

Wahleinsatzbericht Managua (Nicaragua)

Sommer 2016

von Niklas Ohm, Kurs H14.1

Panama kennt man entweder wegen des großen Kanals, aus Janosch's Geschichten oder spätestens seit der „Panama-Papers“-Affäre im Frühjahr 2016. Doch selten fällt der Blick dabei auf das viel ärmere Nachbarland. In Mittelamerika gilt Nicaragua nach Haiti als das zweitärmste Land, weltweit wird es zu den ärmsten Entwicklungsländern gezählt. 5,68 Millionen Menschen (Stand 2007) leben in Nicaragua, rund 2,206 Millionen (Stand 2015) davon in der Hauptstadt Managua. Die medizinische Versorgung ist speziell in den ländlichen Regionen nicht vergleichbar mit der modernen Medizin Deutschlands.¹ Auf einem etwas höheren Niveau können Patienten in Managua behandelt werden. Grob wird zwischen privaten und öffentlichen Krankenhäusern unterschieden. So gibt es beispielsweise ein neues und modern ausgestattetes privates Militärkrankenhaus im Stadtteil Villa Tiscapa der Metropole und ein Polizeikrankenhaus im Westen der Stadt. Öffentliche Krankenhäuser sind meist sparsamer mit Medizintechnik bestückt. Das „Hospital Alemán Nicaragüense“ (HAN) zählt zu den modernsten und wurde mit Unterstützung aus der ehemaligen DDR erbaut. Aus Zelten wurden Gebäude, die heutzutage ein Krankenhaus bilden, das mind. 250 Patienten_innen aufnehmen kann. Für fünf Wochen ergab sich die einmalige Gelegenheit, in das Gesundheitssystem eines anderen Landes zu schnuppern.

Nicaraguanische Notfallversorgung

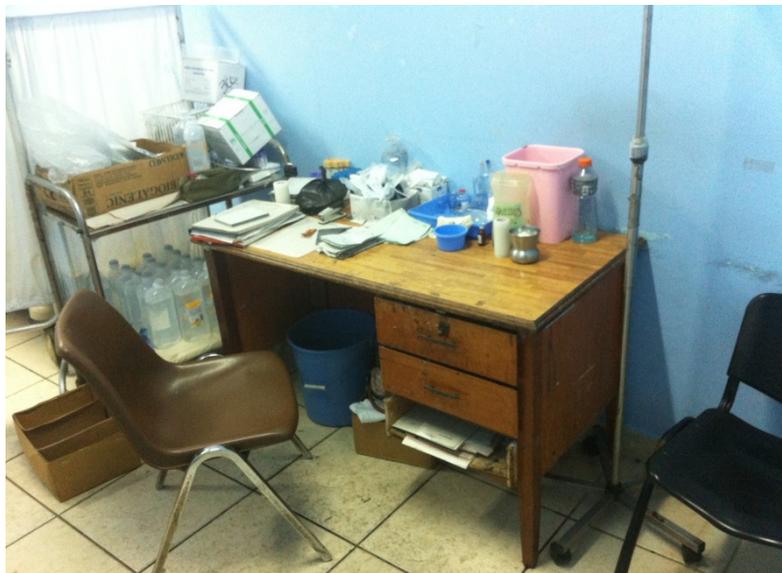
Die ersten drei Wochen verbrachte ich im Schockraum (area shock, siehe Foto) der Ersten Hilfe (emergencia), die letzten zwei auf der großen und modernen Neonatologie (neonatología). Die Struktur der Pflege ist ähnlich der in den Partner-Krankenhäusern der „Wannsee Schule e.V.“ Die Einflüsse der deutschen Aufbauunterstützung sind noch sichtbar. Es gibt Stationspfleger_innen und Bereichsleiter_innen. Ähnlich wie in den größeren Ersten



¹http://www.auswaertigesamt.de/sid_15EDB70785EB13D9B7962481B18D7004/DE/Laenderinformationen/00-SiHi/NicaraguaSicherheit.html?nn=332636#doc397056bodyText7

Hilfen in Deutschland, rotiert das Personal zwischen den unterschiedlichen Abteilungen (pädiatrische Erste Hilfe, Schockraum, Infektionsraum,...). Jeden Tag ist ein_e Pfleger_in für 24h eingeteilt, zwei weitere Kollegen_innen werden für den Tag (7-19 Uhr) und die Nacht (19-7 Uhr) eingeteilt. Rund um die Uhr befinden sich also zwei Pflegekräfte im Schockraum des HAN. Hinzukommen tagsüber zwei oder mehr Ärzte/Ärztinnen, jedoch nicht zwingend aufgeteilt nach der Fachdisziplin (internistisch, chirurgisch). Zwei Patientenbegleiter_innen sind tagsüber im Einsatz, eine_r von ihnen ebenfalls in einer 24h-Schicht, um die Nacht abzudecken.

Ein geordneter Alltag auf einer Ersten Hilfe ist schwer zu organisieren, aber nicht unmöglich. Bei allem Durcheinander, das manchmal in den Räumlichkeiten herrscht, muss man trotzdem bestimmte Abläufe einhalten. Morgens kommen auf die fünf Tragen die entsprechenden Laken, manchmal stehen jedoch weniger zur Verfügung. Diese werden über die Matratzen geworfen und nachdem sie verunreinigt und/oder verrutscht sind, wurden sie entfernt und nicht durch neue ersetzt. Den Rest des Tages müssen sich die Patienten_innen auf der schwarzen Matratze behandeln lassen. Ein weiteres morgendliches Ritual ist das Auszählen der verbrauchten Medikamente und Hilfsmitteln vom Vortag. Dieses Verfahren birgt den Nachteil in sich, dass man eher immer zu knapp ausgestattet ist. Wenn die Apotheke zudem auch noch Engpässe in der Lieferung hatte, standen zu wenige Materialien bereit. Sollte es ein intensiver Tag mit hohem Durchlauf im Schockraum werden, so war es beispielsweise oftmals schwierig, ab den Mittagsstunden passende Venenverweilkatheter und genügend Medikamente zu finden. Die Bereiche helfen sich selbstverständlich untereinander aus und so war es möglich, fehlende Materialien aus einer anderen Abteilung zu „stibitzen“. Ein weiterer fest eingeplanter Bestandteil im Tagesablauf war das Mittagessen ab 12 Uhr. Mit einem mitgebrachten Gefäß und Besteck stellte man sich in der Kantine an und erhielt seine Portion Reis und Bohnen mit täglich wechselndem Fleisch. Danach ging es schnell zurück in den Schockraum, um dort zu essen. Nicht alle Mitarbeiter gehen jedoch in die kostenfreie Kantine, denn den Haupteingang zum HAN säumen links und rechts verschiedene Imbissbuden, die deutlich mehr Abwechslung bieten. Das gemeinsame Essen ist auf den Stationen jedes Mal ein schönes Zusammenkommen, jedoch in Funktionsbereichen wie der Notaufnahme so gut wie



unmöglich, da man schließlich 24h bereit sein muss. Wenn Not am Mann war, half ich in der Injektionsklinik (clínica inyectable) aus. Diese bestand aus einem kleinen Raum mit einer Trage, einem Schreibtisch und einem Plastikstuhl mit Infusionsständer (s. Foto). Hier kamen Patienten_innen hin, um die vom „D-Arzt“ (clínica 4) angeordneten Injektionen, Infusionen, Antibiosen oder Impfungen zu erhalten. Wie am Fließband wurden Zugänge gelegt und gezogen, Spritzen verabreicht und Tabletten mitgegeben. Zum Glück hatte ich immer ein kleines spanisches Wörterbuch für den klinischen Alltag² in der Kitteltasche parat und konnte somit den häufig aufgeregten und nervösen Patienten_innen medizinische Fragen beantworten. Richtig neugierig wurden sie, sobald ich sagte, dass ich nicht aus den USA komme und auch kein Arzt bin: eine gute Möglichkeit zur Ablenkung vor dem folgenden Pieks.

In der Säuglingsabteilung

Nachdem die drei Wochen wie im Fluge vergingen, stand der Wechsel auf die Neonatologie (neonología) an. Im Vergleich zu dem eher in die Jahre gekommenen Schockraum blitzt und glänzt es auf der frisch renovierten Station. Die Neonatologie hat einen direkten Zugang zu Operations- und drei Kreissälen, um ein schnelles Eingreifen und eine schnelle Überleitung zu ermöglichen. Im Frühjahr 2016 wurden neue Geräte gespendet, mit großer Unterstützung aus Deutschland wie mir die Pfleger_innen und Ärzte_innen erklärten (s. Foto). Die Neonatologie verfügt über eine Intensivabteilung mit



insgesamt sechs Arbeitsplätzen, 12 IMC-Inkubatoren und einer Überwachungsabteilung mit ca. 20 Bettchen. Zu festen Zeiten konnten die Mütter zu ihren Kindern (ab 8:00 Uhr, immer alle drei Stunden), vor allem, um diese zu stillen. Jedoch gab es gerade in der Überwachung Ausnahmen, um die Mutter-Kind-Bindung zu fördern. Die Intensivbetten der Neonatologie wurden noch einmal unterteilt in drei Isolationsbetten und drei nicht isolierte Intensivarbeitsplätze. Jeder Arbeitsplatz ist mit einem Beatmungsgerät, Infusomaten, RR- und HF-Monitoren ausgestattet. Für Zimmer mit jeweils drei solcher Betten waren ein_e Krankenpfleger_in und ein_e Doktor_in Tag und Nacht eingeteilt. In der IMC Abteilung und der Überwachung galt selbiger Personalschlüssel. In den Frühdiensten führten junge Assistenzärzte_innen die Visiten mit einem_r Oberarzt_in durch. Die moderne Ausstattung geht zum einen auf den Schwerpunkt des Krankenhauses (Pädiatrie und Gynäkologie) aber

² Sabine Müllhauer-, „Spanisch im klinischen Alltag“, 3. Aktualisierte Auflage, ©Lehmanns Media Berlin

auch auf die Ziele der Regierung zurück. Diese formulierte einen Katalog³ zur Reduzierung der Kindersterblichkeit unter dem fünften Lebensjahr. In dieser Art Leitlinie werden verschiedene Krankheiten und deren spezielle Therapie erläutert. In der Umsetzung dieses Beschlusses wurden die Ausstattungen der Neonatologien und Pädiatrien verbessert.

Die Aufgaben der Pflege sowohl in der Notaufnahme als auch auf der Neonatologie waren essenziell wichtig für die Krankenbeobachtung. Bei der Planung des Therapieverlaufs wurde gerade auf der Intensivabteilung eng zusammengearbeitet. Ebenfalls ähnlich war in beiden Abteilungen die strikte Arbeitsdelegation von Seiten der Ärzte/Ärztinnen. Gerade in der Notaufnahme wurde das Pflegepersonal erst nach ärztlicher Anordnung und Delegation tätig und half den Patienten_innen. Die erste Beobachtung und Anamnese wird also von einem_r Arzt/Ärztin übernommen und nicht, wie es häufig in Deutschland üblich ist, von dem Pflegepersonal. Dadurch fallen strukturelle Arbeitsaufgaben wie die Triage weg und die Behandlungsreihenfolge bestimmt der Arzt oder aber auch die Zeit des Eintreffens in der Notaufnahme.

Fazit

Als letztes möchte ich noch auf die Sprachschwierigkeiten eingehen. Seit meinem Abitur 2014 habe ich mich - gefühlt - überhaupt nicht mehr mit Jemandem auf Spanisch unterhalten. Dementsprechend nervös und aufgeregt war ich bei meinem ersten Tag im



Krankenhaus. Dass ich vorher mit Hilfe meines Wörterbuchs für den klinischen Alltag gelernt hatte, kam mir schnell zu Gute. Viel gesprochen wird nämlich nicht mit den Patienten in der Ersten Hilfe in Nicaragua, dementsprechend erfreut waren viele Patienten_innen, mit denen ich Kontakt aufnahm. Mit ein wenig Lernen vor der Reise kommt man sehr gut durch den Krankenhaushalltag und ich kann nur Jede_n ermutigen, diese Möglichkeit wahrzunehmen. Um einen Vergleich zur deutschen Hightech-Medizin zu haben, neue Gesundheitsstrukturen und Krankheitsbilder kennenzulernen und selbstverständlich, um seinen Horizont zu erweitern und neue Erfahrungen zu sammeln. An dieser Stelle möchte ich Frau Karen Heinrich von den „Freunden des HAN“ und der „Wannsee Schule e.V.“ herzlich für diese beeindruckende Möglichkeit danken.

³ http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/func-download/464/chk,a58ad3736d16ce5243d12b6b6c68da24/no_html,1/