

Bericht über unseren Nepalaufenthalt 2019 für CoIN

Mit der Unterstützung des Vereins CoIN e.V. (Cochlea-Implantate Nepal) bekamen wir, Luisa Ternes und Mareike Digel, dieses Jahr von April bis Juni die Gelegenheit nach Nepal zu reisen. Wir sind beide Logopädinnen und haben vor Ort viel über die Arbeit der Sprachtherapeuten am Uniklinikum in Kathmandu erfahren, welche unter anderem die Therapie der Kinder durchführen, die mit der Hilfe von CoIN ein CI erhalten. Außerdem haben wir die von CoIN unterstützten gehörlosen Jugendlichen bei Besuchen in deren Hostel kennengelernt.

Insgesamt verbrachten wir 9 Wochen in Nepal. Zu Beginn hatten wir ein wenig Zeit, im Land und der uns fremden Kultur anzukommen und begannen unseren Aufenthalt mit einer kleinen Wanderung.

Im Anschluss folgten 5 Wochen in Kathmandu, die wir hauptsächlich in der Uniklinik = Tribhuvan University Teaching Hospital (T.U.T.H.) verbrachten und mit ein paar Besuchen im Hostel der gehörlosen Jugendlichen. Dabei bestimmte vor allem die 6-Tage-Woche im T.U.T.H. unseren Alltag. Die Besuche im Hostel mussten daher eher am späten Nachmittag stattfinden. An unserem freien Tag oder auch mal an einem Abend erkundeten wir die unterschiedlichen beeindruckenden Sehenswürdigkeiten der Stadt. Während der Praktikumszeit waren wir privat über Airbnb bei einer Familie in Bansbari untergebracht. Wir fühlten uns herzlich aufgenommen wie bei einer Gastfamilie und genossen, dass das Haus in einem etwas ruhigeren, nicht ganz so zentral gelegenen Stadtteil war, aber fußläufig vom T.U.T.H. entfernt. In unseren Gasteltern Rajani und Uddyam hatten wir jederzeit Ansprechpartner für alle Lebenslagen.

Im T.U.T.H. (ENT-Department) wurden wir vom gesamten Kollegium der Sprachtherapeuten und Audiologen herzlich aufgenommen. Gerade in den ersten Tagen erfuhren wir sehr viel über das Gesundheitssystem in Nepal und über das Ausbildungssystem der Sprachtherapeuten und Audiologen. Seit 2009 gibt es am T.U.T.H. den Studiengang Bachelor of Audiology and Speech and Language Pathology (BASLP). Die Studierenden in Kathmandu sind in ganz Nepal die einzigen ihres Fachs. Zuvor studierten die Sprachtherapeuten und Audiologen in Indien, so wie auch sämtliche Lehrenden im BASLP. Die Studierenden machen, für uns ungewöhnlich, aber durchaus sinnvoll erscheinend, im vierjährigen Bachelor zunächst einen Doppelabschluss in Audiologie und Sprachtherapie und spezialisieren sich dann im Master, der nur in Indien absolviert werden kann, auf eines der beiden Fachgebiete. Ab dem zweiten Jahr im Bachelor hospitieren die Studierenden nicht mehr, sondern führen selbst Therapien durch, beraten und werden korrigiert durch die Supervisoren (die Lehrenden des BASLP). Das vierte Jahr des Bachelors verbringen die Studierenden in Form eines Praktikums zur Hälfte im T.U.T.H. und zur Hälfte in anderen Einrichtungen und Kliniken (z.B. für Menschen mit Autismus, Cerebral Parese oder in Privatkliniken).

Das Kollegium der Sprachtherapeuten und Audiologen (und damit auch unsere Ansprechpartner vor Ort) besteht aus Mr. Sureshwar Lal Karna (Senior Consultant Audiologist und Chef der gesamten Sprachtherapie und Audiologie), Mr. Kabi Raj Khanal (Senior Consultant Speech Language Pathology und damit Chef der Abteilung Sprachtherapie), Mr. Subash Jha (Consultant Speech Language Pathology) und die Kollegen und Lehrenden Mrs. Sushmita Shrestha, Mrs. Prabha Dawadee und Mr. Anil Adhikari, sowie dem einzigen reinen Audiologen Mr. Bebek Bhattarai. Hinzu kommt noch eine australische Freiwillige (Athena), welche als Dysphagie-Therapeutin für ein Jahr das Team der Sprachtherapeuten darin unterstützt und berät, den Bereich der Dysphagie aufzubauen.

Eine weitere wichtige Instanz für uns war das National Centre for Health Professions Education (NCHPE), Medical Education Department. Hierüber wurden wir in das Elective Programme aufgenommen, bekamen unseren auf die Praktikumszeit begrenzten Studierendenausweis und unterschrieben dort jeden Tag um zu zeigen, dass wir anwesend waren. So erhielten wir am Ende ein Zertifikat über unsere Praktikumszeit im T.U.T.H. Über das NDHPE sind übrigens viele ausländische

Studierende und Praktikanten aus aller Welt am T.U.T.H., vor allem Medizinstudierende (im Praktischen Jahr, Famulanten etc.).

Nun ist natürlich die Frage, was wir in unserem Praktikum in der Sprachtherapie gemacht haben. Da unser Beruf sprachbasiert ist, war das größte Hindernis natürlich die Sprachbarriere. Wir sprechen leider beide kein Nepali, sondern nur Englisch. Die Therapien finden jedoch auf Nepali statt und viele Patienten können wenig Englisch. Dadurch konnte das Praktikum nur die Form eines Hospitationspraktikums haben. Nach und nach lernten wir das ein oder andere nepalesische Wort oder eine Phrase, waren aber hauptsächlich doch sehr abhängig von den englischen Erklärungen der Sprachtherapeuten (über Störungsbild, Therapieansatz, Hintergrundinformationen etc.), die uns aber, wenn Zeit war, immer zuverlässig alles erklärten und alle Fragen beantworteten. Erstaunlich viel konnten wir uns auch aus dem Kontext und unseren Beobachtungen erschließen. So nahmen wir aus unseren Beobachtungen und dem Austausch mit den Sprachtherapeuten und Audiologen viel an Eindrücken und Informationen über die sprachtherapeutische Tätigkeit am T.U.T.H. und in Nepal allgemein, die Patientenversorgung und die Situation der Patienten mit. Ein Zeitraum von ca. zwei Wochen wäre für ein Praktikum dieser Art unserer Einschätzung nach sinnvoll. An dieser Stelle folgt eine Zusammenfassung unserer Eindrücke und Erkenntnisse:

Neben der Therapie von Hörbeeinträchtigungen (auditiv-verbale Therapie) hospitierten wir bei Therapien der Störungsbilder Stottern, Sprachentwicklungsstörungen, Stimmstörungen und Dysphagie. Viele Kinder hatten Grunderkrankungen wie Autismus, Lippen-Kiefer-Gaumensegel-Fehlbildung, Cerebralparese, Intelligenzminderung oder Lernbehinderung. Sämtliche Patienten waren ambulante Patienten, selbst wenn sie beispielsweise aufgrund von Operationen stationär in einer anderen Abteilung der Klinik aufgenommen waren. Die Stimmpatienten wurden meistens über die sonntags stattfindende Voice-Clinic akquiriert, bei der zur besseren Diagnostik der Störung vor der versammelten Ärzte-, Therapeuten- und Studierendenschaft mit dem fiberoptischen Endoskop ein bildgebendes Verfahren angewandt wurde. Viele der Fälle aller Störungsbilder waren deutlich schwerer ausgeprägt als wir das von unserem Klinikalltag kannten. Als Gründe dafür vermuten wir die mangelnde Versorgung und Aufklärung im Land, wodurch Betroffene/ Eltern später und leicht Betroffene gar nicht den Weg in die Hauptstadt auf sich nehmen.

Die meisten Sprachtherapie-Patienten kamen zwei Mal pro Woche für jeweils 30 Minuten, oftmals aber zu spät, zu einer anderen Zeit oder gar nicht. Problematisch waren dabei vor allem weite Anfahrtswege, starke Regenfälle, streikende öffentliche Nahverkehrsmittel, der in Kathmandu überhandnehmende Verkehr oder verhinderte Begleitpersonen. Als größtes Problem nahmen wir dabei die weiten Anfahrtswege wahr. Stück für Stück werden zwar immer mehr Sprachtherapeuten in Nepal (oder in Indien) ausgebildet, jedoch arbeiten einige dann im Ausland (v.a. in Indien) oder kommen in den wenigen staatlichen und privaten Kliniken mit sprachtherapeutischer Abteilung unter. Die findet man vor allem in großen Städten und eben in Kathmandu. Das bedeutet, dass in den vielen, vielen ländlichen und infrastrukturell deutlich benachteiligten Gegenden in Nepal keine sprachtherapeutische Versorgung stattfinden kann. Deshalb müssen die Patienten oft einen weiten Weg in die Hauptstadt auf sich nehmen, um überhaupt versorgt werden zu können. In Bezug auf eine Sprachtherapie im T.U.T.H. bedeutet dies, dass die Patienten mind. zwei Mal pro Woche über einen Zeitraum von mind. drei Monaten im T.U.T.H. erscheinen müssen. Kommen sie also von sehr weit weg, müssen sie für diesen Zeitraum nach Kathmandu ziehen. Die Therapiekosten (Erstaufnahme: 130 NRs, jede weitere Therapieeinheit: 100 NRs) sind also meist weniger das Problem, sondern eher die Fahrtkosten und vor allem die hohen Lebenshaltungskosten in Kathmandu, abgesehen von der praktischen Frage, wo man unterkommen kann. Deshalb kommt es häufig vor, dass die betroffenen Patienten/Familien zwar einmal den Weg auf sich nehmen und sich schnelle Hilfe erhoffen, dann aber erkennen, dass für einen Therapieerfolg ein längerfristiges und stetiges Erscheinen notwendig

ist und aufgrund der genannten Probleme dann nicht wieder kommen. Abhilfe kann dabei langfristig nur eine bessere landesweite Patientenversorgung schaffen. Dazu ist ein wichtiger Schritt die Ausbildung von neuen Sprachtherapeuten, aber auch die Aufklärung über die Existenz und Notwendigkeit von Sprachtherapie, gerade auch von Ärzten. Schon im T.U.T.H. selbst lässt sich beobachten, dass nicht alle Abteilungen der Klinik über die Existenz und die behandelten Störungsbilder von Sprachtherapie Bescheid wissen. Zumindest wurde uns das oft als Grund angegeben, warum z.B. keine Patienten aus der neurologischen Abteilung (mit Störungsbildern wie Aphasie, Dysarthrie etc.) in die Sprachtherapie geschickt oder Sprachtherapeuten für die stationäre Versorgung in die jeweiligen Abteilungen berufen werden.

Aufgrund der mangelnden Aufklärung von Ärzten und Eltern über die Notwendigkeit von Sprachtherapie und die entsprechenden Störungsbilder sowie aufgrund der mangelhaften Infrastruktur kommen viele der Patienten erst, wenn die Störung schon weiter fortgeschritten ist, bzw. die Kinder erst in einem Alter, wenn die Störung aufgrund des Entwicklungsfortschrittes überdeutlich ist. Das bedeutet, dass gerade die Kinder oft relativ spät mit einer notwendigen Therapie beginnen, was sich negativ auf die Erfolgsaussichten auswirken kann.

Bei den stattfindenden Sprachtherapien konnten wir sehen, welche gute Arbeit das Therapeuten-Team trotz der Schwierigkeiten und Hindernisse leistet und was insbesondere Mr. Karna und Mr. Khanal dort am T.U.T.H. aufgebaut haben. Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass in einigen Bereichen noch einiges an Arbeit bevorsteht. So gibt es beispielsweise bisher noch keine Normen und standardisierten Tests bezüglich der Sprachentwicklung im Nepalesischen. Außerdem könnte es von Vorteil sein, ein einheitliches und gut handhabbares Dokumentations-System einzuführen, da bisher wenig Dokumentation der Therapien stattfindet. Das alltägliche Therapiesgeschehen löste bei uns immer wieder abwechselnd Erstaunen und Bewunderung aus, da die Therapeuten mit den teils chaotisch anmutenden Gegebenheiten sehr gelassen umgingen. So war es keine Seltenheit, dass entweder unerwartet kein Patient kam oder gefühlt alle Patienten auf einmal erschienen und sich vor der halboffenen Türe des Therapieraums als Traube sammelten, da jeder einen Blick auf die momentan stattfindende Therapie erhaschen wollte. Ebenso kam es häufig vor, dass aus den unterschiedlichsten Gründen während einer Therapie ständig die Tür auf und zu ging und die Therapie dabei ständig unterbrochen wurde. Gewöhnungsbedürftig war für uns auch, wenn sich in dem kleinen ca. 8 m² großen Therapieraum außer Patient, Therapeut und Angehörigem noch 3 bis 6 weitere Personen tummelten (uns natürlich eingerechnet), die Therapie aber unbeirrt weitergeführt werden konnte.

Durch den Hintergrund von CoIN e.V. hatten wir natürlich ein gesondertes Augenmerk auf die Versorgung und die Therapie der Cochlea-Implantat-tragenden Kinder. Nachdem die Operation gut verheilt ist und eine Anpassung in einer privaten Klinik stattgefunden hat, beginnen die Kinder etwa einen Monat nach der Implantation mit der Therapie im T.U.T.H. (oder in einer privaten Klinik). Dabei fiel uns zunächst auf, dass alle Kinder aus Kostengründen nur einseitig mit einem CI und auf der anderen Seite meist mit einem Hörgerät versorgt werden. Die Bezugspersonen werden in die Therapie sinnvollerweise stark eingebunden, sodass keine Therapie ohne die Person stattfindet, die auch zu Hause mit dem Kind übt. Es zeigte sich, dass alle Therapien Einzeltherapien waren. Gruppentherapien sind nicht vorgesehen, was unter Umständen auch nach sich zieht, dass zwischen den Eltern der betroffenen Kinder kein Austausch gefördert wird. Die Therapien fanden alle als verbal-auditive Therapien statt, CI-Handling war dabei unserem Eindruck nach allerdings kein Thema. Eine Schwierigkeit, die vor allem in der Therapie mit Hörgeschädigten essenziell ist, waren die lauten Umgebungsgeräusche in der Klinik (keine gute Dämmung der Räume, laute und hallende Flure, Baulärm etc.), welche für ein Hörtraining sehr hinderlich sein können. Außerdem erschwert das Implantationsalter häufig den Therapieerfolg, da viele Kinder vergleichsweise (z.B. mit Deutschland)

spät implantiert werden. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass ein Neugeborenen-Hörscreening in Nepal kein Standard ist und gehörlose oder hochgradig schwerhörige Kinder deshalb erst später diagnostiziert werden. Für die Implantation gibt es keine Altersgrenze nach oben, weshalb auch immer wieder ältere Kinder implantiert werden. (Dies betrifft nicht die von CoIN e.V. gesponserten CI-Implantationen.) Bis vor einem Jahr wurde wohl ein begrenztes Kontingent der Operationen zu 50% noch von der nepalesischen Regierung unterstützt. Die Fortführung dieser Unterstützung ist aber wohl gerade fraglich. CoIN e.V. ermöglicht an dieser Stelle also deutlich mehr Kindern eine CI-Implantation, als sie sonst in Nepal möglich wäre.

Eindrücklich und aufschlussreich waren unsere letzten Praktikumstage, an denen wir das Glück hatten bei einer Bestandsaufnahme, bzw. Diagnostik durch Spezialistinnen von MedEL aus Indien dabei zu sein. Sie führten einen Hörtest, eine Anpassung und eine Sprachdiagnostik durch. Dabei konnten wir fast alle von CoIN e.V. gesponserten Kinder kennen lernen und gleichzeitig auch noch eine fachlich fundierte Einschätzung ihres Entwicklungsstandes (in Bezug auf Sprache und Hören) bekommen. Die meisten Kinder entwickeln sich sehr gut, einige nicht wie erwartet, was meistens mit Fernbleiben von der Therapie, mangelndem Üben oder anderen weitreichenderen Schwierigkeiten der Kinder zu tun hat. Wir haben die Liste der CI-versorgten Kinder durch die gewonnenen Informationen ergänzt und Fotos gemacht.

Darüber hinaus konnten wir unabhängig davon außerhalb der Klinik viele der ebenfalls von CoIN e.V. unterstützten gehörlosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hostel kennen lernen, in dem sie leben, um in Kathmandu zur Schule bzw. zum College für Gehörlose gehen zu können. Wir genossen den Austausch sehr, wurden von allen jedes Mal sehr herzlich empfangen und fühlten uns so wohl, dass wir ungerne wieder gingen. Da wir keine nepalesische Gebärdensprache beherrschen, waren wir froh, dass Balram, welcher das Hostel leitet und die Bewohner in all ihren Belangen unterstützt, für uns übersetzte. Mit einigen der älteren Bewohner war auch ein direkter Austausch möglich, da sie sehr gut Englisch konnten und wir uns schriftlich über unsere Handys austauschen konnten. Im Gespräch lernten wir so auch ein paar Gebärden. Wir bekamen einen kleinen Einblick in den Alltag der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Wenn sie nicht in der Schule waren, beschäftigten sie sich mit Lernen, Freizeitspielen wie Badminton, Zeichnen oder Lesen, Nachhilfe für die Mitbewohner oder gingen ihren Jobs (z.B. in einer Pharmazie-Firma) neben dem Studium nach. In Bezug auf das Studium erfuhren wir, dass die jungen Erwachsenen keinesfalls eine Wahlmöglichkeit haben, sondern bei Studienwunsch lediglich den Bachelor of Education studieren können, der im weiteren Verlauf auf einen Beruf als Lehrer an einer Gehörlosenschule abzielt. Dass dies nicht dem Berufswunsch eines jeden jungen Erwachsenen dort entspricht, kann man sich vorstellen. Manch einer träumt deshalb von einem Stipendium und einem Studium in den USA, wo es doch deutlich mehr Studienmöglichkeiten für Gehörlose gibt.

Die Lebensbedingungen im Hostel sind gemessen an europäischen Standards sicher gewöhnungsbedürftig. Die Jugendlichen teilen sich nach Alter und Geschlecht geordnet in unterschiedlich großen Gruppen ihre Zimmer. Gelernt wird meistens auf den Betten oder im recht kleinen Gruppenraum, welcher auch für die Nachhilfestunden genutzt wird. Bekocht werden die ca. 40 Bewohner des Hostels von einer auch dort lebenden Köchin. Die sanitäre Versorgung ist zwar funktional, aber notdürftig. Einen großen Gewinn stellt der von CoIN e.V. gesponserte Wasserfilter dar, der die Bewohner mit sauberem Trinkwasser versorgt. Am Haus könnte man so manches Projekt beginnen, das den Lebensraum verschönern könnte, wie z.B. Streichen der Wände, Reparieren der Fenster, Gestalten des Hofes und Gartens etc. All dies macht aber erst Sinn, wenn geklärt ist, wie es mit dem Haus weitergeht. Momentan ist nicht klar, wie lange die Gehörlosen noch dort wohnen bleiben können. So vertrieben wir uns die Zeit mit Unterhalten und Austauschen und Spielen von

Bewegungsspielen. Wir haben Fotos von den Jugendlichen, welche durch CoIN unterstützt werden, und vom Haus gemacht.

Gegen Ende unseres Aufenthaltes in Nepal hatten wir nochmal ca. 2,5 Wochen, in denen wir auch noch andere Orte des Landes kennen lernen konnten. Nach ein paar letzten Tagen in Kathmandu, in denen wir nochmal einige neu gewonnene Freunde treffen und verabschieden konnten, machten wir uns wieder auf den Heimflug. Nun blicken wir auf eine gute Zeit zurück, reich angefüllt von unterschiedlichsten Erfahrungen, bereichernden und schönen Begegnungen, interessantem Austausch und vielfältigen Eindrücken.