

Frauenärztliche Entwicklungshilfe in Eritrea

Einsatz des Hammer Forums im größten Kreißsaal Nordostafrikas und Reproduktionsmedizin in einem Entwicklungsland – paradox und undenkbar?

E. Hauenstein¹, H. Kaulhausen², C. Gnoth³

2003 begann die Geschichte deutscher Hilfe für die Kinder und Mütter Eritreas. Wir stellen in diesem Beitrag den Aufbau eines Kreißsaals in Asmara und ein reproduktionsmedizinisches Projekt vor.

Das Hammer Forum, das primär medizinische Hilfe für Kinder in Krisengebieten als Aufgabe hat, ersuchte Helmut Kaulhausen, damals Chefarzt der Frauenklinik am Sana Klinikum Remscheid, sich die Situation im Kreißsaal des größten Krankenhauses Eritreas, dem Orotta National Referral Hospital in Asmara, persönlich anzuschauen. Zwar hatten dort schon mehrfach Frühgeborene überlebt, viele Mütter jedoch starben an schwer beherrschbaren Komplikationen nach Schwangerschaft und Geburt.

Eine erste Bestandsaufnahme im Kreißsaal des Orotta Maternity Hospitals: durchschnittlich 20 Geburten pro Tag, nur ein Waschbecken und ein einziges Stück Seife für das gesamte Personal, schwersterkrankte Schwangere ohne adäquate Überwachung im Durcheinander von Angehörigen und anderen Patienten und völlig unzureichende räumliche Gegebenheiten. Alles offenbar typisch für eine Krankenhausgeburtshilfe in einem Entwicklungsland. Seitdem schickt das Hammer Forum jährlich zwei- bis dreimal ein Team aus Gynäkologen, Hebammen, Anästhesisten, Kinderärzten und Technikern nach Asmara. Ziel ist

es, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit in Eritrea zu verringern.

Eritrea wurde 1993 nach einem 30-jährigen Krieg von Äthiopien unabhängig. Von den Folgen des Krieges ist das Land immer noch gezeichnet. Trotz der Bodenschätze, die weltweit exportiert werden, leben drei Viertel der rund fünf Millionen Einwohner von der Landwirtschaft. Die medizinische Versorgung ist außerhalb der Hauptstadt Asmara mangelhaft. Die Grenzen des Landes zu den Nachbarstaaten hin sind geschlossen, Reisegenehmigungen für Ausländer werden nur restriktiv erteilt. Das Hammer Forum ist jedoch

inzwischen überall in den Straßen Asmaras ein fester Begriff.

Das Hammer Forum – eine Initiative von Bürgern der Stadt Hamm

Das Hammer Forum ist ein eingetragener, gemeinnütziger Verein mit dZi-Siegel, der 1991 während des Golfkrieges von Ärzten und Bürgern der Stadt Hamm gegründet wurde. Heute engagieren sich in Deutschland und im benachbarten Ausland über 400 Menschen für erkrankte und verletzte Kinder in aller Welt. Aktuell unterstützt das Hammer Forum Stationen in Eritrea, Guinea, Uganda, im Kongo und im Jemen.

Die eritreische Hauptstadt Asmara mit 660.000 Einwohnern gilt als die derzeit sicherste und sauberste Großstadt Afrikas! Sie liegt etwa 2.300 Meter hoch. Das Erbe der italienischen Kolonialzeit lässt sich überall errahnen. Auf den Straßen herrscht eine friedliche Atmosphäre, anders als zum Beispiel in den Großstädten

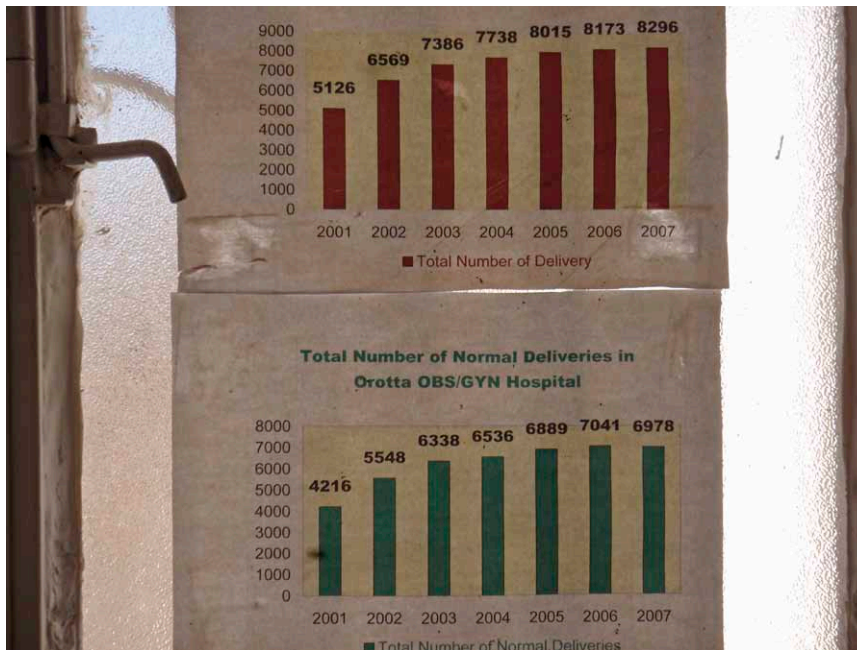


Eingang zum größten Kreißsaal in Nordostafrika, Asmara, Eritrea

¹ Frauenklinik, Städtisches Klinikum München-Schwabing

² Hammer Forum e. V., Hamm

³ Zentrum für Reproduktionsmedizin green-ivf, Grevenbroich



Entbindungszahlen des Orotta Maternity Hospital bis 2007. 2010 und 2011 lag die Geburtenzahl deutlich über 9.000 pro Jahr.

anderer Entwicklungsländer. Die Armut versteckt sich in den Randbezirken der Stadt. Jedoch auch dort wirkt alles aufgeräumt und sauber. Alle Mitarbeiter des Hammer Forums in Eritrea beeindruckt immer wieder die selbstbewusste Haltung der Eritreer, die großen Wert auf ein schönes und gepflegtes Erscheinungsbild legen. Die Religionen koexistieren in der Hauptstadt konfliktfrei. Im Zentrum Asmaras finden sich katholische Kathedrale, Moschee und orthodoxe Kathedrale nahe beieinander. Für die Arbeit der Frauenärzte ist wichtig, dass im Gegensatz zu anderen afrikanischen Ländern die eritreische Frau eine relativ hohe Stellung genießt, zumal auch viele Frauen im Bürgerkrieg mitgekämpft haben.

9.000 Entbindungen pro Jahr

Mit Unterstützung des Hammer Forums wurde 2005 eine neue Entbindungsabteilung – Kreißsaal mit neonatologischer Intensivstation – gebaut, in dem nun jährlich über 9.000 Neugeborene das Licht der Welt erblicken. Der Kreißsaal besteht aus neun Klinikbetten. Hier liegen die Gebärenden in den Wehen. Eine Registrierung der kindlichen Herzöne

wurde erst durch die deutschen Frauenärztinnen und Frauenärzte eingeführt. Allerdings ist man dort von einer engmaschigen Überwachung nach unserem Vorbild auch heute noch weit entfernt. Zur eigentlichen Geburt kommt die Patientin in eines der beiden Gebärdzimmer und wird dort auf einem gynäkologischen Stuhl entbunden. Ärzte sind nur für die Betreuung von Risikogeburten zuständig und führen die Kaiserschnitte durch.

Im Februar 2012 haben die ersten fünf einheimischen Ärzte ihre Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Eritrea abgeschlossen. Ihr Medizinstudium haben sie noch in Äthiopien absolviert, da erst seit 2008 in Eritrea selbst Ärzte ausgebildet werden. Operativ sind die eritreischen Ärzte, geschult durch Eingriffe unter für uns unvorstellbaren Bedingungen, sehr geschickt. Allerdings waren ihnen die typischen, auch geburtshilflichen Operationstechniken nicht bekannt. Das Gleiche trifft für die vaginale Untersuchung von Schwangeren und Gebärenden und auch für die Ultraschalldiagnostik zu. Hier wurde viel durch intensive Schulung

an den gespendeten Ultraschallgeräten und durch praktische Anleitung erreicht.

„Was die Sonne nicht heilt, deckt die Erde zu“

Die Sectiorate im gesamten Land beträgt 2% und liegt damit deutlich unter der Forderung der WHO von 5–15% Kaiserschnitte für Entwicklungsländer. Im zentralen Orotta Hospital liegt sie jedoch schon über 10%. Es wird zwischen elektiven und Notfall-Kaiserschnitten unterschieden, wobei bei sogenannten Notfall-Kaiserschnitten durchaus die Entscheidungs-/Entwicklungszeit über eine Stunde dauern kann. Laboruntersuchungen finden auch in Hochrisiko-Konstellationen sehr oft nicht oder unzureichend statt. Mit solchen Risiko-Konstellationen wird man überraschend konfrontiert, da Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und Ultraschalluntersuchungen nur selten durchgeführt werden. Besser ist der Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko: In Eritrea ist nach offiziellen Statistiken die Infektionsrate niedriger als in den benachbarten afrikanischen Staaten. Jede Frau, die heiraten will, muss einen negativen HIV-Test vorweisen.

Nach der Geburt werden die Neugeborenen in von den Müttern selbst mitgebrachte Decken gewickelt; so soll Verwechslungsgefahr ausgeschlossen werden. Nach vorhandenen Statistiken beträgt die Säuglingssterblichkeit etwa 5% (ohne Einbeziehung von extremen Frühgeburten). Dass im Orotta Hospital fast täglich Kinder tot geboren werden, zum Teil mit schweren Fehlbildungen wie Anenzephalus, Spina bifida und großen Omphalozele, wird hingenommen: „Was die Sonne nicht heilt, deckt die Erde zu“ so lautet ein eritreisches Sprichwort. Von den etwa 9.000 Entbindungen pro Jahr kommt es durchschnittlich alle zwei Monate zu einem mütterlichen Todesfall unter oder nach der Geburt; genaue Zahlen gibt es leider nicht.

Neben der Aufgabe des Hammer Forums zur Weiterentwicklung der Geburtshilfe mit Senkung der neonatalen Mortalität und Müttersterblichkeit hat die Weiterbildung der angehenden Fachärzte auf dem Gebiet der allgemeinen Gynäkologie, der Geburtsmedizin und der Endokrinologie und Reproduktionsmedizin große Bedeutung.

Krebstherapie noch nicht möglich

Im Bereich der operativen Gynäkologie bestand die Weiterbildung vor allem im Lehren und Trainieren typischer gynäkologischer Operationstechniken, vor allem bei vaginalen Prolapsoperationen. Eine über eine Operation hinausgehende onkologische Therapie nach unserem Vorbild ist nicht möglich, da Chemotherapien und Strahlentherapien in Eritrea derzeit nicht durchgeführt werden können.

Auf den ersten Blick paradox erscheint die an das Hammer Forum herangetragene Frage nach Weiterbildung auch in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

sowie die Einführung von ersten therapeutischen Techniken.

Kinderlosigkeit stigmatisiert

In der Tat ist der unerfüllte Kinderwunsch in den Entwicklungsländern ein großes Problem. In Eritrea ist für eine Frau die ungewollte Kinderlosigkeit ein schweres Stigma, schlimmer als nicht verheiratet zu sein. Kinderlosigkeit bedeutet für eine Frau den sozialen Abstieg und gesellschaftliche Isolation.

Zugang zu Sterilitätsdiagnostik oder gar Sterilitätstherapie gab es bisher nicht. Deshalb wurde 2011 ein 20-stündiger Intensivkurs in gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am Orotta Referral Hospital abgehalten und mit den angehenden Fachärzten vormittags eine Sterilitätssprechstunde durchgeführt. Das Ursachenspektrum der Sub- und Infertilität unterscheidet sich deutlich von dem in westlichen Ländern. In Eritrea handelt es sich im Wesentlichen um junge Frauen mit vorwiegend postentzündlichen Tubenschäden bzw. Regeltempostörungen mit Ausbleiben der Periodenblutung



HysteroKontrastsonografie im Outpatient Department des Orotta Maternity Hospital

infolge unzureichender Ernährung oder hartem Militärdienst. Dazu kommt ein mangelhaftes Wissen der jungen Frauen über den Zyklus und die zyklusabhängige Fruchtbarkeit.

In dem angebotenen Intensivkurs nahmen deshalb die Gebiete natürliche Fertilität, Kontrazeption und Optimierung der natürlichen Fertilität einen großen Raum ein. Besonderer Wert wurde dabei auf die Interpretation von Basalkörpertemperaturkurven zur endokrinologischen Diagnostik gelegt. Die eritreischen Kollegen hatten daran großes Interesse, da eine endokrinologische Labordiagnostik nur ausnahmsweise möglich ist. Wichtige Zykluspathologien wie verzögerte Follikelreifung, Corpus-luteum-Insuffizienz oder die Diagnostik von Regeltemporstörungen sind damit relativ zuverlässig möglich. Zusammen mit einer genauen klinischen Diagnostik lassen sich viele endokrinologische Diagnosen auch ohne Labor stellen.

Hier das Beispiel einer 22-jährigen, klinisch völlig unauffälligen jungen Frau mit primärer Amenorrhoe. Sonografisch zeigte sich ein unauffälliges inneres Genitale. Normales Behaarungsmuster, normale Brustentwicklung. Wiederholte Basaltemperaturmessungen zeigten typische Hochlagen. Eine gezielte Progesteron-Bestimmung ergab später einen Wert von 15 ng/ml. Was ist ihre klinische Verdachtsdiagnose? Lösung am Ende des Artikels.

Die einfache Sterilitätsdiagnostik wird erweitert durch Nativmikroskopie des Ejakulats und die standardisierte Durchführung von Postkoitaltests.

Im zweiten, 20-stündigen Aufbaukurs wurde im Februar 2012 darüber hinaus die Ultraschalldiagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch gelehrt und geübt. Laparoskopien sind nur in Ausnahmefällen möglich. Mithilfe eines vom Hammer Forum gespendeten, gebrauchten Ultraschallgerätes

(Siemens Sonoline SI 250) kann jetzt eine eingehende Ultraschalldiagnostik unserem Standard vergleichbar durchgeführt werden. Besonders bewährt hat sich dabei die Hysterocontrastsonografie mit dem *ExEmFoam Kit* (DiKaTec Medizintechnik, Höchberg, Deutschland). Die Durchführung dieser Untersuchung haben wir mit den eritreischen Kolleginnen und Kollegen trainiert. Nun können zuverlässig die anatomischen Verhältnisse im inneren Genitale und die Tubendurchgängigkeit abgeklärt werden.

Erste Schritte wurden auch in Richtung reproduktionsmedizinischer Therapie gegangen. Clomifenstimulationen und Ovulationsinduktionen sind möglich. In Zukunft ist die Einführung von humanem Menopausen gonadotropin geplant. Weitere Maßnahmen betreffen die intrazervikale Insemination, die aufgrund des überraschend häufig anzutreffenden Befundes einer Parvispermie (Zustand nach Entzündungen der Samenbläschen und der Prostata) anzutreffen ist. Eingeführt wurde zudem die Technik intrauteriner Inseminationen. Eine sehr große Hilfe dabei ist ein komplettes Einmalset zur intrauterinen Insemination, das eine vereinfachte Swim-up-Präparation des Spermas erlaubt (GYNEMED GmbH & Co. KG, Lensahn, Deutschland). Ein andrologisches Labor ist nicht erforderlich! Diese Inseminations-Sets sind auch preislich in einem Rahmen, der für einen gewissen Teil der Patienten in einem Land wie Eritrea tragbar wäre.

Intensivkurse für vereinfachte Sterilitätsdiagnostik

Somit konnten in zwei Intensivkursen im Jahresabstand eine vereinfachte Sterilitätsdiagnostik eingeführt werden sowie erste therapeutische Schritte mit ovariellen Stimulationsbehandlungen und intrauterinen Inseminationen gegangen werden. Wir glauben, dass dies durchaus ein Vorbild für andere Län-

der mit ähnlichen Voraussetzungen sein kann.

Zwölf Frauenärzte für fünf Millionen Einwohner

Das Hammer Forum will die Ausbildung der Ärzte und auch Hebammen, die auch im Bereich Kontrazeption eine große Rolle spielen, nicht nur in der Hauptstadt Asmara, sondern auch in weiteren regionalen Krankenhäusern des Landes von der Rotmeerküste bis zur Grenze nach Äthiopien fortsetzen. Mit Stand Februar 2012 gibt es nun neben den bisher sieben älteren auch fünf jüngere Fachärzte für mehr als fünf Millionen Einwohner. Unter diesen zwölf Ärzten finden sich bisher nur zwei weibliche. Mindestens 20 weitere Gynäkologinnen und Gynäkologen sollten ausgebildet werden.

Ein potenzielles Problem dabei ist der „brain drain“, die Flucht von weitergebildeten und Englisch sprechenden, aber schlecht bezahlten Fachkräften in Nachbarländer und nach Europa. Die Motivation, das Engagement und der Einsatz der jungen Ärztinnen und Ärzte sowie der Hebammen in Eritrea ist enorm. Da die Kolleginnen und Kollegen kaum Austausch mit dem Ausland haben, freuten sie sich sehr über kollegiale Gespräche, die oft weit in den Abend reichten. Somit ist der Einsatz des Hammer Forums nicht nur durch Lehre und Spenden wichtig, sondern vor allem auch durch Anerkennung, Begegnung mit den Kolleginnen und Kollegen auf Augenhöhe und Hilfe bei der Partizipation am modernen medizinischen Wissen, auch wenn Diagnostik und therapeutische Schritte derzeit nicht vollständig umgesetzt werden können.

Neben der direkten medizinischen Unterstützung ist die Arbeit im Bereich Logistik, Hygiene und Qualitätsmanagement enorm wichtig. Auch hier ist eine wichtige Basis für alle Lösungen, bei den einheimischen Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

tern vor Ort die Begeisterung für das Fach und den Willen zum Einsatz am Patienten hochzuhalten – und diese Begeisterung und diesen Einsatz auch zu ehren, da von einer adäquaten finanziellen Entlohnung nicht gesprochen werden kann. Mit Vertrauen, Sympathie und kontinuierlichem Kontakt (z. B. über E-Mail) kann eine bleibende Veränderung erzielt werden.

Auflösung des Fallbeispiels: Es handelt sich um die Folgen einer in früher Kindheit durchgemachten, nicht therapierten, urogenitalen Tuberkulose. Die Diagnose wurde später histologisch bestätigt.

Literatur

1. Pennings G et al.: ESHRE Task Force on Ethics and Law: providing infertility treatment in resource-poor countries. *Human Reprod* 24 (2009) 1008–1011.
2. Boivin J. et al.: International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reprod* 22 (2007) 1506–1512.

Danksagung: An dieser Stelle möchten wir der Firma GYNEMED GmbH & Co. KG, Lübecker Straße 9, 23738 Lensahn, herzlich danken, die die Inseminations-Sets zur Verfügung gestellt hat, sowie bei der Firma DiKaTec Medizintechnik, Quellenstraße 18, 97204 Höchberg, für die gespendeten *ExEm Foam Kits*.



Für die Autoren

**Dr. med.
Evelyn Hauenstein**
Frauenklinik
Städtisches Klinikum München-
Schwabing
Kölner Platz 1
80804 München
evelyn.hauenstein@web.de