

„Paediatricians for Malawi“



Im Queen Elizabeth Central Hospital in Malawi.
Alle Fotos: privat

Erfahrungsbericht aus einem engagierten Projekt

Lena Rink

„Paediatricians for Malawi“ ist ein Gemeinschaftsprojekt der Universität Witten/Herdecke, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kamuzu University of Health Sciences (KUHeS), Malawi. Mithilfe von Stiftungsgeldern werden im Projekt Aus- und Weiterbildungen von Gesundheitspersonal im Bereich der Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege gefördert.

Fast die Hälfte der Bevölkerung im südostafrikanischen Land Malawi ist unter 15 Jahre alt. Diese etwa 9,6 Millionen Kinder sind insbesondere durch den Mangel an medizinischem Personal chronisch unterversorgt (Tabelle 1). Nur 20 Kinderärzt:innen praktizieren im Land.

Zwar erreichte Malawi unter großen Anstrengungen wichtige Ziele der Kindergesundheit. So sank die Kindersterblichkeit (Under-five mortality rate) in den vergangenen 20 Jahren von 145,5 auf 38,6 pro 1 000 Lebendgeborene. Auch die Anzahl chronisch mangelernährter Kinder unter fünf Jahren sinkt kontinuierlich, immer weniger sind zu klein für ihr Alter.¹ Doch Pflegekräfte, Clinical Officers (nicht-ärztliche Kliniker:innen, Arzta-

sistent:innen mit einer dreijährigen Ausbildung) und Ärzt:innen sehen sich enormen Herausforderungen bei der Vorbeugung und Versorgung kranker Kinder gegenüber (Tabelle 2).

Ausbildungsförderung mit Stiftungsgeldern

Gelder der Else Kröner-Fresenius-Stiftung finanzieren die Ausbildung von malawischen Kinderärzt:innen am Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) in Blantyre, der Universitätsklinik der Kamuzu University of Health Sciences (KUHeS).² Auf den zehn Kinderstationen des QECH übernehmen die Facharztkandidat:innen nicht nur Versorgungsaufgaben, sondern bilden auch Kinderkrankenschwestern und -pfleger sowie auf Kindergesundheit spezialisierte Clinical Officers aus und weiter. Diese Kader werden dann die Versorgung kranker Kinder in anderen Distrikten und Gemeinden stärken. Daneben fördert das Projekt je sechsmonatige Weiterbildungsaufenthalte deutscher Facharztkandidat:innen am QECH. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe ist bereit, die Ergebnisse dieser Aufenthalte zu prüfen und als Weiterbildungszeit anzuerkennen.³

	Pflegende und Hebammen	Ärzt:innen
Malawi	4,4	0,36
Ghana	42,0	1,36
Simbabwe	19,3	2,1
Sambia	13,4	11,8
Südafrika	13,0	9,0
Großbritannien	81,7	28,1
Deutschland	132,3	42,5

Tabelle 1: Gesundheitspersonal pro 10 000 Einwohner:innen
(Quelle: www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/)

	Malawi	Deutschland
Lebenserwartung (Jahre)	65,62	81,72
Müttersterblichkeit (pro 100 000 Lebendgeborenen)	349	7
Neugeborenensterblichkeit Lebenstag 0-27 (pro 1000 Lebendgeborene)	19,07	2,25
Kindersterblichkeit (Under-five mortality rate, pro 1000 Lebendgeborenen)	38,6	3,7
Impfquote Tetanus-Diphtherie-Pertussis (%)	93	91
Krankenhausbetten (pro 10000)	13	80

Tabelle 2: Wichtige Gesundheitsindikatoren Malawis im Vergleich zu Deutschland
(Quellen: UNICEF und WHO)

Die pädiatrische Notfallaufnahme am QECH durchlaufen durchschnittlich 5 800 Kinder monatlich; etwa 1 250 davon werden jeden Monat auf einer der zehn Stationen der Kinderklinik (insgesamt 180 Betten mit bis zu 250–350 stationären Patient:innen) aufgenommen. Es gibt unter anderem eine allgemeinpädiatrische, eine onkologische und eine Station für Kinder mit schwerer Mangelernährung. Die Neonatologie versorgt etwa 420 Neugeborene pro Monat. Auf diesen Stationen übernehmen Spezialist:innen nicht nur die Weiterbildung von Facharztkandidat:innen, vielmehr erfolgt dort auch ein Großteil der praktischen Ausbildung Medizinstudierender der KUHeS. Die malawischen Facharztkandidat:innen absolvieren drei Jahre der Weiterbildungszeit am QECH und 18 Monate an Partneruniversitätskinderkliniken in Südafrika. Damit entsteht vorübergehend eine Versorgungslücke auf den Kinderstationen am QECH. Facharztkandidat:innen aus Deutschland können dazu beitragen, diese Lücke während ihrer Weiterbildung zu schließen.

Weiterbildung ernst gemeint

Am 7. März 2022 startete meine ganz persönliche Reise als erste Projektteilnehmerin in Malawi. Bereits am ersten Tag im QECH zeigten sich die Unterschiede der Weiterbildungsansätze am QECH verglichen mit meinen Erfahrungen in Deutschland.

Nach einer kurzen Führung über die verschiedenen Stationen erfolgte die Einführung in den Tages- und Wochenablauf. Jeden Morgen versammeln sich alle, von den Student:innen bis zum Head of Department, zur Frühbesprechung. Es werden die Neuaufnahmen, Entlassungen, Todesfälle und BIDs (Brought in Dead) präsentiert. Die Todesfälle werden einzeln

besprochen, diskutiert und evaluiert. Ergänzt wird das morgendliche „Handover“ montags durch eine Radiologiebesprechung, donnerstags durch eine Fallbesprechung und freitags durch das „Mortality, Morbidity and Microbiology meeting“. Einmal im Monat findet zudem eine Perinatalkonferenz in Zusammenarbeit mit der Geburtenstation statt.

Weiterbildung ist ganz selbstverständlich in den beruflichen Alltag integriert, bereits die Frühbesprechung bietet ein breites Spektrum an Lernmöglichkeiten. Wöchentlich stattfindende „Journal Clubs“ und ein Weiterbildungsnachmittag für Assistenzärzt:innen komplettieren das Weiterbildungsprogramm. Jeden Donnerstagnachmittag wird man dazu von der Stationsarbeit freigestellt. Via Zoom oder vor Ort erfolgt der Unterricht zu wechselnden Themen von Kommunikation bis zu seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen. Neben den zahlreichen Möglichkeiten selbst von der Lehre zu profitieren, ist es integraler Bestandteil der Assistenzarztausbildung am QECH, Student:innen und „Interns“ zum Beispiel durch „bedside-teaching“ zu unterrichten. Zusammen mit dem konstruktiven Feedback zur Stationsarbeit durch Kolleg:innen, Oberärzt:innen und Ausbildungsbetreuer:innen, der Anleitung und Umsetzung von Prozeduren und durch Fallvorstellungen entsteht ein Arbeitsumfeld mit positiver Lernatmosphäre und Weiterbildung im Zentrum – eine Situation, wie ich sie bislang in Deutschland nicht erfahren habe.

Arbeiten und lernen in einer Umgebung mit wenig Ressourcen

Zwar ist die Versorgung für Patient:innen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen generell kostenlos. Es entstehen für die Nutzer:innen jedoch oft Nebenkosten.

Auch das medizinische Leistungsspektrum ist im Vergleich zu Deutschland eingeschränkt. Beispielsweise gibt es viel zu wenig Krankenwagen für Rettungseinsätze oder Überweisungen von peripheren Einrichtungen. Wenn Familien die Transportkosten nicht selbst decken können, verzögert sich die Aufnahme um Stunden oder sogar Tage. Schlimmstenfalls kommt die Hilfe zu spät. Weiterhin sind Medikamente in den Apotheken nicht immer erhältlich, im Klinikalltag gehen von Zeit zu Zeit die Blutgasröhrchen oder die Streifen zur Blutzuckermessung aus. Antibiotikatherapien werden nicht fortgeführt, wenn das Medikament gerade nicht verfügbar ist. Entscheidungen über die Gabe von Blutprodukten müssen gelegentlich von der zu erwartenden Prognose abhängig gemacht werden. Durch diese zum Teil bitteren Erfahrungen verstehe ich mehr und mehr, was der Begriff „low resource setting“ eigentlich bedeutet.

Anstatt sich über den Mangel zu beschweren oder zu resignieren, machen die Mitarbeitenden am QECH jedoch das Beste aus den verfügbaren Ressourcen. Fehlenden Materialien begegnet das Pflegepersonal mit kreativen Lösungen. Man kann einen Spacer für die Inhalation eines Asthmamedikaments aus einer Plastikflasche oder ein Wasserschloss für die Thoraxdrainage aus einer Infusionsflasche selbst herstellen. Gutes klinisches Wissen und Schlussfolgern der Medizinstudierenden, der Clinical officers und der Ärzt:innen sowie der rationale Einsatz von Labor und Bildgebung kompensieren an vielen Stellen den Mangel an weiterführenden diagnostischen Verfahren. Die Diagnose einer Pneumonie ist klinisch und wird nur selten durch ein Röntgenbild bestätigt oder ausgeschlossen. Die Entscheidung zur Aszitespunktion richtet sich nach der



physischen Untersuchung, nur selten auf Grundlage des Ultraschallbildes.

Neuen Herausforderungen begegnen

In den vergangenen Jahren ist die Bevölkerung Malawis rasant gewachsen. Dies liegt nicht zuletzt auch an der sinkenden Säuglings- und Kindersterblichkeit. Die epidemiologischen Veränderungen führen nicht nur zu steigenden Patientenzahlen am QECH, sondern es verschiebt sich auch das Alter. Ältere Kinder und Jugendliche bestimmen mehr und mehr das Bild und damit mehr chronische, nicht-kommunizierbare Erkrankungen. Die Kinderabteilung passt sich diesem veränderten Bedarf an. Die Erweiterung und Renovierung der Kindernotaufnahme tragen diesen Veränderungen Rechnung. Dieses Großprojekt wurde vor etwa einem Jahr in Angriff genommen und ist noch in vollem Gange. In einer provisorischen Notaufnahme findet parallel weiterhin die Notfallversorgung statt.

Ein Projekt dieser Größenordnung verläuft nirgends auf der Welt reibungslos. Die wohl größte Schwierigkeit ist gegenwärtig die weitere Finanzierung, bedingt unter anderem durch die massive Entwertung der malawischen Währung. Dennoch gibt das Team vor Ort seine Pläne für die neue Notaufnahme nicht auf. Diese Pläne umfassen Patientenmonitore, Sauerstoffleitungen und einen Raum des Abschieds. In diesem Raum werden Angehörige würdevoll von ihren verstorbenen Kindern Abschied nehmen können. Ärzt:innen und Pflegende der Notaufnahme erarbeiteten diese Pläne gemeinsam und erstellten auf der Online-Spenden-Plattform „Justgiving“ eine Website zur Finanzierung.⁴

Was ich mitnehme

Wenn dieser Artikel erscheint, bin ich wieder in Deutschland. Ich habe von den vielfältigen Weiterbildungsmöglichkeiten

am QECH, den Herausforderungen und Möglichkeiten einer Tätigkeit unter limitierten Bedingungen, vom Engagement und vom Enthusiasmus meiner Kolleg:innen profitiert. Mein detailliertes Zeugnis für diesen Weiterbildungsabschnitt und mein ausgefülltes Logbuch für die Ärztekammer Westfalen-Lippe mit meinen Aktivitäten und Kommentaren meiner Supervisorin im Gepäck, blicke ich dankbar auf die Zeit am QECH in Blantyre zurück.

Ich lernte neue Krankheitsbilder kennen, entwickelte meine klinischen Fähigkeiten weiter, baute mehr Selbstvertrauen auf und sammelte Erfahrungen in einer neuen Kultur. Diese Zeit hat auch meine Perspektive auf das deutsche Gesundheitssystem und die Weiterbildung in Deutschland nachhaltig verändert. Sie hat mir gezeigt, wie häufig wir in Überdiagnostik verfallen, anstatt uns auf unsere klinischen Fähigkeiten zu verlassen. Das QECH zeigte mir außerdem, wie gut ein System funktioniert, in dem die Weiterbildung von Ärzt:innen und Pflegekräften ganz oben auf der Agenda steht und welche Vorteile dies für die Patientenversorgung hat. Fragen zur Kindergesundheit weltweit und zur Verteilung von Ressourcen werden mich nach meiner Zeit in Malawi in meinem Leben und meiner Arbeit mehr beschäftigen als zuvor. ■

1 <https://data.unicef.org/country/mwi/>

2 <https://kurzelinks.de/9jbn>

3 <https://kurzelinks.de/dok7>

4 <https://kurzelinks.de/d5qj>

Alle Links wurden zuletzt abgerufen am 21.9.2022.

Lena Rink

ist Ärztin in Weiterbildung „Kinder- und Jugendmedizin“ im dritten Weiterbildungs-jahr an der DRK-Kinderklinik in Siegen. Im Rahmen des Projektes „Pediatricians for Malawi“ arbeitete sie von März bis September 2022 am Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi.

Rink.Lena@googlemail.com

GLOBAL TROUBLE

Der medico-Podcast

WIR WOLLEN REDEN.

ÜBER GLOBALE UNGERECHTIGKEIT UND IMPERIALE LEBENSWEISEN; GLOBALE GESUNDHEIT UND KRANKMACHENDE VERHÄLTNISSE; GLOBALE MIGRATION UND NATIONALE ABSCHOTTUNGEN; GLOBALE LIEFERKETTEN UND EINSTÜRZENDE TEXTILFABRIKEN; ÜBER WELTWEITE KRISEN, TRANSNATIONALE BEWEGUNGEN UND LÄNDER-ÜBERGREIFENDE SOLIDARITÄT. EIN PODCAST MIT DEN PERSPEKTIVEN VON MENSCHEN AUS DEM NETZWERK VON MEDICO INTERNATIONAL UND DARÜBER HINAUS. WIR MÜSSEN REDEN. GLOBAL TROUBLE.

ZU HÖREN AUF SPOTIFY, ITUNES UND ÜBERALL, WO ES PODCASTS GIBT.

WWW.MEDICO.DE/PODCAST



medico international