

Mein kleines, ganz persönliches Auslands-ABC-Kinderchirurgie



Nachdem ich mich entschieden hatte als Kinderchirurg im fernen Ausland zu arbeiten, merkte ich sehr schnell, dass mein bis jetzt gelerntes Kinderchirurgen-ABC dort ganz anders „buchstabiert“ werden wird.

Eine Allgemeine Kinderchirurgie wie bei uns gibt es nämlich nicht. Schon gar nicht als eigenständiges Fachgebiet. Von unseren klassischen Subspezialisierungen „Trauma“, „Uro“ oder „Neugeborene“ ganz zu schweigen. Natürlich hatte ich mich darauf eingestellt, einen anderen Ausbildungs- und Ausstattungsstandard als bei uns vorzufinden, und dass jeden Tag aufs Neue improvisiert werden muss. Aber mit was genau musste ich nun in meinem kinderchirurgischen Alltag im afrikanischen Ghana und Malawi, in Bhaktapur (Nepal) oder Astana (Kasachstan) (beide Asien), in Honiara im australischen Archipelago Solomon Islands beziehungsweise im arabisch geprägten, postrevolutionären Benghazi (Libyen) am meisten „kämpfen“?

Abb. 1: Am Nepal College: Start der Lehrassistenz

Während in Astana und Bhaktapur mein Arbeitstag immer mit einer Art „Appell“ begann, gibt es in den afrikanischen Krankenhäusern, in Honiara und Benghazi nur ein lockeres Briefing. Anwesenheit und Pünktlichkeit sind eigentlich Pflicht, werden aber nur selten eingefordert. In Astana herrscht regelmäßig das ultimative „Communications“-Chaos, wenn mal wieder in Landessprache rapportiert werden muss. Dabei weiß eigentlich jeder, dass so selbst die Einheimischen nur Bahnhof verstehen werden.

Für jeden Arztbesuch im Archipelago Solomon Islands müssen Eltern und Patienten eine mehrtägige Schiffsreise, meistens auf einem Handelsschiff oder im selbstgeschnitzten Einbaum auf sich nehmen (siehe **Abb. oben**).

In den Bergen um Bhaktapur ist oft sogar noch das Pferd, in Astana der Zug das häufigste Ambulanzfahrzeug für den Krankentransport aus den weit entfernten Oblasken.

In Afrika setzt man neben den Klapper-Bussen noch immer auf den klassischen Allrad-Jeep, während sich Arabien aufgrund seiner traumhaft niedrigen Spritpreise immer noch Big-Block-Amischlitten als Ambulanzen leisten kann. Die apparative Ausstattung ist natürlich nicht mit der unseren zu vergleichen und nicht selten haben diese Ambulanzen neben dem Krankentransport noch ein ganz anderes nicht-medizinisches Aufgabenspektrum, wie z. B. intrafamiliäre Besorgungsfahrten.

Es war schon klar, dass es schwierig werden wird Anamnese und Befund zu erheben, wenn man wie ich nicht der Landessprache mächtig ist. Aber was ist

mit Englisch? Das müsste doch eigentlich reichen? „Denkste“, schnell musste ich lernen, dass selbst die Kommunikation meines so einfachen Behandlungsplanes ganz anders zu gehen hat: Denn anders als bei uns, möchten im Archipelago Solomon Islands die Eltern den Befund oder die Behandlung ihres Kindes gar nicht näher erläutert bekommen. Sie vertrauen voll und ganz auf ihren Arzt: „Doktor, Du weißt das besser, mach einfach nur das Beste für unser Kind“.

In Afrika kann man alles, jederzeit mit Händen und Füßen, oder auch wild gestikulierend erklären.

In Asien dagegen, geht so etwas gar nicht. Hier führt so eine „Culture of Communication“ sofort zu einem unwiderbringlichen Gesichtsverlust.

In Bhaktapur musste ich lernen, dass das ständige Kopfschütteln meines Assistenten während der Visite nicht wie bei uns Ablehnung, sondern Zustimmung bedeutete. Anfangs war ich nahe dran auszurasen, dachte ich mir doch, „was erlaubt der sich eigentlich?!“

Abb. 2: „Camp“ in den Bergen um Bhaktapur. Behandlung mit einfachsten Mitteln

In Astana empfand ich die Anamnese- und Befunderhebung immer als eine sehr ausweichende und ambivalente Angelegenheit. Dies lag wohl daran, dass alle Kasachen gewohnt sind, dass immer einer schuld ist und bestraft werden muss. Dabei ist es völlig egal, ob derjenige überhaupt in der Nähe war. Deshalb bauen alle auf den „Brekas“ (Gesetzesauszug), auch wenn dieser selten mehr Klarheit bringt: Eines Tages und einfach so wurde die Neonatologin ihres Amtes enthoben und zur Physiotherapeutin gemacht. Wochen später, völlig unerwartet, kommentarlos, alles wieder auf Anfang!

Abb. 3: Morgen-Appell auf der NICU in Astana

In Benghazi war für mich sehr gewöhnungsbedürftig, dass jeder pädiatrische Patient generell nur „Baby“ genannt wird, auch wenn er schon lange das Adoleszentenalter erreicht hat. Jede Anamneseerhebung ist eine ausgesprochen emotionsgeladene Angelegenheit gepaart mit ausschweifenden Diskussionen, am Ende leider wenig akkurat. Denn fast alles ist mit Tabus belegt und darf deshalb vom Dolmetscher gar nicht benannt und offen angesprochen werden. Dann noch den körperlichen Befund erheben zu wollen ist eine wahre Sisyphus-Arbeit. Denn selbst schon die Kleinsten der Kleinen, ob Burka ja oder nein, schämen sich fast zu Tode, wenn sie sich unverhüllt untersuchen lassen müssen. Und das selbst bei Körperteilen, die bei uns überhaupt nicht zum Schämen sind. Zwar wollen die meisten Eltern bei

ihrem Ambulanztermin mit mir, dem „Dr. Alleman“, eigentlich nur bestätigt haben, dass das Genitale ihres Babys völlig normal ist, aber so richtig drüber reden darf man halt doch nicht. Vertrauen haben sie nur in Allah und Inschallah, und wenn es darauf ankommt, machen „Baby“ und Eltern eh nur was sie wollen. Absprachen werden geflissentlich ignoriert, die Compliance ist bescheiden. Jede Behandlung wird mit Bonbons gefeiert, leider immer direkt vor dem „Baby“, das unmittelbar postoperativ eigentlich noch nüchtern bleiben sollte. Nicht gerade fair, aber dafür lässt sich leider kein Bewusstsein schaffen.

In den Bergen um Bhaktapur findet die „Allgemeine Kinderchirurgie“ oft in sogenannten „Camps“ (Abb. 2) statt, wo man dann über viele Monate gepflegte Abszesse mit Rasierklinge und Taschenlampe(!) drainiert. Natürlich erst, nachdem sich der Dorfälteste mutig und unter den kritischen Augen der Kinder hat behandeln lassen. Generell gilt, je mehr bunte Pillen man verschreibt, desto besser ist die Compliance! Die richtigen Akut-Verletzungen hatte ich dann in meiner „Specialist Clinic“ zu behandeln: So z. B. ausgedehnte Brandwunden vom „Baby“, das in die offene Feuerstelle gefallen war, über die es mit einem Hanfseil zum Entfiebern seiner Pneumonie aufgehängt worden war. Oder ausgedehnte Speiseröhrenverätzungen, verursacht durch Einflößen von Batteriesäure zur Stärkung wie beim Automotor. Einem auf den Dörfern immer noch weit verbreiteten folgenschweren Aberglauben! Mein afrikanischer „Chief Resident“ stellte mir einen Adoleszenten vor, dem jahrelang seine Abszesse am Hals ohne Besserung inzidiert worden waren. Die korrekte Diagnose war angeborene laterale Halszyste. Kaum hatten wir ihn erfolgreich operiert, löste er einen wahren Patientenstrom aus Accra aus, in dem sich tatsächlich noch die eine oder andere angeborene Malformation fand. Auch Dr. Mary, unsere Anästhesieschwester, war von der neuentdeckten Diagnose so begeistert, dass sie nie wieder betreten wollte. Am „Angel's Day“ (Abb. 4) wurden immer alle kleinen farbigen Patienten kontrastvoll im blütenweißen OP-Hemdchen im Arztzimmer aufgereiht, wo sie darauf warteten einer nach dem anderen operiert zu werden.

Abb. 4: Angel's Day in Afrika. Warten auf die OP

Im Archipelago Solomon Islands war mein häufigster Akuteingriff die Bauch-OP zur offenen Desinvagination. Wobei Akuteingriff hier bedeutet, dass frühestens nach drei bis vier Tagen alles parat ist. Am Behandlungsende dauerte es dann oft nochmal so lang, bis die Familie nach Vorlage des Arztbriefes am krankenhaus-eigenen Ticketschalter ihre vom Gesundheitsministerium bezahlten Bootstickets bekam. Trotz alledem gab es nie Beschwerden. Familie und Patient sind dankbar für alles was man tut. Ihre Compliance richtet sich danach, wie gut sie die „Clinic“ für die Nachbehandlung erreichen können. Hierzu bleiben sie gerne so lange wie möglich bei ihren Verwandten in Honiara, also in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus. In Benghazi beschwerten sich Patient und Familie ständig und lautstark, es geht zu wie auf einem Bazar. Der wahre Grund ist dabei eher von untergeordneter Bedeutung, ihr Wehklagen gründet sich eigentlich nur auf selbstverschuldete administrative und bürokratische Betriebsablaufsstörungen. Konkrete Argumente werden selten vorgebracht!

In Astana darf nur derjenige im MuKi-Behandlungs-Center aufgenommen werden, der einen passenden Anforderungsschein vom dortigen Krankenhausarzt vorweisen kann. Dafür muss Patient oder Arzt oft tagelang durchs ganze Land reisen. Generell werden die Behandlungskosten zwar vom Staat bezahlt, Vitamin B oder ein kleines Bakschisch sind aber trotzdem oft nötig, um die VIP-Behandlung zu sichern. Aufnahme und Behandlung sind auch im staatlichen Kinderkrankenhaus oder der Uni-Clinic in Benghazi generell „free of charge“, aber auch auf (viel zu) wenige Patienten im Monat limitiert! Geht man stattdessen in die „Private Clinic“, muss man alles selbst cash bezahlen. Egal wo, selbst Akuterkrankungen dürfen (lt. Gesetz!) nur aufgenommen und behandelt werden, wenn ein negativer Serologiebefund (HIV, Hepatitis C) vorliegt, was aber locker bis zu zwei Tage dauern kann. Das Behandlungsmanagement, auch bei akuter Appendizitis, ist deshalb immer gleich: erst wenn die Familie Befund und Behandlung akzeptiert, beratschlagt und das „cash“ innerhalb der Familie organisiert hat, kann es losgehen. Auch wenn es eine Woche dauert! Wegen der Revolution muss die Regierung oftmals die Behandlung in Deutschland bezahlen!?! „Jede Familie tut deshalb fast alles dafür, das dafür benötigte Attest vom „Dr. Alleman“ zu bekommen, zumal sich dadurch auch gleich einige zusätzliche Euros für die Familienkasse generieren lassen. Die gleichwertige Behandlung durch den deutschen Facharzt vor Ort bezahlt sie dagegen nicht(?). Der wahre Inhalt des Attests und der (Erfolg der) Behandlung in Alleman ist für die Familie deshalb nicht so wichtig, und ist es immer sehr schwierig die massiv überzogenen Behandlungserwartungen zu dämpfen! Aber auch eine Charity-Behandlung durch den „Dr. Alleman“ hat nicht unbedingt die bessere Compliance. Patienten und ihre Familien machen was sie wollen, unseren rationalen Argumenten sind sie nicht zugänglich. Dieses Benehmen hat mich anfänglich so sehr belastet, dass ich sehr aufpassen musste, in den ersten Wochen kein Burn Out zu erleiden.

Aber was sind nun die wahren Ambitionen der ausländischen Kollegen/Innen? Was ist ihre Berufung? „Give me one minute“, ist das Standard-Commitment, das man zu hören bekommt. In Astana heisst es „no problem“, in Afrika „can't we postpone it for tomorrow?“ Unsere Art die Probleme zu analysieren kennt man nicht. Der Wille zur Kooperation wird immer bekräftigt, aber wie ihn zu realisieren, steht auf einem anderen Blatt. Denn die Belegzahlen und das „cash“ müssen auch bei den ausländischen Kollegen stimmen, bestimmen sie doch über deren eigenes Überleben. Am Arbeitsplatz und unter den Arbeitskollegen ist die „Culture of Communication“ stark von der Stellung der Frau in der dortigen Gesellschaft, und der „Cast“, also der sozialen Schicht, der die Familie angehört, bestimmt. Dies ist und bleibt sehr befremdlich für mich. Solch ein Multikulti macht es der Führungskraft auch nicht unbedingt leichter, die so gegensätzliche TEAM-, Corporate Identity- und Culture of Mutual Respect-Attitude als neuen Stil einzuführen und allen authentisch vorzuleben. Dies gelingt nur mit dem größtmöglichen Engagement und der Toleranz von allen. Den zusätzlichen Aufwand, den Wissenschaft, Lehre und Ausbildung nun mal eben machen, wird in allen Ländern gleichermaßen gern in die Zuständigkeit des „College“ verschoben. Hier fordert der eine immer mehr Aktivität und Engagement vom andern, Hauptsache er selbst kann sich irgendwie drücken.

Abb. 5: Multikulti-TEAM am LGH in Benghazi

Die Beschneidung (CiCi), einer unserer ältesten Eingriffe in der Allgemeinen Kinderchirurgie, ist aktuell in aller Munde. Ja, er verbreitet nicht nur Angst und Schrecken, zwischenzeitlich gibt es sogar schon Behandlungsverbote! Aber was passiert nun wirklich, bei der CiCi in der Fremde? In seinem Restaurant präsentierte mir das Familienoberhaupt meiner nepalesischen Gastfamilie stolz seinen Enkelsohn. Diagnose: ausgeprägte Phimose. „Dr., bitte CiCi, aber nur soviel wie unbedingt nötig. Streng getrennt nach Mann und Frau wartete die ganze Familie gespannt auf das OP-Ende, um ihren Patienten selbst, wie es Tradition ist, und nicht durch das Pflegepersonal, auf sein Zimmer zu bringen. Obwohl die Familie sehr westlich war, brauchte es viel Überzeugungskraft, dass ich der besorgten Mama gleich und direkt, und nicht erst nach dem Familienoberhaupt, sagen durfte, dass die OP gut verlaufen ist. Dies war mir sehr wichtig, nachdem sie schon bei meiner OP-Aufklärung nicht

hatte dabei sein dürfen. Auch durfte mein kleiner Patient nach dem Aufwachen aus der Narkose gleich auf den Arm seiner Mama und musste nicht erst beim Familienoberhaupt verharren. Er durfte bei seiner Mama schlafen, und sein Opa praktizierte das gebotene family-protecting-rooming-in vom Nebenzimmer aus. Als Belohnung für die gelungene Operation bekam ich eine Riesenportion meiner nepalesischen Lieblingspeise.

Im Archipelago Solomon Islands ist die CiCi nicht so häufig, mein Kollege sammelte deshalb alle, ob Jung oder Alt, damit ich sie voroperiere bzw. den Kollegen/Innen assistiere. Eine Mama war nach der Operation so überglücklich, dass sie uns spontan zum Abendessen einlud. Sie hatte alles selbst gemanaget, die Männer der Familie waren nicht involviert worden. Es gab nie Tabus, weder bei der Anamneseerhebung noch bei der Befundbesprechung.

Im Benghazi hat die rituelle CiCi beim Knaben ihre feste Tradition. Entgegen aller Negativ-Schlagzeilen hat die Unversehrtheit des Genitale, egal ob bei Knaben oder Mädchen, in der arabischen Kultur einen sehr hohen Stellenwert. Denn nicht nur die Beschneidung von Mädchen wird kategorisch abgelehnt, nein, jede noch so kleine ärztlich notwendige Manipulation im Bereich des Hymens muss ausführlich mit der Familie besprochen und zwingend der Ärztekammer gemeldet werden, damit der Familie bei der späteren „arranged marriage“ des Mädchens keine Schande widerfährt. Aber obwohl fast alle arabischen Männer beschnitten sind, weiß eigentlich niemand wie es denn nachher aussehen muss. Viele der Eltern kommen deshalb in meine „Specialist Clinic“, um die schon vor langer Zeit durchgeführte rituelle CiCi sowohl beim Papa als auch beim Sohnmännchen als normal beurteilen zu lassen. Wahrscheinlich deshalb, weil es durch das ständige Verhüllen müssen und Sexverbot vor der Ehe, keine praktischen Anschauungsobjekte zu Vergleichszwecken gibt. Es macht auch wenig Sinn, den Eltern die verschiedenen Beschneidungstechniken und das anschließend zu erwartende Aussehen erklären zu wollen, damit sie dann frei wie bei uns entscheiden können. Sie können das nicht! Erfolgsversprechender ist es, sich einen arabischen Kollegen dazuzuholen und sich das traditionelle Modell zeigen zu lassen. Die traditionelle OP-Technik zweckentfremdet unseren „bone cutter“, man muss aber zugeben, dass sich so eine unerwartet gute Blutstillung beim Absetzen der Vorhaut erreichen lässt. Wo wir gelernt haben die Vorhautblätter zu vernähen, gibt es hier nur einen speziellen Druckverband und Salbe. Rituelle CiCis werden von Beschneidern (Nichtmedizinern!), aber auch Ärzten, leider meistens ohne eine Anästhesie durchgeführt. Dass dies eigentlich nicht State of the Art ist bzw. nicht mehr sein sollte, ist allen klar.

Dass der „Dr. Alleman“ es deshalb prinzipiell nie ohne Anästhesie und Naht macht und machen wird, wird von allen akzeptiert. So lange aber Beschneider zwar operieren, aber keine Anästhesien machen dürfen, und Facharztstandard, Narkose und Nahtmaterial soviel extra kosten, wird weiterhin Inshallah gelten und man wird nicht wirklich etwas ändern.