matthias und ich werden in der Runde leider nicht vorgestellt, es ist aber wohl bekannt, warum wir da sind.

Angesichts der immer sehr freundlichen und höflichen Persönlichkeiten in Eritrea überrascht mich die relativ heftige und eben nicht immer ganz freundliche Diskussion, die von einigen älteren Pädiatern „gegen“ die Nachtdiensthabenden geführt wird. Es sind immer ein resident und zwei interns (Medizinstudenten am Ende ihrer Ausbildung), die über die Nacht berichten und ausgewählte Patienten vorstellen.

Anschließend dann Führung und Vorstellungsrunde durch die Kinderklinik mit Dr. Mahmud Mohammed, der „associate director of pediatrics“ und als Stellvertreter von Dr. Tewolde das Ausbildungsprogramm federführend nicht nur konzipiert, sondern auch umsetzt und durch persönliches Engagement mit Leben erfüllt.

Insgesamt Rundgang über mehrere Stationen, erstes Kennenlernen des Geländes. Die Kinderklinik ist in einen outpatient Bereich gegliedert, der in einem separaten Gebäude links vor der Kinderklinik steht, und in den inpatient-Bereich. Hier sind links nach Betreten der Klinik der „emergency room“, rechts davon der Bereich, in dem Patienten für einen Tag behandelt werden. Durch den zentral gelegenen Gang kommt man in die links gelegene „pediatric intensiv care unit, PICU“. Einen Stock darüber erstreckt sich auf beiden Seiten des Gebäudes die Station B mit bis zu 40 Säuglingen, darüber liegt die Station C mit etwas älteren Kindern, relativ häufig mit Ernährungsproblemen. Die Stationen A und D liegen jeweils separat außerhalb des Hauptgebäudes, A ist die Neonatologie und D ist für Schulkinder.

Bei dem Rundgang wird mir auch ein Kind mit rheumatischem Fieber auf Station D vorgestellt, siehe auch Fragestellungen.

Nachmittags erster Unterricht in Anwesenheit auch der älteren Mitarbeiter, es werden relativ viele Fragen gestellt, das Interesse ist trotz des „seltenen“ Fachgebietes hoch. Vom ersten Vortrag kann ich in der ersten Stunde ungefähr 40 Folien zeigen. Es empfiehlt sich auch, viele Fragen zu stellen an die Zuhörer, die „Einnickgefahr“ ist angesichts der Zeit und der Arbeitsbelastung (auch die Nachtdiensthabenden der letzten Nacht sind da !!!) groß.

Mittwoch, 9.11.2011

Nach dem „morning meeting“ Visite (round) auf Ward B. Auf dieser Station sind ca. 30 – 40 Säuglinge. Hauptsächlich Gastroenteritiden und Atemwegsinfekte. Auf Station ist ein Resident (Dr. „Tsaigai“) mit 2 Interns. Der resident und eine intern sind ausgezeichnet informiert, kennen Patienten und Diagnosen, klare Entscheidungsstrukturen. Hier kann zumindest bei der Visite nicht viel neues Wissen eingebracht werden.

Ein Kind mit blauen Skleren, Zuordnung unklar. 2 Kinder mit HIV.

Aufgefallen ist, dass bei der Visite hier sehr wenig mit den anwesenden Müttern geredet wird, dies mag aber durch meine Anwesenheit bedingt sein. Bei den nachfolgenden Visiten auf anderen Stationen bestätigt sich dieser Eindruck auch nicht.

Am Nachmittag dann Unterricht mit praktischen Übungen zur Gelenksuntersuchung. Hier fehlt eindeutig die praktische Erfahrung und es ist etwas überraschend, wie „unsicher“ die jungen Ärztinnen und Ärzte bei der Untersuchung sind. Bei einem wiederholten Kurs muss auf diese praktischen Dinge mehr Wert gelegt werden (Freiwillige, Patienten).

Donnerstag, 10.11.2011

Morning meeting, dann Visite Ward C. Hier sind Kinder im Alter von 1 -3 Jahren. Sicher fast 40 Kinder. Schwerpunkt ist ganz eindeutig die schwere Mangelernährung (severe malnutrition, PEM). Im rechten Flügel sind die „kränkeren“ und neu aufgenommenen Kinder. Ein Kind mit Meningitis ist seit 9 Tagen stationär und wird adäquat antibiotisch behandelt. Es fiebert aber weiter und ist nicht aufgeklärt, zusätzlich ist komplizierend ein Krampfanfall aufgetreten. Frage von mir, ob Tuberkulose (Tb) oder Abszess. Obwohl Tb schon im Vorfeld diskutiert wurde, bisher noch keine Therapie. Bildgebung ist nicht möglich (CT auf dem Gelände wohl vorhanden, aber defekt. Ebenso wohl in der Stadt vorhandenes MRT defekt).

Auch Kinder mit Entwicklungsverzögerung, eines davon nach meiner Meinung blind. War in der Augenklinik, aber noch keine ausreichende Untersuchung, da Narkose notwendig. Anderes Kind mit Hydrozephalus (?), auch hier fehlt die Bildgebung (Schädel-CT oder MRT).

Ein Krampfkind, bei dem zunächst Phenobarbital allein und dann in Kombination mit Carbamazepin nur mittelmäßigen Erfolg hatte. Eine Umstellung auf Valproat brachte eine Verschlechterung. Eine Abklärung ist, soweit ich das einsehen kann, nicht erfolgt (da nicht möglich ?). Es scheint auch nur drei unterschiedliche per os Antikonvulsiva zu geben, plus Phenytoin iv.

Der consultant für Neuropädiatrie, Dr. Zemichael ist involviert bei dem Kind. Hier ist deutlich die gut verständliche Unsicherheit des residents im ersten Jahr (Dr. Nasser, der ansonsten sehr gut ist, hat Ideen und ergreift Initiative, strukturiert, klar, wendet sich auch an die Eltern) zu bemerken.

Auf dem anderen Flügel liegen fast ausschließlich Kinder mit PEM, die aufgepäppelt werden nach dem WHO-Schema. Ausnahme ein Kind mit schwierig einzustellendem Diabetes. Das Kind war 1 ½ Jahre alt, wirkte aber jünger. DM scheint hier recht häufig zu sein, das Kind war auf Insulin (Mischung akut/lente) eingestellt. Auch hier war im Vergleich zu dem routinierten Umgang mit z.B. PEM ein deutlicher Unterschied in der Erfahrung zu bemerken.

Ein Kind mit V.a. ALL bei Pancytopenie, aber die Diagnose stimmt meiner Meinung nach nicht (Thrombos auf 150000 angestiegen). KM wird nicht gemacht, da „Apparat“ wohl vorhanden, aber nicht zu benutzen. Punktat muss nach außerhalb geschickt werden. Stattdessen ist eine in meinen Augen gefährliche Milzpunktion geplant, die der Chirurg (zu recht) zunächst abgelehnt hat. Also wurde bisher keine Diagnostik gemacht. Einige Kinder mit Tuberkulose, auch wieder zumindest ein Kind einer HIV-positiven Mutter.

Die Visite ging fast 2 1/2 Stunden, es war fast eine Chefvisite mit bis zu 10 Anwesenden, auch vielen Kinderkrankenschwester-Schülern und Schülerinnen, ich wurde viel gefragt. Der zuständige senior physician (Oberarzt, Dr. Tewolde) kommt regelmäßig morgens vorbei.

Fazit: Neurologie ist ganz sicher ein dringend notwendiger topic im Ausbildungsprogramm. Zusätzlich ist Endokrinologie wichtig, der Endokrinologe sollte viel Erfahrung in der Behandlung von Diabetes mellitus haben.

Später dann in outpatient department gerufen, Kind mit 2 Episoden von Arthritis, jetzt aber o.B. Workup war gut, fast zu ausführlich, deutliche Unsicherheiten bei der klinischen Untersuchung (hier sitzen auch interns!).

Unterricht dann schmerzhaft Gelenke mit Fieber (ohne Kawasaki), sowie Dermatomyositis und SLE. Zu wenige Fragen gestellt, oft müde Gesichter, Fragen bei Repetition aber sehr gut beantwortet.

Freitag, 11.11.11 (!!!!)

Morning meeting: hier wurde u.a. ein Kind präsentiert: prolongierte Austreibungsphase, APGAR 1/3/?. Pädiater sah das Kind erst 30 min nach Geburt. Dies wurde auf meine vorsichtige Anfrage erzählt, allgemeines Nicken. Aber die Zusammenhänge sind wohl kompliziert.

Die verbesserte Zusammenarbeit zwischen Geb.hilfe und Pädiatrie könnte ein Projekt werden, siehe Tabelle. Habe im Cafe Remscheid bereits Prof. Kaulhausen angesprochen, er wollte Dr. Habteab ansprechen. Regina Bähr (Hammer Forum) hat bereits 4 Funkgeräte in Deutschland liegen, da wohl Ärzte in der Nacht nicht über das Handy erreicht werden durften. Andiskutiert, ob sinnvoll oder Handys, sicher wäre gemeinsames Konzept gut.

Dann Kind in outpatient department gesehen, V.a. Hand food mouth disease.

Sehr lange Visite auf Station D. Schulkinder und Jugendliche, Dr. Judith (resident, super) und Dr. Gilmay (?), (intern, auch sehr gut. War auch im Examen bei mir sehr gut, nach Dr. Mahmud „outsmart“ some residents, wäre gut, wenn der ins pediatric residency Programm gehen würde). Im letzten Teil der Visite war Dr. Michael dabei, sehr fundiert, klar, gute Argumentation.

Unglaublich viele Kinder, spannende Krankheitsbilder: wieder RF, eine schlaffe Lähmung untere Extremität mit abdominal distention (NB ?)

Samstag, 12.11.11

Kurze Morgensvisite auf Ward D, Patient mit V.a. Hand food mouth disease hat sich etwas gebessert. Bei der Visite sind Dr. Judith, Dr. Gilmay (?) und Dr. Mikael anwesend ! Auch in der Bibliothek ist es am Samstag morgen komplett voll.

Montag, 14. November 2011

Morning meeting, es wird u.a. berichtet „1 patient died of respiratory failure“, 1 Patient mit wahrscheinlich Hepatitis A im Leberkoma, kritisch. Es wird systemisch Ceftriaxon gegeben, Paromycin wird kritisch gesehen, Laktulose ja (wird aber wohl nicht gemacht), lediglich Einläufe verfügbar. Dr. Mahmud sieht diese Patienten öfter, Prognose sehr kritisch, hohe Infektionsgefährdung, einzige Therapie Lebertransplantation (natürlich nicht verfügbar).

Mittagessen mit Frau Amina Nurhussien (Minister of Health), Herrn Schick, Botschafter BRD, Osman Saleh Mohammed, (Minister of Foreign Affairs), Mr. Yemane Ghebreab (Head FDJ Department of Political Affairs), Anästhesistin aus BRD, Dr. Habteab, Regina Bahr, Matthias, Helmut Kaulhausen und mir. Produktive Atmosphäre, Keren sei auf dem Budgetplan 2012. Baufirma ist nach meiner Erinnerung nicht im Gespräch genannt worden. Reisegenehmigungen wurden sehr deutlich vom Botschafter angesprochen, ansonsten Piepser für Dienst und Betonung, dass Zusammenarbeit zwischen Frauenheilkunde und Pädiatrie verbessert werden sollte. Restaurant Sicomoro, ital. Food, gut.

Nachmittags teaching über pathogenesis und biologicals, teilweise müde Gesichter, ist doch sehr theoretisch (aber überraschend in Prüfung auch auf diesem Gebiet gutes Wissen).

Dienstag, 15. 11.2011

Morning meeting keine besonderen Vorkommnisse

Visite auf ward A (Neonatologie). Resident war den ersten Tag da, aber wohl schon früher mal auf Station gewesen. Wusste Bescheid über Infusions- und Nahrungshandling (geht streng nach Schema). Plötzlich geht er weg, kommt nicht wieder. Auf der Suche nach ihm finde ich ihn visitierend mit Dr. Zemichael, der relativ harsch agiert und wenig Erklärungen gibt. Mit den Grundrechenarten scheint er zumindest bei einem Patienten Probleme zu haben, dabei auch unnötige Genauigkeit. Dann geht er aus dem Raum nach hinten an Zwillingen (im ersten Wärmebettchen links vom Ausgang) vorbei. Als ich dort ebenfalls nach ca. ½ min ankomme (es sind zwei Doktors im Raum), liegt twin 1 total blau-grau asphyktisch im Bett. Fange an zu beuteln, resident hört Bradykardie, Beutel kann zunächst nicht an O2 gesteckt werden. Bradykardie länger anhaltend, ich sage, dass Dr. Zemichael hinten im Raum ist und er doch kommen sollte. Resident reagiert nicht, irgendwann steigt der Puls des Kindes. Auf mein Rufen kommt Dr. Zemikael, der mir langsames Beuteln anrät. Er ging ungefähr 2 min später ohne Kommentar oder Bemerkung von der Station. Zusammen mit den anderen wurde Ursache (diskonnektierte O2-Versorgung) gefunden und beseitigt und Nahrungspause angeordnet.

Später mit Elsa noch Solosin ausgerechnet, verdünnt und angeordnet. Bei 2 nachfolgenden Besuchen auf der Station keinen Arzt mehr gesehen.

Habe mit Elsa den Zwischenfall besprochen. Elsa würde sich dringend 4 Schwestern in der Schicht wünschen, was ich auch richtig finde. Angesichts des vielen teachings und der Ausstattung (es sollten aber noch mehr Überwachungsgeräte angeschafft werden) hat mich das Ereignis doch etwas überrascht (Ärztliche Leitung?).

Unterricht keine Besonderheiten

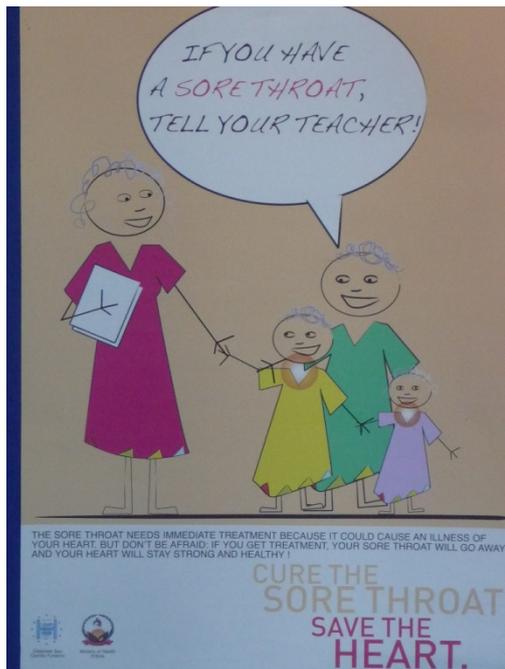
Mittwoch, 16.11.2011

Keine Besonderheiten

Donnerstag, 17.11.2011

Punktion von beiden Kniegelenken bei einem 13-jährigen Mädchen. Vorher relativ langwierige Suche des richtigen Medikaments, das auf der PICU gefunden wurde. 1 Kniegelenk von mir, eines von Dr. Nasser injiziert. Dr. Mahmud gab 5 mg Diazepam. Keine Komplikationen

Unterricht RF, Dr. Judith präsentiert vorher 2 Fälle. Diskussion auch über die Idee, wie man RF verhindern oder zumindest deutlich vermindern könnte. Dr. Mahmud erzählt von der Kampagne. Am nächsten Tag entdecken wir im Gesundheitsministerium ein Plakat (siehe Foto), das von der Kampagne übrig geblieben ist. Meine Idee (tell the teacher) ist damit schon umgesetzt, aber evtl. könnte man Auswertung und v.a. erneute Erinnerung anstreben.



Freitag, 18. 11. 2011

Nachmittags Prüfung mit powerpoint-Folien, Mix aus einfachen ja/nein-Fragen, Verbindungen, multiple-choice. Wie schön: derjenige, der im Unterricht am häufigsten eingenickt war, wusste am besten Bescheid und überzeugte auch durch die Art und Weise, wie er an die Fragen heranging. Nur ein Prüfling hätte nicht bestanden, gab als Begründung Probleme mit dem Laptop an (ist dafür wohl bekannt).

Residency program:

Dozent muss klar informiert werden. Dabei muss unterschieden werden:

Leben außerhalb der Klinik (Dozent ist ja evtl. ohne Gruppe da und auf sich alleine gestellt):

Weg Flughafen-Hotel, Hotel-Klinik. Restaurants, am besten auf Stadtplan. Empfehlung eines Reiseführers. Zu erwartendes Wetter/Temperatur. Wie erreicht er seine Familie? Wie ist er erreichbar? Es gibt ja Liste/Details von Herrn Böttcher und auch Info-Material von Dr. Mahmud. Muss dem Dozenten dann rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden.

Evtl. wohnen in Gästehaus (3 Schlafräume, 2 Bäder, Küche, großer Wohn/Essraum) der Medical School: siehe Bilder. Ist gut, liegt aber ca. 30 min Fußweg entfernt in einer Gegend ohne erkennbare Infrastruktur für den Abend (Restaurants). Ich persönlich würde wohnen im Hotel vorziehen.





Leben innerhalb der Klinik:

Dozent sollte zumindest am ersten Tag und an einzelnen Tageszeitpunkten begleitet werden. Wenn er sich 14 Tage alleine hier aufhält, ist Gefahr des Frusts groß.

Es muss ein Ansprechpartner für den Dozenten erreichbar sein. Definition der Ansprechpartner in Eritrea und bei ARCHEMED.

Welche Ansprüche an Dozenten? Gutes Englisch, umgänglich, flexibel. Auslandserfahrung? Wenn er sich zum ersten Mal alleine hier her bewegt, muss vorher ein gutes Briefing erfolgen. Immer aktualisieren und Rückkopplung durch frühere Dozenten einbringen.

Entwicklung eines Fragebogens für den Dozenten (gibt es von Dr. Mahmud)

Entwicklung eines Fragebogens für die residents (gibt es wohl, müsste Dozent aber bekannt sein)

Evtl. Strukturierung des Tagesablaufs: morning meeting, dann eine Visite mitmachen. Wenn der Unterricht dann um 16:00 ist, bleibt üblicherweise ein freier Zeitraum von 11:00 bis 16:00, gleich 5 Stunden. Hier Sprechstunde in der jeweiligen Spezialdisziplin (?), alternativ zweite Unterrichtseinheit (nurses, students). Sicher ist es für den Dozenten auch gut, nachmittags noch 1-2 Stunden für die Aktualisierung des Unterrichts zu haben.

Ideen: Dr. Mahmut entwickelt Plan mit „slots“. Dieser Plan wird von ihm sehr rechtzeitig an die jeweiligen Koordinatoren gesandt und von ihm regelmäßig „upgedated“. Wie viele Dozenten sind pro Jahr gewünscht? Welcher Rhythmus? Einjährlich ist wünschenswert, allerdings werden dann die residents bei der 3-jährigen Ausbildung drei Mal mit dem gleichen Stoff konfrontiert. Angesichts der Zahl der Gebiete wären vielleicht 6 Dozenten / Jahr das bessere Ziel, dabei kommen diese Dozenten

jedes zweite Jahr? Oder die zentralen Gebiete kommen jährlich, die peripheren zumindest 1 x / drei Jahren?

Nach gemeinsamen Gesprächen (Matthias, Dr. Mahmud und ich) sind 12 Besuche pro Jahr angestrebt, die selteneren Gebiete sollten jedes zweite Jahr abgedeckt werden.

Genauere Definition: Was soll mit dem Unterricht erreicht werden? Welche Wünsche werden von eritreischer Seite angeführt? Das Curriculum aus Eritrea sollte den Dozenten vor der Reise bekannt sein.

Welche Ziele sind von deutscher Seite definiert?

Auf die Dauer: Einbindung oder besser Rückkopplung des Programms in die Ausbildung der Studenten. Welche Defizite sind schon im Studium entstanden und dort an zu gehen?

Mir erscheint klar, dass die basics (also wie behandle ich eine chronische Malnutrition oder Rachitis) hier mit mehr Erfahrung als bei uns vorhanden sind. Das Vermitteln von hochspezialisierten Themen läuft Gefahr, dass die residents angesichts der vielen Theorie abwinken. Dies war aber trotz meiner anfänglichen Skepsis nicht der Fall. Die jungen Ärzte sind sehr wissbegierig und wissen auch viel. Allerdings sind sie oft auf einem eingefahrenen „track“ und werden bei Rückfragen aus dem Konzept gebracht. Das sehr wichtige Wissen um Anamnese und Befund führt z.B. dazu, dass die Bitte, beim wiederholten Patienten mit der gleichen Erkrankung, die Anamnese zu kürzen, Unsicherheit hervorruft. Insgesamt halte ich das residency program für einen sehr guten Ansatz, langfristige Verbesserungen zu erreichen.

Mögliche Themen:

Hämatologie, Neurologie, Diabetes mellitus plus minus Endokrinologie, Rheumatologie, Kardiologie, Gastroenterologie nach dem üblichen Durchfall und der Malnutrition, Kinderorthopädie, Neonatologie, Allergologie/Pulmologie, Nephrologie

Fragestellungen

Thema	Stand der Dinge
Vorstellung der Dozenten durch Dr. Mahmud/Dr. Tewelde	bereits angesprochen
Rheumatisches Fieber (RF): Verhinderung von schweren Herzklappenfehlern	Meine Idee, die Lehrer in den Schulen über RF zu informieren und die Kinder dann zu health care zu schicken, wurde schon vor Jahren umgesetzt. Im Gesundheitsministerium hängt ein sehr schönes Plakat mit eben diesem Thema. Es muss wohl eine breit angelegte Kampagne gewesen sein (Plakate, Radio, Fernsehen (?)), über deren Erfolg mir aber niemand Auskunft geben konnte. Hier wäre eventuell eine Wiederauflage zu überlegen, evtl. mit Evaluierung. Die Zahl der Kinder mit RF mit vermeidbaren Herzklappenfehlern ist sicher hoch und könnte mit wenig Geld deutlich reduziert werden.

Bildgebung (CT oder MRI) des Schädels	Wem gehören Geräte, wie alt, warum defekt, sind sie noch zu reparieren. Auf dem Gelände des Orotta-Hospitals wird ein Bestrahlungszentrum (?) gebaut, dafür benötigt man ganz sicher ein funktionierendes CT. Pläne ?
Durchführung einer Knochenmarkpunktion	Scheitert bisher woran? Kann sicher durch hämatologischen Dozenten abgeklärt werden.
Ausbildung in Neurologie	Es soll wohl jemand aus USA kommen, war noch nicht konkret. Alternativ kenne ich zwei sehr gut geeignete Ansprechpartner (schon angefragt)
Ausbildung in Endokrinologie/Diabetes	Kenne einen gut geeigneten Ansprechpartner (schon angefragt)
Warum trägt fast niemand der Ärzte ein Namensschild?	Wurde von Matthias bereits aufgegriffen nach gemeinsamer Absprache mit Dr. Mahmud
Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe und Pädiatrie	Ein „Minenfeld“. Ziel sollte sein, dass die Pädiater bei zu definierenden Risikogeburten vor der Geburt gerufen werden. Da werden die Pädiater zunächst abwinken, weil sie denken, das heißt mehr Arbeit (was aber nicht stimmt, da Komplikationen verhindert werden). Die Stellung der Geb.helfer in Eritrea zu diesem Thema kenne ich nicht. Hier könnte ein eigenes Projekt gestartet werden. Auch im Rahmen des teaching müssen wir diese Kooperation betonen und den Katalog „wann wird der Pädiater gerufen“ als Standard definieren. Dazu müssen wir aber auch die Geb.helfer erreichen. Sicher wird die Situation dadurch kompliziert, dass auch auf deutscher Seite Geb.hilfe und Pädiater nicht optimal an einem Strang ziehen.
Inwieweit sollten man sich dauerhaft auch um strukturelle Dinge kümmern?	Ich halte dies für ein außerordentlich brisantes Thema (transkulturell, Kolonialismus, Struktur Ges. ministerium, eigene Fehler). Andererseits ist klar, dass in Eritrea genau die gleichen Fehler in der Interaktion gemacht werden, die wir in den deutschen Kliniken schon seit langer Zeit machen. Wie kann man die Chefs der Abteilungen zu einer besseren Kooperation bringen? Ihnen helfen, aus ihren selbstgewählten „Minifürstentümern“ auszubrechen? Eine verbesserte Führungsstruktur und –kommunikation zu entwickeln (ich denke hier nicht zufällig auch an Pädiater).
Neonatologie	Insgesamt ist hier schon sehr viel getan und erfolgreich umgesetzt worden. Eine Vereinheitlichung der Schemata z.B. nach WHO-Standard wäre aber hilfreich und natürlich eine verbesserte Struktur der ärztlichen Leitungsfunktion. Es soll die andauernde Präsenz eines Arztes auf Station, der auch den Kreissaal mitversorgt, angestrebt werden. Jedes NG sollte von einer fachverständigen Person einmal gesehen werden bevor die Entlassung nach der Geburt erfolgt. Hier wird bereits eine Ausbildung durch die vom Hammer Forum mitgebrachte Kinderärztin (Frau Bähr) besonders auch der Hebammen durchgeführt. Evtl. Verbesserung der Personalsituation auf Schwesternseite.

Altlangow, den 2.12.2011

Prof. Dr. med. Günther Dannecker