

CAP ANAMUR IN SIERRA LEONE

Hilfe für die Kinder

Seit 2009 betreibt und saniert die Hilfsorganisation Cap Anamur die Kinderklinik in Freetown. Ein Besuch vor Ort

Nach 30 Jahren Mit- und Vorstandsarbeit bei Cap Anamur finde ich nun endlich Zeit, unser Kinderkrankenhaus in Freetown zu besuchen. Zur Perspektivplanung reisen die Vorsitzende Dr. med. Edith Fischnaller und der Dokumentarphotograf Jürgen Escher mit.

Seit zwei Monaten sind die pädiatrischen Assistenzärzte Philin Wedde und Rafael Reichelt nun vor Ort mit Aufgaben betraut, die sie in Berlin beziehungsweise Frankfurt/Oder nicht kannten. Tropenmedizinische Kurse und Auslandserfahrung gaben ihnen zwar das notwendige Rüstzeug mit auf den Weg, die tatsächliche Arbeit im „Ola Doring Children Hospital“ war dann aber doch der sprichwörtliche Sprung ins kalte Wasser (trotz 35 Grad Celsius) – und ich staune ob ihrer Erfolge. Mit Hilfe unseres landeskundigen Logistikers und zweier deutscher Krankenschwestern haben sie in das einzige Kinderkrankenhaus des Landes schon viel Schwung gebracht. Dabei setzten sie die Arbeit ihrer Vorgänger konsequent fort. Fischnaller war im Jahr 2009 an der Wiederaufnahme der Hilfen für die Klinik beteiligt. Nach zwei teils schwierigen Jahren freut sie sich nun über die massiven Fortschritte, die seitdem eingetreten sind.

Viele schwere Missbildungen

Als Schwerpunkt seines Einsatzes sieht Reichelt derzeit vor allem die Station für Neu- und Frühgeborene. Anders als in Deutschland gibt es hier wesentlich mehr Kinder mit schweren Missbildungen, beispielsweise der Spina bifida, die hier chirurgisch nicht versorgt werden können. Die teils extreme Armut der oftmals jungen Mütter erschwert die zeitnahe Versorgung der Kinder: Nach Hausegeburten, die meist ohne Unterstützung durch



Fotos: Cap Anamur/Jürgen Escher

eine Hebamme erfolgen, kommen die Frauen häufig erst sehr spät mit ihren bereits schwerstkranken Kindern in die Klinik. Täglich müssen Reanimationen durchgeführt werden. Doch ohne die Möglichkeit zur Beatmung sind die Überlebenschancen der Kinder nur gering. Deswegen freut man sich umso mehr über jene Kinder, die sich trotz schwerster Krankheitsbilder wie einer Mekoniumaspiration wieder erholen. Selbst einige sehr kleine Frühgeborene konnten nach wochenlanger intensiver Betreuung gesund entlassen werden, zuletzt ein Zwillingsspaar mit je nur 1 200 Gramm Geburtsgewicht.

Ein weiterer Schwerpunkt der beiden Ärzte ist die Ausbildung der einheimischen Fachkräfte. In Sierra Leone gibt es keine Weiterbildung

zur Kinderkrankenschwester, und deshalb wird in Kürze eine erfahrene Kinderkrankenschwester das Cap-Anamur-Team verstärken.

Wedde freut sich außerdem auf den Umzug der recht chaotischen Aufnahme- und Intensivstation, die mit vielen vermeidbaren Todesfällen belastet ist. Zu den häufigsten Erkrankungen gehören Malaria, Pneumonie, Exsikkose und Sepsis. Viele Kinder werden sehr spät und in einem sehr schlechten Zustand ins Krankenhaus gebracht, so dass sie intensivmedizinisch versorgt werden müssen. Doch die Notaufnahme und Intensivstation erinnert an kriegsähnliche Verhältnisse: Teils werden drei bis fünf Kinder gleichzeitig reanimiert, dabei sind die Triagem und Entscheidung nicht nur für das deutsche Team eine Belastung.

Eine neue Intensivstation

Die von Cap Anamur neu gebaute Intensiv- und Beobachtungsstation wird eine kontinuierliche Monitorüberwachung und Sauerstofftherapie ermöglichen und isolierungspflichtige Kinder auch intensivmedizinisch betreuen lassen. Trotz des staatlichen Impfprogramms stehen schwere Masern-, Meningitis- und Tuberkuloseerkrankungen an der Tagesordnung. Die neuen Räume werden eine professionelle Ausstattung bieten, was die Ärzte und Schwester sehr motiviert.

Statt im Ruhestand auf Visite in Sierra Leone:

Werner Strahl, Facharzt für Neurochirurgie und Pädiatrie. In den vergangenen 25 Jahren praktizierte der heute 66-Jährige als Kinderarzt in seiner Praxis in Essen. Seit 2004 ist er Vorstandsmitglied und Schatzmeister bei Cap Anamur.

Doch bis zur Eröffnung der Intensivstation liegt noch ein gutes Stück Arbeit vor uns: Zunächst steht der Umbau der großen Neu- und Frühgeborenenstation an. Unter sehr schlechten hygienischen Verhältnissen hatten die Kleinsten bisher geringe Chancen – mehr als jedes vierte Kind stirbt auf der Station. Oft müssen sich mehrere Kinder ein Bett teilen. Die extrem beengten Verhältnisse und die unzureichende technische Ausstattung sollen in Kürze deutlich verbessert werden. Wir planen ein „rooming-in“, bei dem stillende Mütter mit aufgenommen werden, und die Einführung der Haut-an-Haut-Pflege, „kangaroo care“, die die unsichere Inkubatorpflege überflüssig macht.

All unsere Planungen haben zum Ziel, das Erreichte in guter Funk-



Bitterarmes Sierra Leone:

Neben dem Kinderhospital Ola During liegen die Slums Guinea Warf, Moa Warf, Mabella, Magazine und Big Warf. Die meisten Patienten kommen aus diesen Elendsvierteln.

tig behinderten Kindern schaffen. Denn diese werden oft von ihren Familien ausgesetzt und vegetieren vor sich hin. Wie zum Beispiel Eva, ein heute etwa zehnjähriges Mädchen, das nach der Geburt auf der Tuberkulosestation zurückgelassen wurde und von den Schwestern und anderen Müttern nach deren Möglichkeiten versorgt wird. Es gibt noch sehr viel zu tun.

Cap Anamur sucht für die Projekte regelmäßig engagierte Mitarbeiter. Voraussetzungen sind unter anderem mindestens drei Jahre Berufserfahrung, Zeit für einen Auslandseinsatz von sechs Monaten, Teamfähigkeit sowie selbstständiges Arbeiten. Weitere Informationen sind zu finden unter: www.cap-anamur.org/service/mitarbeit.

Dr. med. Werner Strahl

Spendenkonto:

Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V., Sparkasse KölnBonn, Konto: 2 222 222, BLZ: 370 501 98

tion baldmöglichst dem einheimischen Gesundheitssystem zu übergeben.

Schon während ihrer ersten Wochen hat Wedde festgestellt, dass keiner von uns in Deutschland in so kurzer Zeit so viel bewegen kann wie hier. Wenn wir auch nicht das ganze System ändern können, so

lässt sich doch sehr vielen Kindern und Familien eine weitere Zukunft bieten. Cap Anamur wird sich auch in Zukunft um das Schicksal der Ärmsten kümmern. Wir möchten gerne ein Straßenkinderprojekt für die nichtversorgten Kinder ohne Familie, eine Ausbildungsmöglichkeit und eine Versorgung von geis-

KODIER-RATGEBER: DIABETES MELLITUS – DIABETISCHER FUSS

Wieso ist beim Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen – also bei allen Diabeteskodes mit der vierten Stelle .7 – die Kodierung auf der fünften Stelle anders geregelt?

Beim Diabetes mellitus sieht die ICD-10-GM folgende Systematik im Kodeaufbau vor:

- Angabe des Diabetestyps (E10 bis E14)
- Angabe der Komplikationen (vierte Stelle .0 bis .9)
- Angabe der Stoffwechsellage (fünfte Stelle 0 bis 5)

Bis vor einigen Jahren war einheitlich für alle Kodes die Stoffwechsellage *entgleist/nicht entgleist* auf der fünften Stelle mit 0 bzw. 1 anzugeben. Aufgrund spezieller Belange aus dem stationären Sektor wurde diese Systematik verlassen, um das diabetische Fußsyndrom mit den Diabeteskodes abbilden zu können. Deshalb sind bei Vorliegen von multiplen Komplikationen, also bei allen Diabeteskodes mit der vierten Stelle .7, folgende ergänzende Angaben auf der fünften Stelle möglich:

- Ziffer 2: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
- Ziffer 3: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Ziffer 4: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

Ziffer 5: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Beispiel:

E10.74 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

Wie ist die Unterteilung der fünften Stelle für multiple Komplikationen beim Diabetes mellitus zu verstehen?

Mit den Ziffern 4 und 5 an der fünften Stelle des Kodes wird das diabetische Fußsyndrom inklusive Stoffwechsellage angegeben. Was aber bedeutet nun unter der fünften Stelle .2 und .3 „mit sonstigen multiplen Komplikationen“? Mit dieser Bezeichnung werden sonstige multiple Komplikationen vom diabetischen Fußsyndrom abgegrenzt, z. B. für einen Diabetes mit Augen-, Nieren- und Gefäßkomplikationen. Bedingung für diese Verschlüsselung ist also das Vorliegen von mindestens zwei Komplikationen, die jedoch nicht dem klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms entsprechen.

Beispiele mit Angabe der Manifestationen: E11.73 Nicht primär insulinabhängiger Diabe-

tes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

- H36.0* Retinopathia diabetica
- G63.2* Diabetische Polyneuropathie

Sind beim diabetischen Fußsyndrom alle Komplikationen anzugeben?

Das diabetische Fußsyndrom wird als besondere Untergruppe innerhalb des Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen abgegrenzt. Die Kodes für alle vorliegenden Manifestationen sind zusätzlich zu verschlüsseln, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind. Eine Auswahlliste von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können, befindet sich im Anhang 3 der Ambulanten Kodierrichtlinien.

Beispiele:

- E10.74 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

Weitere Informationen: www.kbv.de