KINDERCHIRURGIE 01.02.2013

Als Kinderchirurg im Ausland arbeiten



Ein ganz persönlicher Erfahrungsbericht

Motiviert durch die aktuellen WHO-Vorgaben, aber auch aus politischem Kalkül werben Gesundheitspolitiker und Staatspräsidenten aus Schwellenländern (z. B. Kasachstan, Aserbaidschan) und aufstrebenden Metropolen (z. B. den Vereinigten Arabischen Emiraten) in den letzten Jahren vermehrt um ausländische, vornehmlich deutsche Fachkräfte, mit dem Ziel, in ihren Ländern ein Mutter-Kind-Zentrum oder ein Perinatalzentrum nach westlichem Vorbild aufzubauen und dafür baldmöglichst auch eine international anerkannte Zertifizierung (z. B. Joint Commission International (JCI)) zu bekommen. Sie werden dabei sehr engagiert von europäischen Hospital Facility Management Firmen (z. B. VACE, Lybian German Health Care, Europäisch – Aserbaidschanische Entwicklungsgesellschaft) und den international tätigen Auslandsabteilungen großer Klinikketten (z. B. Medical University Vienna International, Asklepios International) unterstützt.
Auf den ersten Blick wecken solche Stellenanzeigen immer die pure Begeisterung, auf den zweiten Blick folgt jedoch schnell die Ernüchterung. Denn einige „Recruiter“ und Personalbüros der ausländischen Kliniken lassen es leider an unserer gewohnt „deutschen Durchführungsqualität“ vermissen und es platzt schnell auch mal der sorgfältig ausgehandelte Vorvertrag mit all seinen unangenehmen Folgen.

Selbstverständlich bietet man unter Berufung auf seine jahrzehntelange Erfahrung und gegen eine stattliche Gebühr Hilfe bei der Beschaffung der dringend benötigten Arbeitserlaubnis an. Trotzdem bleibt es immer schwierig in Erfahrung zu bringen, welche Nachweise denn nun tatsächlich zu erbringen sind, um das Lizenzierungsverfahren form- und fristgerecht zu durchlaufen.

Mit der Kinderchirugie, einem bei uns eigenständigen Fachgebiet, tut man sich noch einmal besonders schwer, da sie in dieser Form in diesen Ländern nicht existiert und es dort somit auch keine Erfahrungswerte, keinen Anforderungskatalog und schon gar keine Prüfungskommission gibt. Jede Zusage und jedes Versprechen können sich also sehr schnell in Luft auflösen, denn die Zeiten und Fristen bei Behördengängen in diesen Ländern sind nun mal nicht planbar. Mal herrscht rege Betriebsamkeit, dann wieder wochenlanger Stillstand (und das nicht nur während des Ramadan). Oder es werden plötzlich Blitzentscheidungen gefällt, manchmal läuft aber auch alles völlig unkompliziert und unbürokratisch.

Um die dringend benötigte Aufenthaltsbewilligung und das Visum zu bekommen, müssen viele „bürokratischen Hürden“ gemeistert werden, von denen viele für „uns“ kaum nachvollziehbar sind. Aber die „allgemein gültigen“ Visabestimmungen können sich in diesen Ländern schnell „ändern“, oder werden durch „hidden laws“ kompliziert. Man muss also immer flexibel bleiben und braucht sehr viel Geduld.

Als eine pragmatische Lösung für den Arbeitsalltag hat sich deshalb die „Co-Piloten-Lösung“ bewährt: Bis zum sicheren Erhalt der gültigen Arbeitserlaubnis wird nur zusammen mit einem leitenden einheimischen Facharzt operiert und die letztendliche Verantwortlichkeit auf ihn „übertragen“.

Um das Gesundheitssystem im fremden Land zu verstehen, muss man total umdenken. Denn wenn es eine „staatliche“ Gesundheitsversorgung gibt, gilt diese nur für die „public hospitals“, die in der Regel

schlecht ausgestattet sind und in einem schlechten Ruf bei der Bevölkerung stehen.



Abb. 1: Mutter-Kind-Zentrum in Astana Kasachstan

So richtet sich in Kasachstan die Zuständigkeit der Krankenhäuser der Grundversorgung nach der Wohnadresse des Patienten. Muss ein Patient in eine Klinik der höheren Versorgungsstufe verlegt werden, geht dies nur, wenn der dortige ärztliche Abteilungsleiter das indiziert. Dazu reist er deshalb auch in entlegene Gebiete, um den kleinen Patienten dort vorab selbst zu untersuchen. Die telefonische Rücksprache mit dem behandelnden Arzt vor Ort, wie bei uns praktiziert, reicht nicht aus. Hat der kleine Patient und seine Eltern (endlich) seine Verlegung erreicht, verlässt er dieses Krankenhaus nicht mehr so schnell, auch nicht, wenn er längere Zeit auf seinen Op-Termin warten muss. Denn es gibt für spezielle Behandlungen eine Art „Kontingent mit Spezialtarif“, und das nur für eine bestimmte Zeit, also etwas, was man nicht „leichtfertig“ aufgibt, so lange nicht sicher ist, dass man diese „mühsam“ ausgehandelten Konditionen in dieser Form wiederbekommt.

Gegenüber den einheimischen Ärzten hegt die lybische Bevölkerung ein viel größeres Misstrauen, als uns ausländischen Ärzten gegenüber. Sie unterstellt ihren einheimischen Ärzten mangelnde Motivation und dass sie sich nicht voll und ganz für den einzelnen Patienten einsetzen. Dies zeigt sich auch deutlich, wenn man es mit Kasachstan vergleicht.



Abb. 2: Das Stationsteam im Mutter-Kind-Zentrum, Kasachstan

Ich brauchte doch eine gewisse Zeit mich daran zu gewöhnen, dass jeder Patient, jedes Kind jetzt privat krankenversichert, oder besser gesagt Selbstzahler ist, und damit jeder Schritt im eigenen Diagnostik- und Behandlungsplan, ja sogar im OP, von einem Zwischenstop beim „cashier“ unterbrochen wird und gleich bezahlt werden muss. Zwar gibt es eine „verbindliche (an DRG und OPS angelehnte) Preisliste“, trotzdem wird in Lybien „traditionell“ über jede Operation und Einzelleistung „nachverhandelt“, mit dem Ziel einen möglichst großen „Preisnachlass“ zu erhalten. Aber selbst bei einem Notfalleingriff (!) muss das benötigte Geld meist erst im großen Familienkreis „zusammengetragen“ werden, bis dann die Operation endlich stattfinden kann!



Abb. 3: Lybian-German-Hospital

Das Wissen um den menschlichen Körper, Gesundheit und Krankheit des kleinen Patienten ist bei den Eltern und innerhalb der Familie sowohl in Kasachstan als auch in Lybien weniger als bei uns, sich eine „Zweitmeinung“ einzuholen ist fast gänzlich unbekannt. In Kasachstan wird das Wissen um „Krankheit und Körper“ überwiegend durch die Großmütter, in Lybien durch den Rat der Väter/Ältestenrat weitergegeben. Das sollte man niemals unterschätzen! Denn diese „Gremien“ entscheiden schlussendlich über die Einwilligung zu Therapie und Operation und über die weitere Compliance von Eltern UND Kind.

Ob die für eine Operation benötigten Materialien, Medikamente und OP-Instrumente wirklich zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung stehen, ist in beiden Ländern ein immer wiederkehrendes „Lotteriespiel“, da es keine wie bei uns bekannte Materialwirtschaft oder Logistik gibt. So wird in Kasachstan die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit ständig zwischen „Pharmacy“ und „Dispensary“ hin und her geschoben und ohne „Bakschisch“ und „eine Hand wäscht die andere“ läuft gleich gar nichts. Zu unserem großen Erstaunen regt sich von den Einheimischen niemand darüber auf, vielleicht weil man es nie anders kennengelernt hat. Das Management von Kliniken der höheren Versorgungsstufe (Kasachstan) oder von Privatkrankenhäusern (Lybien) hat hier schon mehr den Wunsch nach einer Verbesserung. Sie streben mehr das „deutsche Vorbild“ an, da man erkannt hat, dass man hier zusätzlich „gutes Geld“ verdienen bzw. auch einsparen kann.

Die „Sprachbarriere“ ist wider Erwarten ein sehr großes Problem, da weder Englisch innerhalb der Bevölkerung noch medizinisches Englisch beim Krankenhauspersonal so weit verbreitet ist, wie initial angenommen. Zwar herrscht in der Regel kein Mangel an ÜbersetzerInnen, den sogenannten „Translators“. Sie rekrutieren sich aber fast ausschließlich aus Austauschstudenten, Au Pairs oder Fremdsprachenlehrern, also Personen OHNE spezifische (medizinische) Fachausbildung. Das bedingt, dass bei Visiten, Vorlesungen und in der Sprechstunde viel zusätzliche Zeit und Geduld eingeplant werden muss, da man diesen Mitarbeitern erst das „medizinische Basiswissen“ vermitteln muss. Aber das ist noch nicht alles, denn man braucht den „Translator“ ja auch im Operationssaal oder auf der Neugeborenenintensivstation, d. h. die junge Mutter muss jetzt lernen „im OP, Blut zu sehen“ oder gar einer Obduktion beiwohnen zu können. Dies führt zum Einen zu einem ganz anderen Arbeits- und Vortragsstil, zum Anderen erfordern die Aufgaben in den Funktionseinheiten OP, ICU etc. eine sehr intensive, gemeinsame Vor- und Nachbearbeitung mit dem „Translator“.

Jede Sprache, so auch die Landessprache in Kasachstan, hat Begriffe, die immer eine „eigene“ Interpretation zulassen und so schnell zu Missverständnissen und Fehlinter-pretationen führen können. Im medizinischen Alltag zeigt sich dies besonders bei OP- Berichten oder Gutachten, oder wenn man Checklisten wie „Time Out“ oder „CIRS“ einführen möchte. Hier haben wir doch ganz andere Dokumentationsstandards. Da der „Translator“ hierfür keine fachspezifische Ausbildung hat, kann er nicht „korrigierend“ eingreifen.

Natürlich rechnet jeder der im Ausland arbeiten will von vornherein damit, dass er sich mit einer ihm fremden Kultur auseinandersetzen muss. Man vergisst aber allzu schnell, dass der „Translator“, insbesondere wenn er keine fachspezifische Ausbildung oder Kenntnis von anderen Kulturen hat, immer auch in seiner eigenen Kultur verwurzelt ist und entsprechend agieren wird. So wird z. B. in vielen Kulturen nicht der Verursacher einer schlechten Nachricht, sondern der Überbringer für den „schlechten Inhalt“ verantwortlich gemacht. Eine „Verantwortung“, die der „Translator“ wohl kaum übernehmen (können) wird. Sicher nicht, stattdessen wird er seine Übersetzung eher den kulturellen Gepflogenheiten „anpassen“.

Auch stößt man auf für uns ungewohnte Verhaltensweisen. Je nachdem, ob es sich um einen männlichen oder weiblichen Arzt oder Übersetzer, oder ein Mädchen oder einen Jungen als Patienten handelt. So konsultieren z. B. in Lybien die Väter mit ihren Söhnen den Kinderchirurgen, wenn eine Operation wie ein Hodenhochstand ansteht, während bei einem Leistenbruch oder Blinddarm die Mutter mitkommt. Die Mädchen werden generell eher von der Mutter und Großmutter zur Konsultation gebracht, aber auch hier „lernt man nie aus und alles ist möglich“.

Neugeborene mit Spina bifida sind besonders problematisch. Nach dem ersten Schock über die gut sichtbare „entstellende“ Fehlbildung sind speziell die Mütter im arabischen Kulturkreis den Vorwürfen der gesamten Familie ausgesetzt. Und zwar mit den Worten „was sie denn nur falsch gemacht habe, damit sie SO ein Kind gebären konnte“. Denn die Familie ist völlig überfordert, da es kein fundiertes Wissen über angeborene Krankheiten oder die in diesem Fall so wichtige Vitamin B-Prophylaxe in der Schwangerenvorsorge gibt. Hier merkt man auch ohne eigentliche Kenntnisse der Landessprache schnell, dass man nicht darauf bauen kann mit Hilfe des „Translators“, auch wenn es sich um einen Arztkollegen handelt, den Eltern und Familien im Gespräch das nötige Wissen und Empathie zu vermitteln.

Sehr beeindruckend für mich war, dass in Kasachstan die Eltern eines behinderten Kindes dieses nach der Geburt „unbürokratisch“ in die Obhut und Fürsorge des Staates geben können, wenn sie sich überfordert fühlen. Und dass sich viele Adoptiveltern stark für diese Kinder und ihr Schicksal engagieren.

Der Tagesablauf auf Station und im Operationssaal gleicht prinzipiell dem unseren. So sind die Ärzte genauso mit Verwaltungsaufgaben überladen wie bei uns, das OP-Management zeigt die gleichen Schwächen, weitere allseits bekannte Probleme sind Hygiene, Besuchszeiten, Rooming In und wie macht man eine „gute und schnelle“ Patientenvisite. Die Hierarchie unter den Ärzten und dem Pflegepersonal ist in beiden Ländern deutlich stärker ausgeprägt als bei „uns“. Lokale Besonderheiten, wie Gebetsstunden, Klima und Infrastruktur etc. erfordern oft einschneidende Anpassungen an den Tagesablauf, wie „wann der Tag beginnen kann oder „wann unsere Patienten aber auch das Personal da sein werden“. Die von „uns“ so geschätzte „deutsche“ Pünktlichkeit sucht man meistens vergebens.

Die Zahl der Angehörigen, die in Lybien, aber auch in Kasachstan auf einen Schlag zu Besuch kommen, ist deutlich größer als bei uns. Die Angehörigen versorgen die Patienten mit Essen und übernehmen wie selbstverständlich auch viele „Handgriffe“, die bei uns ausschließlich dem Pflegepersonal vorbehalten sind. Andererseits müssen viele Behandlungen und „Handgriffe“, die bei uns (selbstverständlich) unter die Fallpauschale fallen, extra oder mit „Bakschisch“ bezahlt werden.

Wie selbstverständlich bleiben in Kasachstan die Mütter als einziges Familienmitglied bei ihren Babys im Krankenhaus. Aufgrund der weiten Entfernungen in ihr Heimatdorf und ihrer Familienstruktur ist dies selbstverständlich und gar nicht anders denkbar. In Lybien dagegen spielt die Entfernung nur eine untergeordnete Rolle. Hier ist das Geschlecht des Kindes entscheidend, und wen aus der Familie der Ältestenrat bestimmt beim Kind bzw. beim Kind und der Mutter zu bleiben.

Das Behandlungsspektrum des Fachgebietes Kinderchirurgie und das eines Facharztes für Kinderchirurgie ist ganz anders als bei uns. Neben den bei uns bekannten Sub-spezialisierungen wie Trauma, Neurochirurgie und Urologie, gibt es speziell in Kasachstan noch weitere „Subspezialisierungen“. Das führt dazu, dass zumindest aus unserer Sicht jeder Kinderchirurg ein „Repertoire“ hat, das nur aus wenigen Operationen besteht. So operiert der „Neugeborenenchirurg“ „nur“ Ösophagusatresie Gastroschisis und die offene Zwerchfell-hernie, der „Laparoskopiker“ macht die thorakoskopische Zwerchfellhernie und Leistenhernie, während der „Koloproktologe“ das Stoma anlegt und den Morbus Hirschsprung operiert.

Ein eingeschworenes TEAM zu formen ist in beiden Ländern ein mühevoller und langwieriger Prozess. Team- oder Mitarbeiterorientierungsgespräche sind völlig unbekannt. Als ich versuchte, die ersten kasachischen Kollegen dafür zu gewinnen, wurde ich durch die prompte „Ansage“ geschockt, dass „jeder der mit mir redet, gleich als Verräter abgestempelt wird“. Im Gegensatz dazu sind die lybischen Kollegen von Beginn an sehr offen für eine kollegiale Zusammenarbeit, hier wollen aber oft die (Eltern der) Patienten keine „lybisch-deutschen Operationsteams“, da das Misstrauen gegen die einheimischen Ärzten sehr hoch ist.

Eine transparente, wertschätzende Führung ist in beiden Gesundheitssystemen bisher nicht etabliert. Gelingt es aber, sich mit den einheimischen Ärzten UND dem Pflegepersonal zu „arrangieren“, stößt man in beiden Ländern auf eine hohe persönliche Motivation bei den KollegenInnen. Um das eigene Wissen auszuweiten, kommen sie gerne selbst aus dem Urlaub oder dem „Frei“ (!), um an einer Stationsfortbildung oder einem Extratraining teilzunehmen.

Stellen sich jedoch die ersten Erfolge ein und die KollegenInnen erhalten endlich Anerkennung und Wertschätzung für die geleistete Arbeit entwickelt sich doch eine „CORPORATE IDENTITY“ für die „eigene“ Station und ein ganz eigenes „TEAM-Gefühl“. Jetzt werden auch zunehmend gemeinsame Problembesprechungen und Diskussionen darüber akzeptiert.

Der Lohn und das Gehalt, das das einheimische medizinische Personals (selbst Fachkräfte wie Abteilungsleiter) bekommen, ist für unsere Verhältnisse sehr gering. Da die Lebenshaltungs-kosten aber auch in diesen Ländern ständig steigen, sind fast alle KollegenInnen auf Nebeneinnahmen aus (mehreren) Nebenjobs angewiesen, was die wöchentliche Arbeitszeit doch deutlich ansteigen lässt. Da die ausländischen Fachkräfte in der Regel immer ein Vielfaches verdienen, ruft unter Umständen Neid und Missgunst hervor. Ein pünktlicher Zahlungseingang ist meistens nicht gegeben, die „Zahlungsmoral“ ist in beiden Ländern eher auf „wenn nicht heute, dann vielleicht morgen oder gar erst übermorgen“ eingestellt.

Wenn man viel im fernen Ausland arbeitet, leiden natürlich die eigenen sozialen Kontakte im Heimatland, lebt man doch einfach in einer völlig anderen „Zeit“. Man lernt auch sehr zu schätzen, was es heißt einen „Reisepass mit Gültigkeit für alle Länder“ zu besitzen und eine gute „medizinische Grundausbildung“ bekommen zu haben.

Im Vergleich zu Deutschland sieht man viele „exotische“ Krankheitsbilder in vielen Variationen und allen Ausprägungen. Man kann und darf also selbst sehr viel Neues aus und in der Kinderchiurgie lernen. Zusätzlich lernt man die wenigen Resourcen, die man oft nur zur Verfügung hat, effektiver einzusetzen und andere „Prioritäten“ zu setzen.

Dass man bei einer Tätigkeit im Ausland sehr offen gegenüber fremden Kulturen und für Eltern und Kind sehr belastenden Situationen sein muss, dürfte allen klar sein. Trotz der „Sprachbarriere“ gelingt es meistens auch „non-verbal“ einen Zugang zu seinen kleinen „fremdländischen“ Patienten und ihren Eltern zu bekommen. Das kann und ist sehr „erfüllend“ für Einen selbst, andererseits hinterlassen bestimmte Äußerungen und Verhaltensweisen doch ihre „Spuren“. Während ich mich normalerweise innerhalb weniger Tage an meinem neuen

Arbeitsort „heimisch“ fühle, brauchte ich dazu in Kasachstan mehrere Monate. Die aktive Teilnahme an entsprechenden Kursen und eine regelmäßige Supervision haben mir hier sehr geholfen.

Fette A. Als Kinderchirurg im Ausland arbeiten. Passion Chirurgie. 2013 Februar; 3(02): Artikel 02_03.