

Arbeitskreis der AWMF „Ärzte und Juristen“

J. Probst

Der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat sich auf seiner Sitzung am 19./20.03.2010 in Würzburg unter der Leitung von Professor Dr. med. H.-D. Saeger mit nachfolgenden Themen befasst:

1. Haftungsprobleme beim „Medizintourismus“

- Ref. Prof. Dr. iur. A. Spickhoff, Göttingen: Aus juristischer Sicht.
- Ref. Prof. Dr. med. J. Altwein, München: Aus ärztlicher Sicht.
- Ref. A. Meindl, München: Aus Sicht der Krankenversicherungen.

2. DRG's und ihre Auswirkungen auf Krankenhäuser, Patienten und Haftungsfragen

- Ref. Dr. H. Bunzemeier, Münster: DRG-Auswirkungen an Universitätskliniken, Versorgungsforschungs-Projekt.
- Ref. Dr. phil. B. Sens, Hannover: DRG-induzierte Veränderungen.
- Ref. Rechtsanwalt Dr. Hölzer, Stuttgart: Veränderungen bei der Haftung? Von den Referaten liegen nur Powerpoint-Präsentationen vor. Diese sind bei AWMF abrufbar (s.u.)

Themen der Herbstsitzung 2010:

1. Der gläserne Patient? – Datenschutz in der Medizin.

2. Wunscherfüllende Medizin (Medizinrecht, Neuroenhancement, Wunscherfüllung oder Medizinische Indikation). Bericht folgt in Heft 64 MuN.

Prof. Dr. Jürgen Probst
Alter Mühlhabinger Weg 3
82418 Murnau/Staffelsee
E-Mail: Prof.Juergen.Probst.Murnau@t-online.de

Protokolle können bei der

AWMF-Geschäftsstelle
U Bieberstraße 20
40223 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 31 28 28, Fax: 02 21 / 31 68 19
E-Mail: awmf@awmf.org
AWMF online: <http://awmf.org>
angefordert werden.

Unfallchirurgie im Herzen Afrikas

Ein Bericht aus Ruanda

A. Kiefer, zur Zeit Butare, Ruanda

Endlich mal wieder ein freies Wochenende, es ist Mittag, die Sonne scheint trotz Regenzeit durch das bewölkte Blau, die Vögel zwitschern laut. In diese Stille hinein klingelt das Handy: „Könnten Sie bitte dringend ins Krankenhaus kommen, wir haben hier einige Verletzte, Ihre Kollegen haben wir auch schon benachrichtigt.“

Folgen eines Busunfalls

Als ich in der Notfallambulanz des Universitären Lehrkrankenhauses in Butare, Ruanda ankomme – ich arbeite hier als Chirurg/Unfallchirurg in leitender Position – erinnere mich das, was ich dort vorfinde, schon fast an Kriegsgeschehen. Der Boden der Ambulanz ist in jedem Raum mit Verletzten übersät, Infusionen hängen an in die Wand geschlagenen Nägeln, Patienten stöhnen oder weinen, die meisten von ihnen sind blutverkrustet und lehmverschmiert. 80 Ki-

lometer vom Krankenhaus war es zu einem Busunfall gekommen, die Reisenden waren von Uganda auf dem Weg in den Kongo. Der Bus muss anscheinend einen Abhang hinuntergestürzt sein, der genaue Unfallhergang ist unbekannt, Ursache ist meist überhöhte Geschwindigkeit auf den sehr kurvigen und unübersichtlichen Straßen. Als erstes zeigt mir ein Krankenpfleger eine Patientin mit einer traumatischen proximalen Oberarmamputation, die muss in den OP, sofort, ist meine Antwort darauf. Dort sei aber schon eine Patientin mit der gleichen Verletzung und ein Kollege und ein PJ-Student hätten schon mit der Versorgung angefangen. Bei der weiteren Sichtung der Patienten finde ich noch zwei weitere Frauen mit proximalen Oberarmamputationen. Wahrscheinlich hatten sie den Arm aus dem Fenster gelehnt, als der Bus sich überschlug. Insgesamt haben wir 57 Patienten erhalten, zehn davon Polytraumen bzw. Schwerstverletzte. Zwei sind bereits kurz nach ihrem Eintreffen

im Krankenhaus verstorben, die Leichen sind nur notdürftig durch einen Paravant von den übrigen Verletzten getrennt. Meine beiden afrikanischen Kollegen, ein Ruander und ein Ugander, sind auch da. Nach gemeinsamer Sichtung der Verletzten, beginnen wir mit den Operationen und verlassen nach Mitternacht das Krankenhaus. Die Versorgung der Leichtverletzten und deren Verteilung auf die Stationen wird vom Pflegepersonal und PJ-Studenten übernommen. Ich drücke noch jemandem Geld in die Hand, damit für alle, die hier Dienst tun etwas zu essen und zu trinken besorgt wird. Am Ende des Tages sind alle erschöpft, aber wir haben gemeinsam den Massenansturm von Verletzten mit unseren doch sehr eingeschränkten Mitteln so gut es ging bewältigt, und ich bin stolz, in diesem Team mitarbeiten zu können. So kann ein freier Tag in einem afrikanischen Krankenhaus aussehen.

Arbeiten in Butare

Bereits während meines Medizinstudiums in Göttingen habe ich in Uganda gearbeitet und für mich war es klar, dass ich eines Tages als Chirurg wieder in Afrika arbeiten werde. Und so habe ich nach fast vierzehnjähriger klinischer Tätigkeit als Chirurg und Unfallchirurg und einem berufsbegleitenden Studium der Gesundheitswissenschaften Deutschland verlassen und arbeite seit nun fast anderthalb Jahren für eine staatliche deutsche Entwicklungsorganisation im Süden Ruandas.

Ruanda, das Land der tausend Hügel, ist für viele nur ein Begriff durch die Gräueltaten die sich während des Genozids 1994 hier ereignet haben. Mittlerweile hat sich das Land aber zu einem Musterschüler unter den afrikanischen Entwicklungsländern entwickelt, die politische Lage ist stabil und unzählige internationale Organisationen und Universitäten sind hier in der Entwicklungszusammenarbeit engagiert.

Seit fast fünfzehn Jahren besteht die Zusammenarbeit mit dem CHUB (Centre Hospitalier de Butare) und der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Das Krankenhaus hat ca. 500 Betten, neben der Chirurgie mit 110 Betten existieren noch die großen Fachabteilungen wie Innere Medizin, Geburtshilfe/Gynäkologie und Pädiatrie. Eine HNO-Abteilung sowie Ophthalmologie und Zahnheilkunde sind ebenfalls vertreten.

Die chirurgische Abteilung besteht mit mir aus vier Fachärzten, die Zahl der chirurgischen Assistenzärzte schwankt stark, da sie zentral vom Ministerium auf die Krankenhäuser verteilt werden. Derzeit sind noch ein Arzt in der chirurgischen Facharzt-

ausbildung und zwei Allgemeinmediziner in der Abteilung angestellt. Die Zahl der PJ-Studenten liegt zwischen 4 und 6.

Insgesamt unterscheidet sich der hiesige Arbeitsalltag nur unwesentlich von dem in einem deutschen Krankenhaus. Zu Beginn der Woche werden im Rahmen einer umfassenden Visite alle Patienten registriert, die einer operativen Intervention bedürfen. Im Gegensatz zu Deutschland sind jedoch die OP-Kapazitäten sehr begrenzt. Für die Unfallchirurgie als auch für die Allgemeinchirurgie besteht an den drei, maximal vier OP-Tagen die Möglichkeit, pro Disziplin höchstens vier Patienten zu operieren. Wechselzeiten zwischen ein bis zwei Stunden sind das Normale, oft führen aber fehlende Sterilisations- oder Materialkapazitäten dazu, dass nach ein oder zwei Operationen das restliche Programm abgesetzt werden muss. Dies hat zur Folge, dass die Patienten die oftmals erst ein bis zwei Wochen nach dem Unfallgeschehen bei uns eintreffen zwei, manchmal auch drei Wochen auf ihre Operation warten müssen.

Die täglichen Herausforderungen sind mit denen in einem deutschen universitären Lehrkrankenhaus kaum zu vergleichen. Am Anfang fehlte fast völlig jegliches Osteosynthesematerial, aber durch eine großzügige Spende – ca. 50 kg an Platten, Schrauben etc. – meines ehemaligen Chefs Prof. Dr. Hartmuth Kiefer vom Lukas-Krankenhaus, Bünde, können wir mittlerweile einiges an Frakturen sinnvoll behandeln. So sind wir zum Großteil auf Sach- oder finanzielle Spenden angewiesen. In diesem Zusammenhang möchte ich auch die großzügige Spende der Firma Aesculap,

Tuttlingen, nicht vergessen, die uns durch die kostenlose Zurverfügungstellung einer Bohrwellen aus einem dramatischen Engpass geholfen hat. Die einzige Alternative, die wir nach dem Ausfall des Aesculap-Instrumentes hatten, waren für mehrere Wochen zwei „waschechte“ Black & Decker-Bohrmaschinen, wie man sie bei uns in den gängigen Baumärkten findet. Mit diesen Schwergewichten K-Draht-Osteosynthesen bei kleinkindlichen supracondylären Humerusfrakturen durchzuführen, ist schon eine Herausforderung der besonderen Art. Aufgrund fehlender technischer und materieller Ausstattung ist es im CHUB leider nicht möglich, trochantäre oder Schenkelhalsfrakturen zu versorgen. Diese Patienten müssen in die Hauptstadt Kigali verlegt werden. Oftmals scheitert der Transfer, weil die Patienten die notwendigen Transportkosten, die nicht über die sonst für Afrika beispielhafte Krankenversicherung abgedeckt werden, selbst bezahlen müssen.

Ein anderes Problem ist die hoffnungslose Überlastung der zentralen Krankenhäuser in der Hauptstadt, die auf Grund fehlender Bettenkapazität unsere Patienten nicht übernehmen können. Wartezeiten von mehr als sechs Wochen sind keine Seltenheit und bis dahin sind die Frakturen, meist unter konservativer Extensionsbehandlung, klinisch konsolidiert.

Auch wenn in Ruanda eine Krankenpflegeausbildung durchgeführt wird, ist diese jedoch mit einem europäischen Standard nicht vergleichbar. Eine Weiterbildung zum OP-Pfleger existiert nicht, der Operateur ist selber für die Instrumentierung verantwortlich und darf sich zu Beginn der Operation aus einer Kiste die passenden Instrumente heraussuchen. Diese sind dann noch zum Teil beschädigt oder nicht funktionstüchtig.



Fotos: Autor

Extensionsbehandlungen



Heimwerkerbohrmaschine im Einsatz

Traumatologisch-orthopädische Versorgung

Den überwiegenden Teil der traumatologisch-orthopädischen Eingriffe stellen Osteosynthesen mit intramedullären Kraftträgern 41% dar, ca. 10% Plattenosteosynthesen. Eine operative Revision bei postoperativen Komplikationen ist in 1–2% der Fälle notwendig. Alle Frakturen müssen offen reponiert werden, da der am Krankenhaus vorhandene Bildverstärker seit mehreren Jahren nicht mehr funktioniert und nach Auskünften der Herstellerfirma Ersatzteile nicht mehr lieferbar sind. Eine Neuanschaffung ist auf Grund fehlender finanzieller Mittel nicht möglich und auch im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit bislang, trotz meines wiederholten Drängens, nicht angedacht.



Ein Küntschernagel wird in Form gebracht



Kind mit Extensionsbehandlung

Ein Krankheitsbild, mit dem man in Deutschland nicht konfrontiert wird und das 5% unserer Eingriffe ausmacht, sind chronische Osteomyelitiden, meist durch Staph. aureus verursacht. Von den meist langwierigen Verläufen sind zumeist Kinder betroffen, Hauptlokalisation ist die Tibia. Z.T. sind die Verläufe so verschleppt und fortgeschritten, dass auch bei Kindern die Amputation der betroffenen Gliedmaße eine nicht seltene Behandlungsoption darstellt.

Ein großes Versorgungsproblem stellen offene Frakturen dar. Bis heute gibt es kein verwendbares Fixateur-externe-System, da Teile fehlen, die im Land nicht zu beschaffen sind. Offene Frakturen werden derzeit debridiert und anschließend durch eine Gippschiene oder eine Extensionsbehandlung ruhig gestellt. Langwierige Behandlungen und Krankenhausaufenthalte von vielen Monaten sind daher keine Seltenheit. Dies ist ein weiteres Problem, mit dem man bei der Arbeit fast täglich konfrontiert wird – die nicht funktionierende Nachbestellung bzw. OP-Organisation. Um Fehlverhalten oder Unterschlagungen bei Bestellungen vorzubeugen, sind in einen Nachbestellungsablauf mehrere Komitees integriert, was zur Folge hat, dass eine einfache Nachbestellung regulär schon mindestens sechs Monate benötigt. So sind zum Beispiel Osteosynthesematerialien, die ich Anfang letzten Jahres auf dem ruandischen Markt bestellt habe, immer noch nicht eingetroffen. Dieser Mangel bezieht sich jedoch nicht nur auf Osteosynthesematerialien, sondern auch auf Medikamente zur postoperativen Schmerzbehandlung oder auf andere Verbrauchsmaterialien wie endotracheale Tuben, Nahtmaterial etc. So waren zum Beispiel Ende des Jahres für fast drei Wochen nur noch Notfalleingriffe möglich, weil die notwendigen Tuben fehlten.

Ruandisches Traumaregister geplant

Leider fehlt zur Planung oft belastbares Zahlenmaterial. Aus diesem Grund haben wir daher im Rahmen der Versorgungsforschung Verletzungsmuster der oberen und unteren Extremität untersucht. Diese retrospektive Studie bestätigte letztendlich auch die Notwendigkeit des Aufbaus eines ruandischen Traumaregisters.

Die über einen Zeitraum von sechs Monaten durchgeführte Studie zeigte, dass am häufigsten die Altersgruppen 6–15 Jahre und die über 50-jährigen betroffen waren. Die meisten Unfälle ereigneten sich durch Stürze (55%), gefolgt von Verkehrsunfällen mit 27%. Am häufigsten anzutreffen waren Frakturen der unteren Extremität (ca. 70%). Fast 15% der Patienten trafen erst über eine Woche nach dem Unfallgeschehen bei uns ein. Grund dafür ist der meist schleppende administrative Apparat, der für die Organisation der Verlegungen verantwortlich ist. In Anbetracht der Altersgruppen und der hauptsächlich betroffenen unteren Extremität lässt sich auch das überwiegende konservative Management (ca. 78%) erklären, da uns oft entsprechende Materialien bzw. Gerätschaften zur Behandlung fehlen. Erstaunlicherweise lag die Mortalitätsrate in diesem Kollektiv unter einem Prozent. Die Diskussion der Ergebnisse hatte auch zur Folge, dass seit kurzem eine Zusammenarbeit mit der University of Virginia, USA, zur Erstellung eines nationalen ruandischen Traumaregisters auch mit unserer Abteilung besteht.

Eine weitere am Krankenhaus durchgeführte Untersuchung zu Wegeunfällen von Schulkindern ergab, dass in ca. zwei Drittel der Fälle motorisierte Unfallgegner, die sich auch hier einer Fahrprüfung unterziehen müssen, an den Unfällen beteiligt waren. Es soll versucht werden, diese Zahlen auch im Rahmen der Ausbildung von Verkehrspoli-

zisten zu nutzen, um diese für das Problem zu sensibilisieren. Auch fehlt jegliche Art der Verkehrserziehung in den Schulen; ein Pilotprojekt, bei dem Polizisten an Schulen Kinder im Alter von 6–12 Jahren unterrichten sollen, ist in Vorbereitung. In der genannten Studie zeigte sich, dass die Mehrheit der Unfallopfer in dieser Altersgruppe zu finden ist. Bei den Mehrfachverletzungen ergab sich, dass die untere Extremität mit 43% am häufigsten betroffen war, gefolgt von Frakturen der oberen Extremität und Schädelhirntraumen. Thorax-, Abdominal- und Beckentraumen spielten eine untergeordnete Rolle. Über 90% der Fälle wurden operativ versorgt, d.h. Osteosynthesen, Trepanationen und Laparatomien. Die Mortalitätsrate der stationär behandelten Schulkinder lag bei 4,2%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus betrug drei Wochen.

Leider ist im Gegensatz zu Deutschland ein follow-up der behandelten Patienten sehr schwierig. Auf Grund weiter Entfernungen und fehlender finanzieller Mittel zur Begleichung der Transportkosten ist es der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht möglich, einen ambulanten Nachuntersuchungstermin wahrzunehmen. Patienten erscheinen manchmal auch erst Monate später zur Nachuntersuchung, zum Teil wurden Anweisungen im weiter behandelnden Distriktkrankenhaus nicht beachtet, krankengymnastische Übungen nicht durchgeführt, Gippschienen viel zu lange belassen, so dass trotz gutem operativen Ergebnis, schwere Funktionseinschränkungen die Folge sind. Diese Schwierigkeiten müssen daher bereits vorab in die Indikationsstellung mit einbezogen werden.

Direkte Hilfe für die Patienten

Nach all den geschilderten täglichen Herausforderungen muss ich jedoch im Vergleich

zu meiner früheren Tätigkeit in Deutschland sagen, dass ich die Erfahrungen der letzten anderthalb Jahre nicht missen möchte, insbesondere nicht die hervorragende Zusammenarbeit mit meinen afrikanischen Kollegen. Zum anderen entfällt hier die in Deutschland bekanntermaßen überwuchernde Bürokratie. Die geleistete Arbeit kommt hier noch direkt dem Patienten zu Gute, zudem besteht ein deutlich größerer Gestaltungsspielraum für kleinere wie oben erwähnte Forschungsprojekte, deren Ergebnisse auch im weiteren Verlauf sinnvoll genutzt werden. Zu meinem großen Bedauern ist jedoch weltweit die Zahl der klinischen Stellenangebote im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit rückläufig. Überwiegend werden Berater, meist in der administrativen Ebene eingesetzt. Nach meinen täglichen Erfahrungen hier ist jedoch auch die Fortsetzung der sogenannten technischen Zusammenarbeit weiterhin mehr

als sinnvoll. Die klinische und theoretische Ausbildung von Studenten und angehenden Fachärzten, die auch in meinen wöchentlichen Aufgabenbereich fällt, ist auch in der Zukunft dringend notwendig.

Bitte um Unterstützung

Da ich oft gefragt wurde, ob es möglich sei, unsere Arbeit hier in Butare zu unterstützen, hat mir Ruanda-Support e.V. mit der Einrichtung eines Spendenkontos geholfen. Die private gemeinnützige Initiative unterstützt seit zehn Jahren Waisenhäuser, Existenzgründer (mit Kleinstkrediten) und jetzt auch das Krankenhaus in Butare.

Annette Zabransky, Rechtsanwältin in München und Vorstandsmitglied des Vereins, versichert: „Jeder gespendete Euro kommt zu 100 Prozent den Projekten zugute.“ Alle Aktiven des Vereins arbeiten ehren-

amtlich. Sie verzichten auf jegliche Form von Aufwandsentschädigung oder Kostenersatz.

Die Bankverbindung lautet:
Ruanda Support e.V.
Konto 465 983 00 bei der
HypoVereinsbank München
BLZ 700 202 70
Verwendungszweck: Dr. Kiefer/Butare

Ihre Spende ist steuerlich in voller Höhe abzugsfähig. Wenn Sie eine Spendenquittung wünschen, geben Sie bei der Überweisung Ihre vollständige Adresse an. Mehr Infos erhalten Sie unter www.ruanda-support.com

Vielen Dank!

*Dr. med. Andreas Kiefer
B.P.155
Huye
Rwanda
E-Mail: surgery.africa@gmx.de*

Das Gesundheitssystem und die Gesundheitswirtschaft in 25 Jahren – Eine Zeitreise

Anton J. Schmidt*

Ich möchte Sie ermutigen, Ihrer Phantasie freien Lauf zu lassen. Folgen Sie mir auf einer Zeitreise in die nächsten 25 Jahre. Sie befinden sich im Jahr 2035 auf der 36. P.E.G.-Fachtagung „Gesundheitswirtschaft im Wandel“. Mich werden Sie dann sicher nicht mehr hören müssen.

- Zwischen den Jahren 2011 bis 2015 hat eine unaufgeregte Diskussion aller gesellschaftlich Verantwortlichen begonnen, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig zukunftsfest zu machen.
- Eine gesamtgesellschaftlich aufgestellte Kommission hat in intensiven Beratungen den GKV-Leistungskatalog neu definiert.
- Es gibt Grundversorgungselemente und Präferenzbereiche, erstere für alle, die zweiten in Eigenverantwortung.

- Die Politik hat, darauf basierend, entschieden, wachstumsfreundliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft mit sozial ausgewogenen zu kombinieren.
- Die Finanzierung der Gesundheitskosten (in einem sozial ausgewogenen Prämiensystem) sind von den Arbeitskosten entkoppelt und durch eine nachhaltige Steuerkomponente flankiert, d.h. alle „starken Schultern“, ob gesetzlich oder privat versichert, „leben“ Solidarität.
- Gesetzliche und private Krankenkassen ringen um die besten Leistungs- und Qualitätsinhalte, verstehen sich z.T. als ergänzende Partner und stellen sich einem echten Preiswettbewerb. Es gibt nur noch ca. 50 Krankenkassen. Der Patient ist erwachsen geworden, sozusagen vom Objekt zum Subjekt mutiert.
- Die Kostentransparenz hat zwar das Bewusstsein bei den Menschen im Um-

gang mit Ressourcen verstärkt, aber der wirkliche Durchbruch ist erst mit einer flächendeckenden Qualitätstransparenz gelungen.

- Messbare, transparente und dann auch publizierte Qualitätsindikatoren haben die Wissensasymmetrie zwischen Leistungsanbieter und Patient erheblich reduziert.
- Natürlich hat jeder Bürger längst eine elektronische Gesundheitskarte, die Kritik aus der Ärzteschaft und von den Datenschützern sind Geschichte. Die Effizienzgewinne waren signifikant und die höhere Patientensicherheit für viele Menschen ein Segen.
- Die Sektorengrenzen wurden überwunden, wir haben nur noch eine Facharztschiene an stationären Einrichtungen oder angeschlossenen MVZ's bzw. ähnliche Institutionen. Kassenärztliche Vereinigungen gibt es nicht mehr.

* Auszug aus der Eröffnungsrede zur 11. PEG Fachtagung „Gesundheitswirtschaft im Wandel“, 14. Oktober 2010