

Aus orientalischen und afrikanischen OP Sälen geplaudert

Autor: Prof. Dr. med. Christoph Rangger, (Mitglied des DAG-Beirats)

Seit dem Jahr 2000 (Leitung der Universitätsklinik für Unfallchirurgie in Bonn) knüpfte ich erste Kontakte (u.a. über die Botschaften) mit ausländischen Patienten aus dem arabischen Kulturkreis. In der Folge begann ich zunehmend Patienten aus den arabischen Ländern in Deutschland (Bonn, ab 2006 Frankfurt) aber auch zahlreiche Patienten in ihren Heimatländern zu behandeln. Ich schildere die von mir gewonnen (subjektiven) Eindrücke und persönlichen Erfahrungen.

Wie hinlänglich bekannt, werden große Anstrengungen in der Modernisierung der medizinischen Versorgung in fast allen arabischen Ländern unternommen. Die wesentlichen medizinischen Probleme mit denen man als Orthopäde und Unfallchirurg konfrontiert wird, umfassen Zuckerkrankheit und Fettleibigkeit, angeborene Erkrankungen, Bluterkrankungen (z.B. Sichelzellenanämie), Krebs, Drogenmissbrauch und Besiedelung mit multiresistenten Bakterien und Hepatitis B/C. Orthopädische Erkrankungen sind Verletzungen und Verschleiß der Wirbelsäule (einschließlich Querschnittslähmungen), Abnützungen (Arthrose) der Hüft- und Kniegelenke, angeborene Missbildungen, fehlerhaft durchgeführte Operationen und zunehmend Kriegsverletzungen.

Trotz ungeheurer Anstrengungen und finanzieller Ausgaben bestehen erhebliche Defizite in der Qualität der Behandlung. Zahlreiche Faktoren tragen dazu bei. Die **multidisziplinäre Zusammenarbeit** (Anästhesie, Röntgen, Labor, Physiotherapie, Orthopädie, oder Arzt-Verwaltung, etc.) funktioniert nicht ausreichend. Die **Logistik** (z.B. in der Bereitstellung von Instrumenten, Implantaten, technische OP Ausrüstung) ist nicht entwickelt. **Orthopädische Implantate** werden von lokalen Unternehmen, aber nicht von internationalen Firmen angeboten. Es finden sich Imitationen oder abgelaufene medizinische Produkte und Implantate. Ein großes Problem stellen die **hygienischen Bedingungen** dar. Infrastruktur (z.B. Trennung von sauber, unsauber und steril, Belüftungsanlagen, Lager), Einsatz von Händedesinfektion, Schulung von Personal sind nicht standardisiert und werden nicht kontrolliert. Verschärft wird die Situation durch den **unkontrollierten Einsatz von Antibiotika**. **Strahlenschutz** wird vernachlässigt. Die **Nachbehandlung** nach Operationen ist nicht standardisiert und nicht ausreichend gewährleistet. **Komplikationen** werden nicht aufgearbeitet. Diese Mängel verursachen erhebliche Kosten (z.B. Re-operationen, Operationen im Ausland) und führen zu Misstrauen in die medizinische Versorgung im eigenen Lande.

Die vielfältigen und vielschichtigen Probleme lassen sich beheben. Es besteht ein erhebliches Bestreben, besser zu werden und Spitzenmedizin zu etablieren. Dazu benötigt man neben einer einwandfreien **Infrastruktur** und **Geräteausstattung**, vor allem **Ausbildung** (Pflege, Ärzte, Management), die **Etablierung und Kontrolle von Standards** (z.B. Hygiene, OP-Abläufe, Ausbildung, Personal- und Patientensicherheit, etc.) und umfassende **Dokumentation** (Behandlung, Komplikationen, wissenschaftliche Publikationen, etc.). Alle Maßnahmen lassen sich mit **internationalen Kooperationen** leichter durchführen. Arabische Staaten mit einer langen Tradition und vorbestehenden Strukturen in Ausbildung und Kliniken (z.B. Universitäten, Ministerien) könnten dabei eine führende Rolle in der Realisierung dieser Ziele einnehmen.



Bösartiger Tumor ohne fachgerechte Behandlung bei einem Kind mit 14 Jahren.



Schussbruch Unterschenkel infiziert mit multiresistenten Bakterien, Folge: Amputation.



Großes Druckgeschwür am Rücken nach Operation. Der eingebrachte Metallstab ragt aus dem Rücken. Die Indikation zur ursprünglichen Operation ist nicht bekannt.



Durchgang vom Operationssaal zur Sterilisation über die Toilette und Entsorgungsraum für Abfälle aus dem OP.



Entwicklungsstörung Fuß nach Heirat in der Familie. Korrektur in Deutschland.



Patient auf Intensivstation.



Schussverletzung und völlig insuffiziente Behandlung mit Stabilisierung mit äußerem Spanner an der Schulter.



Verletzung mit Handgranate nach erster Versorgung in Deutschland.



Mehrfach verletzter Patient mit Oberschenkelbrüchen beidseits. Dem Patienten wurde operativ ein Längenunterschied beigelegt, gut zu erkennen an den unterschiedlich langen Nägeln.



Völlige Zerstörung des Hüftgelenkes durch Operation nach Hüftpfannenbruch. Völlig eingesteifte Hüfte und groteske Fehlstellung des Beines, Zerstörung des Ischiasnerves. Infektion mit multiresistenten Bakterien. Lösung des Problems nach 1,5 Jahren Therapie in Deutschland.