

Einsatz von Dr. Lilian Rempt auf den Kapverdischen Inseln vom 05.04. bis 31.05.2007 für den FHF e.V.

Projektbeschreibung:

- Erfahrungsaustausch mit den örtlichen Mediziner in Bezug auf medizinisches Fachwissen
- Unterstützung der örtlichen Mediziner
- Untersuchung der Möglichkeiten des Gesundheitswesens von Santo Antao bei der Versorgung und Behandlung von Patienten im Vergleich zu europäischen Einrichtungen
- Bedarfsermittlung an medizinischen Geräten
- Erkunden, ob ausgebildetes Personal zum Umgang mit dem gewünschten medizinischen Gerät vorhanden ist
- Feststellen, ob es fachspezifischen Ärztemangel und Ausbildungswünsche gibt
- Abfragen, ob nach erfolgter Ausbildung überhaupt Einstellungschancen bestehen.

Einsatz:

- Hospital de Joao Morais, Ribeira Grande, Santo Antao
Begleitung und Unterstützung der dortigen Mediziner für sieben Wochen
- Besuch des Krankenhauses in Vilas das Pombas, Paul, Santo Antao
- Besuch des Krankenhauses in Porto Novo, Santo Antao
- Besuch des Krankenhauses Baptista de Susa in Mindelo, Sao Vicente
- Besuch des Vereins ADEVIC, Mindelo, Sao Vicente

Einsatzbericht:

Nach meiner Ankunft auf Santo Antao erfolgte ein erstes Treffen mit Herrn Jose M. S. Pires Ferreira, dem ersten Vorsitzenden von AMIPAUL mit Besprechung des Projekts und Abgleich der jeweiligen Vorstellungen, Ziele und Wünsche. Bereits zwei Tage später konnte ich, nach entsprechendem Kennenlernen von Dr. Arlindo Nascimento do Rosario (Delegacia de Saude), mit meiner Arbeit beginnen.

Hospital Joao Morais, Ribeira Grande:

Sieben Wochen begleitete ich die operativ und anästhesiologisch tätigen Ärzte im Bezirkskrankenhaus von Santo Antao.

Das Krankenhaus umfasst eine gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung, eine Chirurgie, internistische Abteilungen, eine Kinderklinik, eine zahnmedizinische Abteilung sowie eine Notaufnahme.

Operative Eingriffe erfolgen dienstags bis donnerstags: dienstags größere Chirurgie, mittwochs Gynäkologie, donnerstags kleine Chirurgie. Montags und freitags erfolgen die entsprechenden Konsultationen, die aber nicht nur Vorstellungen zur Operation enthalten, sondern eher Sprechstunden der Fachgebiete darstellen. In der Gynäkologie entfällt ein Großteil der Konsultationstage auf Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.

Die Patienten haben teilweise relativ lange Wege (bis zu einem Tag), um die Sprechstunden aufzusuchen. Im Krankenhaus selbst wiederum müssen sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Chirurgische Sprechstunde:

Die sich vorstellenden Patienten weisen ein breites Spektrum an Krankheitsbildern und Symptomen auf, die von Bauchschmerzen über Zysten, Abszesse, Fisteln, Hämorrhoiden, Hauttumoren jeder Art und Weise, Hernien und vielem mehr reichen. Zudem handelt es sich um Patienten jeden Alters, also auch Säuglinge. In einem ärztlichen Gespräch wird über Diagnose, notwendige weitere Untersuchungen und Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

Während einfache Röntgenaufnahmen, EKG und Laboruntersuchungen wie Blutbild, Nierenwerte und BZ im Labor des Krankenhauses vorgenommen werden können, müssen die Patienten für Ultraschalluntersuchungen und die Bestimmung von Leberwerten, Pankreaswerten und beispielsweise Schilddrüsenparametern extra nach Mindelo reisen – ebenso für Ultraschalluntersuchungen! Als Gerinnungsparameter werden die Zeiten bis zur Gerinnung und die Blutungszeit herangezogen.

Gynäkologische Sprechstunde:

Ich hatte die Möglichkeit, Dr. Martha – eine kubanische Fachärztin für Gynäkologie - im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge zu begleiten. Auffallend für mich war die hohe Zahl an schwangerschaftskomplizierenden Erkrankungen (Präeklampsie,...), sowie dass viele Frauen erst mit dem vierten oder fünften Kind überhaupt eine medizinische Fachkraft aufsuchen – und dies oft auch erst bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft. Die Tatsache, dass viele Frauen in sehr entlegenen Gebieten wohnen, kommt noch erschwerend hinzu. Die Konsultation umfasst neben der Anamnese eine Lagefeststellung des Kindes und ein Abhören der kindlichen Herztöne. Ultraschalluntersuchungen sind nur eingeschränkt möglich, da das vorhandene Ultraschallgerät sehr alt ist und eine sehr schlechte Bildqualität aufweist. Gynäkologischer Schall ist aufgrund eines fehlenden Schallkopfes ebenfalls nicht möglich.

Unerwünschte Schwangerschaften bei sehr jungen Frauen und Mädchen sind keine Seltenheit – eine noch bessere Aufklärung über Prävention wäre wünschenswert. Die Diagnostik vaginaler Infektionen erfolgt bei entsprechender Symptomatik rein durch die makroskopische Beurteilung des Zervikalschleims. Mikroskop oder eine vernünftige Lampe zur vaginalen Untersuchung fehlen, der gynäkologische Tisch ist äußerst instabil.

Zusammenfassend bezüglich der Sprechstunden lässt sich sagen, dass die diagnostischen Möglichkeiten sehr eingeschränkt sind und empfohlene Untersuchungen – sei es aus finanziellen Gründen oder aufgrund fehlender Compliance – oft erst im Abstand einiger Monate erfolgen. Beispielsweise sucht ein Patient die Sprechstunde auf, da er seit drei Monaten unter Bauchschmerzen leidet. Dr. Joao Paulo da Luz empfiehlt eine Stuhluntersuchung, diese erfolgt wiederum einen Monat später und ergibt eine Amöbiasis intestinalis. Mit diesem Befund sucht der Patient wiederum erst drei Monate später erneut den Chirurgen auf, um dann endlich das Rezept für die entsprechende Medikation zu erhalten.

Der Operationssaal:

Der Operationssaal verfügt über eine Klimaanlage. Der Operationstisch ist manuell verstellbar, sterile Tücher befinden sich in großen Trommeln. Sämtliche Tupfer, Kompressen und Bauchtücher werden vor der Sterilisation von Hand zugeschnitten, gefaltet und genäht. Desinfektionsmittel befinden sich – wie im gesamten Krankenhaus üblich – in leeren Infusionsflaschen.



Große Chirurgie:

Die große Chirurgie umfasst in erster Linie Herniotomien – epigastrische Hernien, Nabelhernien, Leistenhernien und proktologische Eingriffe.

Ungeplante Notfälle, die ebenfalls operiert werden, sind Appendizitiden, Magenperforationen, Darmperforationen und ähnliches.

Die angewandten Operationstechniken sind klassisch, auch da beispielsweise Netze zum Bruchlückenverschluss gar nicht erst vorhanden sind. Die Eingriffe erfolgen ohne Elektrokoagulation, jede Blutung wird also ligiert, da das vorhandene Gerät veraltet und das Kabel nach vielfachem Flickern (mit Leukoplast) nur noch sehr bedingt einsetzbar ist. Auch sonst ist das chirurgische Besteck eher bescheiden, ein Rahmen für abdominalchirurgische Eingriffe fehlt beispielsweise ganz. Die Auswahl an Fäden ist gering, die Auswahl an Nadeln ebenfalls. Es ist schon ein Meisterwerk, mit den teilweise sehr großen Nadeln zum Beispiel vernünftige Hautnähte zu vollbringen und das dann auch noch mit viel zu großen Handschuhen. Wenn Drainagen notwendig sind, werden diese aus einem Streifen Latexhandschuh improvisiert. Möglichkeiten, Allergiker (Jod, Latex) zu behandeln, fehlen ganz. Mangelnde Compliance in Bezug auf die Wundheilung nach Entlassung wird durch eine großzügige Antibiose ausgeglichen.

Kleine Chirurgie:

Zur kleinen Chirurgie gehören Operationen von Ganglien, Lipomen, Cysten, Warzen etc.

Außer bei kleinen Kindern erfolgen diese Operationen in Lokalanästhesie – unabhängig vom Eingriffsort oder der Größe des Befunds.

Das chirurgische Besteck ist oft zu groß, die Scheren stumpf, so dass die Arbeit nicht leicht zu bewerkstelligen ist.

Gynäkologie und Geburtshilfe:

Die Operationen der Gynäkologie und Geburtshilfe umfassen neben Sectios – inklusive der Notfallhysterektomie – natürlich Abrasionen, Schwangerschaftsunterbrechungen und Tubenligaturen (Sterilisationen).

Die Indikationen zum Kaiserschnitt werden um ein Vielfaches enger gestellt als in Deutschland. Schwangerschaftsunterbrechungen erfolgen, anders als mir in Deutschland bekannt, als Saugkürettagen – wobei es nur ein Besteck gibt, das also nach Gebrauch sehr schnell wieder aufbereitet werden muss. Tubenligaturen erfolgen über einen sehr kleinen Bauchschnitt – in überraschend hoher Zahl.

Kreißsaal:

Der Kreißsaal an sich stellt einen ziemlich trostlosen Ort da. Bis zur Geburt befinden sich die Frauen in einem anderen Raum und werden erst ganz zum Schluss in den Kreißsaal verbracht. Die Möglichkeiten der Säuglingsversorgung sind äußerst gering, ein funktionierender Inkubator nicht vorhanden.

Anästhesie:

Absoluten Vorrang in der Anästhesie haben Spinalanästhesien, aus dem einfachen Grund, dass Vollnarkosen für mehr als 10 min aufgrund fehlender Voraussetzungen kaum durchführbar sind.

Es gibt ein altes Narkosegerät mit Halothanverdampfer im Flaschenbetrieb mit Lachgas und Sauerstoff. Beatmung ist nur manuell möglich, Filter oder Kinderschläuche nicht vorhanden, ebenso wenig wie eine Narkosegasableitung.

Halothan ist nach Auskunft von Frau Oilda (Anästhesie) nicht mehr erhältlich, anderes Gas kann nicht eingesetzt werden, da ein moderner Verdampfer mit dem alten Gerät nicht kompatibel ist. Tuben für die endotracheale Intubation werden, obschon eigentlich Einmalmaterial, resterilisiert, 7 und 7,5 – die üblichen Größen für Frauen - fehlen ganz. Das Laryngoskop fängt an zu rosten, es gibt nur zwei verschiedene Beatmungsmasken, Intubationshilfen für schwierige Intubationen fehlen ganz

Für das Monitoring stehen eine oszillometrische Blutdruckmessung und eine Sauerstoffsättigung zur Verfügung. EKG oder Gasmessungen gibt es nicht. Als Muskelrelaxans steht nur Succinylcholin zur Verfügung, so dass die übliche Narkose mit Trapanal und Succ eingeleitet und mit Fentanyl – in geringen Mengen – Lachgas und Succ mehr schlecht als recht aufrechterhalten wird – und das alles ohne Kaliumwert.

Für Kindernarkosen fehlen Beatmungsmasken, Guedeltuben, passende Absaugkatheter und vieles mehr.

Spinalanästhesien werden mit Quinke-Nadeln (22-25G) ohne Führungskanüle durchgeführt. Als Lokalanästhetikum steht Carbostesin 0,5% isobar zur Verfügung. Aufgrund der hohen Zahl an Spinalanästhesien und der schwierigen Materialbeschaffung werden auch hier die Materialien resterilisiert. Unzureichend sitzende Spinalanästhesien werden mit Ketanest und Valium ergänzt. Zur Flüssigkeitstherapie gibt es kristalloide Lösungen, kolloide Infusionen zur Volumenersatztherapie gibt es nicht.

Abortabrasiones werden in Analgosedierung mit Disoprivan durchgeführt, das allerdings nur zeitweise erhältlich ist.

Notaufnahme:

Die Notaufnahme gliedert sich in ein Sprechzimmer, in dem parallel Krankenschwester und Arzt von Patienten konsultiert werden, ein Behandlungszimmer und zwei Räume mit jeweils zwei Betten um Patienten vorübergehend zu überwachen, bevor sie von den jeweiligen Stationen übernommen werden.

Leider hatte ich das Pech, diese Einrichtung selbst als Patient kennen lernen zu müssen, wurde aber sehr gut und schnell behandelt.

Insgesamt kann ich sagen, dass die Zeit außerordentlich interessant für mich war. Ich habe durch viele Gespräche – vor allem mit Dr. Joao Paulo, Dr. Martha und Frau Oilda viel über die medizinischen Möglichkeiten in Ribeira Grande gelernt und meinerseits die Unterschiede zur Medizin wie ich sie bisher kannte erklärt. Viele Hinweise von meiner Seite wurden

direkt aufgegriffen, andere Dinge – es scheinen beispielsweise neue Händedesinfektionsmittel aus Deutschland eingeführt zu werden – befinden sich im Fluss.

Empfehlung:

Aus meiner jetzigen Sicht fehlen folgende Materialien/Geräte im Krankenhaus Dr. Joao Morais um eine vernünftige Grundversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten:

- Narkosegerät mit CPPV-Funktion, flaschenfähig, mit Isofluranverdampfer
- Kapnometrie, ggf. Intubationshilfen
- Gerät zur Elektrokoagulation
- Sonographiegerät mit entsprechenden Schallköpfen
- Inkubator
- Chirurgisches Besteck für kleine Chirurgie, Rahmen für Bauchchirurgie
- Spinalnadeln 25 G PP mit Führung
- Sterile Handschuhe (Gr. 7)
- Endotracheale Tuben (Gr. 7, 7,5)
- Guedeltuben und Gesichtsmasken für Kinder
- Ggf. Netze für Herniotomien

Hospital Vila das Pombas – Paul

Neben meiner Arbeit in Ribeira Grande besuchte ich etwa nach der Hälfte meiner Aufenthaltszeit auch das Krankenhaus in Paul. Diesen Besuch kombinierte ich mit einem Treffen mit Pires Ferreira, um eine Zwischenbilanz des Projektes zu ziehen.

Ich äußerte den Wunsch, während meines Aufenthaltes auch noch das Krankenhaus in Porto Novo zu besuchen, um mein Bild des Gesundheitssystems auf Santo Antao zu vervollständigen.

Beide waren wir über den Zwischenstand des Projekts zufrieden und vereinbarten ein weiteres Treffen gegen Ende meiner Zeit. Herr Pires Ferreira sagte mir zu, den Besuch in Porto Novo zu organisieren.

Das Krankenhaus in Paul ist ein sehr kleines Haus, das neben einer allgemeinärztlichen Sprechstunde auch die Möglichkeit bietet, eine geringe Zahl an Patienten stationär aufzunehmen. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind allerdings gering. Um auch die Schwangeren entsprechend betreuen zu können, wird eine speziell geburtshilflich geschulte Krankenschwester eingesetzt. Der Kreißsaal, der immerhin ein bis zweimal im Monat genutzt wird, ist nur äußerst rudimentär ausgestattet.

Der Delegierte des Gesundheitsministeriums in Paul, Dr. Brito, führte uns durch die Anlage und erläuterte uns weitere Bedürfnisse seines Zuständigkeitsbereichs.

Ein großes Anliegen ist ihm die bessere Ausstattung des Kreißsaals, insbesondere der Neugeborenenversorgung, weiteres ist in der beiliegenden Liste aufgeführt.

Hospital Porto Novo

In der letzten Woche eines Aufenthaltes erfolgte noch der Besuch des Krankenhauses in Porto Novo. Durch Herrn Pires Ferreira sehr gut organisiert trafen wir uns mit Frau Ana Paul (CRP P.Novo), die bereits alles andere veranlasst hatte.

Das Krankenhaus in P. Novo beschäftigt fünf allgemeinmedizinisch tätige Ärzte und verfügt über ein eigenes kleines Labor. Neben diversen Betten – natürlich ebenfalls einer geburtshilflichen Abteilung – ist auch hier die Sprechstunde vorrangig.

Sowohl nach Ribeira Grande mit dem Regionalkrankenhaus der Insel, als auch nach Mindelo haben die Patienten, um einen Facharzt aufzusuchen, von hier aus einen Weg von einer Stunde, wobei die Fähre nach Mindelo nur ein bis zweimal täglich fährt. Nicht zu vergessen ist, dass die Patienten teilweise schon einige Stunden brauchen, um überhaupt erst einmal nach P. Novo zu gelangen.

Dr. Emilio Ramos Moreira, der Abgeordnete des Gesundheitsministeriums, äußerte den Wunsch, eine kleine Chirurgie einrichten zu wollen, um die Patienten schneller versorgen zu können. Die Räumlichkeiten seien vorhanden, ebenso Räumlichkeiten für Besprechungsräume und weitere Sprechzimmer. Die Frage ist, ob das Gesundheitsministerium einen weiteren chirurgischen Facharzt auf Santo Antao – bei der relativen Nähe der anderen Häuser - finanzieren würde.

Eine weitere Aufgabe meinerseits war es, mich nach dem Verbleib von Material zu erkundigen, das ein Dreivierteljahr zuvor geschickt worden war, eine Antwort des Delegierten war ausgeblieben.

Dr. Emilio entschuldigte sich, er habe das entsprechende Schreiben und die Bestätigung sofort nach Erhalt des Materials an die weiterleitende Organisation in Mindelo geschickt und könne es sich nicht erklären, dass Herr Hundt es nicht bekommen habe. Das Material sei zum einen an die umliegenden Sanitätsstationen verteilt worden, zum anderen finde es in den Behandlungsräumen und im Kreißaal des Krankenhauses Anwendung. Er händigte mir Zweitschriften der Unterlagen aus und hofft, dass weitere Unterstützung trotzdem möglich ist – auch hier sind Wünsche in der beiliegenden Liste aufgeführt.

Hospital Baptista de Sousa – Mindelo

An den Besuch in Porto Novo schlossen wir noch einen kurzen Aufenthalt in Mindelo an, den wir dazu nutzten, das Krankenhaus Babtista de Sousa zu besuchen.

Herr Luis von ADEVIC begleitete uns.

Das Krankenhaus ist ein großer Komplex, der über verhältnismäßig gute Möglichkeiten der Diagnostik verfügt. Wir konnten das Labor, das Ultraschallgerät und die Radiologie besichtigen. Auch die physiotherapeutische Abteilung erscheint auf den ersten Blick gut ausgestattet.

Ein Besuch der Operationssäle war leider nicht möglich, der der Kreißsäle und der Intensivstation dafür sehr aufschlussreich.

Die Kreißsäle erscheinen – wie alle bisher gesehenen – sehr trostlos und nur unzureichend ausgestattet, vor allem die Neugeborenenversorgung betreffend.

Die Intensivstation – immerhin eines großen Krankenhauses – umfasst 4 Betten, allerdings gibt es nur für ein Bett ein entsprechendes Monitoring und ein Beatmungsgerät. Perfusoren sind vorhanden, aber sehr alt und nur noch teilweise funktionierend.

Das Beatmungsgerät ist neu und war bislang noch nicht im Einsatz, die Zahl der beatmeten Patienten hält sich mit 5-6/Jahr aber auch sehr im Rahmen – in wie weit das Personal sich mit Beatmungen auskennt, kann ich leider nicht sagen. Auf die Frage, was mit schwer kranken Patienten geschehe, erhielt ich die Antwort, sie würden mit Linienmaschinen nach Portugal evakuiert.

Ich denke, dass die Ausstattung der Intensivstation dringend verbessert werden sollte, auch wenn das nur die Beurteilung nach einem kurzen Besuch ist.

Sanitätsstation Ponta do Sol

Während meiner Zeit in Ponta do Sol trat die Organisation ADIFNSL, geleitet von Aristides Delgado, mit der Bitte einer bessern Ausstattung der Sanitätsstation in Ponta do Sol an mich heran und überreichten mir beiliegende Liste. Weitere Sanitätsstationen in Fontainias und Corvo sind geplant/im Bau, bei deren Ausstattung Hilfe ebenfalls erwünscht ist. Wir vereinbarten einen Termin, die Stationen zu besuchen, der leider nicht durchgeführt wurde. Weitere Treffen kamen nicht zustande.



Zum Ende meines Aufenthaltes führten Herr Pires Ferreira und ich noch einmal ein Resumée meiner Arbeit durch. Ich bin zufrieden und meine Erwartungen und Ziele haben sich erfüllt. Auch Herr Pires Ferreira zeigte sich zufrieden und hofft auf

eine Festigung der Beziehungen zwischen AMIPAUL und FHF e. V.

Selbstverständlich ist es nicht möglich, alle Wünsche auf den Listen zu erfüllen. Ich denke jedoch, dass durch eine enge Zusammenarbeit und durch Gespräche die Möglichkeit besteht, die benötigten Materialien und Geräte in sehr dringend benötigt und weniger dringend benötigt zu differenzieren. Allgemein gilt, dass Geräte, die geschickt werden, eine entsprechende Anleitung auf Portugiesisch/Französisch enthalten sollten. Zudem bin ich der Meinung, dass eine sinnvolle Anwendung nur möglich ist, wenn vor Ort eine entsprechende Einweisung in die Geräte erfolgt, die dann entsprechend an nachfolgende Personen weitergegeben werden kann – denn das große Problem des ständig wechselnden Personals ist von uns sicher nicht zu lösen.

Ich selbst habe in der Zeit sehr viel Neues kennen gelernt und meinen „medizinischen Horizont“ erweitert und hoffe, auch in Zukunft weiter helfen zu können.

Dr. Lilian Rempt

Freiburg im Juni 2007