

## Asmara

10.11-16.11.2019



Das letzte Jahr des Medizinstudiums verbringen die Medizinstudenten als sogenannte „Interns“ in der Klinik und arbeiten u.a. für 3 Monate in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Im Anschluss sind sie „fertige Ärzte“ und werden als sogenannte „General practitioners“(GP) in die Peripherie geschickt, um in kleinen Gesundheitszentren zu arbeiten. Hier arbeiten sie fächerübergreifend und müssen z.T. die Geburtshilfe alleine durchführen. Nach 2-3 Jahren kommen sie dann zurück nach Asmara, um eine Facharztausbildung zu starten, soweit diese vorhanden ist.

Erfreulicherweise hat sich in der Geburtshilfe einiges im Vergleich zum letzten Einsatz im April 2019 verbessert, da seit 6 Monaten 5 neue General Practitioners eingestellt wurden, die darauf hoffen, dass in Zukunft ein Facharztprogramm für Gynäkologie gestartet wird. Sie arbeiten im normalen Schichtdienst d.h. im Kreißaal sind tagsüber zwei Interns und ein GP eingeteilt. Zusätzlich ist ein Oberarzt rufbereit. Für die Überwachungsstation sind zwei Interns, ein GP und ein Oberarzt zuständig und Nachts zwei Interns im Kreißaal und ein Oberarzt rufbereit. Insgesamt ist die Versorgung der Patientinnen somit strukturierter geworden.



Trotzdem sind täglich Kinder während und vor der Geburt verstorben. Eine Schwangere verstarb aufgrund einer schweren Eklampsie und des unzureichenden rechtzeitigen Handelns in der 28. Schwangerschaftswoche. Sie war bereits Mutter von zwei Kindern.

---

Da im Krankenhaus in Keren eine Anästhesiemaschine defekt war, wurden mehrere Frauen zu uns ins Orotta Krankenhaus geschickt. Sie waren mehrere Stunden unterwegs und zwei Frauen hatte aufgrund des protrahierten Geburtsverlaufes eine Uterusruptur und mussten operiert werden. Beide Kinder verstarben intrauterin. Bei einem Fet einer fünft-gebärenden Mutter war ein Hydrocephalus nicht diagnostiziert worden. Sie war morgens um 9h mit vollständig eröffnetem Muttermund in Keren gesehen worden. Da das kindliche Köpfchen nicht in das mütterliche Becken eintrat, war sie schließlich in das Orotta Hospital verlegt worden. Um 16 h erreichte sie das Krankenhaus. Wir fuhren zügig in den OP. Das Kind war verstorben, der Uterus und die Blase rupturiert. Zusätzlich zeigte sich eine ausgedehnte intraabdominale Infektion. Es wurde schließlich eine Hysterektomie mit Blasenrekonstruktion durchgeführt.

Im Kreißsaal gibt es weiterhin kein fließendes Wasser, keine Analgetika und Blutkonserven sind Mangelware.



Ein Teil unseres Teams verbrachte die Zeit im Edaga Hamus Hospital, einem neu eröffneten Krankenhaus, das sich auch auf die Vorsorge und Prävention konzentrieren möchte. Hier bestand bei den ärztlichen Kollegen ein großes Interesse an geburtshilflichen Schulungen und Ultraschallfortbildungen. An der Klinik gibt es einen neuen GP gibt und ansonsten Interns, die demnächst in die Peripherie geschickt werden. Durch eine gezielte Ausbildung dieser Ärzte wäre es möglich eine gezieltere Vorsorge anbieten zu können.

Fazit: Da die Oberärzte am Orotta Hospital hervorragend geschult sind und ein sehr strenger Ausbildungston herrscht, denke ich, dass an dieser Klinik z.Zt. ein geburtshilflicher Einsatz weniger notwendig ist. Die Morbiditäts- und Mortalitätsrate ist weiterhin sehr hoch. Ein wichtiger Angriffspunkt unserer Interventionen sollte die Verbesserung von Vorsorgeprogrammen sein.

Im Edaga Hamus Hospital sollte sich auf die Schulung der Interns und GPs konzentriert werden. Auf diesem Weg könnte mehr Wissen in die Peripherie getragen werden, damit u.a. die Schwangerenvorsorge verbessert wird und frühzeitiger interveniert werden kann. Bei zeitgerechtem Erkennen der geburtshilflichen Probleme, wären viele der Komplikationen auch unter den gegebenen Bedingungen leicht vermeidbar. Hierzu sollten Vorträge mit den wichtigsten geburtshilflichen Themen und Ultraschallfortbildungen erarbeitet werden. Bei gezielter, ausführlicher Ausbildung der ärztlichen Kollengen, könnten diese im Verlauf selbst zu Multiplikatoren werden und das Wissen im Land an junge Kollegen weitergeben.