

## Rückblick und neue Standortbestimmung der „Operativen Medizin“ in sogenannten Entwicklungsländern im Kontext der heutigen Global Health Care Agenda\*

RÜDIGER FINGER

### „Für alle an jedem Ort“: Operative Medizin im Kontext der Global Health Care Agenda

Ich bedanke mich bei Matthias Siebeck für seinen ausgewogenen, gut belegten wie spannend zu lesenden Kommentar\*. Er gibt mir die Gelegenheit, zum einen die meisten der von ihm auf den heutigen Stand gebrachten Positionen zum Thema Chirurgische Versorgung in LMICs ( Lower and Middle Income Countries) zu bestätigen und zum anderen aus der Sicht des inzwischen 47 Jahre mit der Thematik befassten Praktikers mit weiteren Punkten zu ergänzen, dies besonders im Hinblick auf gravierende Versäumnisse der globalen Entscheidungsträger bzgl. der zunehmenden, überwiegend armutsbedingten mangelhaften Gesundheitsversorgung vor allem in Afrika und Süd-Ostasien.

Aktuelle Bestandsaufnahmen des realen, bislang stark unterschätzten chirurgischen Bedarfs in den LICs (Lower Income Countries) sind so alarmierend, dass „Exotik“ als Betrachtungsweise als völlig unangemessen erscheint, selbst als wohlwollende Umschreibung des für volontierende Kollegen aus HICs (High Income Countries) in den LMICs des Südens nach wie vor erlebbaren Kulturschocks. Dagegen sind Lern- und Änderungsbereitschaft bzgl. defizitärer chirurgischer Versorgung in LMICs inzwischen noch sehr viel dringlicher angezeigt. Bereits anlässlich des 1. internationalen Symposiums der DTC (Deutsche Tropenchirurgische Gesellschaft) 1995 in Bonn wurde die weltweite Verwirklichung des Menschenrechts auf Zugang zu adäquater chirurgischer Versorgung, zumindest im lebensbedrohlichen Notfall oder in Fällen, wo ohne operativen Eingriff schwerste Behinderung droht, als ein bislang übersehener zentraler Bestandteil primärer Gesundheits-Fürsorge vehement eingefordert.

*Primary Health Care* (PHC) wird heute zunehmend im Rahmen von *Global Health* (GH) bzw. *Universal Health Coverage* (UHC) im Sinne von umfassender Gesundheitsfürsorge für alle an jedem Ort thematisiert. Wird sie dadurch ohne eine Änderung der globalen politischen und ökonomischen Strukturen und Interdependenzen sowie der konventionellen EZ (Entwicklungszusammenarbeit) auch weltweit effizienter werden?

1980 – zwei Jahre nach der Alma Ata-Konferenz mit ihrer Deklaration zu *Primary Health Care* kritisierte der damalige Generaldirektor der WHO Halfdan Mahler diese bereits heftigst, weil die Einbindung der chirurgischen Versorgung als essentielle Komponente der PHC nicht vorgenommen wurde. Dieser damalige Ausschluss eines kurativen Medizin-Sektors, der durch seine Relevanz für einen zunehmenden Anteil an den inzwischen als Standard-Parameter eingeführten Konzepte des *Global Burden of Diseases* (GBD) und *durch Tod oder Behinderung verlorene gesunde Lebensjahre* (DALY, disability-adjusted life year, 1993) an Bedeutung gewann, wurde auch in der Folgezeit nicht mehr hinterfragt oder nachkorrigiert. Er hatte für die von Gesundheitsplanern, welche einem zu einseitig Prävention-orientierten Verständnis von PHC anhängen, beeinflussten LMICs z. T. fatale Folgen.

Es ist zu hoffen, dass jetzt die neue Perspektive von GH und UHC auch eine weitere Kursänderung signalisiert: Würde mit UHC auch die überfällige Aufkündigung der durch die dominierende PHC-Policy verursachte Spaltung in Präventiv- und Kurativmedizin mit einbezogen? Kaum ein LMIC und auch nicht die internationale EH/EZ (Entwicklungshilfe/Entwicklungszusammenarbeit) haben diese unselige Trennung nicht mitvollzogen.

\* Ergänzende Anmerkungen zu MATTHIAS SIEBECKS Kommentar in *Curare* 40(2017)1+2: 17–20 zum Reprint meiner Veröffentlichung aus *Curare* 3(1980)3:153–158 in *Curare* 40(2017)1+2: 11–16: „Operative Medizin in Entwicklungsländern – Exotik oder Lembeispiel“.

Matthias Siebeck weist in diesem Zusammenhang auf eine in Fachkreisen sonst noch wenig verinnerlichte, aber ganz zentrale Erkenntnis hin: Während Dritte-Welt-Enthusiasten wie ich 1980 noch der damals unumstrittenen Lehrmeinung anhängen, dass der Präventivmedizin und damit auch allen PHC-Maßnahmen ob ihrer nach damaliger Beurteilung deutlich höheren sozialen und humanitären Relevanz und Kosteneffizienz der absolute Vorrang einzuräumen und Chirurgie wegen des mit ihr verbundenen, teuren technischen Aufwands und der Absorption von knapper ärztlicher Manpower eigentlich nur als Notfallchirurgie zulässig sei, wurde diese Sichtweise aufgrund neuerer und nun realistischerer Berechnungen sehr deutlich in Richtung Gleichwertigkeit mit anderen PHC-Maßnahmen inklusive ihrer Kosteneffizienz-Ratio (CER) korrigiert.

### Das Ausmaß der Fehleinschätzungen

Erst vor wenigen Jahren wurde mittels unabhängiger Recherchen begonnen, das Ausmaß der über Jahrzehnte fortgesetzten Fehleinschätzung des chirurgischen Bedarfs und seiner Relevanz zunehmend mit Datenmaterial zu erhärten. Die WHO wies schon vor über zehn Jahren auf die deutlicher werdende Verschiebung des Anteils der CDs (communicable diseases) zugunsten der NCDs (non-communicable diseases) hin. Dabei sind besonders chirurgische und psychiatrische Erkrankungen neben den von den Vereinten Nationen als NCDs klassifizierten Krankheitsgruppen COPDs (chronic obstructive pulmonary diseases), CVDs (cardio vascular diseases), Krebs und Diabetes in den Vordergrund gelangt. Erst neuerdings wird statistisch auch berücksichtigt, dass eine Vielzahl typischer Infektionskrankheiten sich oft auch zu chirurgischen Indikationen entwickelt.

Die Lancet Commission hat in ihrem aktuellen Bericht „Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare and economical development“ u. a. die folgenden Untersuchungsergebnisse veröffentlicht (2016), womit die bisherigen *felt needs* durch harte, ja schockierende Fakten abgelöst wurden:

- 5 Milliarden der Weltbevölkerung haben keinen Zugang zu einer adäquaten chirurgischen Grundversorgung (davon annähernd 1 Milliarde Schwangere ohne Geburtshilfe)
- 17 Millionen (33%) der weltweiten Todesfälle

sind durch chirurgisch behandelbare Erkrankungen – in der Regel Notfälle – bedingt (im Vergleich: 3,9 Mio. durch die Infektionskrankheiten HIV/Aids, TB, Malaria zusammen).

- 77 Millionen DALYs pro Jahr könnten durch effektive Basis-Chirurgie-Versorgung verhindert werden.

Inzwischen ist der GBD-Faktor für chirurgische Indikationen von früher ca. 14 auf bereits 30% angestiegen, Tendenz weiter steigend.

Von den weltweit jährlich durchgeführten 313 Mio. operativen Eingriffen entfallen auf die Bevölkerung der ärmsten Länder (=38% der Weltbevölkerung) nur 6%. Um den dringenden Bedarf zu decken, wären zusätzliche 143 Mio. Eingriffe pro Jahr erforderlich. Dazu müssten ca. 1,2 Mio. Chirurgen zusätzlich ausgebildet bzw. vorgehalten werden. Damit dürfte trotz der Priorisierung von Nachhaltigkeit (sustainability) und Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit (self reliance) der Bedarf an operativ versierten Kollegen, die vom Norden in den Süden migrieren müssten, eher wieder zunehmen. In manchen LICs gehört es schon zur Normalität, dass die chirurgischen Versorgungsdefizite, die oft erst anlässlich kriegerischer Konflikte oder Naturkatastrophen zu Tage treten, von Nothilfe-Organisationen (z. B. ICRC, MSF u. ä.) temporär, aber zunehmend auch auf längere Dauer notdürftig und meist parallel zu den existierenden lokalen Gesundheitseinrichtungen überwiegend mit Personal und Logistik aus HICs und somit bezüglich Nachhaltigkeit kontraproduktiv ausgeglichen werden. Somit scheint Mangelversorgung sich in den LMICs zu einem Dauer-Notfall zu entwickeln.

Ohne die Vorhaltung bzw. Gewährleistung einer Chirurg/Bevölkerungs-Relation von eins zu 50 bzw. 100 Tausend und die dazu nötige Mittelbereitstellung bis 2030 (Ziel) entstehen neben den menschlichen Tragödien wirtschaftliche Verluste von 12 Billionen US\$. Jährlich riskieren 33 Mio. Menschen, die sich eines (ggf. lebensrettenden) Eingriffs unterziehen müssen, den finanziellen Ruin ihrer Familie. Ein Viertel davon erleidet ihn tatsächlich.

### “Expenses for medical care is a major source of impoverishment worldwide” (Lancet Commission)

Die ungeheure Fehlplanung mit den jetzigen nur langfristig kompensierbaren Defiziten findet ihre Erklärung in der seitens der Gesundheitsplaner

einseitig nach epidemiologischen Disease-Control-Methoden vorgenommenen Bearbeitung der Gesundheitsdaten, ohne dass der realistische Bedarf für den operativen Sektor (Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie als Haupt-Teilgebiete der operativen Medizin) eingeschätzt wird. Essentiell sind aber auch Traumatologie, Orthopädie, Ophthalmologie, Urologie, Neurochirurgie, Kinder- und plastische Chirurgie. Eine exakte Bedarfsberechnung ist besonders wegen Fehlens einer universellen Nosologie für chirurgische Indikationen zugebenermaßen schwierig.

Der Ausgleich des beklagenswerten globalen sozialen Ungleichgewichts – nämlich eine konsequente und nachhaltige Armutsbekämpfung – wird nur mit maximaler internationaler Kooperation gelingen. Dabei müssen zugleich Aspekte wie Regulierung der globalen Arbeits- und Marktbedingungen, der Sozialstandards, der Stopp von Landraub und Spekulation mit Grundnahrungsmitteln, die Einrichtung eines internationalen Gesundheitsfonds (=Globalisierung des Solidarprinzips), kompensierende globale Ausgleichszahlungen und dergleichen mehr mit eingeschlossen werden.

### **Zur Notfallchirurgie zurück**

Lebensbedrohliche Situationen wie Geburtskomplikationen sind durch PHC-Massnahmen wie systematisches Schwangerschafts-Screening – so zentral wichtig dies ist – weder sicher vorzubeugen noch vorhersehbar, und die Überlebenschancen reduzieren sich im Notfall mit der Entfernung zu einem kompetenten und sofort aktionsfähigen OP-Team inklusive Blutbank. Ebenso relevant ist die Finanzierbarkeit einer Not-Operation. Wundert es also, dass sich trotz aller auch vertikalen Programme der Public Health (PH) die peripartale Mortalität nur in einigen LICs in den letzten Dekaden wirklich deutlich vermindert hat?

Ähnliches gilt für die in erschreckendem Ausmaß zunehmenden schweren Unfallverletzungen wie meistens die RTA (Road Traffic Accidents), für welche es – zumindest in Afrika – bislang nur wenig effektive Präventionsmaßnahmen noch flächendeckende Rettungsdienste, noch entsprechend Bevölkerung- und Verkehrsdichte vorgehaltene Notfalldienste, Trauma- und Rehabilitations-Zentren gibt. Periphere Hospitäler sind mit dem zunehmenden Anfall von Polytraumatisierten – falls solche noch lebend ein Krankenhaus erreichen – und Patienten

mit komplizierten Frakturen i. d. R. hoffnungslos überfordert. Ich habe entsprechend betroffene Patienten und ihre Röntgenbilder nach Behandlungsversuchen (selbst von renommierten Kliniken) vor Augen, welche hierzulande Entsetzen auslösen würden. Traumatologen gibt es allenfalls in großen Städten. Die allgemein-chirurgische Ausbildung, welche in den LICs per se schon sehr limitiert ist, beinhaltet i. d. R. keine Frakturbehandlung.

Zum Thema EH/EZ macht Siebeck u. a. zu Recht deutlich, dass es sich hierbei um eine Erfindung der kulturell, technologisch und ökonomisch dominierenden HICs handelt. Diese folgt dabei mit Ausnahme vielleicht der kirchlichen EZ weniger einem altruistisch, solidarischen Impetus – *One World* – als einem systemimmanenten globalen ökonomischen Expansionszwang, welcher die wodurch auch immer bedingte real existierende Armut nicht – wie oft vorgegeben – wirklich auszugleichen versucht, sondern de facto vergrößert bzw. eher dazu tendiert, die immense Kluft beizubehalten, so z. B. zum Erhalt von Standortvorteilen für das global sich mehr und mehr ausbreitende liberalisierte, sprich deregulierte Marktsystem. Dass hierbei trotz verstärkter Forderungen nach Umsetzung der Menschenrechte dies eher immer weniger geschieht, ist besonders enttäuschend und folgenschwer.

### **„Development means choosing“ (J. Nyerere)**

Mit Siebecks Feststellung, dass die technologisch-ökonomische Entwicklung in den HICs in den letzten 37 Jahren wesentlich rasanter verlief als in den LMICs, wird unterstrichen, dass diese wachsende technologisch-ökonomische Kluft die HICs mehr und mehr disqualifiziert, nach ihrem technologischen Status und kulturellen Background Rezepte vorzugeben, wie die wachsenden Bedürfnisse in den LICs in einem angemessenen Zeitrahmen und mit akzeptablen Standards zu befriedigen sind. Auswahl- und Adaptations-Prozesse, die einen notwendigen, sinnvollerweise nur selektiven Technologietransfer betreffen, müssen indes von den LMICs selbst gewollt, initiiert und nach eigener Wahl durchgeführt und sollten möglichst von der oft dirigistisch-opportunistischen Nord-Süd-Beratung freigehalten werden.

Die früheren, aus HIC-Sicht zweifellos folgerichtigen Bemühungen der WHO und verschiedener NGOs, mit dem ATH-Programm (Appropriate Technology for Health-Programm) in den Jahren

der Inauguration des PHC-Konzepts angepasste Gesundheitstechnologie zu entwickeln und einzuführen, konnten nichts nachhaltig bewirken, weil mit diesen Top-Down-Maßnahmen keine Bewusstseinsänderung bewirkt und kein Autonomisierungsprozess initiiert werden konnte. Dabei wäre ein von der WHO gut koordiniertes, bilateral abgestimmtes ATH-Programm gerade heute enorm hilfreich und zukunftsweisend, besonders, wenn sich die nationalen MoHs (Ministeries of Health) sowie alle NGOs und besonders die privaten Firmen und Akteure an vorgegebene ATH-Richtlinien halten müssten.

### **Verlorene Dekaden**

Eine frühere (z. B. ab 1978) konsequente Einbindung der operativen Medizin in das PHC-Konzept kombiniert mit einem Empowerment-Ansatz, wie ihn jetzt nach fast vier Jahrzehnten globaler Gesundheitsplanung quasi ohne Chirurgie die Lancet-Commission als unabhängige NGO mit der Erarbeitung von nationalen chirurgischen Bedarfsplänen und Indikatoren unter Federführung der nationalen Gesundheitsministerien durchführt, hätte in den vergangenen Jahrzehnten neben einer konsequent länderspezifisch autonomen Chirurgenausbildung in der Tat auch eigenständige, angepasste chirurgische Infrastrukturen schaffen können. Die ausgeprägten innovativen und adaptiven Fähigkeiten der afrikanischen und asiatischen Kolleginnen und Kollegen hätten in Surgical Skills Labs, Hospital Technical Workshops und internationalen, interkollegialen Vernetzungen und Partnerschaften intensiver genutzt und weiterentwickelt werden können. Es ist ermutigend, zu erfahren, dass einzelne in LMICs entwickelte operative Innovationen unter dem Anpassungsdruck technologischer und finanzieller Defizite entstanden sind und sich später auch in HICs durchgesetzt haben. Auch ich habe Manches in den LICs Gelernte – nicht nur den sparsamsten Umgang mit Ressourcen – nach Deutschland mitnehmen und in meine Tätigkeit hier integrieren können.

Die immer noch höchst schädliche ärztliche Süd-Nord-Migration und der innerhalb der LMICs stattfindende Brain-Drain (u. a. Wechsel qualifizierter Jungärzte von einer praktisch-klinischen Tätigkeit in den administrativen PH-Sektor mit seinen Dank der mehrfach höheren Budgetierung besseren Arbeitsbedingungen) hätte mit einer primär anderen Strategie aufgehalten werden können.

Angepasste operative Methoden, ggf. unter Einbeziehung bzw. Perfektionierung und vergleichenden Effizienzstudien traditioneller Techniken wie das Bone-Setting und dergleichen, und eigenes, im Land herstellbares chirurgisches Equipment und Instrumentarium hätten resultieren und die LMICs von unnötigem Import bzw. von den oft konkurrierenden Gebern aus dem Norden und dem Osten unabhängig machen können. Frühere Bemühungen der GTZ etwa fanden im Zusammenhang mit der Erarbeitung und Finanzierung des 3-bändigen Kompendiums “Primary Surgery” (1984) statt, die sehr bunte und manchmal chaotische Hospitals-Technik zu katalogisieren und auf überschaubare Standards zu reduzieren, und zwar idealerweise nach einer “Essential Surgical Equipment List” analog zur “Essential Drug List” der WHO. Diese sind im Ansatz stecken geblieben ebenso wie Ansätze zur Etablierung von angepassten Hospital-Maintenance-Units. Auch die wenigen von der GTZ betriebenen Hospital-Technician-Training-Centres – mir sind in Afrika nur zwei bekannt – wurden nach einiger Zeit als wohl nicht mehr sinnvoll angesehen und geschlossen.

Dagegen machen die zunehmend im asiatischen Raum beheimateten Herstellerländer von Medical Equipments großzügige Geschenke oder Angebote zu Dumpingpreisen, um langfristig als Handelspartner engagiert zu werden. Das macht Reparieren manchmal unrentabel. So wird das Spektrum des Equipments, insbesondere in der Addition mit geschenktem, oft unbrauchbarem Material immer größer und damit auch die Herausforderungen an die wenigen Hospital-Technicians, falls solche überhaupt verfügbar sind bzw. bemüht werden.

### **Die große Kluft in den chirurgischen Qualitätsstandards**

Inzwischen folge ich auch weitgehend der Forderung Siebecks, dass eine adäquate, verantwortungsvolle chirurgische Versorgung auch in den LMICs nicht zu unterschreitende minimale Standards erfordert: sichere Anästhesie, effektive nicht auf Zeremonien/spirituelle Kräfte sich verlassende! Sterilisation/Asepsis, funktionierende Instrumente (einfache Standard-sets, wie bei Nothilfe-NGOs üblich, sind besser als verbrauchte Luxus-Sammelurien), adäquate Beleuchtung und natürlich auch Operateure mit ausreichender fachlicher Erfahrung. Für Improvisationen, ungeprüfte alternative Kom-

promisslösungen bleibt nur wenig Spielraum. Es gilt: je weniger Erfahrung umso weniger Kompromisse!

Andererseits ist es besser weil ggf. lebensrettend – vorhandene Grundkenntnisse vorausgesetzt – den Mut aufzubringen, Notfallpatienten ad hoc vor Ort, wenn auch mit fragwürdigen technischen Standards, zu operieren als solche Eingriffe mangels perfektem Equipment und Personal abzulehnen oder Patienten dem Risiko eines ggf. langen Transports in ein Krankenhaus mit evtl. höherem Level auszusetzen. Es ist tragisch, wenn ein Notfalleingriff nicht durchgeführt wird, weil z. B. der Patient vom Tarif überfordert ist oder das Geld für den Kauf von Diesel für den Generator fehlt. Wer trägt für solche Defizite die Verantwortung? Und auch für die sehr hohe perioperative Mortalität (“silent epidemic”) – von den sicheren Todeskandidaten, welche erst gar keiner Operation zugeführt werden, ganz zu schweigen?

Immer noch um 80% aller Notfalleingriffe müssen in Afrika etwa entsprechend der Bevölkerungsverteilung in meist peripheren Distriktkrankenhäusern von den oft nur unzureichend ausgebildeten Junior-Doktoren und unter risikoreichen sonstigen Bedingungen durchgeführt werden. Der „harte und schmutzige Job“ wird gerne an die schwächsten Glieder der Mediziner-hierarchie delegiert, und systematische Anleitung (falls erfahrenere Kollegen überhaupt verfügbar und dazu bereit sind oder eine Art Supervision oder systematische *post mortem* Studien zur Ursachenklärung und Dokumentation finden nur ausnahmsweise statt. Warum? Dies wäre u. a. auch eine soziokulturelle Frage.

Schlimmer noch: Wenn keine halbwegs kompetenten Operateure verfügbar sind – das können auch operativ ausgebildete Clinical Officers oder dgl. sein – oder wenn nicht- bzw. unterbezahlte Pfleger, Krankenschwestern und Hebammen finanzschwache Patienten überreden, sich doch besser von ihnen zu Mini-Tarifen am besten bei ihnen zu Hause in der Hütte (“Private Clinic”) und mit aus dem Hospital besorgtem Material operieren zu lassen, gehen meist alle Vorstellungen von chirurgischen Minimal-Standards verloren. Diese informellen grauen Märkte breiten sich in manchen afrikanischen Ländern aus, nicht immer nur, weil es keine besseren Behandlungsmöglichkeiten gibt und sich der Paramedical Staff des ärztlichen Vakuums bemächtigt hat, sondern, weil qualifiziertere und manchmal nur in Privat-Kliniken erhältliche Eingriffe oft die

Zahlungsfähigkeit armer Patienten übersteigen. Bekanntermaßen findet medizinische Behandlung in den LMICs auch im Notfall nur gegen Vorauszahlung statt. Sog. Social Fonds funktionieren mehr schlecht als recht. Flächendeckende Versicherungssysteme (Mutuels de Santé) als m. E. einzig weiterführende und politisch! zu initiiierende und staatlich (mit-) zu finanzierende Lösung werden wohl noch lange auf Einzelbeispiele beschränkt bleiben. Sie führen in kurzer Zeit zu positiven Effekten. So konnte z. B. in Ruanda nach Einführung eines solchen Versicherungssystems und der Verbesserung der medizinischen Infrastruktur die peripartale Mortalität ganz deutlich gesenkt werden.

### **Dilemma der Kürzungen: Das Beispiel Uganda**

Einige Jahre nach Erscheinen des GTZ-finanzierten 3-bändigen Handbuchs *Primary Surgery* (1984) und mit der Implementierung des “Integrated District Health Concepts” wurde folgerichtig ein neu zu schaffendes Curriculum “District Surgeon” (Afrika) propagiert. Nach jahrelangen Verhandlungen mit mehreren Gesundheitsministern aus Ost- und Westafrika gelang es der Deutschen Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC) mit Unterstützung der DSE (Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung, seit 2002 mit der Carl-Duisberg-Gesellschaft [CDG] verbunden zur InWEnt GmbH) und des Berliner Senats in Uganda (Mbarara-University) einen 3-jährigen Masterkurs dieser Art zu initiieren. Kurz vor Kursbeginn (2000) wurde vom ugandischen Gesundheitsministerium (MoH, Ministry of Health) das ursprünglich rein operative in ein multi-funktionales, mehr General Practice und PH-orientiertes Curriculum umgewandelt (MMCP: Master of Medicine in Community Practice) und auf 18 Monate verkürzt. Für ein Ausbildungsprojekt in einem kurativ-medizinischen Fach war eben nicht mit längerfristiger finanzieller Unterstützung zu rechnen. Für das Fach Chirurgie standen dann im MMCP-Kurs nur noch 6 Monate zur Verfügung.

Nach dem Abschluss des 1. Kurses (9 Absolventen Dez. 2002) kam es nochmals zu einem 2. Kurs (nur 5 Teilnehmer, da mit dem MMCP-Diplom keine Karriere-Vorteile resultierten). Danach endete die m. E. gute Initiative mangels weiterer Finanzierung und Interesse der deutschen EZ sowie mangels Bereitschaft des ugandischen MoH, die Versorgungs- und Berufsstrukturen anzupassen und sich an den Ausbildungskosten angemessen zu beteiligen. Auch

ein für die Kurs-Absolventen von mir bzw. der DTC 2003 intendiertes Follow-up-Pro-gramm zur fachlichen Weiterbetreuung (Backing-Up) der Kollegen in ihren meist peripheren, z. T. zu rehabilitierenden Hospitälern kam mangels Finanzierung bzw. Einsicht der deutschen Entscheidungsträger in die Relevanz des Projekts leider nicht zustande.

Eine solche m. E. wegweisende Initiative und ein Modell zur Schaffung einer eigenen nationalen, angepassten „surgical workforce“ wurde leider auch in der Folgezeit von der deutschen EH/EZ nicht wieder aufgegriffen. Indien trägt seit Jahren mit einem offiziellen Ausbildungsgang „Rural Surgery“ und einer Fachgesellschaft (ARSI, Association of Rural Surgeons of India) der eklatanten chirurgischen Mangelversorgung der peripheren Bevölkerung Rechnung. Nachdem sich ein bedarfsgerechter Nachschub von akademisch ausgebildeten Fachärzten in Afrika keineswegs abzeichnet, gibt es neuerdings auch dort bescheidene Ansätze zum staatlich autorisierten „Task Shifting“. Matthias Siebeck hat bereits die Recherche von Th. Wilhelm aus Malawi als Beispiel für die Gleichwertigkeit von „Hilfsschirurgen“ erwähnt. Es gibt weitere Beispiele:

Die norwegische NGO CapaCare betreibt seit 2009 einen nichtakademischen, 3-jährigen Ausbildungsgang für Community Medicine mit einem Jahr chirurgischer Ausbildung in Sierra Leone. Praxisorientiert gut ausgebildete Hilfsschirurgen für die Belange der Versorgungsebene des District Hospital mit einem nur im Ausbildungsland gültigen Diplom scheint m. E. der sinnvollste Ansatz zur möglichst schnellen Deckung des riesigen Bedarfs zu sein. Vielleicht kann die IFRS (International Federation of Rural Surgeons), zu welcher auch Fachgesellschaften aus HICs wie die DTC zählen, hier global eine stärkere Bewusstseinsänderung mit weiteren entsprechenden Initiativen dieser Art bewirken.

### **Wie ließe sich die Operative Chirurgie adäquater gestalten?**

Die EZ-Policy in Deutschland und anderen HICs zur Verbesserung des Zugangs der armen Bevölkerungsschichten in LMICs zu adäquater chirurgischer Versorgung folgt weiter willfährig der lange überholten Forderung der Weltbank, die mit den Programmen der Strukturanpassung aus den 80er Jahren eine Verschiebung des operativ-medizinischen Sektors in den Bereich der städtischen (Privat-)Kliniken bewirkte. Finanzielle Förderung können

überwiegend nur Krankheitskontroll- und PHC-Projekte erwarten. Obwohl es inzwischen selbst bei der Weltbank globalisierungskritische Stimmen gibt – u. a. geht von dort aktuell die Forderung nach einem internationalen Ausgleichsfinanzierungssystem aus –, boomen die sich vermehrenden Privatkliniken in den Zentren der Schwellenländer, aber auch der LMICs. Sie sind zu hoch frequentierten Zielen des globalen Nord-Süd-Medizintourismus geworden. Die Reichen des Südens bevorzugen allerdings die renommiertesten Uni-Kliniken des Nordens. Vielleicht könnte für diese verquere Welt mit einer Medizin als globalisierte Ware die Bezeichnung „Exotik“ noch zutreffen.

Ebola-Epidemie und Flüchtlingskrise, Terror, Kriege und Bedrohungsszenarien der Klimafolgen haben in den HICs, auch in Deutschland, wieder mehr Interesse für die Bedürfnisse der LMICs besonders in Afrika geweckt. Auch hier sind die Beweggründe weniger Altruismus oder Solidarität als Ängste, brüske Abwehr, Verteidigung des Wohlstands und der Sicherheit („Festung Europa“). Dabei sind die meisten Krisen in Afrika – beginnend mit der Kolonialzeit – mitverursacht und waren seit langem vorauszusehen.

Die lange überfällige Erkenntnis „wir müssen etwas mehr tun“ initiiert aber nicht etwa Selbstkritik und Suche nach Wiedergutmachung durch wirklich wirksame Armutsbekämpfung und Kooperationsprogramme für die „Eine Welt“, sondern mündet in stereotypen Absichtserklärungen wie: „Wir müssen mehr private Investoren für die armen, bisher von der Globalisierung noch nicht richtig erreichten Länder finden“. Diese sollen die Märkte dort anheizen. Arbeitslosigkeit, Armut und Unterversorgung reduzieren sich dann automatisch von selbst. Diese illusionäre Beelzebub-Taktik hält sich penetrant, obwohl spätestens seit Einstein deutlich geworden sein müsste, dass sich Missstände nicht mit derselben Denkweise und Praxis beheben lassen, mit der sie entstanden sind.

### **Die Ziele der Deutschen Tropenchirurgischen Gesellschaft**

Die zeitweise entmutigte, aber niemals resignierende DTC repräsentiert als Fachgesellschaft wohl den größten spezifischen Erfahrungs-Pool in Deutschland, ist aber – wen wundert es? – trotz ihres 25-jährigen Bestehens bisher nur wenig bekannt und einflussreich. Die ca. 300 Mitglieder, meist

Rückkehrer, verstehen sich neben ihrer primären Funktion als Multiplikatoren der fachspezifischen Besonderheiten und Erfahrungen in regelmäßigen Symposien, Workshops, dem permanenten Update und der Vorhaltung des Handbuchs *Primary Surgery* im Internet wie auch in konkreten, oft wiederholten „Go South!“-Engagements Einzelner oder Teams auch als Pressure-Group.

Anlässlich des diesjährigen Münchner Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) am 23.3.17 konnte sie zusammen mit deren Arbeitskreis Entwicklungsländer (CAEL) einen Nachmittag mit vollem Vortragssaal zu den Themen „Globale Chirurgie, eine Option für arme Länder?“ und „Notfallversorgung unter einfachen Bedingungen“ gestalten. Hierbei wurden u. a. die aktuellen Zustandsberichte der Lancet-Commission zu den gravierenden Defiziten der chirurgischen Versorgung in LMICs und ihre weiteren Aktivitäten dargestellt sowie zukünftige Kooperationsmöglichkeiten, u. a. BMZ-finanzierte Klinik-Partnerschaften (Deutsches Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) aufgezeigt. In einer Zusammenfassung haben wir – quasi als Zeugen und Mahner – einen dringlichen Appell an die Entscheidungsträger in Nord und Süd gerichtet, sich wirtschafts-, sozial- und gesundheitspolitisch mehr nach menschlicheren Maßstäben auszurichten und sich bei allen globalen Entwicklungsaktivitäten prioritär für die Durchsetzung der Menschenrechte einzusetzen und jeglicher Regression in ausgrenzende Apartheid eine Absage zu erteilen.

### Ausblick

Die große Frage bleibt: Wie sollen trotz der jahrzehntelangen EZ und vieler zum Teil sehr beachtenswerter zivilgesellschaftlicher Bemühungen für solidarische, humanitäres, karitatives und kollegiales Handeln seitens der unzähligen NGOs, Kliniken, Kirchen, Vereinen und Einzelpersonen der weiter gewachsene Nachholbedarf gestillt und die nun aufgelegten „National Surgical Plans“ konkret politisch, finanziell und personell möglichst schnell umgesetzt werden? Werden z. B. Aspekte der operativen Medizin und ihres Nachholbedarfs Eingang in die Curricula der Global Health Kurse an allen deutschen Hochschulen finden? Was werden die nächsten Jahrzehnte bzgl. der Erreichbarkeit der Millenniums-Ziele wie der Emanzipation des Südens, Entwicklung des Nord-Süd-Verhältnisses und was wird die weitere Liberalisierung und Ausbreitung der Märkte bringen?

Für die Globalisierung, welche ein Zusammenwachsen der Menschheit zumindest topografisch und ökonomisch bereits bewirkt hat, wäre auch ein Wahrnehmungswandel dringlich in Richtung: Eine Welt = globale soziale Verantwortung und in der Konsequenz mehr Änderungsbereitschaft in Nord und Süd zu fordern. Oder sind die neuerlich wieder wachsenden nationalen Egoismen und weltweiten Krisen eher Zeichen für Rückschrittendenzen?

Remagen, im Herbst 2017



**Rüdiger Finger**, \*1941, Dr. med., Arzt f. Chirurgie/Tropenmedizin, arbeitete als EH-Chirurg 1970–1972 (AGEH/Medicus Mundi) und 1976–1978 (DÜ) in Tansania und später im Rahmen der EZ im Kongo (Difam), im SES (Senior Expert Service) in Indien, Indonesien, Kenia, Uganda, Kongo, Tansania, Benin, mit dem DAAD (Tansania) und in Nothilfe-Einsätzen mit dem MHD-Auslanddienst (Sudan, Ruanda), HELP (Ruanda), MSF (Shri-Lanka, Äthiopien, Sierra-Leone, Kongo, Haiti). Consulting für: GTZ (Kenia), KfW (Ruanda), DSE/InWEnt (Uganda), AüG (Architekten über Grenzen: Kongo), Coopération belge au développement (Ruanda), EPOS-Consulting (Senegal), Menschen für Frauen (Burkina-Faso). *Tätigkeit in Deutschland*: 1984–2000 als Leitender Arzt der chirurgisch/unfallchirurgischen Abteilung (80 Betten) des Franziskus-Krankenhauses Linz am Rhein, seither private Praxis f. Tropen/Reisemedizin in Remagen. *Mitgliedschaften*: DTC (Deutsche Tropen-chirurgische Gesellschaft; Gründungsmitglied); MHD, MSF, Medico international, IPPNW, AK S-N, AEB (örtlicher „Arbeitskreis Entwicklungspolitische Bildung“).

e-mail: rmfingerrem@gmx.de