



Reisebericht vom Märzeinsatz 2016 in Mendefera, Eritrea

Reiseteilnehmer:

Anke Wendt (Kinderärztin)
Anke Hestermeyer (Kinderkrankenschwester, Neo)
Bianca Eisenhauer (Kinderkrankenschwester, Neo)
Kerry Scheffel (Hebamme)

Reisezeitraum:

14.03.-26.03.2016

Reisebericht vom 10. Einsatz in Mendefera:

Am 14.3. Anreise nach Asmara, die Flüge waren ereignislos. Ankunft 3.10 Uhr, Yared hat uns abgeholt und ins Hotel gebracht. Nach kurzer Nacht und Frühstück Fahrt zur Klinik, Prüfen der Materialien vor dem Verladen aus dem Container, erfreulicherweise waren alle Materialien komplett. Dann haben wir Bianca kurz die Klinik gezeigt, bevor es auch schon auf nach Mendefera ging. Dort angekommen statteten wir der Klinik einen kurzen Besuch ab. Auf der NICU waren die Kinder am Pulsoximeter angeschlossen, allerdings lagen sie ohne Matratzen in den Wärmebettchen, sporadisch in Decken gewickelt, ohne Windeln. Erfreulicherweise waren auf allen Bettkarten Vitalwerte dokumentiert. Unerfreulich – immer noch keine richtige Wasserversorgung, jetzt seit fast vier Jahren.

Erster Tag in Mendefera (16.3.16): Nach verspätetem Transport mit der Ambulanz ins Krankenhaus Visite der Kinder mit GP Weghata. Nur das erste NICU-Zimmer war mit Patienten belegt. Ein Kind war bereits 6 Wochen alt. Bei einem Geburtsgewicht von 700 g (Gestationsalter unklar) wog es jetzt bereits 1,2 kg und war gut entwickelt. Des Weiteren lagen drei Neugeborene auf der NICU (mit Sepsis, Pneumonie bzw. Trinkschwäche), alle reif geboren. Bei allen Kindern war eine Körpertemperatur über 35 °C dokumentiert. Nach der Visite haben wir das aufgeräumt und sauber wirkende Lager aufgefüllt und die neuen Kisten ausgepackt. Alle Materialien waren vollständig. Anschließend haben wir den Kreißsaal besucht und die dringend benötigten Medikamente an Dr. David übergeben (Cytotec®, Bupivacain, Partusisten®, Oxytocin). Mit dem neuen headmidwife Asmeru haben wir 2 Kinder (1. bzw. 3. LT) vorsorglich untersucht. Nach Neuaufnahme eines drei Tage alten Neugeborenen (GG 1600 g) mit hypoglykämem Krampfanfall und Dehydratation erfolgte die Pflegerunde gemeinsam mit den eritreischen Schwestern. Dabei wurden die Zimmer gereinigt, die Waagen ausgetauscht und neue Hocker für die stillenden Mütter

aufgebaut, bereits vorhandene, kaputte Hocker mit Mussi, dem Techniker, repariert. Anschließend wurden die Zimmer aufgefüllt und Bettlaken für Windeleinlagen zerrissen. Abschließend wurde ein 3 Wochen alter Patient zum Follow-up vorgestellt, der eine relevante Patientenklientel nach Einführung der NICU repräsentierte: reif geboren, überlebt nach schwerer Asphyxie, mit ausgeprägter intrakranieller Blutung. Im cerebralen Ultraschall zeigten sich Reste einer ausgeprägten Blutung und Zeichen einer Hirnatrophie mit Liquorabflussstörung. Zudem war das Kind deutlich muskulär hypoton. Eine schwere neurologische Schädigung wird bleiben.

(17.3.): erneut verspäteter Transport zur Klinik. Bei der Visite wurde anhand eines Patienten Bilimeter und Bilifuge gecheckt und angewendet. Beide Geräte sind intakt. Ein Reifgeborenes am 1. LT mit respiratorischer Anpassungsstörung war frisch aufgenommen und mit Bubble-CPAP versorgt. Im Kreißsaal waren keine Frauen unter Entbindung. Nach Aufräumen und Aussortieren im Lager und Helfen beim Anlegen, Brustausstreichen, Stillen der Babys, begrüßten wir in der Mittagspause Samson nach seiner aufregenden Deutschlandreise. Zurück auf Station haben wir Zwillinge (vermutlich preterm, Gewicht 1,6- bzw. 1,8 kg) ungewickelt und ohne Matratze in einem Wärmebett entdeckt. Als Bedside-teaching mit 2 Schwestern wurden die Zwillinge gewickelt, die Vitalwerte und das Gewicht erhoben, und das Vorgehen am Erstversorgungsplatz geschult. Zum Abschluß des Tages gab es eine Schulung zum Thema Hypoglykämie .



(18.3.): Während der Visite haben wir anhand der Patienten erneut auf die wichtigen Eckpunkte der Grundversorgung aufmerksam gemacht: die Babys sollen in den Wärmebetten auf Matratzen und nicht direkt auf der Heizplatte liegen, sie sollen Windeln tragen und die Temperatur muss alle 4 Stunden gemessen werden. Nach Bestandserhebung im Lager und geburtshilflicher Visite sowie Stillhilfe in der Maternity erhielten die Hebammen eine Schulung in Erstversorgung, Neugeborenen-Reanimation sowie Beurteilung und Untersuchung des Neugeborenen. Selbst die Hebammen, die aus dem Nachtdienst extra für die Schulung geblieben waren, hatten großes Interesse und viele wichtige Fragen. Kerry hat mit ihnen anschließend den Kreißsaal geputzt. Parallel dazu wurden die Schwestern zum Ablauf einer Neuaufnahme aus der Maternity geschult. Nach der Mittagspause war eine eilige Sectio bei Nabelschnurvorfal und grünem Fruchtwasser. Das kräftige Baby war nach Absaugen erfreulich vital. Zurück auf Station musste ein Notfall auf der PICU bewältigt werden: Bei einem 2 Jahre alten Jungen mit Kwashiorkor und Pneumonie fiel im Röntgenbild ein Spannungspneumothorax rechts auf, der akut entlastet werden musste. Nach Anlage einer Monaldi-Drainage mit Handschuhventil unter sanfter Diazepam-Sedierung durch Dr. Samson konnten 60 ml Luft abgezogen

werden. Anschließend Verlegung des Kindes nach Asmara zur Anlage einer Bülau Drainage.

Aufgrund teils unmotiviert wirkenden Pflegepersonals, scheinbar fehlenden Interesses bezüglich Veränderungen und Schulungen auf der NICU, erfolgte ein Gespräch mit den beiden Ärzten und einer der Stationsschwwestern, in dem wir eruierten, dass dort niemand mit dem aktuellen Status auf der Station glücklich ist und weiterhin Veränderungen und Hilfe unsererseits gewünscht sind. Wir haben uns auf die Erfüllung grundlegender Punkte geeinigt (vierstündliche Temperaturkontrollen, alle Babys werden mit Wickelfolie gewickelt, Matratzen liegen in Wärmebetten). Nach einem emotionalen und aufreibenden Tag besuchten wir die Kirche St. George, die leider schon geschlossen hatte.

(19.3.): Nach pünktlicher Fahrt in die Klinik folgte die tägliche, chaotische Visite auf der NICU, mit Wickel- und Stillanleitung der Mütter und parallel die geburtshilfliche Visite mit Stillhilfe in der Maternity, wobei alle frischen Neugeborenen von uns untersucht wurden. Wir erfreuten uns an der prompten Umsetzung des gelernten Stoffes durch die Hebammen: ein 15 min altes Neugeborenes lag bereits trocken, warm, in Decken gewickelt im verschlossenen Erstversorgungsbettchen unter eingeschalteter Wärmelampe im Kreißsaal. Eine in der Nacht sektionierte Frau war septisch, sie gebar vor drei Tagen einen gesunden ersten Zwilling, der zweite Zwilling jedoch verblieb und verstarb in utero. Erst nach 72 h stellte sich die schwer septische Frau in der Klinik vor. In der Versorgungsrunde fiel auf, dass in Notfallsituationen, wie Krampfanfällen oder Hypoglykämien noch sehr verzögert gehandelt wurde und Kinder trotz ebensolcher Ereignisse frühzeitig entlassen werden, auch aufgrund massiven Druckes durch Familienoberhäupter. Deshalb besprachen wir die Kontraindikationen einer Entlassung mit den Schwestern und der GP.

Nach Begleitung der Versorgungsrunde und Betreuung der stillenden Frauen auf der MCH schulten wir die Schwestern und Ärzte zum Thema Hygienemaßnahmen. Diese Schulung wurde kurz nach Beginn unterbrochen durch die Notfallaufnahme eines Kindes mit Leberversagen: das zweijährige Kind hatte wegen Fiebers und Erbrechens eine lebertoxische Kräutermedizin von den Eltern erhalten. Dr. Samson erzählte bestürzt, dass innerhalb der letzten 6 Monate 3 Kinder daran verstarben, die selbstgebraute Kräutermedizin vor allem in den entlegenen Dörfern trotz Aufklärungsmaßnahmen noch regelhaft verwendet wird. Das Kind wurde im Laufe des Tages immer instabiler und verstarb in der Nacht.



Nach dem Mittagessen erfreuen wir uns daran, daß alle Kinder bereits frisch gewickelt und vermessen waren. Alle Werte wurden korrekt dokumentiert. Nun konnte auch die unterbrochene Fortbildung nachgeholt werden, die Schwestern wussten gut über das Thema Bescheid, und waren sehr interessiert.

(20.3.): Der Tag begann mit einem großen Lob an die Schwestern: bei der morgendlichen Untersuchungsrunde waren alle Babys bereits gewickelt und vermessen. In der MCH waren keine neuen Kinder, die septische Zwillingmutter war immer noch sehr krank, sie konnte ihren gesunden Sohn nicht stillen, so dass er nun Formulamilch erhielt. Auch technische Aufgaben erwarteten uns, so haben wir alle Perfusoren überprüft. Bei vielen funktionierte der Akku nicht mehr, sodass wir sie austauschten. In der Kinderklinik wurde ein dreizehnjähriger Junge mit intestinaler Leishmaniose neu aufgenommen. Sein Zustand war sehr kritisch: seit einigen Tagen bestand Atemnot, nun habe er von seinen Eltern eine Kräutermedizin erhalten, sodass auch hier der Verdacht auf ein Leberversagen bestand. Nach der Versorgungsrunde luden uns die Schwestern zu einer Kaffeezeremonie und zum Mittagessen ein. Dabei besprachen wir, wie man dem Schwund an wichtigen Materialien entgegen wirken kann und einigten uns auf eine Beschriftung, z. B. der Plastikwannen und Wickelfolien, mit NICU, was die Schwestern gleich umsetzten. Leider wurde Kerry bereits in der Nacht von einer Gastroenteritis heimgesucht und musste das Bett hüten.

(21.3.): Bei Ankunft in der Klinik betreuten die Schwestern gerade ein schwer asphyktisches Neugeborenes, das mit CPAP versorgt war. In der Untersuchung zeigte es nur eine Schnappatmung, die Pupillen waren weit und lichtstarr, wir einigten uns gemeinsam auf einen Therapieabbruch. Das Kind verstarb nach ca. 30 min in unseren Armen. Im Nachhinein erfuhren wir vom Dienstarzt, dass er das gegen Mitternacht geborene Kind seitdem immer wieder reanimieren musste. Die anschließende Visite mit Dr. Hailemichael war erfreulich strukturiert und ausführlich. Zu der Versorgungsrunde wurden neue Schwestern angeleitet und später mit Dr. Samson zum Thema Hygienemaßnahmen geschult. Alle Frustration der ersten Tage schien verflogen, denn ab jetzt waren alle Kinder zu den besprochenen Zeiten gewickelt, trocken und vermessen, ohne dass es einer Aufforderung bedurfte. Da die Patientenversorgung immer vorgeht, haben wir eine Schulung zum Thema Erstversorgung bei Aufnahme aufgeschoben, da sich ein 10 Monate alter Säugling mit einer hypertonen Dehydratation kritisch verschlechterte. Hierbei wurde der EPOC-Reader (BGA-Gerät) sinnvoll eingesetzt, eine kritische Hypokaliämie von 1,7 mmol/l wurde rasch erkannt und das Kalium in einer Infusion substituiert. Trotz aller Maßnahmen verstarb das Kind aber in der Nacht, vermutlich an Unterkühlung, denn eine Kontrolle durch die Schwestern war nicht erfolgt, die Mutter war erschöpft eingeschlafen. Alle Schwestern und Ärzte waren sehr besorgt um Kerrys Gesundheitszustand und wollten sich am liebsten einen eigenen Eindruck verschaffen

(22.3.): Auch die Ärzte der Klinik waren sehr interessiert an Fortbildungen und so hielten wir in der ärztlichen Frühbesprechung einen Vortrag zum Thema

Notfallzugänge. Parallel wurde erneut im Bedside-teaching das Thema Aufnahme-



prozeduren geschult. Da wir keine technischen Experten sind, ist Hans Georg gekommen und begann sogleich mit seinen Arbeiten. In der Visite wurden wir mit einem wichtigen Thema konfrontiert: Eine sichtlich überforderte Mutter stellte zum wiederholten Male ihre vernachlässigt wirkenden 16 Monate alten, weiblichen Zwillinge (Gewicht 4,8- bzw. 5 kg) mit Rachitis, Diarrhoe, Malnutrition und schlechtem Pflegezustand vor. Eine Bindung zu den Kindern schien nicht richtig zu bestehen, die Mutter wirkte depressiv und erzählte, dass ihr Ehemann bei einem Fluchtversuch gefangen genommen wurde und sie sich nun alleingelassen fühlte. Eltern und Geschwister in seelischer Not scheinen keinen Anlaufpunkt zu haben und psychische

Belastung scheint nicht als Krankheitsbild wahrgenommen zu werden. Zum Glück bietet die Kinderklinik eine, wenn auch nur kurze, Entlastung. Die Schwestern kamen zu uns und fragten, ob wir beim Zimmer-Putzen helfen könnten, was sie alle zwei Tage machen. Da packten wir natürlich gerne mit an. Nach anschließender Versorgungsrunde besprachen wir aufgrund des nächtlichen Ereignisses mit den Schwestern, welche Konsequenzen Fieber, Untertemperatur, Hypoglykämie und erhöhter Sauerstoffbedarf haben. Samson legte fest, dass bei Verschlechterung eines Kindes immer der Dienstarzt informiert werden muss. Auch auf der PICU ist Zeitmanagement ein wichtiges Thema, ein bei respiratorischer Verschlechterung des vorgestern aufgenommenen 13-jährigen Jungen angeordnetes Röntgenbild der Lunge fand erst nach erneutem Drängen nach sechs Stunden statt. Es zeigte einen Spannungspneumothorax rechts, sodass eine Notfallverlegung nach Asmara am selbigen Abend erfolgte.

(23.3.): In der ärztlichen Frühbesprechung haben wir die Ärzte zum Thema Neugeborenen- und Kinderreanimation, zum Fremdkörperaspiration-Algorithmus geschult mit Übung an der Rea-Puppe und den Ambubeutel besprochen. Nach Betreuung der Versorgungsrunde, Bedside-teaching über Versorgung bei Neuaufnahme und Visite erfolgte ein Follow-up von ehemaligen Patienten. Auch hierbei betonte Dr. Samson die zunehmende Zahl an perinatalen Asphyxien. Anschließend wurde ein 19 Tage alter weiblicher Säugling mit hypertoner Dehydratation (Natrium 172 mmol/l, pH 7,1), ausgeprägtem Mundsoor und Gewichtsabnahme von 1,4 kg seit Geburt aufgenommen. Seine Mutter wollte oder konnte nicht stillen. Die Mutter wirkte postpartal depressiv. Unter Rehydratation erlitt das Baby einen prolongierten Krampfanfall. Anhand dieses Falles haben wir mit Dr. Samson das Procedere einer Rehydratationstherapie anhand von BGA-Kontrollen diskutiert. Nochmals diskutierten wir mit den Ärzten Kontraindikationen einer Entlassung, z. B. bei O₂-Sättigungsabfällen und Apnoen. Hier einigten wir uns auf eine Mindest-Überwachungszeit von weiteren 24 h. Nach einem anstrengenden Tag wurden wir im

Hotel mit einer wunderbaren Kaffeeceremonie begrüßt, abends besuchte uns Samson zum Essen. Erfreulicherweise ging es Kerry schon etwas besser.

(24.3.): In der ärztlichen Frühbesprechung lernten die Kollegen etwas über das Thema Hyperbilirubinämie. Kerry war nun wieder gesund und voller Tatendrang. Alle waren erfreut und erleichtert. Nach Durchgang durch die Zimmer und Visite widmeten wir uns den Pulsoximetern. Alle funktionieren, die Pulsoximetergrenzen haben wir fest eingestellt. Bestürzt erfuhren wir, dass beide Kinder mit Spannungspneumothorax, die nach Asmara verlegt wurden, verstarben, wohl bedingt durch den langen Transport und eine mangelnde Überwachung dort. Samson wollte mit dem Klinikleiter besprechen, dass die Anlage einer Thoraxdrainage auch in Mendefera möglich sein muss. Der septischen Mutter ging es nun besser, sie erschien aber unwillig ihren mütterlichen Pflichten gegenüber, wahrscheinlich durch fehlendes Bonding mit dem Kleinen. Trotz dessen haben wir das Kind an ihrer Brust angelegt, denn das Stillen ist der wichtigste Faktor für das Überleben des Kindes.



Dr. Samson und Dr. Anke fahren zur Dbarwa Healthclinic. Die 2 Pfleger der Klinik zeigten uns die Räumlichkeiten, welche sehr sauber wirkten, mit guter Patientenversorgung. Für den Kreißsaal wünschten sie sich ein Wärmebett, um die Versorgung der Neugeborenen zu optimieren. Nachmittags machten wir eine erneute Hygieneschulung und Rea-Fortbildung mit den Schwestern und Ärzten. Dr. Samson verfasste die gemeinsam besprochenen Ziele und zwei weitere Punkte (u. a. muss bei Zustandsverschlechterung eines Kindes der Dienstarzt geholt werden) auf Tigrigna. Die ausgedruckte, vom Klinikleiter unterschriebene und laminierte Leitlinie wurde ins Schwesternzimmer gehängt. Die letzten Punkte verfasste er als Folge des verstorbenen unterkühlten 10 Monate alten Kindes.



(25.3.): Bei der Visite fiel auf, dass einige Neugeborene unbekleidet, ohne Wickelfolie in den Bettchen lagen. Wir machten die verantwortliche Nachtschwester und die Stationsschwester darauf aufmerksam. Beide diskutierten rege darüber, das Thema wurde sichtlich ernst genommen. Ein neu aufgenommenes fünf Tage altes

Neugeborenes mit Makrocephalus war neurologisch sehr auffällig, sonographisch diagnostizierte Dr. Samson einen massiven Hydrocephalus internus mit Verdacht auf eine Aquäduktstenose. Aufgrund fehlender Therapieoptionen in Eritrea erfolgte ein ausführliches Elterngespräch bezüglich der Erkrankung und Prognose durch Dr. Samson, das Kind wurde anschließend nach Hause entlassen. Nun neigte sich der Einsatz dem Ende zu. Bei einer stimmungsvollen Kaffeezeremonie saßen wir alle nett beisammen. Mit Dr. David besprachen wir dabei den Medikamentenbedarf für den nächsten Einsatz. Anschließend fuhr Yared Dr. Samson und uns nach Asmara zurück. Samson lud uns zum wunderbaren Essen bei seiner Familie ein und zeigte uns danach den Metal-Market und die Kirche. Nach kurzer Erholung im Hotel ging es auch schon zum Flughafen. Der Rückflug gestaltete sich erfreulich unkompliziert.

Der Einsatz war geprägt von Hoch und Tief, Frustration über initial mangelnde Umsetzung und große Freude über den Einsatz und die Wissbegierde und auch Dankbarkeit des Krankenhauspersonals, auch wenn wir in den zwei Wochen viel an Geduld und Lernbereitschaft von ihnen verlangten. So verließen wir Mendefera geschafft, aber auch wehmütig und gespannt auf das nächste Mal.



Berlin und Oldenburg, 17.06.2016

Anke Wendt

Anke Hestermeyer

Bianca Eisenhauer

Kerry Scheffel