

Barentu- Projektbericht November 2014

Unser Team :

**Carolin Meinus (Kinderärztin),
Kirsten Lepiorz (Hebamme),
Kathrin Meusel und Kathrin Genz
(Kinderkrankenschwestern),
Sebastian Hartenstein (Kinderarzt),
Jan Kessinger (Elektrotechniker)**



Seit März 2012 unterstützen wir das Gash Berka Referral Hospital (GBRH), folglich der sechste Aufenthalt für ein Team aus der Charité.



Barentu wird uns mit den Menschen in- und auch außerhalb des Klinikbereiches von Einsatz zu Einsatz vertrauter. In unserem kleinen Hotel Natsnet mit seinen sehr einfachen Zimmern fühlen sich diejenigen, die bereits öfter hier waren, schon sehr heimisch. Für alle anderen ist es erst einmal doch eher gewöhnungsbedürftig. Die „alten Hasen“ sind aber bestmöglich ausgestattet und sind zum Wohlfühlen und Eingewöhnen sehr unterstützend. Jede Menge Spaß ist garantiert. Die Tage sind erfüllt mit Eindrücken und Erlebnissen, sowie kleine Einsichten in das Leben der Menschen. Jedes Mal begegnen sie uns warmherzig, freundlich offen und neugierig.

Begrüßung im Hotel mit einer klassischen Kaffeezeremonie

Ein Besuch auf dem Wochenmarkt gehört in der Zeit unbedingt dazu. Hier verkaufen die Menschen aus dem Ort und der Region ihre Waren und es herrscht ein buntes Treiben. Auch der Weg zum bzw. vom Markt kann sehr abwechslungsreich sein. Da wird man schon mal spontan zu einer traditionellen Hochzeitsfeier eingeladen.



Straßenszene in Barentu



Einladung zu einer Hochzeitsfeier



Marktszene

Die Klinik

Zur Einführung bekamen wir eine Besichtigung des Krankenhauses durch Hr. Tederos, den Administrator. Seit Sommer 2014 ist die seit längerem geplante Blutbank in Betrieb. Diese befindet sich in einem separat stehenden Gebäude auf dem Klinikgelände. Zukünftig ist eine zentrale Versorgung der Gash Berka Region, am Beispiel in Asmara orientiert, von hier aus geplant.



Die Blutbank mit ihren Kühlschränken wird zuverlässig durch die hierfür installierten Solar Panels versorgt. Zur Prüfung der hier hergestellten Blutprodukte stehen serologische Tests für HIV, Hepatitis B u. C und Syphilis zur Verfügung. Es sind zwei Blutspendeplätze verfügbar, welche zurzeit noch vorrangig zur Blutspende durch Familienangehörige präoperativ genutzt werden. Ein suffizienter Spenderpool konnte bislang noch nicht etabliert werden. So musste während unseres Aufenthaltes ein Vollblutpräparat aus dem Militärkrankenhaus akquiriert werden, um eine Patientin mit Placenta praevia und Blutungen zu versorgen, was leider zu einer erheblichen Zeitverzögerung führte.

Die Inbetriebnahme der Blutbank ist ein großer Fortschritt, nicht nur für das Krankenhaus, sondern für die gesamte Region. Ein Ausbau der Strukturen wäre für eine zuverlässige Versorgung sehr wünschenswert. Im Labor wurde während unseres Aufenthaltes ein Gerät zur Bestimmung von Parametern der klinischen Chemie installiert. Aufgrund der hohen Außentemperaturen war dies jedoch noch nicht in Betrieb. Nach Erhalt und Installation einer Klimaanlage sollte die Bestimmung von z.B. Elektrolyten, laut Dr. Dawit, bald möglich sein. Dies könnte die Therapie, u.a. für die vielen mangelernährten Kinder mit Dehydratation und potentiellen Elektrolytschwankungen, maßgeblich verbessern.

Anschließend an die Führung fand ein Planungstreffen mit Herrn Tederos, Dr. Dawood (Pädiater), Dr. Simon (GP mit Weiterbildung Geburtshilfe) und unserem Team statt, um eine Prioritätenliste für die zahlreichen baulichen und technischen Projekte zu erarbeiten. Hierbei wurde erneut klar, dass die Elektrizitäts- und Wasserversorgung weiterhin weder ausreichend noch zuverlässig gewährleistet ist. Um Morbidität und Mortalität weiterhin zu senken, ist diese jedoch entscheidend. Für die weiteren Einsätze ist unserer Meinung nach ein Team aus mindestens 2 Technikern unbedingt erforderlich, vorzugsweise alternierend bestehend aus einem Elektriker, Wasserinstallateur und Medizintechniker. Leider befanden sich die Solar Panels weiterhin in einem deutlich verschmutzten Zustand, so dass schon allein aufgrund von Wartungsdefiziten eine optimale Ausnutzung der Elektrizität nicht möglich war. Dies wurde auf eine fehlende Infrastruktur zurückgeführt. Die Solar Panels sind zum größten Teil auf dem Dach installiert und somit ohne Leitern nicht zu erreichen. Für den folgenden Einsatz werden wir eine Leichtmetalleiter zur Verfügung stellen. Die Wartung wird dann unter der Verantwortung von Herrn Tederos durch das eritreische Team regelmäßig durchgeführt. Im Fokus stand vor allem die Instandsetzung der Kühlschränke im Labor und in der Kinderheilkunde sowie der elektrischen Versorgung im Operationssaal. Die im letzten Einsatz angebrachten Fliegengitter und Mechanismen zum Öffnen der Fenster waren mehrheitlich intakt.



Die dringend benötigten neuen Matratzen wurden sowohl vom Personal als auch von den Patienten sehr dankbar angenommen. Da sich noch viele in einem hygienisch nicht mehr zumutbaren Zustand befinden, wollen wir weitere künftig mitbringen. Auch die mitgebrachten neuen Nachtschränke brachten große Freude.

Gemeinsam mit unseren eritreischen Kollegen begannen wir mit Malerarbeiten in drei Räumen der Kinderklinik. Ebenso eine Außenwand im Innenhof wurde mit einem großen Bild versehen. Die Begeisterung war so groß, dass unsere kleinen Patienten zum Teil lachend auf die Wand zustürmten.



Arbeiten im Kreißsaal

K.Lepiorz

J. Kessinger



Die Pädiatrie

Das Personal

Dank eines motivierten und in den Führungspositionen weitgehend konstanten Personals, werden in Barentu Strukturen und Inhalte fortgeführt und stetig verbessert.

Die bereits in den vorangegangenen Berichten beschriebene dünne Personaldecke ist weiterhin ein Problem. In der Pädiatrie und Neonatologie haben wir erfreulicherweise seit Beginn des Projektes Dr. Dawood (Kinderarzt), Yonas (Head Nurse Neonatologie) und Mahlet (Head Nurse Pädiatrie) als konstante, zuverlässige und motivierte Ansprechpartner. Wir verdanken die in diesen Abteilungen stetig verzeichneten Verbesserungen vor allem ihrem kontinuierlichen Einsatz. Sie alle haben jedoch täglich mit der hohen Arbeitsbelastung und dem unzureichenden Personalschlüssel zu kämpfen. So sind weiterhin jeweils nur 5 Pflegekräfte in der Pädiatrie (für 40-50 Patienten) und Neonatologie (für ca. 10 Patienten) eingeteilt (entspricht einer Pflegekraft / Dienst).



Dr.S.Hartenstein und Dr.C.Meinus mit Dr.Dawood

Dr. Dawood ist der einzige Kinderarzt im Krankenhaus. Er betreut die Neonatologie, Pädiatrie sowie die ambulanten Sprechstunden und ist zusätzlich für regelmäßige Fortbildungen von Pflegekräften, -schülern und ärztlichen Kollegen zuständig. Bevor, wie geplant, auch die Patienten im Alter >6 Jahren als pädiatrische Patienten aufgenommen werden, muss es hier unbedingt zu einer Erweiterung der Personalstrukturen kommen (d.h. ein zusätzlicher General Practitioner (GP) in pädiatrischer Weiterbildung und weitere Pflegekräfte).

Das geburtshilfliche Team besteht aus den fest angestellten Hebammen, den regelmäßig rotierenden Krankenpflegeschülern und den beiden GPs. Letztere teilen sich ihre Anwesenheit in der Klinik sowie die Rufbereitschaften.

Zusätzliches Personal wurde gestellt durch Hebammen aus Asmara, die für einige Wochen durch die Provinzkrankenhäuser rotieren. Die Aufnahme ins Team war kollegial und herzlich. Besonders mit Dr. Simon, Dr. Foto und den Hebammen aus Asmara herrschte eine sehr gute Zusammenarbeit und ein reger Erfahrungsaustausch, was sowohl das Arbeiten bereicherte als auch das Projekt förderte. Vor allem die Ärzte wissen sehr genau um die Probleme und setzen sich sehr für die Patientinnen und die Abteilung ein.

Die Hebammen aus Asmara bereicherten ebenfalls die Geburtsmedizin, da sie sehr kompetent und motiviert sind und viele neue Impulse in die Abteilung bringen. Eine große Motivation und Wissbegierde zeigten auch die Krankenpflegeschüler, welche in der Praxis von ihrem theoretischen Wissen begeistert Gebrauch machten. Bei den fest angestellten Hebammen fehlt leider durch die relativ hohe Fluktuation, Beständigkeit. Seit Projektbeginn ist Sahlay schon die dritte Head-Midwife. Wir hoffen auch von geburtshilflicher Seite in Zukunft einen konstanten Ansprechpartner zu finden. Leider mussten wir feststellen, dass weder ein Chirurg noch ein Anästhesist zurzeit am Standort vorhanden waren. Die Notfallkaiserschnitte wurden durch einen anästhesiologischen Pfleger zusammen mit den GP's mit geburtshilflicher Weiterbildung versorgt, während für chirurgische Notfalloperationen ein Chirurg vom benachbarten Militärkrankenhaus informiert werden musste.



Die Neonatologie

In der Neonatologie sieht man stetige Fortschritte, was sicher der Stationsleitung Yonas (li. auf dem Foto) in großem Maße zu verdanken ist. Die Räume und Materialien waren sauber und wohl geordnet, das technische Equipment gepflegt und weitestgehend funktionsfähig. Yonas fungiert weiterhin als Head Nurse und geht seinen Kollegen stets als gutes Vorbild voran. Die Arbeit mit ihm ist stets von Professionalität, Motivation und Freundlichkeit geprägt. Auch der Umgang mit den Neugeborenen und Müttern ist sehr empathisch und professionell. Anregungen werden stets wissbegierig entgegen genommen, implementiert und fortgeführt.



Im Bedside-Teaching konzentrierten wir uns erneut auf die Themen Hygiene, Ernährung und Wärmehaushalt. Die Ernährung von Kindern, die nicht selber trinken können, ist weiterhin nicht optimal. Zeichen einer Dehydrierung werden nicht erkannt und auf Gewichtsverlust wird nicht adäquat reagiert. Ein Problem ist hier sicher, dass den Müttern die Ernährung ihrer Kinder zu sehr alleine überlassen wird, die damit häufig überfordert sind. Außerdem lässt sich nicht nachvollziehen, wie viel und wie oft die Kinder von den Müttern an Nahrung sondiert bekommen haben und wie sie die Nahrung vertragen. Eine Abfrage durch das Pflegepersonal findet nur sporadisch statt. Beim Teaching haben wir das Personal animiert mehr Augenmerk auf die Ernährung zu legen und die verabreichte Nahrungsmenge regelmäßig von den Müttern abzufragen und in einer Extra-Spalte in der Patientenakte zu vermerken. So kann man auch in den folgenden Schichten noch nachvollziehen, wie viel die Kinder bekommen haben. Ab dem nächsten Einsatz soll eine mitgebrachte Digitalwaage die Stillproben, sowie die täglichen Gewichtskontrollen von Neugeborenen genauer machen. Ein Stilltraining wurde von uns für beide Abteilungen (Neonatologie und Geburtshilfe) initiiert und gut angenommen. In der räumlichen Struktur der Neonatologie gab es keine Veränderungen. Es gibt je einen Raum für Inborn- und Outbornpatienten sowie einen Raum mit Inkubatoren für die Behandlung von Frühgeborenen. Für die Mütter ist ein separater Raum auf der Station vorgesehen, in dem sie bis zur Entlassung ihres Kindes schlafen können. Die Mütter können somit rund um die Uhr bei ihren Kindern sein. Während unseres Aufenthaltes war die Neonatologie mit 6-10 Patienten belegt, was laut Yonas dem Durchschnitt entspricht.



Ernährung ihrer Kinder zu sehr alleine überlassen wird, die damit häufig überfordert sind. Außerdem lässt sich nicht nachvollziehen, wie viel und wie oft die Kinder von den Müttern an Nahrung sondiert bekommen haben und wie sie die Nahrung vertragen. Eine Abfrage durch das Pflegepersonal findet nur sporadisch statt. Beim Teaching haben wir das Personal animiert mehr Augenmerk auf die Ernährung zu legen und die verabreichte Nahrungsmenge regelmäßig von den Müttern abzufragen und in einer Extra-Spalte in der Patientenakte zu vermerken. So kann man auch in den folgenden Schichten noch nachvollziehen, wie viel die Kinder bekommen haben. Ab dem nächsten Einsatz soll eine mitgebrachte Digitalwaage die Stillproben, sowie die täglichen Gewichtskontrollen von Neugeborenen genauer machen. Ein Stilltraining wurde von uns für beide Abteilungen (Neonatologie und Geburtshilfe) initiiert und gut angenommen. In der räumlichen Struktur der Neonatologie gab es keine Veränderungen. Es gibt je einen Raum für Inborn- und Outbornpatienten sowie einen Raum mit Inkubatoren für die Behandlung von Frühgeborenen. Für die Mütter ist ein separater Raum auf der Station vorgesehen, in dem sie bis zur Entlassung ihres Kindes schlafen können. Die Mütter können somit rund um die Uhr bei ihren Kindern sein. Während unseres Aufenthaltes war die Neonatologie mit 6-10 Patienten belegt, was laut Yonas dem Durchschnitt entspricht.

vorgesehen, in dem sie bis zur Entlassung ihres Kindes schlafen können. Die Mütter können somit rund um die Uhr bei ihren Kindern sein. Während unseres Aufenthaltes war die Neonatologie mit 6-10 Patienten belegt, was laut Yonas dem Durchschnitt entspricht.



Auch ein zu frühgeborenes Zwillingspärchen kam in der Zeit zur Welt. Erfreulicherweise konnte es bei komplikationslosem Verlauf und guter Gewichtszunahme vollgestillt nach wenigen Tagen nach Hause entlassen werden.

Insgesamt wurden vom 01. Januar bis 31. Oktober 2014 240 Patienten in die Neonatologie aufgenommen. Der Hauptteil der Patienten sind *inpatient*, dazu kommen Verlegungen aus dem Krankenhaus in Agordat. Grund der Aufnahme sind häufig Infektionen, Trinkschwäche sowie Asphyxien. Inwieweit sich das GBRH in der Region auch bei den beiden weiteren zuweisenden Krankenhäusern etabliert, bleibt zu evaluieren.

Seit November 2013 haben wir begonnen, Morbidität und Mortalität in der Neonatologie und Pädiatrie auszuwerten. Auch wenn die Statistik noch lückenhaft ist, scheint es erfreulicherweise im stationären Bereich eine rückläufige neonatale Mortalität zu geben. Die Neonatologie ist direkt an den Kreißsaal angeschlossen. Die Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe und Neonatologie verbessert sich stetig, ist aber noch ausbaufähig, besonders was die Erstversorgung von Risikogeburten angeht.

Die Kinderklinik

In der Versorgungsstruktur der Pädiatrie gab es personell wie auch baulich keine Veränderungen. Mahalet fungiert weiterhin als Head Nurse und geht ebenso wie Yonas ihren Kollegen stets als gutes Vorbild voran.



K.Genz, Mahalet und K.Meusel

Insgesamt sind wir auch in der Pädiatrie sehr erfreut über die stetigen Verbesserungen der Patientenversorgung.

Die niedrige Mortalität von Januar bis November 2014 in der Altersgruppe 1-6 Jahre wäre wünschenswert, könnte jedoch (auch wenn die Aufnahmebücher insgesamt sehr ordentlich geführt werden) durch eine lückenhafte Dokumentation bedingt sein. Dies muss kritisch in den folgenden Einsätzen evaluiert werden.

In der Pädiatrie konnten wir eine deutliche Verbesserung vor allem des hygienischen Standards verzeichnen. Das Anbringen von Fliegengittern, der Ersatz von Deckenplatten sowie die Einführung von verschleißbaren Trinkbechern haben sich bewährt. Die Milchküche ist gepflegt und sauber, es findet eine fachgerechte Zubereitung der therapeutischen Milch für die mangelernährten Patienten statt. Auch die Kohortierung von Patienten mit Durchfall und Erbrechen in einem der Räume der Pädiatrie halten wir für sehr sinnvoll.

Weiterhin stellen jedoch der Mangel an Wechselwäsche und die damit verbundenen verschmutzten Matratzen ein Problem dar. Das Fehlen ausreichender Wäsche führt immer wieder zu Unterkühlung, insbesondere der mangelernährten Patienten, da diese häufig lange in nassen und verschmutzten Tüchern liegen.

Aufgrund von Lieferschwierigkeiten unsererseits, gab es leider nicht ausreichend Desinfektionsmittel zur Hand-, Wund- und Flächendesinfektion.

Erneut war der Personalschlüssel sehr klein (s.o.) und somit wurden 40-50 Patienten durch eine Pflegekraft im Dienst versorgt. Unterstützung gab es durch eine Vielzahl an Pflegeschülern, die kompetent in der Erhebung der Vitalzeichen und der Antibiotikagaben zum Einsatz kamen. Trotz dieser Unterstützung ist das Arbeitsvolumen durch eine Pflegekraft praktisch nicht zu bewältigen. Dies wird vor allem in der Betreuung kritisch kranker Kinder sichtbar. Sehr wünschenswert ist eine Aufstockung des Personals, zumal langfristig auch eine Erweiterung des pädiatrischen Spektrums auf Kinder > 6 Jahre geplant ist.



Die kritisch kranken Patienten werden in einem entsprechenden Raum mit zwei Betten („PICU“) überwacht und behandelt. Aufgrund des bestehenden Personalmangels können diese Patienten im Grunde nicht ausreichend überwacht und somit versorgt werden. Da die PICU eine kontinuierliche Stromversorgung durch Solar Panels hat, halten wir das Anbringen von zwei Monitoren zur kontinuierlichen Dokumentation der Vitalparameter der Kinder für sinnvoll. Dieses sollte die 4-stündl. Runden der Pflegekräfte nicht ersetzen, sondern ergänzen. So sollte ein frühzeitiges Erkennen von akuten klinischen Verschlechterungen möglichen sein. In der PICU befinden sich auch die Reanimationswagen, welche jedoch unzureichend mit den notwendigen Medikamenten bestückt waren. Unerwartet war der frappierende Mangel an lebenswichtigen Antibiotika, die zum Zeitpunkt unseres Aufenthaltes bereits seit Wochen nicht zur Verfügung standen. Das Auftreten dieses Engpasses konnten wir nicht abschließend klären, zumal ein ähnlicher Engpass nicht von anderen Projekten berichtet wurde.



Zudem trafen wir auf dem Gelände der Pädiatrie in den Physiotherapieräumen den Physiotherapeuten, der im GBRH eine Außenstelle des Klumpfußprojektes von Katja von dem Busche im Rahmen seiner physiotherapeutischen Tätigkeit betreut. Die Behandlung und der Austausch mit Asmara scheinen sehr gut zu funktionieren.

Die geburtshilfliche Abteilung

In der Zeit des aktuellen Einsatzes herrschte stets reger Betrieb im Kreißaal. Tagsüber fanden im Schnitt 2-4 Geburten statt. Neben vielen unkomplizierten und schnellen Geburten erlebten wir auch häufig Pathologien und Komplikationen. Dies war hauptsächlich dadurch bedingt, dass es sich sehr häufig um abgebrochene Hausgeburten handelte. So ist zu erklären, dass die Gebärenden offensichtlich schon unter tagelangen Wehen und Blasensprüngen litten, bevor sie die Klinik aufsuchten. Die Folge war oft Wehenschwäche, drohende Uterusruptur und Infektionen.



K. Lepiorz mit den eritreischen Kollegen

Die kreißenden Frauen sind i.d.R. im sogenannten „Labour-Room“, einem gewöhnlichen Patientenzimmer mit drei Betten, untergebracht. In diesem halten sie sich bis zur Zeit der Austreibungsphase auf. Vaginale Untersuchungen und die Kontrolle der fetalen Herzöne erfolgen circa alle vier Stunden. Die Herztonkontrolle wird mit dem einzigen in der Geburtsklinik vorhandenen Pinard-Hörrohr durchgeführt. Das Dopton-Gerät war in Vergessenheit geraten und musste erst gesucht und mit Batterien bestückt werden. Die Begleitung durch die Geburt wird abweichend von den Gewohnheiten in Deutschland nicht durch die Hebammen, sondern durch die Angehörigen übernommen. Die Hebammen sind lediglich für die medizinische Überwachung und Versorgung zuständig. Die Sectiorate betrug im Jahr 2014 19 %. Die Indikationen waren überwiegend ein Geburtsstillstand. Liegt ein Notfall vor, dauert es bis zum Eingriff häufig sehr lange. Der Arzt ist leider, oft technisch bedingt, schlecht erreichbar; gleiches gilt für das OP-Personal.



Die postnatale Versorgung wird von den Hebammen in aller Regel routiniert durchgeführt. Allerdings kommen die Kinder, durch die teilweise sehr langen Geburtsverläufe, meist gestresst zur Welt. Auf die Verwendung der Absaugmaschine sowohl im Kreißaal als auch im Sectio-OP legten wir ein Hauptaugenmerk. Beide Maschinen waren defekt und wurden von unserem Techniker repariert. Bleibt noch zu erwähnen, dass die Neugeborenen-Versorgungseinheiten nicht gerichtet waren. Wir vermuten, dass sie wahrscheinlich wenig oder gar nicht genutzt werden.

In diesem Einsatz haben wir mehr denn je die Wichtigkeit des zügigen Absaugens bei dick-grünem Fruchtwasser sowie das Warm- und Trockenhalten des Neugeborenen betont und entsprechende Trainings durchgeführt. Nach komplikationsloser Spontangeburt verlassen die Wöchnerinnen nach 6 Stunden das Krankenhaus. Die Wöchnerinnen nach Sectio verbleiben mindestens sieben Tage in der Klinik. Meistens sogar deutlich länger, da Wundinfektionen eher die Regel als die Ausnahme darstellen und das trotz prophylaktischer Antibiotikagaben.



Ein weiteres Wochenbett-Problem stellen die ausgeprägten Anämien dar. Klinisch sind die Schwangeren und vor allem die Wöchnerinnen durchweg anämisch. Blutbildkontrollen können nur sehr sparsam durchgeführt werden. Blutkonserven sind nach wie vor rar. Die betroffenen Frauen werden somit nur oral mit Eisentabletten versorgt. Die mitgebrachten Eisenampullen für intravenöse Applikationen werden bisher anscheinend nicht verwendet. Warum ist uns unklar und sollte noch geklärt werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass alle Gebärenden eine gute Schwangerenvorsorge erfahren, die, bis auf routinemäßige Ultraschalle, alle wichtigen Untersuchungen der Mutterschaftsrichtlinien enthalten. Die mitgebrachten Urineststreifen konnten diese noch verbessern und wurden daher gerne verwendet.

Unsere Arbeit

Im Vordergrund unserer medizinischen Arbeit stehen die theoretischen Weiterbildungen und praktischen Schulungen der eritreischen Kollegen (z.B. in Hygiene, Wärmehaushalt und Ernährung, Neugeborenen-Reanimation, Erstversorgung von Risikogeburten, Absaugen und Stillen) sowie die fachliche Diskussion.

Wir führten ein interdisziplinäres Zirkeltraining durch, das gut angenommen wurde und vor allem zu einem interessanten Austausch zwischen Geburtshilfe und Neonatologie bzgl. der Erstversorgung führte.

Auf Wunsch der beiden Head Nurses bereiteten wir ein Seminar zum Thema Atemstörung und Krampfanfälle vor.



Stillanleitung



Absaugen



Erstversorgung

Besonders hervorzuheben sind die Ultraschallteachings, die wir mit Dr. Dawood am Patienten durchführten. Für diese kam Dr. Dawood zum Teil 1,5 Stunden früher zur Arbeit, um trotz der hohen Arbeitsbelastung noch ein Zeitfenster zu schaffen. Sein großes Interesse und sein Ehrgeiz bereiteten uns Freude. Hier sehen wir viel Potential für weitere Teachings, um zusammen mit Dr. Dawood die Ultraschalldiagnostik sowohl in der Pädiatrie als auch in der Neonatologie als wertvolle diagnostische Maßnahme einzuführen.



Des Weiteren muss der Bedarf an wichtigen Medikamenten, medizinischen Materialien und Geräten bestimmt werden, die in Eritrea nicht verfügbar sind.

Hinzu kommt die Arbeit der Techniker, welche die zahlreichen Mängel im baulichen und technischen Bereich in der Klinik, z.T. mit Hilfe der eritreischen Kollegen, erfassen und verbessern.



Fazit

Zusammenfassend können wir in allen Teilbereichen unseres Projektes Verbesserungen verzeichnen. Dies ist in der Neonatologie und Pädiatrie vor allem auf das kontinuierliche Engagement und die gute Zusammenarbeit mit Dr. Dawood, Yonas und Mahalet zurückzuführen. In der Geburtshilfe waren wir von der Zusammenarbeit mit Dr. Simon und Dr. Foto sehr angetan und würden uns sehr freuen, wenn diese auch in Zukunft weiterhin am GBRH in ihren Positionen tätig wären.

Die Zusammenarbeit zwischen Neonatologie und Geburtshilfe hat sich in letzter Zeit stetig gebessert, ist jedoch weiterhin ausbaufähig.

Wie bereits erwähnt ist die dünne Personaldecke kritisch für die Patientenversorgung. Insbesondere der Pflegeschlüssel in der Pädiatrie müsste aufgestockt werden. Auch wäre ein GP in Weiterbildung zur Pädiatrie eine wertvolle Unterstützung für Dr. Dawood, wie auch ein konstanter Ansprechpartner in der Geburtshilfe.

Für den weiteren Ausbau unserer Projekte vor Ort ist vor allem eine zuverlässige Strom- und Wasserversorgung maßgeblich. Deshalb wäre es zukünftig wünschenswert, unser Team um einen weiteren Techniker zu verstärken (idealerweise um einen Wasserinstallateur und Medizintechniker im halbjährlichen Wechsel).

Mit den baulichen Begebenheiten sind wir insgesamt sehr zufrieden. Hier ist vor allem ein Schwerpunkt auf Instandhaltungsmaßnahmen und die Implementierung einer zuverlässigen Strom- und Wasserversorgung zu legen.

Im Rahmen dieses Aufenthaltes erweiterte Jan Kessinger die von Martin Rhode begonnene Standortaufzeichnung mit Satellitendaten von Google-maps zu einem Lageplan. Dieser hilft nicht nur der besseren Orientierung vor Ort, sondern kann perspektivisch auch zur Planung struktureller Maßnahmen dienen. Zukünftig wollen wir den Plan um Strom- und Wasserleitungen ergänzen.

Es war uns wie immer eine große Freude, mit unseren eritreischen Kollegen an diesem Projekt zu arbeiten. Wir danken ihnen für ihre Gastfreundschaft, Offenheit und ihr Engagement und die Freundschaften, die über die Jahre entstanden sind.

Wir freuen uns auf den nächsten Einsatz!

