



Projektbericht Jan-März 2017 (26. Projekteinsatz)

Seit dem Umzug in die neue Mae Tao Clinic (MTC) gehen die Patientenzahlen zurück, leider ist das zur Verfügung gestellte Gelände weit abgelegen, für Patienten nun schwieriger erreichbar.

Aus der Flüchtlingsklinik ist eine Zurückgebliebenen-Klinik geworden, die Klientel besteht nun aus meist illegalen Wanderarbeitern: Geburtenrückgang um 30% seit 2012, der von Hebammen geleitete Kreißsaal hatte 2016 „nur“ noch 2.357 Lebendgeburten gemanagt.

Myanmar holt auf im Wirtschafts- und Gesundheitswesen. Es wird in der Grenzstadt Mae Sot schwieriger für Thais, billige burmesische Arbeitskräfte für Hotels und Gastronomie zu finden.

Arbeitskräfte werden in Myanmar gesucht. Viele versuchen ihr Glück nach Jahren des Exils nun in der Heimat. Es herrscht eine allgemeine Rückkehr- und Aufbruchstimmung mit ständig neuen Nachrichten über Neuentwicklungen in Myanmar.

Das nächste burmesische Regierungs-Krankenhaus in Myawaddi leidet akut an Fachkräftemangel. Der anhaltende Geburtenboom überfordert die einzige Geburtshilfe-Ärztin, die allein für >1500 Geburten im Jahr da sein muss. Vor der Rückkehrwelle waren es 500 Geburten weniger. Sie sei chronisch übermüdet und war schier am Zusammenbrechen, als sie mir ihre Einrichtung zeigte. Sie hofft, dass ihr das Ministerium endlich den lange versprochenen zusätzlichen Ablösearzt schickt: Bereitschaftsdienst rund um die Uhr! Sie ist froh, dass die Mae Tao Clinic mit den formell nicht anerkannten Hebammen weiterhin so viele Geburten managt zu ihrer Entlastung.

Ärzte in Myanmar sind rar, die meisten sind in den schwierigen politischen Jahren ins Ausland abgewandert und haben keine Lust auf Rückkehr in die Heimat, wo bei miserabler Bezahlung Rund-um-die-Uhr-Einsatz verlangt wird. Brain drain. Selbst Thailand hat zu wenig Ärzte. Da arbeitet ein burmesischer Arzt bei besseren Arbeitsbedingungen und besserem Gehalt lieber in Thailand.

Dafür geht es den „Hebammen“ (Maternity Health Worker) an der Mae Tao Clinic nun besser:





Sie haben genügend Personal: pro 8 Stunden-Schicht 3 bis 4 Hebammen plus Auszubildende, damit bewältigen sie auch mal einen Andrang von 5 Gebärenden gleichzeitig.

„Where there is no doctor“ ist für sie kein Problem; rechtlich sind sie immer noch in einer Duldungsphase; auch das thailändische Hospital in Mae Sot ist überlastet: Patientenwartezeiten 6-10 Stunden.

Die Thais sind froh, dass ihnen die illegale MaeTao Clinic mit ihren selbstausgebildeten Medics eine große Arbeitslast abnimmt.

Solange die thailändische Regierung unsere weder in Myanmar noch in Thailand formell anerkannten Hebammen toleriert, arbeiten wir an kontinuierlichen Qualitätsverbesserungen.

Leider setzten Sparzwänge den Nachschub von sterilen Handschuhen und Nahtmaterial aus, was dazu führte, dass oft nur mit unsterilen Handschuhen bei aseptischen Eingriffen gearbeitet wurde. Ich legte mich deswegen mit dem Management an, um Mindesthygiene-Bedingungen wieder neu zu ermöglichen.

Hebammen-Fortbildung: Geburtspositionen



Tiefe Hocke, zum Tiefertreten des Köpfchens



„Epi No!“ – Erfolgreiche Absenkung der Geburtsverletzungen in 4 Jahren

Erfolgreiche Umstellung vom Routine-Dammschnitt zur restriktiven Episiotomie

	2013	2014	2015	2016
Lebendgeburten	3148	2844	2635	2357
Episiotomie	1037	698	561	405
% Epis	33%	25%	21%	17%
Risse (Damm 1°/2°, Labien, Scheide)	438	442	547	490
% Riss	14%	16%	20%	20%
Total Perineumsverletzung	1475	1140	1108	895
% Perineums-verletzung	47%	41%	42%	38%

Der Rückgang von Geburtsverletzungen ist seit der restriktiven Dammschnitt-Praxis erfreulich. Ich hatte befürchtet, dass es dafür einen Anstieg an DR3° oder 4° (mit Sphinkterbeteiligung) gibt. Doch in den vergangenen 2 Jahren bei 5000 Hebammen-geburten keinen einzigen Schließmuskel-Riss: fast unglaublich.

Im Falle eines Sphinkter-Risses würden sie die Frau ans Thai-Spital verlegen, da z.Zt. keine Erfahrung mit Nähen einer solchen Komplikation.

Ungläubig fragte ich, ob sie denn bestimmt keinen DR3° übersehen hätten, da protestierten sie energisch: „We always check contractability with our finger at the end of suture!“

Wenn durch diese Maßnahme pro Jahr etwa 200 mehr Gebärende nun frei von Geburtsverletzungen sind im Vergleich zu 2013, ist das ein Ergebnis, dass uns alle mit Freude und Stolz erfüllt!



*am Geburtstermin in Erwartung,
dass es losgeht*



Tiefe Hocke statt Katheterisieren

Eine Intervention einzuführen, kann schnell gehen: ein „Golowa-Doctor“ (Karen-Bezeichnung für westlichen Auslands-Arzt) war auf Volunteer-Einsatz da und hinterließ die Spur: Routine-Urinkatheterisierung vor der Plazentagewinnung.

Da unsere ethnischen Karen Midwives aber ein insuffizientes Verständnis von Asepsis haben, muss ich ihnen diese Blaseninfektionsrisiko-Intervention sofort wieder abgewöhnen.

Ich übe mit ihnen die tiefe Hocke auf dem Boden und auf dem Kreißbett mit beidseitiger Arm-Stütze.

In den Geburts-Sets lasse ich den standardisiert beigelegten Katheter wieder entfernen.



Karen-Hebammen üben Tiefe Hocke

Diese Position kann zum Tiefertreten des kindlichen Köpfchens, zur Urinblasenentleerung, zur Austreibung bis zum „Crowning“, zur Geburt und zur Plazentageburt förderlich sein.

Zum Glück sind die Burmesinnen das tiefe Hocken gewöhnt.

Die Geburtsdauer verkürzt sich rapide. Im Vergleich dazu erleben die Hebammen bei Gebärenden auf dem hohen Kreißbett in Rückenlage nach Thai-Hospitalsart für alle Involvierten unangenehme protrahierte Verläufe. Die Thais sedieren mit Pethidine, doch die Mae Tao Clinic hat keinerlei Analgesie zur Geburtserleichterung.

Da ist man froh, die Frau kurz und intensiv durch das Geschehen zu leiten. Wenn die Kreißende erschöpft ist und sie Oxytocin-Unterstützung braucht, sind alle gefordert.



*Burmesen sind von Kind an
das Hocken gewöhnt*

Geburtshilfliches Highlight

Eine Zwillingsgeburt: erstes Kind auf Pritsche vor dem Kreißsaal, gerade noch Zeit, die Harnblase zu entleeren, da zeigen sich schon in einer prallen milchigen Fruchtblase 2 niedliche Fußsohlen.

Welch ein entzückender, aber auch alle Sinne schärfender Anblick!

Die leitende Hebamme Lay Lay ist inzwischen auch behandschuht und wartet gelassen ab, als bei der nächsten Wehe sich die Vorblase weit spannt und die gestreckten Beinchen bis zu den Oberschenkeln sichtbar werden, eröffnet sie dann den Eihautsack, klares Fruchtwasser entleert sich.

Bei der nächsten Wehe schiebt die Frau den Kindsrumpf aus, die pralle Nabelschnur ist sichtbar, beide Ärmchen sind hochgeschlagen, d.h. die Kopfentwicklung wird schwierig.

Oxytocintropf läuft zur Wehenanregung.

Wir Hebammen sind voll angespannt in Erwartung.

Lay Lay dreht das Kind in Seitenlage, „stopft“, doch sie kann die Arme nicht lösen.

Bei der nächsten Wehe dreht sie beherzt die Kindshüfte um beinahe 180°, klappt das Kind hoch in die Leistenbeuge der Frau, ein Ärmchen flutscht raus, die Hautfarbe bläut sich. Ich stemme die Faust oberhalb der Symphyse ein, um dem Köpfchen Druck von oben zu geben.

Lay Lay kann das zweite Ärmchen lösen und entwickelt mit Mittelfinger in das Mündchen geschoben ein zunächst schlaffes Bübchen (APGAR Score 4/8/9).

Sofortabnabelung, Absaugen, Abtrocknen, Abreiben, nach 2 Minuten verzieht er das Gesicht, Herzfrequenz erholt sich, und schafft nach 3 Minuten ein Schreien, mit dem Rosigwerden des Körperchens schmilzt unsere Anspannung. Wir schauen uns alle strahlend erleichtert an.

Gut gelaufen, danke Lay Lay!

Am nächsten Morgen bei der Visite, als ich gespannt auf das zweite Zwillingskind bin: die Familie war schon aufgebrochen nach der BCG und HepB –Impfung.

Normale Entbindungen gehen am Folgetag nach Hause, Wochenbett ist unbekannt.

Verhütungsmittel

Was lange währt, wird endlich gut:

Progesteronstäbchen (Implanon) zur Langzeit-Empfängnisverhütung (3-4 Jahre).



Implanon

Während in Myanmar Riesen-UNFPA-Programme das Land mit IUD (Spiralen) und Implanon (Subdermales Stäbchen) überschwemmen, fehlt es dort an geeigneten Fachkräften zur Beratung und Betreuung. Resultat sind volle Regale mit ablaufendem Verfallsdatum.

Im Gegensatz dazu hat die Kontrazeptions-Ambulanz von Naw Ree ausgezeichnete Jahrzehnte-Erfahrung, es fehlte bisher nur am Geld, die teuren Stäbchen (2000 Baht=57 Euro, anfangs zahlten wir 5000 Baht!) zu finanzieren.

Schon 2001 begann ich mit der Einführung dieser populären Methode; nun schwappt die UNFPA-Spende über die Grenze, und Naw Ree, Shide La, Tam La Wah implantierten in den letzten 3 Jahren 425 Stäbchen mit mehrjährigem Verhütungsschutz. Das Hauptproblem der Nichtakzeptanz und kurzen Verweil-Toleranz in Myanmar ist, dass die Frauen keine erfahrene Begleitung bei Nebenwirkungen wie unregelmäßigen Blutungen erhalten und so das Entfernen der Stäbchen verlangen. Die kurze Verweildauer in Myanmar steht im Gegensatz zur Superakzeptanz an der Mae Tao Clinic.

Naw Ree's Geheimnis: Sie lässt Implanon-Kandidatinnen zuerst mit der 3-Monats-spritze Depo die Verträglichkeit und das Ausbleiben der Regelblutung erfahren, danach ist sie sicher, dass die Frauen das Stäbchen behalten wollen.

Impfprogramm

Die HBV¹-Prävalenz ist rückläufig. Als Thailand 1992 die nationale HepB-Impfung einführte, waren die Geburtskohorten danach nur noch mit 1,3% HBsAg positiv. Eine neue Studie² zeigt, dass bei mittlerweile 99.4% abgeschlossenen HepB -Impfungen lediglich 0.1 % der Kinder <5 Jahren HBsAg positiv ist. Allerdings leben ca. 1 Million Thais >50 Jahren mit dem HB-Virus und sind eine Last für die Gesellschaft, da viele mit Leberzell-Karzinom und Leberzirrhose als Spätfolgen und Komplikation der meist perinatalen Infektion leben.

An der Mae Tao Clinic konnten wir die Personalimpfung und Neugeborenen-Impfung für burmesische Migranten erst 2008 einführen.

¹ HBV Hepatitis B Virus

² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777547/>

Posuwan N et al, The Success of a Universal Hepatitis B Immunization Program as Part of Thailand's EPI after 22 Years Implementation, PLoS One.2016; 11(3) e0150499



Die Impfrate bei burmesischen Kleinkindern mit kompletter Impfung konnte weiter gesteigert werden und liegt nun für HepB 6 Monate bei 54%, bei MMR³ <1Jahr bei 49%, eine Steigerung der Compliance bei schwierigem Klientel (niederer Bildungsstandard, Illegalität, Armut, Transportprobleme).



Ethnische Mon-Familie lebt vom Müll-Recycling, die Zwillinge erhielten Milchpulver und saubere Sachen

Doch noch immer testeten 2016 bei neuem Personal und Trainees 5,8% (10 von 171) HBsAg positiv. Dabei ist dieser Wert schon rückläufig. 2011 testeten noch 13.6% (21 von 154) HBsAg positiv.

Einführung von Tenofovir für Staff mit Leberfibrose/Zirrhose

Als 1995 fast die Hälfte der Hebammen auf Hepatitis B positiv testete, war ich alarmiert und begann ein Programm zum Infektionsschutz. Prävention in Hygiene beim Arbeiten.

Erst 2008 konnten wir an der MTC Impfstoff für Personal und alle Neugeborenen einführen.

Doch es dauerte bis 2017, dass wir nun dem HepB-positiven Personal die lebenslange antiretrovirale Therapie mit dem nun günstig⁴ erhältlichen Tenofovir®⁵ anbieten können. Während das bislang in Thailand noch immer verbreitet verordnete Lamivudine⁶ schnell zu Resistenzen führt (nach einem Jahr 22%, nach 3 Jahren 53% bis 76%) und das in Myanmar erhältliche Tenofovir aus indischer Produktion von zweifelhafter Qualität ist, gibt das bereits bei HIV erprobte thailändisch produzierte Tenofovir nun als Monotherapie bei HBV zwar keine Hoffnung auf Heilung, aber doch zumindest auf Lebensverlängerung.

Auf der Krankenstation der MTC sterben nichttherapierte Burmesen oft mit 35 bis 50 Jahren an Leberkomplikationen.

³ MMR Masern-Mumps-Rubella-Impfung

⁴ 30 Tabletten kosten 350 Baht (10 Euro).

⁵ Regierungseigene Produktion GPO Government Pharmaceutical Organisation, Bangkok

⁶ Pallier C et al, Dynamics of Hepatitis B Virus Resistance to Lamivudine, J. Virol.2006 vol 80 no.0 2 643-653 <http://jvi.asm.org/content/80/2/643>



Hepatitis-B-Virus-Komplikation Aszites



Physiotherapie – der neue Outdoor-Übungsplatz



Einfache Lösungen: das Barfußgehen im Sand stimuliert die Fußreflexzonen, Halt gebende Bambus-Eukalyptusstangen, ein paar Führen Sand: fertig war unser Fitness-Park



Zuerst die (Putz)-Arbeit im Kreißsaal, danach das Vergnügen



Ich lade die Staff 3-mal abends nach dem Dienst ein zum Schwimmen: in den Swimming-Pool und an den Stausee mit ihren Kids, einen erweiterten Betriebsausflug: für viele ist es die erste solche Badeerfahrung, bei anderen fungiere ich als Schwimmlehrerin. Für 20 Mitarbeiterinnen in den Am Nyua Pon Swimming-Pool, wollte die thailändische Betreiberin (sie ist Sportlehrerin) nur 700 Baht =20 Euro Eintritt für die ganze Gruppe. Das war ein Vergnügen!



Dank an alle, die diesen Einsatz unterstützten:

- Dr. Heinz Eppenich, Radolfzell
- Klaus und Christine Ebner, Leifers/Südtirol
- Madeleine Grobet, Lupsingen/Schweiz
- Turi Samuel, Allschwil/Schweiz
- Mariann Leuthold, Liestal/Schweiz
- Dr. "Alex" Saw Htay Myint, Hpa-An/Myanmar
- Walter Müller, Ulm
- Horst Gunkel, Gelnhausen
- Dr. Bernhard Weidle, Trondheim/Norwegen
- Gerhard Fuchs
- Tanja Schulze Dieckhoff, Idstein
- Deborah Marchese, Unterensingen
- Klaus Kannen
- Heinz Welte, Ulm
- Christoph Groß, Fellbach
- Ottmar Sterk, Mühlhofen
- Angela Wielath, Überlingen
- Gerlinde Heizmann, Rielasingen
- Orana Chusrisong, Bangkok/Thailand
- Khun Lampluan, Mae Sot/Thailand
- Salika Chaovakiratipong, Mae Sot/Thailand
- Karoline Stürmer, Konstanz
- „Icke“ Michael Plewka, Radolfzell
- Sepp Bögle, Radolfzell
- Tom Geldmacher, Erlangen
- Yvonne Suchan, Lindau
- Susanne Brucker, Villingen
- Fa SiUs GmbH, Berlin
- Frauenklinik, Stuttgart

Wir finanzierten Fetal-Doppler-Gerät, Kiwi-Saugglocken, Instrumente, Mobiliar für Wehenzimmer, Wehenhocker, Geburtstreppe, Bodenmatten, Amniohooks, Handschuhe, Arzneimittel, 43xHebammen-Arbeits-Kleidung & Eimer mit Waschpulver, Labortests am Thai-Spital, Nachdruck von je 10.000 Farbdruck-Flyern für Hepatitis B-Prävention und Verhütungsmittel-Methoden sowie Unterrichtsmaterial für Hebammenausbildung, DHAMMA-books für die buddhistischen Medics.



Die chinesische Tofurei erhielt einen Großauftrag zur Lieferung von frischem Tofu für Veggie-days an die Klinikküche: einen Block für 25 Cent!



May Soe näht in ihrer Freizeit an der alten Fußpedal/Schwungrad SINGER-Nähmaschine Handabtrockentüchlein für den Kreißsaal. Dafür erhielt sie von mir einen „Zustupf“.



Untergewichtige Frühgeborene sind oft saugschwach: die in eine Tasse abgedrückte Muttermilch wird umgefüllt und über die Nasensonde gereicht. Dieses Mädchen saugte bereits eine Woche später an der Brust.