

# Einsatz im Drittweltland – sinnvoll oder unsinnig?

**Nach wie vor leben 67 % der Weltbevölkerung ohne Zugang zu sicherer und bezahlbarer chirurgischer Versorgung. Davon betroffen sind vor allem Entwicklungs- und Schwellenländer. Das Bedürfnis, sich in einem Entwicklungsland zu engagieren, nimmt bei Ärzten in den letzten Jahren zu. Solche Einsätze können sowohl für die lokale Bevölkerung als auch für die Helfer von grossem Nutzen sein, sofern sie achtsam und gut geplant sind.**

Corinne Beerle, [corinne.beerle@bluewin.ch](mailto:corinne.beerle@bluewin.ch)

## Das Dilemma

Gemäss Angaben der World Health Organization (WHO) könnten 11% der Erkrankungen weltweit durch eine chirurgische Intervention behandelt werden.<sup>1</sup> Dennoch leben nach wie vor 4.8 Milliarden Menschen (67% der Weltbevölkerung) ohne Zugang zu sicherer, rechtzeitiger oder erschwinglicher chirurgischer Versorgung.<sup>2</sup> Davon sind zu 95% die ärmsten Regionen der Welt wie Südostasien und Subsahara-Afrika betroffen.<sup>2</sup> Vergleichend dazu sind es in Erst-Welt-Ländern weniger als 5% der Bevölkerung, denen es an Zugang zu chirurgischer Versorgung mangelt.<sup>2</sup>

Der Grund für diese ungleiche Verteilung besteht einerseits in der fehlenden oder mangelhaften Infrastruktur, andererseits in bisweilen nicht vorhandenen Ressourcen und nicht zuletzt im staatlichen Gesundheitssystem der jeweiligen Entwicklungsländer.<sup>2</sup> Funk et al. kalkulierten die Verteilungsdichte von Operationssälen in 92 Ländern.<sup>3</sup> Die geschätzte Anzahl von Operationssälen reichte von 1/100'000 in Ländern der Subsahara bis zu 25/100'000 in Ländern Europas.<sup>3</sup> Die erschreckende Realität ist, dass es nebenher oftmals an grundlegender Ausrüstung wie Strom, fliessendem Wasser oder einfachstem Operationsmonitoring, wie den Pulsoxymetern, fehlt.<sup>2, 4-5</sup>

Daten der World Bank und WHO legen dar, dass in 37 afrikanischen Ländern ein kritischer Mangel an medizinischem Personal herrscht (Grafik 1).<sup>6, 7</sup> Auf eine Population von 250'000 Einwohnern gibt es in Ländern Afrikas gerade mal einen ausgebildeten Chirurgen, wobei in Spitälern vieler ländlicher Gebiete kein einziger zu finden ist.<sup>7</sup> Ein grosses Problem diesbezüglich stellen die schlechten Arbeitsbedingungen für medizinisches Personal in ländlichen Gebieten dar, die dazu führen, dass Ärzte und Krankenpfleger in die grösseren Städte oder gar ausser Landes migrieren.<sup>8, 9</sup> Gemäss Hagopian et al. praktizieren etwa fünftausend Ärzte aus Ländern der Sub-Sahara in den Vereinigten Staaten Amerikas.<sup>9</sup> Für die USA mag diese Anzahl verschwindend klein sein, für die Drittweltländer jedoch ist es ein grosser Verlust.<sup>8-9</sup>

## Die Lösung?

Medizinische Hilfe in Drittwelt-Ländern ist seit Langem ein grosser Bestandteil des weltweiten Gesundheitswesens.<sup>10</sup> Die Bereitschaft von Ärzten sich in Entwicklungsländern zu engagieren, nahm jedoch über die letzten Jahre zu.<sup>11-12</sup> Sind aber alle Hilfeinsätze sinnvoll?

Van Tilburg schrieb im Februar 2015, begründet auf langjähriger eigener Erfahrung in medizinischer Entwicklungshilfe, dass medizinisches Engagement hilfreich, nutzlos oder gar schädigend für das Gesundheitswesen einer Bevölkerung sein kann.<sup>10</sup> Wenn Organisationen nicht selbsttragend sind, kann

schon deren Versorgung wie Essen, Unterkunft, Wasser oder Transport zu Lasten der lokalen Ressourcen fallen.<sup>10</sup>

Gemäss Contini sind Kurzeinsätze von Chirurgen mit hochspezialisiertem Wissen, die eine Ladung von Material mitbringen, das technisch vor Ort nicht angewandt werden kann, für ein Entwicklungsland von wenig Nutzen, da dieses Material mangels technischen Know-hows nicht angewandt oder unterhalten werden kann.<sup>8</sup> Gar schädigend sind solche Einsätze dann, wenn deren Kosten zu Lasten des lokalen Gesundheitssystems anfallen oder wenn der Ausbildungsbefit für die Entwicklungshelfer selber grösser ist als für die Mitarbeiter vor Ort.<sup>10-11</sup>

Wie kann man also medizinische Einsätze planen und durchführen, sodass sie nachhaltigen Nutzen bringen? Van Tilburg beschreibt in seinem Artikel acht Punkte, die für eine erfolgreiche Entwicklungshilfe von Vorteil sein können:

1. Eine Zusammenarbeit mit Verantwortlichen des Gesundheitswesens vor Ort soll angestrebt werden. Dafür eignen sich Langzeitprojekte am besten. Die Ziele der unterstützenden Organisation sollten klar formuliert und kommuniziert werden.
2. Falls Kurzeinsätze geplant werden, ist es sinnvoll, diese wiederholt am selben Ort durchzuführen, da dadurch eine bessere Nachhaltigkeit erreicht werden kann.
3. Die Hilfe sollte dem Bedarf der Bevölkerung angepasst werden.
4. Mit den vor Ort vorhandenen Ressourcen sollte dem Patientengut der höchste Standard an medizinischer Versorgung geboten werden.
5. Die Ausbildung sowohl des medizinischen Personals als auch der lokalen Bevölkerung sollte als höchste Priorität gesehen werden.
6. Der Fortschritt der medizinischen Versorgung vor Ort geschieht auch durch die Verbesserung der lokalen Infrastruktur.
7. Durchgeführte Einsätze sollten objektiv ausgewertet werden, um weitere Dienste zu optimieren.
8. Eine gute Ausbildung, Sicherheit und Gesundheit des Helfer-Teams sollte sichergestellt werden.<sup>10</sup>

Suchdev et al schlagen in die gleiche Kerbe, indem sie sagen, dass ein nachhaltiger Nutzen dann erreicht werden kann, wenn Organisationen verstehen, ihre Entwicklungsarbeit innerhalb der vorhandenen Infrastruktur und Kultur zu verwirklichen.<sup>13</sup> Praktisch bedeutet das, den Chirurgen vor Ort dazu zu motivieren und zu teachen, die bestmögliche Leistung mit dem vorhandenen Material zu erbringen.<sup>8</sup>

Corinne Beerle



Corinne Beerle arbeitet ab Januar als Oberärztin im Spital Bülach. Seit 2012 reist sie regelmässig mit den Swiss Surgical Teams nach Nigeria.

Grafik 1



Bild 1



## Meine Erfahrung

Die Swiss Surgical Teams (SST) wurden 1998 gegründet und leisten seit her regelmässige Einsätze, initial in der Mongolei, aktuell in Tadschikistan, Tansania und Nigeria. Im Frühjahr werde ich zum vierten Mal mit den SST für einen zweiwöchigen Einsatz nach Okpoga, Nigeria fliegen. In einem Regionalspital mit 120 Betten stehen dort seit 2011 jährlich bis zu vier Teams im Einsatz, welche sich zum Ziel setzen, ärztliches und nicht ärztliches medizinisches Personal vor Ort auszubilden. Zudem versuchen die SST, einen engen Kontakt mit der Schweizer Botschaft in Nigeria zu unterhalten. Daraus resultierte 2014 der Bau eines unterirdischen Wassertanks mit finanzieller Unterstützung der DEZA. Ausgebildete Chirurgen sind im St.Mary's Hospital nicht vorhanden. Die Allgemeinärzte, Operations- und Krankenpfleger sind aber mit viel Motivation und Lernbegierde bei der Arbeit (Bild 1). Operiert werden vor allem Inguinalhernien. Zudem werden Patienten mit Hydrocelen, Supraumbilical-, Umbilicalhernien und Lipomen sowie gelegentlich Appendektomien operiert. Die Inguinalhernien werden in der Lichtenstein-Technik durchgeführt. Als Netzmaterial verwenden wir sterilisierte Moskitonetze. Diese haben sich als kostengünstige Alternative zu den teureren synthetischen Netzen erwiesen, mit demselben Benefit, die Rezidivrate gering zu halten.<sup>14</sup> Täglich werden Patienten untersucht und jeweils 10–15 Patienten auf die Operationsliste gesetzt. Geduldig warten sie oft den ganzen Tag auf ihre Operation (Bild 2). Oberstes Ziel ist es, die lokalen Mitarbeiter auszubilden, sei es in kleinen Sachen wie aseptischen Verbandswechseln, richtig durchgeführter Händedesinfektion, Naht- und Knotentechnik oder in der Operation selber (Bild 3). Dies, bis sie schlussendlich die Operation selbstständig durchführen können (Bild 4). Die zwei Wochen Einsatz sind jeweils intensive Arbeit unter tropischer Hitze bis in die späten Abendstunden. Die Freundlichkeit und Dankbarkeit der Menschen machen jedoch jede Anstrengung wett.

## Für wen? Mit wem? Wohin?

Ein Artikel aus dem deutschen Ärzteblatt zur Vorbereitung für Auslandseinsätze stellt klar: „Helfen wollen reicht nicht aus“.<sup>12</sup> So haben die meisten Hilfsorganisationen ein klares Grundanforderungsprofil für interessierte Mitarbeiter. Sowohl die SST als auch die Organisationen Ärzte ohne Grenzen und das Internationale Rote Kreuz setzen eine mehrjährige Berufserfahrung voraus.<sup>15–16</sup> Bedingung ist es, dass chirurgische Tätigkeiten selbstständig durchgeführt werden können. Zudem ist das Vermitteln von theoretischem und praktischem Fachwissen das überwiegende Ziel eines solchen Einsatzes. Sprachkenntnisse, zumindest Englisch oder Französisch, sind vorausgesetzt.

Es ist fraglich, ob unser Ausbildungssystem, mit der Entwicklung zur Subspezialisierung bereits in den chirurgischen Anfängen, eine gute Grundlage für einen Auslandseinsatz stellt, ist doch oft vor Ort ein breiteres Spektrum an chirurgischer Versorgung gefragt.<sup>8</sup> Die SST bieten daher mit Unterstützung der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie auch jungen Ärzten aus der Schweiz die Gelegenheit, medizinische und kulturelle Erfahrungen in Entwicklungs- und Schwellenländern zu gewinnen.<sup>17</sup> Die jungen Kollegen erhalten die Gelegenheit, einen medizinischen Einsatz in einem Drittweltland unter Anleitung und in einem erfahrenen Team zu absolvieren. Wenn man sich auf einen solchen Einsatz einlässt, muss man sich bewusst sein, dass man sich damit unter Umständen in eine stressvolle Situation begeben kann. Die Herausforderung einer fremden Kultur, gesundheitliche Probleme, Veränderungen in Klima oder Ernährung können Auswirkungen auf Körper und Psyche haben.<sup>16</sup> Es ist daher wichtig, dass man sich in guter körperlicher

und psychischer Verfassung befindet, bevor man eine Reise in ein Entwicklungsland in Erwägung zieht. Zudem sollte man sich über die empfohlenen Impfungen informieren. Nicht zuletzt sollte man eine gute Teamfähigkeit und Aufgeschlossenheit und Respekt gegenüber einer fremden Kultur und deren Bevölkerung mitbringen.<sup>12</sup>

## Schlussendlich

Den nachhaltigsten Fortschritt könnte wohl mit einer Verbesserung der Bedingungen für das medizinische Personal vor Ort erreicht werden. Höhere Löhne und besserer Zugang zu wissenschaftlichem Material würden eine stabilere Situation in ländlichen Spitälern schaffen und würden das Teaching vor Ort vereinfachen.<sup>8</sup> Einsätze in einem Entwicklungsland können, sofern sie gut geplant sind und den Bedürfnissen und Bedingungen vor Ort angepasst sind, durchaus sinnvoll sein und einen nachhaltigen Nutzen erbringen. Ein Auslandseinsatz ist meiner Meinung nach für jeden, der sich auf eine fremde Kultur und deren Menschen einlassen möchte, ein wertvoller Erfahrungsschatz, der den Horizont öffnet und die Sicht für die Medizin weltweit verändert.

## Referenzen:

1. [www.who.int/surgery/en/WHOeaesc-](http://www.who.int/surgery/en/WHOeaesc-)
2. Alkire BC, Raykar NP, Shrimo MG, Weiser TG, Bickler SW, Rose JA, et al. Global access to surgical care: a modelling study. *Lancet Glob Health* 2015
3. Funk LM, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Merry AF, Enright AC, et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. *Lancet* 2010;376(9746):1055-61
4. Taira BR, Kelly McQueen KA, Burkle FM, Jr. Burden of surgical disease: does the literature reflect the scope of the international crisis? *World J Surg* 2009;33(5):893-8
5. Jin Yung Bae RSG, Adam L Kushner. Surgery as a public health intervention: common misconceptions versus the truth. *Bulletin of the World Health Organization* 2011(89):394-94
6. Mullan F, Kerry VB. The global health service partnership: teaching for the world. *Acad Med* 2014;89(8):1146-8
7. WHO. The World Health Report 2006 - working together for health. [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) 2006;p12
8. Contini S. Surgery in developing countries: why and how to meet surgical needs worldwide. *Acta Biomed* 2007;78(1):4-5
9. Hagopian A, Thompson MJ, Fordyce M, Johnson KE, Hart LG. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Hum Resour Health* 2004;2(1):17
10. Van Tilburg C. Controversies in medical aid to developing countries: balancing help and harm. *Int Health* 2015;7(3):147-8
11. DeCamp M. Ethical review of global short-term medical volunteerism. *HEC Forum* 2011;23(2):91-103
12. Sagebiel D. Vorbereitung von Auslandseinsätzen: Helfen wollen reicht nicht aus. *Deutsches Ärzteblatt* 1999;96(17)
13. Suchdev P, Ahrens K, Click E, Macklin L, Evangelista D, Graham E. A model for sustainable short-term international medical trips. *Ambul Pediatr* 2007;7(4):317-20
14. Stephenson BM, Kingsnorth AN. Safety and sterilization of mosquito net mesh for humanitarian inguinal hernioplasty. *World J Surg* 2011;35(9):1957-60
15. [www.icrc.org/en/who-we-are/jobs/opportunity/surgeon](http://www.icrc.org/en/who-we-are/jobs/opportunity/surgeon)
16. [www.msf.ch](http://www.msf.ch)
17. [www.swiss-surgical-team.org/](http://www.swiss-surgical-team.org/)

Bild 2



Bild 3



Bild 4

