

Kommentar zu RÜDIGER FINGER: Operative Medizin in Entwicklungsländern – Exotik oder Lernbeispiel. *Curare* 3/1980

MATTHIAS SIEBECK

Beides war für mich sehr spannend, die interessante Arbeit des Chirurgen Rüdiger Finger aus *Curare* 3(1980)3: 153–158 und die Bitte des Herausgebers Ekkehard Schröder, dazu einen Kommentar aus der heutigen chirurgischen Sicht zu verfassen. Wolf Mutschler hat meinen Text kommentiert, und bei allen drei Kollegen möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Tansania, das Land, in dem Rüdiger Finger als Chirurg tätig war, wurde 1961 aus der kolonialen Herrschaft entlassen, hat seither zum Commonwealth of Nations gehört und war ein wichtiges Empfängerland der deutschen Entwicklungshilfe. Einige Konzepte in der 1980 erschienenen Arbeit haben sich zu den heutigen Positionen verändert, so dass ich sie zunächst erläutern möchte, bevor ich auf die Rolle der Chirurgie komme. Bezüge auf die kommentierte Arbeit habe ich in runde Klammern gesetzt.

Entwicklungsland, Entwicklungshilfe: Es gab einmal Länder, die waren entwickelt, und Länder, die waren unterentwickelt. Wo etwas unterentwickelt war, da musste man helfen. Dass die Gesellschaften der Industrieländer sich in den letzten 37 Jahren extrem weiterentwickelt haben, vielleicht mehr als die der Entwicklungsländer, geht in diesem Konzept unter. Die Volkswirtschaft ist die Wissenschaft von Armut und Hungersnot (SEN 1984¹), und die Volkswirte untersuchen das Einkommen. Daher heißen Entwicklungsländer im heutigen Sprachgebrauch meist *Low Income Countries*, und Industrieländer *High Income Countries*. Die entscheidende Ressource ist meines Erachtens das humane Kapital, das durch Bildung (oder auch durch Migration) entsteht. Bildung ist geknüpft an Lernen, und das Lernen steht zu Recht schon im Titel von Fingers Arbeit.

Der Nutzen von Entwicklungshilfe ist wiederholt hinterfragt worden, und zwar von Wissenschaftlern der Entwicklungsländer (MOYO 2010²). Das Konzept der staatlichen Entwicklungshilfe ist weiterentwickelt worden zur Entwicklungszusammenarbeit (BMZ 2014³). Dieser Begriff lässt weniger von dem Machtgefälle spüren, das die Hilfsbedürftigkeit der

anderen Seite betonte. Nach wie vor werden Transferleistungen als Druckmittel gegenüber Empfängerländern eingesetzt (FAZ vom 07. 01. 2017⁴).

Schwierig auseinanderzuhalten sind die Konzepte von Entwicklung (Leistungen materieller und nicht materieller Art von Industrieländern an Entwicklungsländer zu Vorzugskonditionen mit dem Ziel der Förderung der sozio-ökonomischen Entwicklung bzw. Verbesserung der Lebensbedingungen) und humanitärer Hilfeleistung (Maßnahmen zum Schutz und zur Versorgung von Menschen in einer humanitären Notlage). Diese Konzepte sind nicht einfach miteinander zu verheiraten (GÖTZE 1999⁵). Gerade Ärzten gelingt diese Unterscheidung oft nicht, vielleicht, weil sie darauf getrimmt sind, zunächst den Patienten zu retten. Ärzte aus Industrieländern, die in Entwicklungsländern ärztliche Leistungen erbringen, machen ihre Arbeit dort unter erschwerten Bedingungen, die der Migrant und Chirurg Rüdiger Finger eindringlich schildert. Das exotische Ambiente, auf das in der Arbeit mehrfach Bezug genommen wird, entschädigt nicht nur für Einiges, sondern kann auch ein wichtiger Anreiz sein. Chirurgen aus Entwicklungsländern kommen vielleicht mit den Arbeitsbedingungen dort besser zurecht, aber sie ertragen die Arbeitsbedingungen auf Dauer nicht. Das ist eine der treibenden Kräfte des *Brain Drain*. Nicht so sehr Unterschiede in der Bezahlung, wie oft angenommen wird (JIROVSKY 2015⁶). Eine andere Variante von *Brain Drain*, die Finger beschreibt, ist das Verbleiben von ausländischen Ärzten in den Ausbildungsländern (S. 153). Finger bemerkt in diesem Zusammenhang, dass die Weiterbildung in Industrieländern die Krankheitsbilder und Lebensumstände der Herkunftsländer nur unzureichend berücksichtigt.

Was können Ärzte aus wohlhabenden Ländern im günstigsten Fall zur Entwicklung beitragen? Aus meiner Sicht können sie durch Forschung und Lehre partnerschaftlich zur Ausbildung und Weiterbildung von Gesundheitspersonal auf allen Stufen beitragen – Globalisierung auf einer nicht-ökonomischen Ebene. Ärzte aus Industrieländern nehmen im un-

günstigsten Fall Ärzten aus Entwicklungsländern die Arbeit weg, entwerten diese Arbeit, degradieren die einheimischen Ärzte zu Zuschauern, verderben die Preise – Folgen, die oft nicht bedacht werden. Ärzte, die aus Industrieländern kommen, neigen dazu, irgendwann wieder heimzureisen. Und wer macht dann die Arbeit? Das ist eine Frage der Nachhaltigkeit, die seit 1980 sehr stark in den Vordergrund gerückt ist. Das Konzept Nachhaltigkeit hat es 2015 auf die oberste Agenda der Vereinten Nationen geschafft: *Sustainable development goals*. Heute ist diese Frage ein Kernpunkt für jedes Projekt der Entwicklungszusammenarbeit.

Der Ausdruck „Apparatemedizin“ wird in der Arbeit mehrfach in etwas fragwürdigem Sinne benutzt. (S. 155, 157, 158). Das entspricht einer Techniksepsis, wie sie 1970 *en vogue* war. Finger zitiert hier Ivan Illich, und Finger beschuldigt eine „Medizintechnokratie“, obwohl er doch selber der Chirurg ist, der die Operationsindikation stellt oder eben nicht stellt. Wir Chirurgen sind froh darüber, dass wir inzwischen zur wissenschaftlichen Medizin (und nicht mehr zu den Badern) gehören. Wir wissen zu gut, dass unsere Patienten zum Überleben Apparate benötigen, wenn wir sie beatmen oder dialysieren müssen. Natürlich gibt es auch heute eine Kritik der Chirurgie, sie beschäftigt sich zum Beispiel mit einem Medizinproduktegesetz (MPG), mit Innovationen, die von Herstellern von Medizinprodukten getrieben werden und nicht mehr von Chirurgen, mit Zielvereinbarungen in Chefarzt-dienstverträgen, die Anreize für die Ausweitung von Indikationen setzen (DGCh 2012⁷).

Die „Anerkennung der Präventivmedizin als vorrangig“ (S. 155) war eine Denkfigur der Siebziger Jahre, die postulierte, dass ein Dollar für Prävention „zehnmal mehr bringt“ als ein Dollar für kurative Medizin. Impfkampagnen sind leichter zu organisieren als ein flächendeckender ärztlicher Dienst, das könnte der Grund (VFA, 24. April 2016⁸) für eine Vernachlässigung kurativer Medizin und insbesondere von Chirurgie in *Low Income Countries* sein. Erst seit der Erfindung des Konzepts von *cost per disability-adjusted life year (DALY)* kann man messen, wie teuer präventive Medizin und kurative Medizin sind. Bei derartigen Vergleichen schneidet Chirurgie unerwartet gut ab. Der Subsistenz Bauer, der seinen Arm gebrochen hat, kann seine Familie und sich selber nicht mehr ernähren, wenn er nicht suffizient behandelt wird. Ohne ein Gesundheitssystem,

das kurative Chirurgie vorhält, kommt keine Gesellschaft aus der Armut heraus (OZGEDIZ 2008⁹). Dies schmälert nicht die messbaren Verdienste von Präventivmedizin.

Daher hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 die *WHO Global Initiative for Emergency and Essential Surgical Care* gegründet. Inzwischen hat die WHO berücksichtigt, dass kurative Chirurgie eine wichtige Priorität in *Low Income Countries* ist (GREENBERG S. L. M. 2012¹⁰). Global gesehen ist diese geänderte Priorisierung wahrscheinlich der größte Fortschritt, den die Chirurgie gemacht hat, seit Rüdiger Fingers Arbeit erschienen ist.

„Die einheimische, traditionelle Medizin ... bediente sich ... einer Vielzahl von therapeutisch wirksamen Substanzen und anderer Behandlungsmethoden“ (S. 153), ist eine oft beschworene Formel. Erstaunlich, sie hier im Zusammenhang mit „operativer Medizin“ zu lesen. Vermutlich hat hier eine Vermengung von Fragen der kulturellen Verträglichkeit und Akzeptanz von Therapien mit einer Philosophie von Sicherheit und Wirksamkeit stattgefunden. Im Jahr 1980 waren weder die „einheimischen traditionellen“ Methoden noch die meisten Methoden der europäisch westlichen Chirurgie geprüft, und zwar weder auf ihre Sicherheit noch auf ihre Wirksamkeit. Die traditionelle Medizin war nicht „unübertroffen und daher unersetzlich“, sondern sie war schlicht und einfach da. Sie war immer schon da, bevor Eroberer oder Missionare und Kaufleute oder weltliche Entwicklungshelfer kamen, und sie war akzeptiert und insofern konkurrenzlos. Die chirurgische Behandlung aus dem Industrieland war aus der Sicht des Patienten im Entwicklungsland exotisch und nicht akzeptiert. Der Chirurg konnte sich und seine Therapie nur schwer verständlich machen, es bestanden sprachliche und kulturelle Barrieren.

Im Jahr 2017 haben wir ein sehr ähnliches Problem in Deutschland: Ausserhalb der Metropolen haben Krankenhäuser Schwierigkeiten, Ärzte zu rekrutieren (ELGER 2012¹¹), vor allem Chirurgen. Es gibt einen wahrgenommenen Ärztemangel. In ihrer Not stellen Krankenhäuser Ärzte aus anderen Ländern ein, die mit dem deutschen Gesundheitssystem kaum vertraut sind und für die Deutsch eine Fremdsprache ist (FARHAN 2016¹²). Diese Situation erschwert die bekannten Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Die Sichtweise auf „traditionelle Beschneidung (bei den meisten afrikanischen Ethnien unumgängliches Ritual) ...“ (S. 153) hat sich völlig geändert. Im Jahr 1980 entsprach diese Sichtweise als „unumgängliches Ritual“ in einigen Diskursen noch einem ausklingenden, gnadenlosen Kulturrelativismus. Mindestens seit 1975 wurde das Ritual als Verstümmelung und Verletzung der Menschenrechte gesehen, jedenfalls von der staatlichen Entwicklungshilfe der „BRD“ (siehe hierzu ausführlich dokumentiert in *Curare* 36[2013]1+2).

„... wurden aber operative Eingriffe von den ‚native healers‘ nicht durchgeführt. Aus verschiedenen Gründen stellten sie ein Tabu dar.“ (S. 153) Es liegt ein Missverständnis vor, dass Narkose (bewusstlos machen) und Operation (Bauch aufschneiden) nur außerhalb Europas Tabus verletzen. Im Gegenteil, besteht doch ein wesentlicher Teil der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten gerade darin, dass sie alle lernen müssen, genau diese Tabus (und ein paar weitere) zu verletzen (HARPER 1993¹³).

„... verständlich, daß eine große Bereitschaft z. B. des Afrikaners besteht, sich einer Operation zu unterziehen ...“ (S. 153). Hier handelt es sich m. E. um reine Attribution. Auf der ganzen Welt haben Kranke ihre eigenen Vorstellungen von der Krankheit und davon, wie sie sie wieder loswerden möchten, und einige Kranke bevorzugen eben ausdrücklich Chirurgie.

Wir Chirurgen sind von Natur aus erfinderisch und wissbegierig, und deswegen neigen wir dazu, neue chirurgische Instrumente auszuprobieren oder zu erfinden: „... einfaches Haushaltsmesser, mittlerer Größe mit Holzgriff, gut geschliffen, ...“ (S. 157). Jetzt kommen wir zu den doppelten Standards. Der migrierte Chirurg muss sich mit dem behelfen, was er vorfindet, oder er bleibt besser da, wo er zuvor war. Der Chirurg muss seine gelernten Standards an den exotischen Kontext anpassen, auch wenn es schmerzt. Im Notfall mixt der Chirurg seine Infusionslösungen selber zusammen (S. 155), und besorgt sich Angelschnüre zum Nähen (S. 157). „Schlimmer“ wird es erst, wenn sich „lang gediente Missions- oder auch EWH-Ärzte ...“ (S. 154) nicht mehr an die Standards von zu Hause halten wollen, ohne die „Kontrolle durch ärztliche Standesorganisationen ...“ Heute, im Zeitalter der mobilen Datenübertragung, besteht auch im ländlichen Afrika die Möglichkeit, einen räumlich weit entfernten Kollegen um Rat zu fragen, ein Bild zu zeigen, sich

weiter zu bilden, und diese Möglichkeit wird zunehmend genutzt.

Es wird klar, Finger sieht hier ein großes Dilemma der Tätigkeit von Entwicklungshelfern. „Die Liste der improvisierten bzw. angepassten chirurgischen Hilfsmittel könnte noch erheblich erweitert werden“ (S. 157). Das Konzept der „angepassten Technologie“ (S. 154) stammt aus der Gedankenwelt der 1970er Jahre, aus Sicht der Entwicklungsländer ein Euphemismus für doppelte Standards, der im vorliegenden Fall vielleicht den Kulturschock des Arztes aus Europa etwas abpuffern soll. Aus der Sicht der Empfänger der Entwicklungshilfe jedoch meist kein akzeptables Geschenk.

Es ist ohne Frage, dass es auch innerhalb von wohlhabenden Ländern wie Deutschland unterschiedliche medizinische Standards gibt. Standards werden erst verhandelt und dann vereinbart. Aber die Frage ist, wo liegt das *non minus infra*, was ist „unverzichtbar“? Sind es die ethischen Standards, die hygienischen Standards, die diagnostischen Standards, der Selbstschutz, die Professionalität? Welche Team Ressourcen, welche technischen Ressourcen braucht es mindestens? Hierauf gibt es keine eindeutige Antwort. Es bedarf der ständigen Diskussion und dauernden Anstrengung, um Qualitätsstandards zu sichern und zu heben.

Die neuen Gesundheitsberufe tauchen auf: „Ausbildung spezieller medizinischer Kader“ (S. 156), die in der Lage sind, Notfallchirurgische Eingriffe durchzuführen. Eine wichtige Innovation, die sich nur langsam ausbreitet. Bedeutsam sind heute *non-physician cataract surgeons*, durch deren Einsatz die Kataraktchirurgie zum global häufigsten chirurgischen Eingriff geworden ist. Die Konzepte von *task shifting* oder neuerdings *task sharing* wurden in allen Varianten erprobt, bis hinunter zur zehntägigen Ausbildung von *female community health volunteers* in der Versorgung von Gebärenden und Neugeborenen in Nepal (PAUDEL 2013¹⁴). Das Konzept der Delegation von chirurgischen Eingriffen an *non-physician clinicians* wurde von WILHELM T. J. *et al.* (2011¹⁵) untersucht und für machbar und sicher befunden.

Aus meiner heutigen Sicht sind in Fingers Arbeit die Hinweise auf „Lernprozess“ und „Lernbereitschaft“ (S. 157) zukunftsweisend. Finger beschreibt den Mangel an Ausbildung in einem Bereich (S. 154), der heute *Global Health* genannt und inzwischen an zahlreichen Fakultäten ge-

lehrt wird. Viele Fakultäten bieten wechselseitige Austauschprogramme für Medizinstudenten mit Universitäten in Entwicklungsländern, die Lerngelegenheiten in dem von Finger beschriebenen exotischen Kontext bzw. in einem Industrieland ermöglichen. Hier liegt der Schlüssel zu einer Kultur der ebenbürtigen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Wissenschaftlern aus verschiedenen Ländern. Wo gemeinsam gelernt und geforscht wird, haben „recht überhebliche Verhaltensweisen“ (S. 157) keinen Platz mehr. Gemeinsam können solche Teams in Zukunft erforschen, inwieweit die preisgünstigen Materialien und einfachen Techniken nachweisbar so sicher, effektiv, effizient und nachhaltig sind, wie von Finger geschildert (COTTON M 2014¹⁶). Auf diese Weise kann das ethische Dilemma der unterschiedlichen Standards angegangen werden. Die wichtigste Ressource der Chirurgie ist die Chirurgin oder der Chirurg, und beide bekommt man nicht so ohne weiteres. Dazu braucht es Bildung, Ausbildung und kontinuierliche Weiterbildung (S. 154). Hier fordert Rüdiger Finger zu Recht neue, bessere Modalitäten. Diese müssen auf die Bedarfslage der Gesundheitssysteme in *Low Income Countries* basieren (GIRMA *et al.* 2016¹⁷). Auch darauf hat schon Finger hingewiesen. Chirurgin und Chirurg müssen nicht nur chirurgische, sondern auch interkulturelle Kompetenzen erwerben, sonst kommen sie weder in Deutschland noch sonst wo zurecht.

München, am 11. Januar 2017

Anmerkungen

1. SEN A. 1984. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford: Oxford University Press.
2. MOYO D. 2010. *Dead Aid: Why aid is not working and how there is another way for Africa*. London: Penguin Books.
3. BMZ, Die Deutsche Entwicklungszusammenarbeit, 2014. Download am 31. 12. 2016: http://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/Materialie242_deutsche_ez.pdf.
4. FAZ (Frankfurter Allgemeine Zeitung) 07.01.2017, <http://www.faz.net/gpf-8p44s>.
5. WZB (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung). <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/1999/p99-304.pdf>, download am 31. 12. 2016.
6. JIROVSKY E. *et al.* 2015. “Why should I have come here?”—a qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC Health Services Research* 15: 74.
7. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Pressemitteilung, 10. April 2012. *Ökonomischer Druck im Krankenhaus: Chirurgen müssen zum Wohl des Patienten operieren und nicht für die Bilanz*. <http://www.dgch.de/>.
8. https://www.vfa.de/de/anzneimittel-forschung/impfstoffe-schuetzen-dem-koerper-helfen-sich-zu-wehren.html/_5-pharmafirmen-stehen-zu-ihrer-verantwortung-impfstoffe-fuer-entwicklungslaender Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V., download am 31. 12. 2016.
9. OZGEDIZ D. & RIVIELLO R. 2008. The “other” neglected diseases in global public health: Surgical conditions in sub-Saharan Africa. *PLoS Med* 5, 6: e121, doi:10.1371/journal.pmed.0050121
10. GREENBERG S. L. M. *et al.* 2012. Surgery: A post-2015 Millennium Development Goal priority. *The World We Want*: <http://www.worldwewant2015.org/file/298620/download/323964>.
11. ELGER K. & HACKENBROCH V. 2012. Radebrechen am Krankentbett. *Der Spiegel* 2/2012: 104–108.
12. FARHAN N. *et al.* 2016. Kommunikationsprüfung ausländischer Ärzte in Deutschland: Patientenkommunikationstest. *Gesundheitswesen* 78, 4: 215–220.
13. HARPER G. 1993. Breaking taboos and steadying the self in medical school. *The Lancet* 342: 913 (Oct. 09).
14. PAUDEL D. *et al.* 2013. Neonatal health in Nepal: analysis of absolute and relative inequalities and impact of current efforts to reduce neonatal mortality. *BMC Public Health* 13: 1239.
15. WILHELM T. J., THAWI I. K., MWATIBU B., MOTHE H. & POST S. 2011. Efficacy of major general surgery performed by non-physician clinicians at a central hospital in Malawi. *Tropical Doctor* 41, 2: 71–75 (April).
16. COTTON M. *et al.* 2014. Value innovation: an important aspect of global surgical care. *Globalization and Health* 10: 1.
17. TSINUEL GIRMA *et al.* 2016. Establishing medical schools in limited resource settings. *Ethiop J Health Sci.* 26: 277–284.



Matthias Siebeck ist Viszeralchirurg und Medizinpädagoge am Klinikum der Universität München (LMU). Er hat 2002 eine Hochschulkooperation mit der Jimma University in Äthiopien gegründet, und 2009 das Center for International Health an der LMU. Seine Forschungsschwerpunkte sind chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Lehren und Lernen mit Simulationen, und das CIH als Netzwerk mit medizinischen Fakultäten in Entwicklungsländern.

Prof. Dr. med. Matthias Siebeck,
Klinikum der Universität München, Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie
Nussbaumstrasse 20, D-80336 München
e-mail: msiebeck@lmu.de