

Auseinandersetzungen eingebracht werden können.

Die Zielrichtung der auch als Synopse der drei bisherigen Gutachten anzusehenden Arbeit ist die Einflußnahme auf die Kapazitätsverordnung.

Bei einer Änderung der Kapazitätsverordnung wären Teilzulassungen für den vorklinischen Studienabschnitt zu vermeiden. Die Ambulanzen müßten kapazitätsneutral in den praktischen Unterricht einbezogen werden, eine Forderung, die für die Qualität der Ausbildung unerlässlich ist.

Literatur

Beske, F. und F.-M. Niemann: Universitäre Ausbildungskapazitäten unter Qualitätsgesichtspunkten unter besonderer Berücksichtigung des Gutachtens von Infratest Gesundheitsforschung „Untersuchung über die Anforderungen an eine ordnungsgemäße ärztliche Ausbildung und über die tatsächliche Situation in der ärztlichen Ausbildung“. Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.). Schmidt & Klaunig, Kiel 1989.

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Bekanntmachung der Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1987 Teil 1, Nr. 36 – Tag der Ausgabe: Bonn, den 21. Juli 1987.

Infratest Gesundheitsforschung: Untersuchung über die Anforderungen an eine ordnungsgemäße ärztliche Ausbildung und über die tatsächliche Situation in der ärztlichen Ausbildung. München, September 1987.

Lohfert, C. et al.: Überprüfung der Parameter der Kapazitätsverordnung zur Ermittlung der patientenbezogenen Aufnahmekapazität im stationären und ambulanten Bereich. Institut für Funktionsanalyse im Gesundheitswesen GmbH, Hamburg, Februar 1987.

Lohfert, C. et al.: Überprüfung der stationären und ambulanten Krankenversorgungsparameter zur Ermittlung der personalbezogenen Aufnahmekapazität von Hochschulkliniken. Institut für Funktionsanalyse im Gesundheitswesen GmbH, Hamburg, Januar 1988.

Seeliger, B.: Leitfaden zur Anwendung der Kapazitätsverordnung. Westdeutsche Rektorenkonferenz Informationsdienst-Presspiegel Nr. 38/1985 vom 3. Dezember 1985.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Fritz Beske,
Dipl.-Statistiker
Frank-Michael Niemann
Institut für
Gesundheits-System-Forschung
Kiel
Weimarer Straße 8
2300 Kiel-Wik

Medizin mal anders

Der Autor unternahm nach seinem dritten vorklinischen Semester eine dreimonatige Reise auf die Philippinen – als Famulant in der Chirurgie und Geburtshilfe eines staatlichen Krankenhauses auf der Insel Negros.

Unser Ziel: Das NOPH in Dumaguete City

Das Negros Oriental Provincial Hospital umfaßt ein Hauptgebäude und zwei Adnexe. In dem Hauptgebäude sind der Operationstrakt und die Stationen der Chirurgie, Pädiatrie und Geburtshilfe mit einigen gynäkologischen Patienten untergebracht. Der Operationstrakt war der einzige „air conditioned“ Bereich, ansonsten herrschten überall die Außentemperaturen! Die Innere Medizin war in eines der Nebengebäude ausgelagert. Auf der anderen Seite des Hauptgebäudes lag die einfach ausgestattete Ambulanz, an die sich auch das Labor, die Apotheke und ein Röntgenzimmer anschlossen. Insgesamt verfügt das Krankenhaus über 250 Betten. Im Gegensatz zu dem anderen, privaten Krankenhaus in Dumaguete City konnte man nicht selten 400 Patienten zählen.

Das staatliche Gesundheitssystem der Philippinen stellt sowohl den Krankenhausaufenthalt als auch die operative Versorgung der Bevölkerung kostenlos zur Verfügung. Allerdings müssen die Medikamente, darunter vor allem die oft sehr teuren Antibiotika, von den Patienten selbst bezahlt werden. Nur für extreme soziale Notfälle konnte der Sozialarbeiter des Krankenhauses kleine Unterstützungen gewähren.

Aber nicht immer ist der Mangel die Wurzel des Übels. In dem Hinterzimmer der Apotheke stapelten sich Kisten von Medikamenten, die aus aller Welt und viele darunter aus Deutschland, als Spende gut gemeint, hierher versandt worden waren. Auf unsere erstaunte Frage, warum man diese denn nicht an die bedürftigen Patienten verteilte, ver-

wies man uns auf die für sie unverständlichen Verpackungen und Waschzettel. Tatsächlich lagen den deutschen Präparaten keine englischen Übersetzungen bei, und so scheuten sich die philippinischen Ärzte davor, sie auszuteilen. Als wir anfangen, die Waschzettel mit den wichtigsten Informationen ins Englische zu übersetzen, mußten wir leider feststellen, daß viele der Präparate mittlerweile verfallen waren. Gedankenvollerer Einsatz von seiten der Spender könnte die Absicht der Entwicklungshilfe für die Patienten sinnvoller erfüllen.

Handwerk und Verstand als wichtigste Pfeiler

Während der ersten fünf Wochen wurde ich der chirurgischen Station zugeteilt. Das Organisationssystem der Krankenversorgung haben die Philippinos von den Amerikanern übernommen, wie auch ihr gesamtes Medizinstudium nach amerikanischem Vorbild aufgebaut ist und fast ausschließlich mit englischsprachiger Literatur bestritten werden muß.

Das chirurgische Team setzte sich aus dem Chefarzt, fünf Assistenten, einem Intern (entspricht unserem heutigen AiP) und einem Famulum zusammen. Die drei wesentlichen Aufgabebereiche der chirurgischen Versorgung erstreckten sich auf die „Out-Patient clinic“, die Station und den Operationstrakt.

Die zentrale Anlaufstelle unserer Station war die „Nurses bar“, wo wir durch einen Blick auf die große Tafel die anstehenden Tätigkeiten und den Operationsplan für den nächsten Tag erfassen konnten.

Gleich vom ersten Tag an wurde ich als vollwertiges Mitglied integriert. Schritt für Schritt wurde ich mit der anfallenden Stationsarbeit vertraut gemacht. Erst schaute man zu, dann durfte man assistieren, und wenn der Chirurg den Eindruck hatte, daß man nicht gerade von Natur aus zwei linke Hände besaß und mit Einsatz und Interesse bei der Sache war, stellte er sich daneben und überließ die weitere Behandlung des Patienten dem Intern oder dem Famulus. Dabei wurde mit der einfachen Wundversorgung begonnen, wie Verbandswechsel oder Fädenziehen. Der Tätigkeits- und Verantwortungsbereich dehnte sich je nach den eigenen Fortschritten bis auf die selbständige Betreuung der Patienten unter Leitung des Stationsarztes aus.

Vormittags nach der Stationsarbeit und am Nachmittag bot sich regelmäßig die Gelegenheit, einen der Assistenten in die Ambulanz zu begleiten. Die Patienten, vom Säugling bis zum Greis mit einem breiten Spektrum an chirurgischen Krankheiten, wurden zunächst danach eingeteilt, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich war oder ob sie durch einen ambulanten Eingriff ausreichend behandelt werden konnten. Oft hatten die Patienten auch Angst vor einer stationären Aufnahme, wegen des möglichen Infektionsrisikos oder weil sie an dem Aberglauben hafteten, daß man ein Krankenhaus nicht mehr lebend verläßt. Bei diesen Patienten entschloß man sich zu größeren ambulanten Eingriffen, weil sie sonst unverrichteter Dinge wieder nach Hause gegangen wären. Allerdings konnte man davon ausgehen, daß die meisten Patienten von ihren Angehörigen zu Hause weiter gepflegt werden konnten. Die Familienzusammengehörigkeit ist ein ganz zentraler Punkt in der sozialen Struktur der philippinischen Gesellschaft. Auch bei der stationären Aufnahme blieben meist einige nahe Verwandte bei dem Patienten Tag und Nacht und übernahmen einfache pflegerische Dienste, wodurch dem Patienten eine gewisse persönliche Sphäre erhalten blieb.

Ich habe im Laufe dieser Zeit die primäre Versorgung von Wun-



Krankenraum auf der chirurgischen Station bei der morgendlichen Visite

den aller Art, die Inzision und Drainage von Abszessen, die Exzision verschiedener Geschwülste und Rekonstruktion von Teilamputationen, wie sie besonders häufig an den Fingern vorkamen, erlernt.

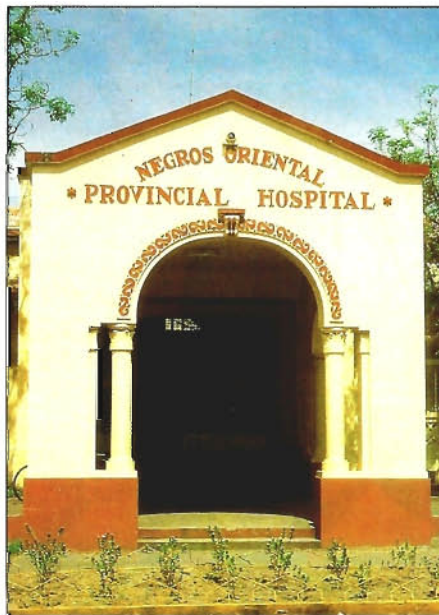
Im Klinikalltag kam es vor allem darauf an, mit möglichst wenigen Hilfsmitteln aus den Symptomen eines Patienten zu einer Arbeitsdiagnose zu finden und eine Entscheidung darüber zu treffen, ob der Pa-

tient konservativ oder operativ therapiert werden mußte. Hatte der Patient Glück, konnte man ihn in einem gerade frei gewordenen Bett in einem der vier chirurgischen Stationszimmer unterbringen, sonst mußte er mit dem Flur vorlieb nehmen, der zum Teil unter freiem Himmel entlang des Innenhofes verlief.

Patientenaufnahme mit „Händen und Füßen“

Da die staatlichen Krankenhäuser zum größten Teil von Patienten der unteren sozialen Schichten in Anspruch genommen werden und diese in den wenigsten Fällen über eine abgeschlossene Schulbildung und ausreichende Englischkenntnisse verfügen, um die einzelnen Symptome ihrer Krankheit in Englisch zu schildern, war man ganz wesentlich auf die Zusammenarbeit mit dem Intern und der Schwestern angewiesen. Es kam auch vor, daß niemand den Dialekt des angereisten Patienten verstand und man zu fünft oder sechst eine Anamnese erhob.

Der andere Schwerpunkt auf dem Weg zur Diagnose war die körperliche Untersuchung. Darin haben die philippinischen Ärzte, sicher nicht zuletzt wegen der begrenzten technischen Möglichkeiten, eine hohe Kunstfertigkeit erlangt, die mich



Eingangsfassade des NOPH, das mit 250 Betten einen großen Teil des südlichen Negros versorgt
Fotos: Uwe Sander

immer wieder in Staunen versetzte und von der ich für mein weiteres Studium sehr profitiert habe.

An apparativen Hilfsmitteln stand ein altes Röntgengerät zur Verfügung, das für eine Thoraxübersicht zwei Aufnahmen machen mußte, da es nur je eine Thoraxhälfte abzubilden vermochte. In dem Labor konnten nur elementare Blutuntersuchungen durchgeführt werden, wobei die Suche nach Parasiten wie zum Beispiel Plasmodien (Malaria) oder Tuberkulose- und Typhusbakterien einen breiten Raum einnahm. Daß in dem „einspurigen“ EKG-Gerät die Batterien schon lange aufgebraucht waren, beunruhigte niemanden sonst; man hatte ja schließlich sein Stethoskop und ein Paar gesunde Ohren.

Operationen oft letzter Ausweg

Der Operationstrakt war aufgeteilt in zwei hinter hölzernen Schwingtüren abgetrennte aseptische Operationsräume und einen kleineren septischen Operationssaal. Wie auch der Gemeinschaftsraum waren alle von einem gemeinsamen Vorraum einzusehen und zu erreichen. Hier herrschte während des ganzen Tages und oft auch noch in der Nacht ein reger Betrieb. In diesen drei Operationssälen wurden Patienten aus der Chirurgie, der Geburtshilfe/Gynäkologie und orthopädische Fälle eines niedergelassenen Kollegen operiert.

Ab der zweiten Woche konnte ich meine ersten Erfahrungen als Assistent bei größeren operativen Eingriffen wie Billroth-Resektionen und Hemikolektomien sammeln. Auch Struma-Teilresektionen waren relativ häufig, da die Patienten kein Geld besaßen für eine ausreichende Dauermedikation mit Thyroxin. Amputationen waren oft der einzige Ausweg, den wegen fehlender Antibiose fortschreitenden Osteomyelitiden Einhalt zu gebieten. Der Höhepunkt dieser chirurgischen Zeit meines Aufenthalts war meine erste Appendektomie unter Assistenz des leitenden Oberarztes. Ein unvergeßliches Erlebnis.

Kinderzahl: Garant für die soziale Stellung

Für den zweiten Teil meiner Famulatur wechselte ich auf die geburtshilfliche Station. Auch hier standen die unmittelbaren praktischen Erfahrungen im Vordergrund, also im wesentlichen Beobachtung der schwangeren Mütter, Erhebung der Reife und des Zustandes des Feten, Einleitung und Durchführung der Geburt mit Versorgung der Episiotomiewunden und Untersuchung des Neugeborenen. Immer hatte man dabei eine erfahrene Hebamme oder einen der Interns oder Assistenten zur Seite.

Ein besonders Problem der Philippinos ist die hohe Geburtenzahl mit entsprechend hoher Säuglings- und Müttersterblichkeit. Für die einzelnen Mütter, unter denen 14- bis 16jährige keine Seltenheit waren, stellt die Geburt einen ebenso natürlichen Vorgang dar wie etwa der

Aufklärung contra Tradition

Dem gegenüber stand ein großes Engagement der Ärzte und Politiker, die die Aufklärung und medizinische Versorgung der Bevölkerung voranzutreiben versuchten. Dazu wurden in abgelegeneren Gebieten sogenannte „Health centers“ eingerichtet. Dort versuchen medizinisch angelegerte Laienhelfer, wenigstens die wichtigste Grundversorgung, wie etwa die Hilfe bei Geburten oder einfachen Verletzungen, aber auch die regelmäßige Durchführung der Impfungen, zu gewährleisten. Darüber hinaus hat man dort mit der regelmäßigen Schulung und Vorbereitung der werdenden Mütter auf ihre Entbindung und die Nachgeburtsperiode erste Schritte unternommen, die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu senken. Nach dem Unterricht wurden Milchpräparate und Reis an die Mütter verteilt.

Ein großes Problem bleibt die fehlende Einsicht in die Familienplanung. Selbst wenn die Frauen schon eher dazu bereit wären, mittels einer Kontrazeption, die sogar kostenlos

jährliche Wechsel von Trocken- und Regenperioden. Leider läßt demzufolge die Vorsorge und Aufklärung der Mütter oft sehr stark zu wünschen übrig. Die meisten Frauen entbinden zu Hause, weit entfernt von jeder medizinischen Hilfe. Sie werden von Bekannten und Verwandten betreut, die bei eintretenden Komplikationen vor und unter der Geburt keine Hilfe mehr leisten können.

Andere Mütter erreichten die Klinik erst in letzter Sekunde, und es kam vor, daß die Geburt schon unterwegs in den schlecht gefederten Jeeps auf den holprigen Straßen eingesetzt hatte. Traurige Beispiele ereigneten sich immer wieder, wo durch Unwissenheit der Anwesenden bei Hausgeburten die Nachgeburt in utero verblieben war und zu schweren Blutungen oder septischen Entzündungen geführt hatte. Hier bot in einigen Fällen nur noch die Hysterektomie eine Rettung.

bewilligt wird, nicht mehr als drei oder vier Kinder in die Welt zu setzen, verbieten es die Tradition und die Erziehung. Eine Frau, die keine Kinder mehr zur Welt bringt, ist in der philippinischen Gesellschaft nur noch halbwertig. Die Ablehnung des Ehemanns ist somit vorprogrammiert.

Damit verschärft sich das Versorgungsproblem der weiter anwachsenden Kinderschar, wenn man auf der anderen Seite die Sterblichkeit von Säuglingen und Kleinkindern durch eine verbesserte medizinische Versorgung zu senken versucht.

Dies waren eher die betrüblichen Erfahrungen in den drei Monaten, in denen ich ansonsten viel von einer für uns Europäer verlorengegangenen Medizin zu sehen und zu lernen bekam.

Anschrift des Verfassers:

Guido Nikkhah
Unterhof 67/9006
6300 Gießen

Meinem Studienfreund Metin Senkal gewidmet.