

Innere Medizin auf den Salomonen

Auf Visite im «Wunderland»

Wenn der radiologische Assistent per Bus gesucht werden muss und während der Visite Pidgin gesprochen wird, dann heisst das: Medizin auf den Salomonen. Als Volontär lernte ich das Gesundheitswesen am anderen Ende der Welt kennen. Was bleibt, sind unvergessliche Eindrücke, aber auch Erlebnisse, die nachdenklich stimmen.

Cornel Stöckli

Hitze und ein Chaos am Flughafen erwartete uns auf dem Inselstaat. Dennoch hatten meine Freundin, Pflegefachfrau, und ich, Assistenzarzt in Innerer Medizin, einen positiven ersten Eindruck von dem Land, in dem wir für vier Monate bleiben sollten. Einen Tag nach der Ankunft begann die Arbeit im Medical Department des National Referral Hospital (NRH). Mit etwa 200 Betten, aufgeteilt in Gynäkologie/Geburts-hilfe, Pädiatrie, Chirurgie/Orthopädie, Augen-klinik und Innere Medizin inklusive Tuberkulo-sestation und diabetologischer Sprechstunde, ist das NRH das Zentrumsspital der Salomonen. Vorsteher des Medical Department ist Dr. Dalipanda. Unterstützt wird er von rund sieben Assistenz- bzw. Oberärzten.

Der Rapport war um 8.15 Uhr vorgesehen, wegen Verspätungen passierte es häufig, dass er erst um 9 Uhr begann. Eine Rüge wegen verspäteten Erscheinens wurde jedoch nie offen geäussert. Die Atmosphäre war ausgesprochen herzlich. Auf der Visite musste ich mich erst daran gewöhnen, dass auch alle Besucher anwesend waren. Die Patienten wurden von ihren Angehörigen versorgt, während sich das Pflegepersonal auf den medizinischen Service konzentrierte. Angesichts der offenen Räume und der Anwesenheit der Angehörigen gab es keine Privatsphäre in unserem Sinn. Das war aber nicht der einzige Unterschied zum Spitalalltag, wie ich ihn bisher kannte: Für klinische Kontrollen kamen ambulante Patienten oft direkt auf die Station. Und aus Platzmangel wurden Untersuchungen auch im Gang vorgenommen.

Eingeschränkter Support

In die ambulante Sprechstunde brachte jeder Patient seine Krankengeschichte in Buchform mit. Dies vereinfachte für mich die Visite in Anbetracht der anfänglichen sprachlichen

Schwierigkeiten. Das allgemein gesprochene Pidgin-Englisch war für mich schwer verständlich. Zur Not fand sich häufig jemand, der ins Englische übersetzen konnte. Schwierig wurde es allerdings, wenn Kranke nur ihre Stammes-sprache sprachen, von denen es etwa 100 verschiedene gibt, die kaum miteinander verwandt sind. Hier konnte nur ein Dolmetscher vom gleichen Wantok (Stamm) weiterhelfen.

Von der Ausstattung der medizinischen Klinik war ich erst beeindruckt. Die Medikamente decken überraschenderweise alle Wirkstoffgruppen ab. Das Labor verfügt über eine allgemeine Biochemie und Hämatologie, eine Serologie für HIV und venerologische Krankheiten. Die Mikrobiologie richtet sich auf den Direktnachweis von Tuberkelbakterien sowie auf Gram-färbungen von Ausstrichen und Punktaten aus. Die meisten Kulturen zeigen jedoch kein Wachstum. Die falsch-negativen Resultate entstehen wegen des tropischen Klimas, der mangelhaften Technik und der Nachlässigkeit des Personals.

Sehr eingeschränkt ist leider der Support von der Blutbank. Ein allgemeines Blutspenden existiert nicht, weshalb es an Blutkonserven mangelt. Seit je werden nur die Angehörigen aufgefordert, Blut zu spenden. Wenn diese nicht erreichbar sind oder weit weg leben, sind schlicht keine Spender verfügbar.

Begrenzt sind auch die Kapazitäten zum Röntgen. Obwohl ein 24-Stunden-Service besteht, gestaltete es sich als fast unmöglich, nach 17 Uhr ein Röntgenbild zu erhalten, auch wenn es sehr dringend war. Wenn der zuständige radiologische Assistent telefonisch nicht erreichbar war, schickte man jemanden mit dem Spitalbus auf die Suche nach einer Fachkraft. Ob der Gesuchte gefunden wurde oder nicht, war eine Lotterie.

Korrespondenz:
Cornel Stöckli
Limmatstrasse 317
CH-8005 Zürich
stoeckli.c@gmx.ch

Die klinische Realität und ihre Folgen

Ich möchte an einem Beispiel einen Einblick in die klinische Realität vermitteln: Eine Frau wurde während der Nacht mit starken abdominalen Schmerzen und Blutabgang ab ano aufgenommen. Die tachypnoische und hypotone Patientin hatte ein Hämoglobin von 5,4 g/dL. Um 9 Uhr morgens wurde eine Blutentnahme für das Austesten entnommen. Die zuständige Pflegefachfrau wurde angewiesen, die Blutprobe sofort in das Labor zu bringen. Am Nachmittag standen die Blutcontainer jedoch immer noch auf einer Ablage in der medizinischen Abteilung. Um 15 Uhr teilte mir der Laborant mit, das Hb sei nun 2,6 g/L und für ihre Blutgruppe seien keine Blutkonserven vorhanden. Kurzerhand entschloss ich mich, die Angehörigen der Patientin in die Blutbank zu führen, um einen Spender zu erhalten. Am späten Nachmittag hatten wir zwei Spender, der Laborant sagte mir, er werde das Screening auf den nächsten Tag verschieben. Darauf entgegnete ich, morgen sei die Transfusion nicht mehr nötig, weil die Patientin bis dann gestorben sein werde. Schliesslich war er von der Dringlichkeit überzeugt. Die erste Transfusion erhielt die Patientin um 19 Uhr.

Als ich den chirurgischen Chefarzt in einer hitzigen Diskussion von einer Gastroskopie überzeugen wollte, endete das Treffen mit dessen wortlosem Abgang. Mein Vorgehen war für die hiesigen Verhältnisse zu direkt gewesen. Die Gastroskopie erfolgte erst am vierten Tag nach

Eintritt. Ebenfalls verzögerte sich die weitere Diagnostik, weil die Patientin zu schwach war, um selbständig in die Radiologie zu gehen. So wurde einem anderen Patienten der Vorzug gegeben. Nach mehreren Bluttransfusionen, empirischer Antibiotikagabe sowie einem Steroidstoss erholte sich die Patientin und konnte nach Hause entlassen werden, ohne eine erklärende Diagnose zu haben.

Nach den ersten zwei Monaten war ich ernüchert von der sonst paradiesisch anmutenden Lebensweise im Südpazifik. Mein Vertrauen in die Arbeitskollegen war erschüttert. Ich reagierte darauf, indem ich den Laborresultaten zunehmend autonomer nachging und angemeldeten Untersuchungen den nötigen Nachdruck verlieh, damit sie auch durchgeführt wurden. Die Folge aber war, dass sich meine Kollegen teilweise von der Arbeit verabschiedeten, so nach dem Motto: Der Schweizer Arzt macht das ganz gut, auch ohne uns ... Eine weitere irritierende Erfahrung.

Nichtsdestotrotz geniessen die Ärzte auf den Salomonen ein fast uneingeschränktes Ansehen. Schwerkranke Patienten warten geduldig, bis sie während der Visite an die Reihe kommen, und vertrauen den Ärzten blind. Wenn ein Arzt während der Visite ein privates Gespräch mit seinem Handy führt, nehmen die Patienten selbstverständlich an, dass er eine dringliche Angelegenheit zu erledigen hat. Dieser über-grosse Respekt führt zu einer gewissen Gleichgültigkeit der Mediziner gegenüber den Bedürfnissen der Patienten, egal wie krank diese sind. Erstaunlich ist das Unwissen der Normalbevölkerung. Zum Beispiel wird, aus Angst vor operativen Eingriffen oder aus allgemeiner Akzeptanz des Erblindens, bei Katarakt oder Pterygium erst im Spätstadium ärztliche Hilfe in Anspruch genommen.

Den Klinikvorstehern sind die Hände gebunden, unmotivierte Angestellte unter Druck zu setzen. Das hängt mit der geringen Ärztezahl zusammen: Nur die intelligentesten Absolventen der Highschool können Medizin studieren. Das Gesundheitsministerium kämpft zudem gegen die Abwanderung der Ärzte. Aufgrund des Personalmangels bleiben ganze Provinzen ohne ärztliche Versorgung. Weite und teure Anfahrtswege, ungenügende Erstversorgung und indolente Patienten sind die Ursachen für eine ungeheure Verzögerung der Behandlung. Gleichzeitig werden die medizinischen Ressourcen nicht immer korrekt eingesetzt oder überhaupt genutzt. Eine Erklärung dafür liegt vermutlich in der begrenzten medizinischen Erfahrung, denn die westliche Medizin ist noch sehr jung in



Visite auf der «male ward» im Buala Hospital.

diesem Land. Bis Evidence-based Medicine sich wirklich durchsetzt, braucht es seine Zeit.

Grundversorgung in Buala, St. Isabelle

Der Höhepunkt unseres Südseeprojektes war ein dreiwöchiger Aufenthalt auf der Insel St. Isabelle. Für die 20 000 Bewohner steht ein 32-Betten-Spital, besetzt mit einem Arzt, zur Verfügung. Der Umgang unter dem Personal und den Patienten war ausserordentlich herzlich. Unvergesslich bleibt auch, wir von den Schulkindern jeden Morgen mit «Good morning, Doctor Cornel, good morning, Mrs. Dr. Cornel» begrüsst wurden. In der zweiten Woche leisteten wir, unterwegs mit einem Motorboot, in den küstennahen Dörfern Dienst. Die Patienten wurden mittels Funkradio zur Sprechstunde in die sogenannten Aid Clinics bestellt. Bei unserer Rückkehr wurde eine grosse Willkommensparty gefeiert. Die Dorfbewohner führten für uns traditionelle Tänze auf, und meine Freundin und ich tanzten bis spät in die Nacht. In der letzten Woche war der einheimische Arzt abwesend, und ich war auf mich allein gestellt. Dies war meine bisher grösste berufliche Herausforderung. Ich konnte sie nur meistern, da ich zum Glück die Möglichkeit hatte, Spezialisten telefonisch zu konsul-

tieren und Notfälle via Flugzeug in das NRH auszufliegen.

Meine Freundin und ich werden den Aufenthalt im «Wunderland», wie wir es nannten, nie vergessen. Der menschliche Gewinn, den wir aus dem Zusammenleben und -arbeiten mit den Einheimischen zogen, war immens. Medizin wird in einem Land wie den Salomonen immer anders sein als in der Schweiz. Junge Ärzte erhalten hier schnell eine riesige Verantwortung. Das Teaching und die Unterstützung durch erfahrene Fachärzte kommen eindeutig zu kurz. Hinzu kommt, dass Kritik fast nie direkt mitgeteilt wird. Der Kritisierte würde in der Auffassung der Insulaner das Gesicht verlieren.

Für mich stellte diese Arbeitsweise eine enorme Herausforderung, zeitweise Überforderung, dar. Ohne den oberärztlichen Support die ganze Verantwortung zu übernehmen fiel mir nicht leicht. Dennoch kann ich allen Berufskollegen einen solchen Aufenthalt nur empfehlen. Die Erfahrung, an seine Grenzen zu kommen, kann für die Arbeit in der Schweiz nur hilfreich sein.

Weitere Infos: www.hermannoberli.ch