

Abschlussbericht Hospital Protestante de Ndouge 09.02.-24.03.2017

Teilnehmer: Projektleiter/Internist: Dr. S. Gatz
Allgemeinchirurg: Dr. R. Novak
Anästhesistin: Dr. V. Faltenbacher
Internistin: Dr. K. Schottmayer
Cand. Med.: F. Adams, Ch. Kuebler

Team:

Unser Team bestand neben unserem erfahrenen Projektleiter aus einem Allgemeinchirurgen, einer Anästhesistin und mir als Internistin. Unser Chirurg hatte bereits in Südafrika gearbeitet und ich einige Erfahrungen in Tansania als Studentin gesammelt, wir fühlten uns jedoch alle als „Neulinge“ in der Entwicklungshilfe, waren froh, einen erfahrenen Kollegen dabei zu haben und gespannt, was uns erwarten würde. Unsere zwei Studenten waren sowohl im Alltag eine große Hilfe als auch speziell für das Waste Management verantwortlich.

Vorbereitung:

Die organisatorischen Vorbereitungen wie Visum, Impfung und Flugbuchung klappten problemlos und wurden von der Humanitären Hilfe koordiniert. Ansonsten habe ich noch versucht mein mehr als eingerostetes Französisch aufzufrischen und mich etwas in die klassischen Tropenkrankheiten einzulesen.

Ankunft:

Unser Projektleiter Soeren Gatz war bereits zwei Wochen vor uns angereist. Meine beiden Kollegen habe ich am Flughafen in München getroffen und die weitere Anreise mit Brussels Airlines gelang unproblematisch – bis auf einige Verzögerungen am Gepäckband. Letztlich sind aber alle Gepäckstücke und das mitgebrachte Material gut angekommen, wir wurden von Soeren Gatz und unserem Fahrer Jonas in Empfang genommen. Den Abend verbrachten wir mit einem leckeren und netten Abendessen und unsere erste Nacht in Kamerun im Hotel „Procure“ in Douala. Am nächsten Morgen ging es weiter Richtung Ndouge und von der vollen, lauten Stadt ins grüne und bergige Inland. Nachdem wir unsere Zimmer bezogen hatten, brachen wir zum Krankenhaus auf, um uns von unserem Projektleiter herumführen und vorstellen zu lassen. Wir wurden von allen freundlich begrüßt und konnten noch einige organisatorische Dinge klären. Nach einigen Stunden war die Vorstellungsrunde erledigt und das neueingetroffene Team mit Eindrücken überladen und bereit für das Abendessen und die sehr bequemen Betten.

Arbeitsalltag:

Wir haben relativ rasch zu einer Arbeitsroutine gefunden. Chirurg und Anästhesistin haben gemeinsam mit dem Team des Bloc operatoire die chirurgischen Patienten visitiert und dann die geplanten OPs sowie die Not-OPs durchgeführt. Wir Internisten haben gemeinsam mit dem einzigen Stationsarzt der Klinik, Dr. Christian Moushili, und dem Pflegepersonal inklusive Schwesternschülerinnen die internistischen und pädiatrischen Patienten visitiert. Dabei wurde zunächst die Intensivstation gemeinsam visitiert, im Anschluss hat mein Kollege meist mit den endoskopischen und sonographischen Untersuchungen begonnen, während ich die Visite beendet habe und dann zu ihm gestoßen bin. Wenn instabile Patienten neu

angekommen waren, wurden wir meist sofort dazu geholt ebenso bei akuten GI-Blutungen. Ansonsten erfolgte die Neuaufnahme über die Consultation, die von dem Chefarzt Dr. Henang und von Robert Wanji durchgeführt wurden. Wir wurden bei unserer täglichen Arbeit tatkräftig von zwei belgischen Medizinstudentinnen unterstützt, die v.a. bei der Kommunikation mit Personal und Patienten unschätzbare Hilfe leisteten.

Ein- bis zweimal pro Woche haben wir die etwas abseits gelegene Tuberkulosestation visitiert. Die Therapie wird vom Global Fund bezahlt und gesondert ausgegeben, ebenso wird es auch mit der HHART bei HIV-positiven Patienten gehandhabt. Ansonsten gibt es kein staatliches Gesundheitssystem, Krankenhausaufenthalt, Untersuchungen und Medikamente müssen vom Patienten selbst gezahlt werden.

Die Dokumentation erfolgt in einem roten Carnet, das bei der stationären Aufnahme vom Patienten gekauft werden muss und nach Entlassung im Krankenhaus verbleibt. Die ambulanten Vorstellungen werden in einem gelben Carnet notiert. Eine Kurvendokumentation in unserem Sinne ist nicht vorhanden, von den Schwestern wird lediglich die intravenöse Medikation auf einem Stationsplan notiert und abgezeichnet. Die Einführung einer Kurve am Krankenbett, die sorgfältige Dokumentation von Flüssigkeitsmanagement, RR/BZ-Messungen und Insulingaben sowie die Verteilung von Medikamentenboxen war Bestandteil unseres Projektes.

Die vorherrschenden, internistischen Krankheitsbilder waren Malaria, Durchfallerkrankungen und bakterielle Infekte wie auch Abszesse und Tuberkulose. Wir sahen mehrere HIV-Patienten mit dem Vollbild AIDS oder einer akuten HIV-Erstmanifestation. Zudem viele Patienten mit Ulcera im Rahmen einer H.p. Gastritis, Ösophagusvarizen im Rahmen einer Leberzirrhose sowie auch Tumorerkrankungen (Magen, Blase, Prostata, Leber). Oft war bereits bei Diagnosestellung klar, dass wir den Patienten aufgrund der beschränkten Möglichkeiten nicht helfen können. Aber auch hypertensive Entgleisungen, entgleister Diabetes mellitus und Lungenembolien waren vertreten.

Die pädiatrischen Patienten wurden meist wegen Malaria, Abszessen oder Unfällen aufgenommen. Aufgrund eines guten landesweiten Programmes ist uns nur ein Fall von Mangelernährung begegnet. Aufgrund der Fehlbelastung und schweren körperlichen Arbeit lagen auch viele orthopädische Probleme vor.

Ansonsten gibt es noch eine gynäkologische Abteilung, die von Dr. Emmanuel geführt wird sowie eine sehr gut funktionierende Physiotherapie. An Diagnostik ist neben Ultraschall und Endoskopie noch Röntgen (konventionell und C-Bogen) und Labor vorhanden. Das Laborpersonal wirkte zum Teil sehr kompetent, zum Teil sehr desinteressiert. Problematisch waren aber hier fehlende Test-Seren, veraltete Tests und teilweise mehr als ungläubwürdige Ergebnisse, sodass man die wenigen möglichen Untersuchungen oft nicht als verlässlich einstufen konnte.

Während unseres Aufenthaltes hatten wir auch Gelegenheit einige andere Hospitäler aus dem Verbund zu besichtigen, darunter Foumban, Mbangwa und Nlonako. Wir haben dort Fortbildungen veranstaltet sowie an Visite und Konsultationen teilgenommen, das tragbare Ultraschallgerät war immer dabei.

Eindruck:

Obwohl wir sehr herzlich aufgenommen wurden, waren die einheimischen Kollegen zunächst zurückhaltend und zögerten, unsere Vorschläge umzusetzen. Das ist sehr verständlich, was meine eigene Person betrifft, nachdem ich zum ersten Mal in Ndoungue oder überhaupt in einem Entwicklungsprojekt tätig war. Und tatsächlich hat es Wochen gedauert, um die

Vorgänge und Hintergründe im Krankenhaus zu verstehen. Wäre ich länger geblieben, hätte ich sicher jede Woche neue Einblicke und Erkenntnisse gewonnen. Dadurch, dass die vorherrschenden Krankheitsbilder tropische Erkrankungen waren und im Falle von Tuberkulose, HIV und Malaria nationalen Strategien und einem speziellen Vorgehen unterworfen, habe ich mich in der ersten Zeit sehr überfordert gefühlt. Ich bin davon ausgegangen, dass die Kollegen vor Ort mit den landestypischen Krankheiten umgehen können und eher ich von Ihnen lernen kann. Leider war das – zumindest was den aktuellen Stationsarzt betrifft – überhaupt nicht so. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Tropenmedizin würde ich jedem internistischen Kollegen empfehlen, der vorhat in Ndoungue zu arbeiten. Glücklicherweise ist im Guesthouse viel Material vorhanden, so dass ich mich vor Ort etwas schlauer machen konnte.

Die Versorgung der stationären Patienten war problematisch. Zum einen sicher geboren aus Personalknappheit (wenig gut ausgebildete Krankenschwestern, ein einziger Stationsarzt), zum anderen aus mangelndem Wissen wurden die meisten Patienten mit einem Medikamentencocktail gegen Malaria, Typhus und andere bakterielle Infekte gleichzeitig behandelt und zusätzlich noch Helicobacter eradiziert, was in den meisten Fällen eine 5-fach Antibiose bedeutete. Oft wurde die Therapie nur aufgrund Labortests, die eigentlich schon lange obsolet sind (wie Widal) begonnen und das eigentliche Problem des Patienten missachtet. Für die Patienten, die ja alles selbst bezahlen müssen, waren damit zumeist die finanziellen Reserven schon erschöpft und die Mittel für die indizierte Therapie fehlten, es kam zu Verzögerungen, Pausen in der Antibiotikatherapie etc. Die Dokumentation war chaotisch. Unsere Bemühungen eine Kurve zu etablieren und die Medikamentenboxen zu verteilen (hierzu gab es eine eigene Arbeitsgruppe) wurden zwar mit der Zeit besser umgesetzt, aber ich bin sicher, dass das nach unserer Abreise bald wieder einschlafen wird. Möglicherweise ist das auch ein Punkt, der eher unserem deutschen Bedürfnis entspringt. Während den Visiten wurde von einigen Schwestern und Pflegern reges Interesse gezeigt und viel nachgefragt und mit der Zeit gelang es auch die Polymedikation zu reduzieren. Leider waren die verantwortlichen Ärzte weniger enthusiastisch und auch weniger anwesend. In einem Vortrag in unserer letzten Woche ging es um sinnvolle Diagnostik und Therapie, auch hier war von Seiten der Pflege ein dankbares Annehmen und Interesse vorhanden, auch das Laborpersonal war anwesend. Von den Ärzten leider wieder nur Dr. Henang.

Kurz vor unsere Abreise wurden zwei neue Ärzte eingestellt, in der kurzen Zeit, die ich mit Dr. Samuel verbracht habe, hatte ich den Eindruck, dass dieser mehr Kompetenz mitbringt.

Ein weiteres Problem, mit dem unsere einheimischen Kollegen überfordert waren, waren Notfallpatienten. Wann immer ein Schock-Patient kam, wurden wir meist sofort gerufen und uns die erste Reihe überlassen. Wenn ich an diese Situationen denke, bleibt ein sehr ungutes Gefühl.

Zum einen konnten wir nur einzelnen dieser Patienten – z.B. mit Blutstillung oder OP – helfen, die meisten der „internistischen“ Schockpatienten konnten aufgrund der eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nicht adäquat behandelt werden. Engmaschiges Überwachen auf den Stationen von Patienten, die vital bedroht waren, fand entweder nicht statt oder auf Kosten anderer Patienten. Der Großteil der pflegerischen Besetzung besteht aus Schwesternhelferinnen, die nach ihrer einjährigen Ausbildung allenfalls ein rudimentäres medizinisches Wissen mitbringen. Die deutlich besser ausgebildeten und auch sehr engagierten Schwestern und Pfleger mit 3jähriger Ausbildung waren leider in der Unterzahl.

Zum anderen haben wir hier unseren Lehrauftrag - meiner Meinung nach - nicht gut ausgeführt. Als deutsches Team verfällt man in Stresssituationen doch leicht in die gewohnte Sprache. Besser wäre Englisch gewesen, eigentlich hätte die Kommunikation auf Französisch stattfinden müssen. So konnten unsere kamerunischen Kollegen sicher vieles von dem, was wir taten, nicht verstehen und man kann Ihnen ihre Passivität nur bedingt vorwerfen. Schulungen wären hier sicher angebracht.

Auch die sogenannten NCDs wie Hypertonus und Diabetes, die bei uns zum Standardrepertoire gehören, verursachten große Unsicherheit bei dem lokalen Team und das Verständnis der Patienten für diese Erkrankungen fehlte meist völlig.

Aufgrund der wenigen diagnostischen Möglichkeiten und dem zum Teil wirklich defizitärem Sortiment der Apotheke in Ndoungue wäre ein Netzwerk kooperierender Kliniken wünschenswert. Viele – zum Teil junge – HIV Patienten mit schwersten Infekten konnten wir nicht adäquat behandeln, aber auf die Frage, wohin wir verlegen könnten, erhielt ich nur Achselzucken oder die Standardantwort „Douala“.

Falsche Medikamente, z.B. aus Indien, mit wenig oder gar keinem Wirkstoffanteil, erschweren die Behandlung zusätzlich.

Erst die Arbeit, dann das Vergnügen:

Das Vergnügen kam auf keinen Fall zu kurz. In der näheren Umgebung konnten wir die Twin Lakes und den Wasserfall Ekom Nkam besuchen, in Foumban den Sultanspalast inklusive Sultan und sogar ein Ausflug nach Kribi ans Meer ist uns geglückt. Auch vor Ort wurden wir von vielen Einheimischen eingeladen, sei es zu Geburtstagen oder einfach zum Abendessen. Wir hatten viel Spaß am Women's Day und natürlich auch beim Abschiedsfest. Aber auch die Ausflüge ins Dorf oder in das nahe Nkongsamba oder das Volleyball-Spiel mit den einheimischen Jugendlichen (ohne nachvollziehbare Regeln) waren ein toller Ausgleich zum Arbeitsalltag. Als Team haben wir sehr gut zusammengepasst und gearbeitet und auch viel gelacht, was für mich eine unheimliche Stütze war.

Fazit:

Eine spannende, erfahrungsreiche Zeit, in der man viel über sich selbst gelernt hat. Ob das Krankenhaus wirklich massiv von meiner Anwesenheit profitiert hat, wage ich zu bezweifeln. Ich denke, dies kann nur durch ein längerfristiges Engagement erreicht werden. Aktuell sind Soeren Gatz und ein Neurologe, der nach uns ankam, soweit ich weiß, die einzigen deutschen Ärzte, die regelmäßig kommen und eine gewissen Struktur und Kontinuität

gewährleisten. Auch wenn das Diskutieren auf den Visiten oft ermüdend war, ist es sehr wichtig, sich die Zeit zu nehmen und Veränderungen mit der festen Klinikbesetzung zu besprechen und mit Ihnen zusammenzuarbeiten. Ich hätte mir mehr Präsenz von Dr. Henang auf den Stationen gewünscht, da eine Absprache mit dem Chefarzt vor Ort unerlässlich ist. Vielleicht aus Höflichkeit hat er sich jedoch sehr zurückgehalten, war immer freundlich und hilfsbereit, aber wurde von mir nicht einmal auf der Station gesehen.

Mögliche Ansatzpunkte für die Zukunft wären für mich neben den etablierten Sonographie und Endoskopie-Fortbildungen: Schockraum-Training, eine Überarbeitung des Apothekensortimentes (Keppra in 15 verschiedenen Dosierungen, aber kein kardioselektiver β -Blocker oder Breitspektrumantibiotikum), der weitere Aufbau eines Kliniknetzwerkes, um zum Beispiel HIV-Patienten mit pulmonalen Erkrankungen besser versorgen zu können, leitliniengerechte Therapie und die Vermeidung von Polymedikation sowie die Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Hypertonus. Dadurch, dass nur wenige Klinikarbeiter wirklich Englisch sprechen oder zumindest verstehen, finde ich Französischkenntnisse essentiell, um nicht frustriert die Flinte ins Korn zu werfen. Kamerun und seine Bewohner habe ich als wundervoll und gastfreundlich kennengelernt.