

AUSZEIT

Nr. 5 / 6

23. Jg.

13

1985

Mediziner Ausbildung für Entwicklungsländer



WORLD UNIVERSITY SERVICE
BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
WIESBADEN · BONN · STUTTGART

WWS AUSZEIT

auszählen (sw. V.), (Boxen;: Ein am Boden liegender, hockender, sitzender Boxer wird vom Ringrichter im Sekudentempo von 1 bis 9 ausgezählt; bei 10 ist er ausgezählt und der Kampf ist beendet (-Knock-out).

Auszeit , die;-; -en (Basketball, Volleyball): Pause, Spielunterbrechung, die einer Mannschaft nach bestimmten Regeln zusteht. Die A. ist e. wesentliche Maßnahme, um auf das Geschehen Einfluß zu nehmen. Auszeit wird genommen, um

- taktische Maßnahmen für den Angriff oder die Verteidigung zu besprechen;
- der Mannschaft eine Erholungspause zu verschaffen;
- bei hektischer Spielweise das Spiel zu beruhigen;
- den Spielfluß des Gegners zu unterbrechen und die Mannschaft psychisch wieder aufzurichten.

Die Auszeit ist nur effektiv, wenn sie optimal genutzt wird. Taktische Anweisungen werden möglichst knapp und klar gegeben.

auszementieren (sw. V.): die Innenseite von etw. mit einer Zementschicht versehen: einen Schacht, einen Keller auszementieren.

Herausgeber: WORLD UNIVERSITY SERVICE
Deutsches Komitee e.V.

Kurt Schumacher Ring 18
6200 Wiesbaden
Telefon: 06121-494135 oder 06121-494125

Institut für Tropenhygiene und
öffentliches Gesundheitswesen an der Universität
Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 324
6900 Heidelberg
Telefon: 06221-563338

Verantwortlich für den Inhalt:
Prof. Dr. H.J. Diesfeld
Institut für Tropenhygiene
Kambiz Ghawami
World University Service

Redaktion: W. Bichmann, Institut für Tropenhygiene
A. Kotenhar, World University Service
K. Ghawami, World University Service

Dieser Band erscheint gleichzeitig in der vom Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg herausgegebenen Schriftenreihe "Materialien des Modellversuchs" als Nummer 6.

Verlag für wissenschaftliche Publikationen
6100 Darmstadt, Ploenniesstraße 18
Telefon: 06151-713577

Druck: Gebr. Meurer, Darmstadt

Alle Rechte vorbehalten;
Nachdruck mit Quellenangabe erlaubt,
gegen Übersendung von zwei Belegexemplaren

Inhalt

Torkan	Kaltland Wah'schate Ssard.....	5
Wolfgang Bichmann	Die Gesundheitssituation in der Dritten Welt - Aufgabenbereiche des Arztes und Anforderungen an die Ausbildung an bundesdeutschen Hochschulen.....	27
Helmar Walzenbach	Kurzbericht über den Verlauf des Wochenendseminars "Medizinerbildung für Entwicklungsländer aus studentischer Sicht" vom 1. - 3.2.1985 in Idstein/Taunus.....	39
	Programm des Seminars.....	40
Reinhard Lohölter	Änderungen der Approbationsordnung - Auswirkungen für ausländische Studenten.....	47
Helmar Walzenbach	Bericht über das WUS-Medizinerseminar im Juni 1985.....	67
	Programm des Seminars.....	68
	Diskussion über die "studentische Mitarbeit in Gesundheitsprojekten".....	81
4 ausgewählte Lehreinheiten.....		89
Pit Reitmaier	Technische und organisatorische All- tagsprobleme der Mutter-Kind-Arbeit in Entwicklungsländern.....	91
Wolfgang Bichmann/ Pit Reitmaier	Pflege frühgeborener Säuglinge unter Bedingungen der Dritten Welt Der menschliche Inkubator.....	103
Pit Reitmaier	Ernährung von Säuglingen mit Muttermilchsubstituten unter Bedingungen der Dritten Welt.....	131

Wolfgang Bichmann	Die pathologische Geburt unter einfachen Bedingungen - Die Symphysiotomie - eine angepaßte chirurgische Intervention bei cephalopelviner Disproportion (CPD).....	143
Kambiz Ghawami	Die Arbeit des WUS zur Mediziner- ausbildung.....	185
WUS, Deutsches Komitee	Ergänzende Maßnahmen für Medizinstudenten aus Ländern der Dritten Welt in der Bundesrepublik Deutschland.....	187
Yaw Osei	Foreign Students and Academicians in West Germany.....	203
Maria-Christine Rodriguez	Korrekturen.....	213
Michinobu Doi	Fisikum.....	217
Ulrike Ohage	Zuhören, Zusehen, Diskutieren.....	219
Anhang	Presseberichte..... Filme..... Literatur.....	223 231 235
Zu den Autorinnen und Autoren.....		239
Materialien zum Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern.....		241
Verzeichnis der lieferbaren Hefte: AUSZEIT und "EW"-ENTWICKLUNGSLÄNDER seit 1972.....		243

Torkan
Kaltland
Wah'schate Ssard
(erschienen im perspol-Verlag Hamburg)



EINE ANDERE GEBURT

*Ein Tauber ohne Zunge, still in der Ecke dasitzend
ist besser als wer seiner lockeren Zunge nicht mächtig*
Saadi

Szene aus dem Alltag

In einer Abendgesellschaft lobt ein Gast die Gastgeberin:
»Das ist ja wirklich eine soziale Tat von dir, daß du auch Ausländer
eingeladen hast!«

In schwarzes Wasser tauch ich meine Hände
ich denke, das ist mir lieber
als meine Seele erneut zu beschmutzen

Ich wende mein Haupt ab
wenn Freunde mir zulächeln
das ist mir lieber
als ihre scharfen Zungen später zu hören
ich frage sie nicht mehr
wer seid ihr
dann muß ich ihnen auch nicht mehr erzählen
wer ich bin

Ihr werft mir vor
es sei nur Bitterkeit

Laßt mir, da ich dies Leben
nun einmal leben muß
wenigstens noch dies Gefühl

Wieder wird im Nachbarhaus gefeiert
ich höre ihre Stimmen
mich, mein, mir
und bei mir ist es leer

Freundlich werde ich gefragt
bist du allein?
ich sage *nein*
die Sehnsucht ist bei mir

2. 8. 73

Gelaje war das neunte Kind, von niemandem erwünscht und von keinem erhofft. Wozu sie zur Welt kam, wußte keiner. Man sagte, vielleicht wußte es der siebente Stern im siebenten Himmel. Sie hieß *Gelaje*, die Beschwerde, der Schmerz . . .

Der Vater, *Masch' Hassan**, war ein Hirte. Er hatte sich hochgearbeitet. Mittlerweile besaß er so viele Schafe und Söhne, daß er es nicht mehr nötig hatte zu arbeiten. Er mußte nicht mehr täglich den Hügel hinaufsteigen, um zu den Wiesen auf der anderen Seite des Hügels zu gelangen.

Wozu hat man auch Söhne? sagte er belustigt im Teehaus an seinem Stammtisch. Er war älter geworden und vermögend, und die Dorfbewohner achteten ihn. Wer war nicht bereit, eine seiner Töchter als die Braut des *Masch' Hassans* Sohn zu sehen!

Er saß jeden Tag im Teehaus, so lange, bis einer seiner Söhne, der mit der Herde unterwegs war, ihn abholte, ihm half, auf seinen Esel zu steigen, und mit ihm nach Hause ging.

Acht Kinder hatte *Masch' Hassan* mit *Gol Badji*, acht Kinder, und niemand von ihnen wußte, warum sie da waren. Der Gott hatte sie gegeben, und die drei Kinder, die dazwischen kamen und inzwischen gestorben waren, hatten dir, du lieber Hörer, ihr Leben geschenkt.

Die acht waren gesund und wuchsen unbeschwert heran. Der Älteste war mittlerweile im heiratsfähigen Alter, und der Jüngste war erst fünf oder sechs Mondjahre alt. Noch einen Sonnenwechsel brauchte er, damit auch er hinter der Herde seines Vaters herlaufen konnte. Schlau war der Kleine, und seine Augen strahlten Glück. Mit leichtem Fuß ist er geboren, sagten einige Dorfbewohner, früh am Morgen. Wer früh am Morgen zur Welt kommt, ist von der Vorsehung bestimmt. Er muß sich nie um tägliches Brot sorgen, meinten die anderen, und es hatte sich ja auch bestätigt, daß es *Masch' Hassan* und *Gol Badji* seit der Geburt des Kleinen täglich besser ging. Was wollte man noch mehr! Die Anzahl der Herde hatte sich verdoppelt, *Masch' Hassans* Husten war getrocknet, und *Gol Badji* bekam zum ersten Mal in ihrem Leben ein grünes seidenes Kleid, mit goldenen Blumen bestickt. Ein Kleid, daß sie seitdem

* *Masch'*: Abkürzung von *Maschhadi*

immer zu festlichen Tagen trug und das die Bewunderung aller Dorffrauen hervorrief. Was also wollte man mehr! Man sollte das Schicksal und das Glück nicht ermüden mit überflüssigen Wünschen und Beschwerden. Beschwerden und Wünsche hatten Masch' Hassan und seine Frau nicht mehr, zufrieden waren sie, und so sollte es auch bleiben.

Es geschah dann doch, daß Gol Badji mit einem Augenaufschlag wieder schwanger wurde. Sie konnte daran nicht mehr glauben, weil sie kein Kind mehr haben wollte. Nun war der Älteste an der Reihe zu heiraten, um ihr seine Kinder zu schenken.

Masch' Hassan schwieg dazu, und er fing wieder an zu husten. Gol Badji unternahm alles, um sich von dem Leid der Schwangerschaft zu befreien. Es half nicht, und so blieb ihr nichts anderes übrig, als sich mit ihrem Unglück abzufinden.

An einem späten Nachmittag hörte sie das laute Lachen einer Eule auf dem Ahornbaum vor ihrem Haus. Die Eule hockte auf dem obersten Ast des Baumes. Gol Badji versuchte, mit einigen Steinen die Eule zu vertreiben, aber es gelang ihr nicht. Sie wußte, was es bedeutete, wenn eine Eule am späten Nachmittag bei Sonnenuntergang lachte. Es hieß Unglück. Gol Badji beschwor alle guten Geister, versteckte ihr Antlitz vor der Eule mit ihrem Kopftuch und betete die ganze Nacht. Sie wußte auch, wenn man das Unglück vertreiben wollte, mußte man so lange beten, bis die Eule wiederkäme, diesmal früh am Morgen, und laut zu heulen begönne. Aber es geschah nichts.

Die Eule kam nicht wieder, um den Zauber des Unglücks mit sich zu nehmen. Jetzt war nichts mehr zu machen. Gol Badji mußte nur warten und sich mit dem Unglück, das noch kommen würde, abfinden.

Sie übersah, sie übersah ihren Bauch und wollte nicht daran erinnert werden. Sie umwickelte ihn mit drei Schleiern, die sie am Rücken festband, und ging ihrer alltäglichen Arbeit im Hause nach. Die Kinder dachten nicht daran, daß die Mutter schwanger war, und die älteste Tochter glaubte, daß es ein Zeichen des Wohlhabens sei, wenn die Mutter zunehme. Gol Badji sprach immer weniger, aber auch darüber machte sich keiner Gedanken. Alle älteren, wohlhabenden Frauen fingen irgendwann einmal weniger zu reden

an und später ganz zu schweigen. Das viele Sprechen und Lachen gehörte nun einmal den jüngeren Frauen.

Für die Geburt suchte Gol Badji eine Quelle auf, die im Norden des Dorfes lag. Diese Quelle war heilig, da sie im Winkel lag, dort wo die Sonne hochging, und ihr Wasser floß in Richtung *Makkeh**. Man sagte im Dorf, wer die Quelle in der Frühe vor dem Sonnenaufgang aufsuchen und bei Sonnenaufgang aus dem Wasser trinken würde, den würden die bösen Geister verlassen, da die Geister nicht wagten, gen Makkeh, wohin das Wasser floß, zu schauen. Solch eine Beschwörung konnte dem Beschwörer aber auch gefährlich werden! Im Kampf zwischen den bösen Geistern und sich selbst konnte man mit seinem Leib bezahlen.

Aber Gol Badji nahm diese Gefahr auf sich. Sie kletterte um Mitternacht den Hügel hinauf, legte sich am Quellenrand nieder und gebar ein Kind.

Sie wickelte das Neugeborene in einen ihrer Schleier, flüsterte ihm *Gelaje* ins Ohr und ließ es zurück.

Jetzt wußte sie, daß die bösen Geister ihren Körper verlassen hatten, und so ließ sie das Baby als Opfergabe zurück.

Gelaje schrie, kaum zur Welt gekommen, schrie sie nach Nahrung. Sie schrie wegen des Schmerzes, den ihr die bösen Geister zugefügt hatten. Sie schrie einen Tag und eine Nacht lang, bis sie verstummte.

Nun, dachten sich die Dorfbewohner, die bösen Geister haben sich ihr Opfer genommen. Aber am Mittag, als der älteste Sohn des Masch' Hassan zur Quelle kam, um Wasser für sich und seine Herde zu holen, fand er das geschwächte Kind, das immer noch atmete. Er nahm es mit sich ins Dorf und verbarg es im Stall. Die älteste Tochter bereitete dem Kind eine Schlafstelle aus Heu, und jeden Abend, wenn sie die Schafe melkte, gab sie ihm etwas zu trinken . . .

Gelaje wuchs im Stall auf und freundete sich mit dem Schaf an, das eine Glocke trug. Tagsüber, wenn das Schaf auf der Weide war, lallte es den Klängen der Glocke nach, und am Abend legte es sich neben das Schaf nieder und bewegte hin und wieder die Glocke, bis

* Makkeh: Mekka

es eingeschlafen war. Das Kind glaubte, dieses Schaf sei seine Mutter . . .

Eines Tages befahl Masch' Hassan seinem Sohn, eben dieses Schaf zum Schlachter zu bringen. Es war alt geworden, brachte nicht mehr genügend Milch, und sein Fleisch könnte allmählich ungenießbar werden.

Als der Bruder mit dem Schaf fortging, ging auch Gelaje.

Niemand wußte, wohin sie gegangen war und was mit ihr geschah. Man weiß es bis heute nicht.

Nur einer kann die Antwort wissen, und das ist der *Simorgh**. Der Simorgh aber lebt in *Ghollehe Ghaf*** , dort, wohin das Menschengeschlecht noch nie seinen Fuß gesetzt hat.

* * *

* Simorgh: Ein Märchenvogel

** Ghollehe Ghaf: Bergspitze Ghaf, im Kaukasus, der der Sage zufolge die ganze Erde von einem Ende zum anderen, von Ost bis West umschließt.

»Was machen Sie denn hier?«

Ich, wieso . . . ? Ich habe ein Kind gebärt . . . , mein Kind ist geboren, und ich . . .

»Alle Frauen haben hier entbunden! Aber was machen Sie denn in diesem Zimmer?«

Ich ruhe mich aus.

»Das geht nicht! Ich muß es melden! . . . Hier liegt ein Fehler vor . . . «

*

Eines Tages, der Schnee lag sehr hoch, so hoch, daß sie, wenn sie Umwege schlug, fast bis zu den Knien im Schnee versank . . . Eines Tages, einige Jahre ist es her, ging sie zum Krankenhaus.

Auf einem aufgeweichten Zettel die Adresse in der Hand, vom Schnee durchnäßt, hin und wieder warf sie einen Blick darauf, den Weg nicht zu verlieren. Sie hatte sich vorgenommen, anders als ihr vom Arzt empfohlen, nicht auf einen Unfallwagen vor der Praxis zu warten, sondern den Weg bis zum Krankenhaus zu Fuß zu gehen.

Dort mußte sie hin, um ihr Kind zu gebären.

»Es ist soweit«, hatte der Arzt gesagt, sie sollte sich nicht bewegen: »Sitzen bleiben!« hatte sie die Sprechstundenhilfe angefahren: » . . . bis der Wagen kommt.«

Und sie wußte nicht einmal, warum. Noch hatte sie keine Schmerzen verspürt, sie wußte auch nicht, wie es schmerzt, wenn man ein Kind gebärt.

Zu Fuß war sie in die Praxis gekommen, und sie verstand nicht, warum sie nun, da es sein mußte - »Es ist soweit!« - nicht gehen durfte.

Der Arzt hatte ihr »Alles Gute« gewünscht, wie es so viele andere taten, und dann war er in das Behandlungszimmer entschwunden. Die Frau, seine Sprechstundenhilfe, sehr jung und nicht schwanger, wünschte ihr ebenfalls wie die anderen Frauen im Wartezimmer auch »Alles Gute«. Sie wurde in einen Rollstuhl gesetzt, den Aufzug hinuntergefahren, und dann sollte sie warten, bis der Krankenwagen oder ein Unfallwagen kommt, um sie abzuholen. Einige Minuten wartete sie auch, das Warten wurde ihr langweilig. Warum durfte sie nicht laufen?

Einmal in der Woche hatte sie sich bei dem Arzt melden müssen. »Alles in Ordnung«, hatte er jedesmal gesagt, aber heute sagte er: »Es ist soweit!« Er sagte noch einiges mehr, sie hatte es nicht verstanden. »Alles Gute . . .«

Die vergangene Nacht mußte es ununterbrochen geschneit haben, es schneite noch immer, und als sie ihren Umweg einschlug, sie wollte am Ufer entlang laufen, da sank sie zu Boden. Umständlich rappelte sie sich wieder auf, sie las den Zettel mit der Adresse des Krankenhauses, der ihren Fingern entglitten war, wieder auf, sie kehrte zum Straßenrand zurück und ging ihres Weges. Sie hatte auf den Krankenwagen nicht gewartet . . .

Sie übersah:

Bei mir ist alles anders! dachte sie. Sie hatte nicht geglaubt, daß sie schwanger werden würde, sie hatte das nicht wahrgenommen, auch während der langen Monate, da ihr Bauch wuchs und wuchs und anzuschwellen nicht aufhörte. Irgend etwas würde mit ihr geschehen, daran zweifelte sie nicht, dieser Bauch war nicht mehr wegzu-denken, jedesmal, wenn sie ihr Spiegelbild in einem Schaufenster betrachtete . . ., das war sie nicht mehr: Klein und rund, schwarz-umrandete Augen, blasses Gesicht, und dieser Bauch, der nicht aufhörte, sich nach vorne zu wölben! Das war sie nicht! Das, was in ihr wuchs, konnte kein Kind sein. Sie glaubte daran nicht, auch andere glaubten nicht daran, nur der Arzt, nur er redete ihr jedesmal ein, daß sie ein Kind in sich trüge . . .

Schwangere kannte sie anders: von vielen Frauen umgeben, Verwandte, Freundinnen, täglich kamen sie zu Besuch, schauten ihren Bauch an, streichelten ihn, rätselten mit der Schwangeren, ob es ein Junge oder ein Mädchen sei, dachten sich Namen aus, scherzten viel und sangen viel, lachten mit ihr und warteten . . .

Aber hier? . . . wo sie niemanden kannte, keine Freundinnen hatte, nicht einmal eine Verwandte, die sie zum Arzt begleitete . . . Niemand, der sie täglich besuchte, mit ihr Kinderkleider zusammenstellte, ihr Ratschläge gab und ihr den Rücken massierte.

*

Man kann nicht schwanger sein, wenn niemand anderes es glaubt und wenn man nicht wie eine Schwangere behandelt wird! Wie war

es möglich, daß, während ihre Vermieterin jeden Abend etwas briet und sie, von Heißhunger überfallen, sich zufällig in die Küche begab – obwohl, es war abgemacht, sie dürfte die Küche nicht betreten, während die Vermieterin kochte – diese ältere Frau zu ihr sagte: »Riecht gut, nä . . .?«

Ja, sehr gut!

»Das mußt du auch kochen! Das ist gut . . ., gesund . . ., verstehst du?«

Sie ließ sie in den Topf schauen, erzählte in aller Ausführlichkeit, wie man dieses Gericht herrichtet, redete und redete, mehr als sie verstehen konnte. Niemals hatte sie ihr etwas von dem Essen angeboten, nicht einmal zum Probieren.

Wie war es möglich, daß niemand, nicht einmal ihre Vermieterin, ihr etwas zum Essen anbot, nicht einmal einen Löffel, wie es bei ihr zu Hause gang und gäbe war?

Es ist eine Sünde, den Heißhunger einer Schwangeren zu wecken und ihr nichts zu geben, wußte man bei ihr zu Hause. Sie wußte das. Als ihre Schwester schwanger wurde, und ihre Mutter sie jeden Abend zum Haus der Schwester schickte, mit einer kleinen Schale, einer warmen Schale mit Essen, das der Schwester wohl bekommen würde, da, während sie bei ihrer Schwester saß, kamen die Nachbarinnen oder deren Kinder, und jeder brachte etwas, manchmal nur eine Kleinigkeit, gebratene Zwiebeln oder eine gekochte Kartoffel.

Das Kind darf sich nicht im Bauch der Schwangeren nach den Gerüchen des Essens strecken, es wird gierig, sagten die Frauen, und sie sagten auch: Es ist eine Sünde . . . Sie aßen zu Hause nichts, wovon sie der Schwangeren nichts hätten abgeben können.

Die Vermieterin sündigte allabendlich. Man sah ihr nicht an, daß sie sich dessen bewußt war, oder aber, so mußte es sein: auch die Vermieterin glaubte nicht, daß sie schwanger sei.

Wie war es möglich? Daß eine Schwangere jeden Morgen um fünf Uhr aufstehen mußte, aufgeschreckt vom grellen Geschrei des Weckers, im Dunkeln, noch im Halbschlaf, sich wusch und kleidete, mit einem trockenen Brötchen, am Abend zuvor beiseite gelegt, kauend den kalten Weg zur U-Bahnstation hastete, voller

Angst, sich zu verspäten, ohne jede Furcht, auf dem nassen Straßenpflaster auszurutschen, sich und dem Kind etwas anzutun . . .

Jeden Morgen zu dieser Stunde war der Boden hart und gefroren, und manchmal sank sie, die Schwere ihres Körpers nicht beherrschend, sanft zu Boden, sie dachte nicht an das Kind in ihr . . ., niemand dachte daran. Die Sorge, sich zu verspäten, die Peinlichkeit der Ermahnungen war größer, viel größer als die Tatsache ihrer Schwangerschaft. Alle dachten so, so dachte auch sie . . .

Sie arbeitete als Hausbotin in einem großen Unternehmen. Zwei Etagen hatte sie mit Post zu versorgen, das war nicht viel, aber es war einsam und eintönig. Sobald sie ihre Arbeitsnische betrat, vergaß sie ihr Aussehen und ihre Schwangerschaft, vergaß ihren Bauch und den fahlen Geschmack im Mund nach dem Verzehr des trockenen Brötchens. Der Korb voller Briefe und Broschüren wartete auf sie. Sie mußte ihn zunächst entleeren und in den Pater-noster schieben, ihr Chef mußte wissen, daß sie pünktlich war. Er füllte ihn erneut und schickte ihn nach oben. Sie mußte die Papiere schnell sortieren, die Telegramme und die Telexe zuerst, im Rennschritt mußte sie diese Post in die entsprechenden Zimmer zu den betreffenden Menschen bringen, an die sie adressiert war. Und jedesmal, wenn sie das betreffende Zimmer betrat und noch niemand da war, holte sie erleichtert und erschöpft tief Luft.

Niemand, der ihr sagen würde: »So geht es nicht! Sie wissen doch: Ein Telegramm läßt nicht auf sich warten!«

»Unverzüglich!« hatte sie des öfteren gehört: »Unverzüglich!« - ein Wort, das sie nicht aussprechen konnte, aber dessen Wichtigkeit sie sehr schnell begriffen hatte. *Unverzüglich* waren Telegramme, Telexe, Eilbriefe.

Unverzüglich war wichtiger als *Abteilungsleiter* oder dessen Sekretärin, wichtiger als ihr Chef unten bei der Poststelle, wichtiger als sie und das Kind in ihr. Nach den Telegrammen und den Telexen mußte sie die Eilbriefe sortieren. Ihre Augen suchten in dem Stapel Papier das Rotunterstrichene, und wenn sie die entsprechend gekennzeichneten Briefe heraussortiert hatte, ging sie den Stapel noch ein weiteres Mal durch, sie mußte darauf achten, mußte auf das Wort EILT! achten, auch wenn es nicht rotumrandet oder unterstrichen war.

Anfangs unterliefen ihr noch viele Fehler, sie hatte nur nach Rot gesucht und übersah das EILT! Das war aber nur am Anfang, das passierte ihr schon lange nicht mehr. Meist, wenn sie zum zweiten oder dritten Mal das jeweilige Zimmer betrat, lagen ihre Telegramme, Telexe noch unberührt auf dem Tisch. Dann schob sie die Briefe, die sie später gebracht hatte, unter den Stapel, damit jeder wußte, daß sie schon einige Male hier war.

Ihr Arbeitsgang überwachte sie, und sie mußte darauf achten, daß kein Telegramm unter einen Brief rutschte und dort unbeachtet liegen blieb. Sie paßte auf ihren Aufpasser auf.

Die Karre mit der Post, die sie von Tür zu Tür schob, war nicht schwer, aber sie war unhandlich. Wenn sie sie mit zu viel Post belud, dann konnte sie den Gang nicht mehr sehen, dann mußte sie die Karre seitwärts ziehen. Manchmal standen einige der Angestellten im Flur, eine Tasse Kaffee in der Hand oder eine hastig gerauchte Zigarette. Selten unterhielten sie sich miteinander. Aber jedesmal, wenn sie versuchte, die unhandliche Karre seitwärts zu ziehen oder zu schieben, dann lachten sie alle: »Sieh dir die Kleine an! Hinter diesem Berg von Post ist sie kaum zu sehen.« Dann antwortete sie jedesmal entschuldigend: *In meinem Land sind sie alle klein!* Die Jüngeren äfften ihr nach: »Klein, aber oho!« Sie wußte nicht, was oho! bedeutete. Es mußte etwas Lustiges sein, denn alle lachten, und so lachte auch sie.

Zwischen ihren Postgängen, wenn sie auf den erneut gefüllten Korb wartete, durfte sie sich setzen, die Beine ausstrecken oder singen oder Briefe schreiben und auf Kaffee und frische Brötchen warten.

Diese Arbeit war gut, viel besser als die Arbeit, die sie zuvor gehabt hatte. Packerin war sie gewesen, und das hatte sie nicht gekonnt. Jeden Tag hatte es Ärger gegeben mit der Frau, die neben ihr am Paktisch stand und mit unnachahmlicher Schnelligkeit die großen Pakete auf dem Tisch rollte und sie in hartes Packpapier wickelte, ohne sich die Finger an den messerscharfen Papierrändern zu schneiden, und sie fest verschnürte.

»Die Kleine wird es nie können!« klagte die Frau vorwurfsvoll, wenn der Chef sich nach der »Neuen« erkundigte: »Sie ist eher ein

Hindernis für mich als eine Hilfe! Sie glaubt, hier Geschenke einzuwickeln, und sie läßt sich viel zuviel Zeit!«

Immer wieder hatte sie ihr das Paket, das sie sorgfältig mit einer Schnur zu verknoten versuchte, aus der Hand gerissen und getadelt: »Nix! Nix fest!« Und wenn sie die Schnur nicht so fest gezogen hatte, dann rügte sie wiederum: »Nix! Geht auf!«

Nie hatte sie die Zeit gefunden, der Frau neben ihr heimlich zuzuschauen, um zu sehen, wie sie das machte. Einmal war sie auf den Paktisch hinaufgeklettert, um ein großes Paket in das Packpapier zu rollen. Da standen sie alle um sie herum, lachten und amüsierten sich. Sie lachten so lange, bis auch sie angefangen hatte zu lachen. Dann riß ihr die Frau neben ihr das Paket aus der Hand: »Ihre Pakete taugen nichts!« und der Chef antwortete: »Ja, ja! Seh's schon! Auch ich warte die Entscheidung von oben ab!«

Entlassung war es nicht, das wußte sie, die Arbeitsvermittlerin beim Arbeitsamt meinte: »In Ihrem Zustand werden Sie nicht entlassen!«

Sie hatte die Behörde aufgesucht, hatte um eine andere Arbeit gebeten, eine leichtere Arbeit.

»Sie sind in anderen Umständen . . .« sagte die Beamtin und: » . . . in diesem Zustand . . .«

Niemand sagte, sie sei *schwanger*, niemand deutete darauf, daß sie ein Baby erwartete.

Sie übte die Worte vor sich hin: Umstand . . . Zustand . . . Das also war die Beschreibung dessen, was sie hatte.

Täglich wartete sie auf die neue Arbeit, die man ihr geben würde. Noch wußte niemand, wo man sie unterbringen könne, nicht einmal der Chef von der Postabteilung. Er sagte nur, die neue Arbeit habe etwas mit ihrem Zustand zu tun, man würde ihrem Umstand Rechnung tragen. Eines Tages kam die Entscheidung, aber leicht war sie nicht! Sie müsse zum Chef, hatte ihr die Frau neben ihr am Paktisch zugerannt.

»Sie können lesen und schreiben?« hatte sie der Chef gefragt, und sie wußte nicht, wie sie diese Frage beantworten sollte. Sie konnte lesen, aber nicht verstehen, was sie las. Sollte sie das zugeben? Oder

sollte sie lieber abwarten und mit der Antwort innehalten? Sie dachte an Bücher und an Zeitschriften, die sie sich ständig kaufte, um darin zu lesen, um daraus verstehen zu lernen, und bis auf wenige Worte verstand sie doch nichts.

Ihr Herz begann aufgeregt zu pochen, sie erinnerte sich an Prüfungen in der Schule, die Stimme in ihr verstummte. Der Chef legte einige Briefe vor ihr auf dem Tisch zurecht: »Lesen Sie mal! . . .« Er zeigte mit dem Finger auf die Adresse: »Was steht hier? . . . und hier, dieser hier!«

Herr Schroder Verkaufsabteilung . . . Frau Muller . . .

»Schröder . . ., Müller . . .«, korrigierte er: » . . . Macht nix . . . gut, gut . . .«, sagte der Chef: » . . . demnächst können Sie Botengänge machen . . . Etwas Laufen schadet Ihnen nichts in Ihrem Zustand . . .« Sie wollte weiterlesen, wollte immer weiterlesen, da sie die Prüfung gut bestanden hatte. Der Chef unterbrach die Prüfung, er ging mit ihr hinauf in die zwanzigste, danach in die einundzwanzigste Etage des Hochhauses, er stellte sie vielen Menschen vor, die sahen sich nur ihr Gesicht an, betrachteten ihre Größe, lächelten sie an, versuchten, ihren Namen auszusprechen und ihren Bauch zu übersehen. Auch sie verbarg ihren Bauch in dem viel zu großen blauen Kittel, der von nun an ihre Arbeitskleidung sein sollte.

*

» . . . Hier liegt ein Fehler vor!« sagte die Frau im blauen Kittel, sie stand vor ihr mit Eimer und Besen in der Hand in ihrem Krankenzimmer.

Warum? fragte sie bestürzt.

»Das wird sich sofort feststellen lassen!« begann die Putzfrau zu ermitteln: »Ich muß die Stationsschwester benachrichtigen!« Sie stellte ihren Eimer und den Besen in die Ecke und verließ entschlossenen Schrittes den Raum.

*

Wie war es möglich, daß eine Schwangere täglich frühmorgens zur Arbeit mußte, ohne besondere Wünsche, ohne Beschwerden?

*

Eines Tages war die Wäscherin zu ihrer Mutter gekommen, sie zeigte auf ihren Bauch, und ihre Wangen röteten sich.

Achaaje! sagte die Mutter: *Warum erzählst du mir das erst jetzt?*

Ich brauche die Arbeit, und hocken ist gut! Sie saß jeden Morgen vor der Waschschüssel und wusch, und später, als ihr der Bauch zu groß wurde zum Hocken, brachte sie eine andere Wäscherin mit und versprach, sie würde wiederkommen, wenn das Baby geboren sein wird.

*

»Ab jetzt können Sie etwas später zur Arbeit gehen . . .« erlaubte der Arzt, » . . . wenn sie morgens sehr müde sind. Sagen wir mal: eine Stunde später . . .«

Er unterschrieb einen Zettel, übergab ihn ihr und betonte: »Das geben Sie Ihrem Arbeitgeber! . . . Ab morgen können Sie sich auschlafen . . ., eine Stunde länger . . .«

Nun brauchte sie erst um sechs Uhr aufzustehen. Warum hatte ihr der Arzt nur einreden wollen, daß sie schwanger sei?

Der Chef rätselte und grübelte: »Was mach' ich nur, Mädchen? . . . Fühlen Sie sich wirklich morgens so schlecht? Sie sind doch jung und gesund!«

Sie versprach ihm, doch früher zu kommen, so lange, bis er für diese Arbeit jemanden an ihrer Stelle gefunden haben würde. Er hatte ihr so leid getan, und sie wußte, die Briefe könnten zwar warten, aber die Telexe und Telegramme . . .

Der Chef aber lehnte es ab: »Nur wenn es der Arzt wieder bescheinigen würde . . .«, das dürfte er nicht annehmen, die Verantwortung wäre zu groß . . .

*

»Ach, Sie sind es!« wurde sie von einer Schwester angeherrscht, als sie im Krankenhaus eintraf.

»Nicht bewegen!« schrie eine andere Krankenschwester: »Sie könnten sich und dem Kind etwas angetan haben!«

Viele harte Blicke, viele unfreundliche Worte, sie begriff es nicht, zahlreiche Ermahnungen: »Wissen Sie, was es kostet, einen Kran-

kenwagen zu bestellen? . . . Und sie laufen einfach davon! In diesem Zustand! Wo haben Sie Ihren Verstand . . .!»

Sie wurde untersucht und abgetastet, entkleidet, untersucht und abgetastet, in einen weißen Kittel gekleidet, die Rückseite offen, nur mit einem Band hinter dem Rücken verschnürt, wurde untersucht und an das Bett geschnürt, wieder untersucht, und als sie sich weigerte, ein weiteres Mal untersucht zu werden, wurden ihre Beine an die kalten Rohre ihres Bettes gebunden, mit kurzen Hieben wurden ihre Waden auseinandergezerrt, die Knie wurden mit Riemen an das Bettgestell gefesselt, sie wurde untersucht.

»Haben Sie sich nicht so! Keine Frau ist anders als andere! Das, was Sie getan haben, kann Ihnen Ihr Leben kosten und das Leben Ihres Kindes . . ., abgesehen davon, Sie wußten, daß wir hier Hebammenschülerinnen ausbilden, und die sind berechtigt, Sie zu untersuchen.«

Man legte ihr die Fesseln wieder ab, trug sie auf ein anderes Bett, schob das Bett in ein dunkles Zimmer, zeigte und erklärte ihr einen Knopf an einem Kabel neben ihrem Kissen, man sprach im Flüsterton, weil in dem Zimmer noch andere Frauen lagen, sie schliefen. Sie wollte weinen, ihr Hals war zugeschnürt, trocken war er, und er drückte, weinen wollte sie, und sie schlief ein . . .

»Wo ist Ihr Koffer?« fragte eine Schwester, die sie unwirsch wachgerüttelt hatte.

Wieso Koffer?

»Es ist soweit!« flüsterte die Schwester: »Bald kommt das Baby! Vielleicht noch heute nacht.«

»Husch, husch . . .«, hörte sie, zur Eile angetrieben, und: »Psst . . ., psst!«

Ich habe keinen Koffer! Ich habe keine Schmerzen!

»Das kommt noch!« sagte die Schwester und verließ den Raum.

Sie dachte an den Koffer, den ihre Schwester bekommen hatte, voller Babysachen, die sie und ihre Mutter gestrickt und genäht und gehäkelt hatten. Kleine Hemden und Jacken, rot bestickt, denn sie wußten nicht, ob das Baby ein Junge oder ein Mädchen werden würde, und ihre Mutter hatte sich für Rot entschieden, das sei der Beweis der Liebe, und sie beide hatten den Koffer in das Kranken-

haus gebracht, nachdem das Baby geboren war. Die Schwester, sie hatte die Kleidungsstücke behutsam aus dem Koffer herausgenommen und sorgfältig gefaltet aufeinandergereiht, sie lachte . . .

Weshalb sollte sie sich selber einen Koffer mitbringen? Warum gab es niemanden, der ihr den Koffer brachte? Es war eine Lüge, daß sie ein Kind bekommen würde. Sie fühlte nichts. Nichts tat ihr weh. Sie hatte gehört, und in ihrer Erinnerung glaubte sie es wieder zu hören, wie ihre Schwester schrie, als sie das Baby bekam. Nichts fühlte sie. Sie lag nur einfach da, musterte das Zimmer, nickte einigen Frauen freundlich zu, die sich kurz nach ihr umgedreht hatten, um gleich wieder einzuschlafen. Auch diese Frauen schrien nicht. Weshalb war hier kein Baby zu sehen? Sie konnte die Bäuche der anderen nicht sehen. Sie wußte nicht, warum diese Frauen hier lagen. Sie wollte danach fragen, fragte aber nicht, sie dachte daran, daß es spät war, und alle schliefen schon. Auch sie schlief wieder ein.

Es tut weh! Es tut weh! rief sie in ihrer Sprache. *Ich muß schreien!* erwiderte sie einer Schwester, die sie zum Schweigen ermahnte.

»Hier entbinden Hunderte am Tag . . .« sagte die Hebamme, » . . . und keine schreit! Nur die Orientalinnen . . .« Sie befahl zwei Frauen, ihr Bett aus dem Zimmer zu holen und in einen der Waschräume zu schieben.

»Sie sind nicht die einzige hier! Die anderen können nicht schlafen, wenn Sie so schreien!«

Ihr Bett wurde in den Waschraum geschoben, die beiden Frauen verließen den Raum, eine der beiden sagte, ihr zugewandt: »Jetzt können Sie so viel schreien, wie Sie wollen! Es ist doch noch gar nicht soweit!«

Man hatte sie an das Bett gebunden. Einige Male versuchte sie, sich aufzusetzen und nach allen Kräften um Hilfe zu rufen. Die Einsamkeit überwältigte sie, eine Einsamkeit, die größer war als ihr Schmerz, eine Angst, die ihren Schrei lähmte. Was, wenn man sie hier nicht mehr herausholen würde? Wessen Namen sollte sie um Hilfe rufen? Was, wenn sie sterben würde? Ihre Angst und die Einsamkeit engten ihre Gefühle immer mehr ein, immer bedrückender lasteten sie lähmend auf ihr, bis sie endlich die furchtbare Stille durchbrach: Sie schrie und weinte, weinte und schrie, bis sie kamen

und sie wieder aus dem Raum befreiten. Zwei Hände zerrten an ihrem Bett, sie spürte die kalte Hand einer Frau, die ihr eine kühle Maske auf das Gesicht preßte und ihr befahl: »Tief luftholen! Tief Luft holen!«

War sie tot, oder lebte sie noch? Das Baby! Es schrie! Eine Männerstimme gratulierte ihr, eine Frauenhand wischte ihr die Tränen mit einem feuchten Tuch aus dem Gesicht. Anweisungen hörte sie und Gespräche:

»Warum haben Sie bei ihr so lange gewartet?«

»Sie schrie so laut, Herr Doktor! Wir hatten kein Bett frei hier im Saal, und bei ihr war es noch nicht soweit. Ja . . ., sie hatte eine Beruhigungsspritze bekommen . . . Sie sollte in der Station untergebracht werden. Ich habe die Anweisung von der Nachtschwester . . . wir dachten, bei ihr würde es erst später losgehen . . . Sie wissen doch, wie die sich anstellen, diese Ausländerinnen . . . wir dachten . . .«

Sie war eingeschlafen.

*

Es war zu jener Zeit, als sie ihr erstes Kind bekam, sich noch nicht auskannte, die Sprache nicht verstand. Sie war angewiesen auf andere, auf deren Aufmerksamkeit, deren Mitleid, darauf, daß andere ihr aus dem Bett zu steigen halfen, weil ihr das Bett zu hoch war und die Schwestern nie Zeit hatten. Nie hatten die Schwestern Zeit, einer Frau aus dem Bett zu helfen, die kleiner als die anderen war, die gerade erst ein Kind geboren hatte und darauf verzichtete, aus dem Bett zu steigen, weil sie niemanden belästigen wollte, mit der Bitte, ihr zu helfen, und die dennoch aus dem Bett steigen sollte, weil man sich nach der Entbindung bewegen müsse. Verzweifelt hatte sie den ganzen Tag in Gedanken darüber verbracht, wie aus dem viel zu hohen Bett und wieder hineinzusteigen?

Es war an jenem Tag, zwei oder drei Tage nach der Entbindung, als sie unerwartet von einem älteren Ehepaar aufgesucht wurde. Sie kannte die beiden nicht, konnte sich auch deren Namen nicht der Erinnerung bewahren, alles geschah so schnell und unverhofft, sie wußte noch lange Zeit nicht, warum sie von den beiden überhaupt besucht wurde.

Lange Zeit saß dieses Ehepaar neben ihrem Bett, erkundigte sich nach ihrem Befinden, begeisterte sich über das Prachtkind, ihr Kind, das sie geboren hatte. Verlegen bedankte sie sich bei ihnen, ohne zu ahnen, was sie von ihr wollten. Es dauerte eine lange Weile, bis sie begriff, was das Ehepaar von ihr wollte, ohne zu verstehen, warum. Auch später, lange nach diesem befremdenden Tag, konnte sie das nicht verstehen . . .

Jemand hatte dem Ehepaar erzählt . . ., sie erinnerte sich, daß die Worte »Rotes Kreuz« gefallen sind . . ., sie sei fremd hier und allein, sie müsse arbeiten, könne auf ihre Arbeit nicht verzichten, es sei schwer mit einem Kind in der Fremde und ohne Arbeit, ohne Geld mit dem Kind . . ., oder sie müsse das Kind abgeben, wenn sie Arbeit . . . Geld . . .

Das Ehepaar, kinderlos, nicht mehr jung, redete behutsam auf sie ein. Die beiden boten sich an, ihr das Kind wegzunehmen. »Adoptieren«, sagten sie, und sie nickten ihr freundlich zu. Sie seien »keine Unmenschen«, sagten sie, sie hätten alle erforderlichen Papiere: »Wenn Sie mal hineinschauen wollen, um sich zu überzeugen, bitte . . .«

Sie seien keine Unmenschen, sonst hätten sie nie die Erlaubnis erhalten, ein Kind zu adoptieren. Gut würde es ihrem Kind bei ihnen gehen, sicherlich könne sie das Kind auch hin und wieder besuchen:

»Hier . . . hier ist die Adresse!«

Der Mann legte ihr zaghaft einen Zettel auf die Bettkante: »Eine gute Adresse!«

Jederzeit könne sie das Kind besuchen, obwohl . . ., die Erfahrung habe gezeigt, daß es nicht gut sei, nicht gut für die Mutter und auch für das Kind . . ., aber . . . für's erste könne man ein Auge zudrücken. Sie dürfe ihr Kind häufiger besuchen . . ., bei einem solchen Prachtbaby könne man das ja auch verstehen!

Sie dürfe nur . . ., dafür habe sie doch Verständnis! . . ., sie dürfe dem Kind nicht sagen, daß sie die Mutter sei . . . Das sei nicht gut, das würde niemandem helfen.

Auf jeden Fall, sie könne sich überzeugen, daß das Kind bei ihnen bestens aufgehoben sei.

Das begriff sie, und sie begriff auch, daß diese Leute es gut mit ihr meinten, mit ihr und dem Kind. Und sie begriff, daß es nicht verwerflich sei, wenn ihr jemand mit einem gutgemeinten Vorschlag kommt.

Sie begriff, ohne zu verstehen.

Sie konnte keine Antwort geben, wußte nicht, was sie antworten sollte, was sie fühlte, konnte sie nicht sagen, nicht in dieser fremden Sprache, selbst in ihrer eigenen Sprache hätte sie kein Wort für ihr Gefühl gewußt, sie fand keine Worte dafür, sie konnte keine Antwort finden auf diese gutgemeinte Frage, auf diese Bitte, die sie zutiefst beleidigte und kränkte. Sie fand nicht einmal eine Frage zu diesem Vorschlag, ein Vorschlag, der ihre Gefühle schlug, ein gutgemeinter Vorschlag.

Stumm war sie, sie weinte. Die ältere Frau begann ebenfalls zu weinen, ohne zu verstummen. Immer wieder beteuerte sie, sie würde eine gute Mutter sein.

Sie wandte ihr Gesicht von diesen Menschen ab und weinte, weinte, ihnen den Rücken zugewandt, bis die beiden das Zimmer verlassen hatten, weinte und weinte, und die anderen Frauen, die mit ihr im Zimmer lagen, redeten ihr gut zu, fanden den Vorschlag wohlge-meint.

Sie weinte und ließ die Frauen allmählich verstummen und weinte, bis sie verspürte, daß in ihr keine Träne mehr war.

*

»Hier liegt ein Fehler vor!« hatte die Frau im blauen Kittel gesagt, bevor sie verschwand, um die diensthabende Schwester zu benachrichtigen.

Nun hatte sie das Zimmer wieder betreten, hatte ihren Besen und den Eimer aus der Ecke wieder in die Hand genommen und sagte: »Ich habe der Oberschwester Bescheid gegeben! Gleich wird sich klären, wo Sie hingehören!« Sie stand, den Besen in der einen, den

Eimer in der anderen Hand und wartete. Bis zur Klärung dieser Angelegenheit würde sie das Zimmer nicht saubermachen.

Als die Oberschwester im Krankenzimmer eingetroffen war und das Mißverständnis aufgeklärt hatte, rechtfertigte sich die Putzfrau ihr gegenüber mit der Entschuldigung: »Ich hätte schwören können, daß sie hier falsch liegt! Tut mir leid. Ich habe noch nie eine Türkin in der Ersten Klasse erlebt. Ich dachte, die liegt falsch hier . . . Sie ist ja nicht einmal mit einem Deutschen verheiratet! Das soll man ahnen! Eine Türkin und Erste Klasse . . . Tut mir ja so leid . . . Ich habe nur meine Pflicht getan! Nichts für ungut.«

* * *

Wolfgang Bichmann

**Die Gesundheitssituation in der Dritten Welt -
Aufgabenbereiche des Arztes und Anforderungen
an die Ausbildung an bundesdeutschen Hochschulen**

Dieses Seminar soll sich mit der Ausbildung von Medizinstudenten an deutschen Hochschulen, die eine ärztliche Tätigkeit in Entwicklungsländern anstreben - seien es deutsche oder ausländische Studenten -, befassen. Vieles davon mag manchem bekannt vorkommen, die Darstellung erscheint aber erforderlich, um dann in einem zweiten Teil Anstöße geben zu können für die Diskussion über die Anforderungen, die wir an die Mediziner-Ausbildung in Deutschland stellen sollten.

Kurze Bestandsaufnahme zur Weltgesundheitssituation

In den letzten Jahren wurden in vielen Entwicklungsländern doch erhebliche Fortschritte bei der Senkung der Sterblichkeitsziffern erzielt. Dennoch bestehen global gesehen erhebliche Unterschiede zur gesundheitlichen Situation in Industrieländern (Abb. 1). 1980 betrug in den Ländern mit niedrigem Einkommen die Lebenserwartung bei Geburt für Männer 58 und für Frauen 60 Jahre - gegenüber 71 bzw. 78 Jahren in Industrieländern. Die Säuglingssterblich-

Abb. 1 Der Anteil der Entwicklungsländer an der Bevölkerung, an Geburten und Todesfällen

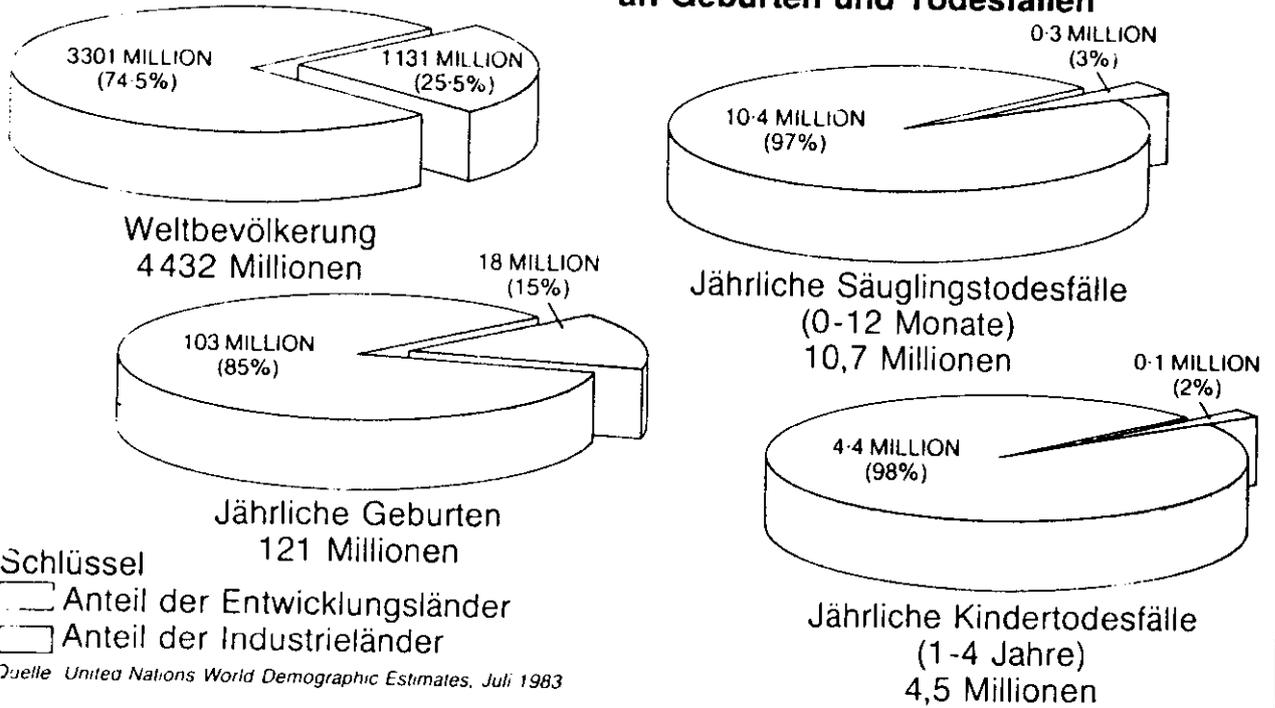
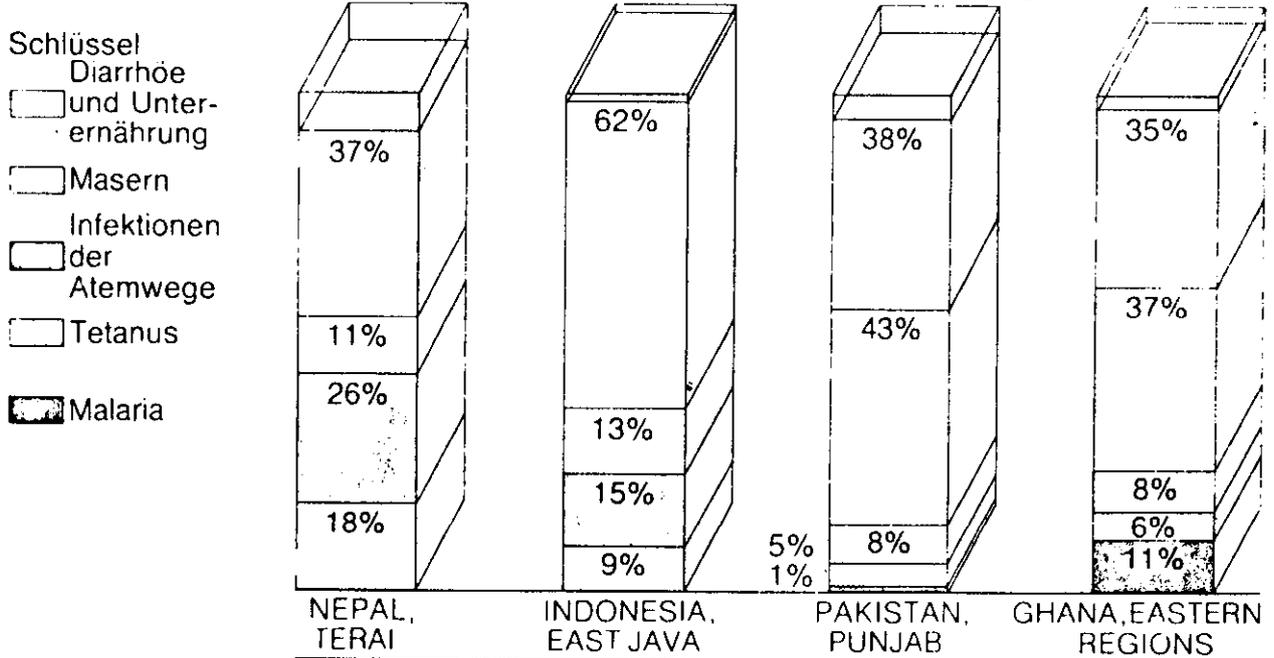


Abb. 2 Warum Kinder sterben

Anteile der Säuglings- und Kindersterblichkeit (0-4 Jahre) infolge heilbarer Krankheiten in ausgewählten Ländern



Quelle: Robert N. Grosse, Interrelation between health and population: Observations derived from field experiences, *Social Science and Medicine* Vol. 14c, No. 2, June 1980, p. 113

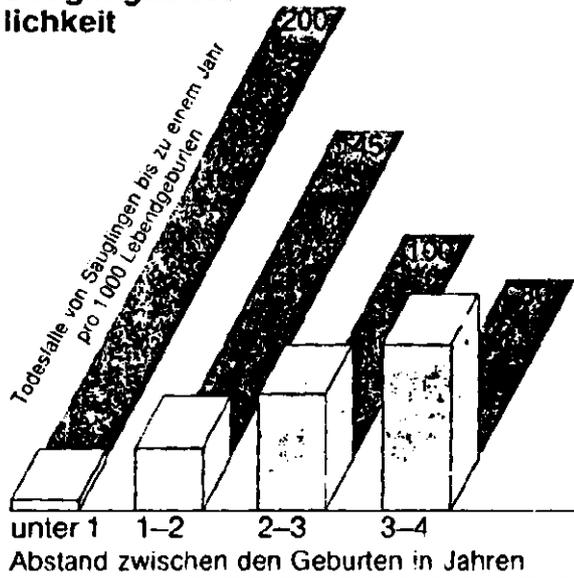
keitsrate konnte in den Ländern mit niedrigem Einkommen zwischen 1960 und 1982 sogar von 165 pro Tausend auf 87 pro Tausend gesenkt werden; es bleiben aber nicht nur erhebliche Unterschiede zu den Industrieländern, sondern auch zwischen einzelnen Ländern und Regionen der sogenannten "Dritten Welt" gibt es erhebliche Unterschiede. In manchen Gebieten sterben noch heute 40% der Geborenen vor dem 5. Lebensjahr. Die niedrige Lebenserwartung in Entwicklungsländern ist also das statistische Resultat der extrem hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit. Anders betrachtet entfallen etwa in Malawi auf einen Todesfall bei Erwachsenen 4 kindliche Todesfälle.

Um welche exotischen Krankheiten handelt es sich nun, denen diese Menschen zum Opfer fallen. In einem typischen Industrieland sind nur etwa 10% der Todesfälle auf Infektionskrankheiten zurückzuführen, während diese - zusammen mit den parasitären Krankheiten - für etwa die Hälfte der Todesfälle in Entwicklungsländern verantwortlich sind. Bei Kleinkindern verursachen sie sogar - oft in Kombination mit chronischer Mangelernährung - über 90% ja 95% der Todesfälle (Abb. 2).

Mit Ausnahme der Malaria sind also nicht die "Tropenkrankheiten" die hauptsächlichsten Gefahren für Menschen in Entwicklungsländern, sondern recht banale Infektionen wie Lungenentzündungen oder Durchfallserkrankungen. Die Masern, in Europa eine einfache "Kinderkrankheit", erweisen sich in Afrika in Verbindung mit sub-klinischer Mangelernährung als eine der führenden "killer-diseases". Tragisch ist dabei, daß diese Krankheiten mit entsprechenden prophylaktischen Maßnahmen verhütbar und meist auch mit einfachen Mitteln der westlichen Medizin behandelbar sind - diese Todesfälle also vermeidbar wären. Allein durch organisierte Anwendung der Schutzimpfungen könnte weltweit ca. 1/4 der kindlichen Todesfälle vermieden werden.

Neben der Notwendigkeit der Impfung gibt es aber noch einen anderen Einflußfaktor auf die Sterblichkeit bei Kindern: den Geburtenabstand. Familienplanung als Beitrag zur Gesundheitsförderung muß aber deutlich abgegrenzt werden gegen den Mißbrauch dieses Begriffs im Zusammenhang mit bevölkerungspolitischen Eingriffen zum Zweck der Geburtenkontrolle. Fest steht, daß Geburtenabstände von weniger als 2 Jahren für die Gesundheit von Mutter und Kind abträglich sind (Abb.3). Allerdings hängt das Reproduktionsverhalten der Bevölkerung stark vom sozio-ökonomischen Lebensstandard der Familien und

Abb. 3 Geburtenabstand und Säuglingssterblichkeit



Anmerkung: Abstand zwischen den Geburten ist der Zeitraum zwischen dem Ende der vorangegangenen Schwangerschaft und der Geburt des Säuglings

Quelle: Omran A.R. & Standley, C.C. ed. *Family Formation Patterns and Health*. Geneva: World Health Organization, 1976, p. 215. (Daten aus South India Sample, 1971, 1975, 6541 women)

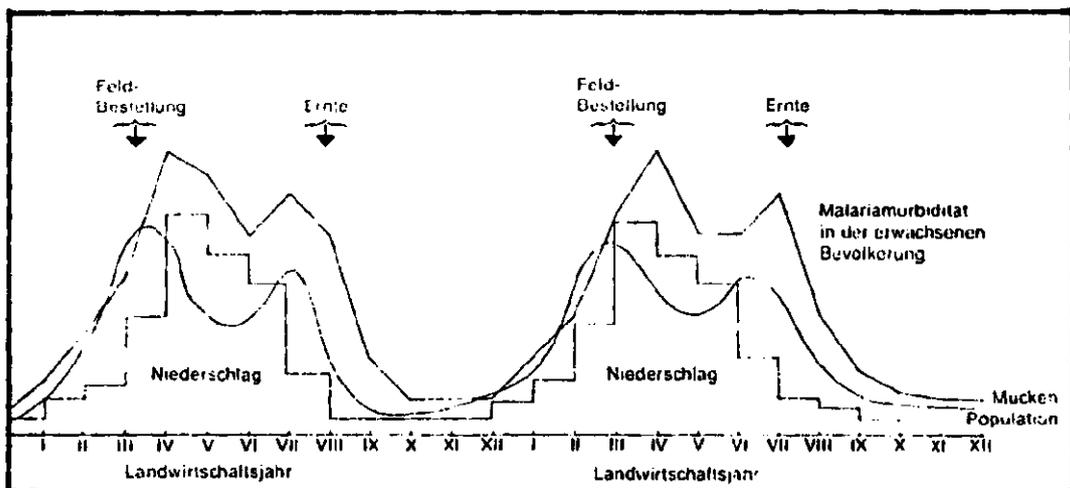


Abb.4: Die Produktivität in der Landwirtschaft und ihre Behinderung durch Malaria im Verlauf der Jahreszeiten des Landwirtschaftsjahres (Mod. 1)

von der Möglichkeit, die Kinder gesund und in sozialer Sicherheit großzuziehen, ab. Es hat sich gezeigt, daß die Senkung der Geburtenraten nur dann zu erwarten ist, wenn die Säuglingssterblichkeit sinkt, daß also die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und des Lebensstandards dafür unabdingbare Voraussetzungen darstellen. Diese Tatsache widerlegt die oft geäußerte Meinung, das als bedrohlich empfundene Bevölkerungswachstum werde durch Programme der Gesundheitsversorgung zusätzlich gefördert.

Die Höhe des Bruttosozialprodukts oder des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens steht dabei keineswegs in direktem Zusammenhang mit zur Beurteilung der Gesundheitslage geeigneten Indikatoren, etwa der Säuglingssterblichkeit. Vielmehr ist ein direkter Zusammenhang erkennbar zwischen der Einkommensebene einer Familie und der Säuglingssterblichkeit. Wenn wir von Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern reden, müssen wir daher stets auch die innergesellschaftliche Verteilungsstruktur der Ressourcen berücksichtigen.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklung bzw. zwischen Krankheit und Unterentwicklung ist aber keineswegs nur aus humanitären oder bevölkerungspolitischen Überlegungen relevant. Gesundheit ist vielmehr sowohl Ziel als auch Voraussetzung von ökonomischer und sozialer Entwicklung. So führt beispielsweise die Malaria als endemische Krankheit im jahreszeitlichen Wechsel stets dann zu den höchsten Krankheits- bzw. Produktionsausfällen, wenn im landwirtschaftlichen Bereich die Zeit der höchsten Aktivität herrscht. Darüber hinaus beeinträchtigen neben der Malaria auch Krankheiten wie Hakenwurm-Anämie, Filariosen und Tuberkulose - um nur einige der Krankheiten zu nennen, die besonders die erwachsene Bevölkerung der Entwicklungsländer betreffen - das ökonomische Entwicklungspotential vieler Entwicklungsländer durch Arbeitsausfälle und chronische Leistungsreduktion.

Gesundheit ist jedoch nicht einfach durch medizinische Versorgung herstellbar. Sie hängt vielmehr ab von vielfältigen Einflüssen. Dementsprechend müssen auch die Interventionen zur Gesundheitsverbesserung bzw. Verhinderung von Krankheiten auf verschiedenen - auch nicht-medizinischen - Ebenen angesiedelt sein.

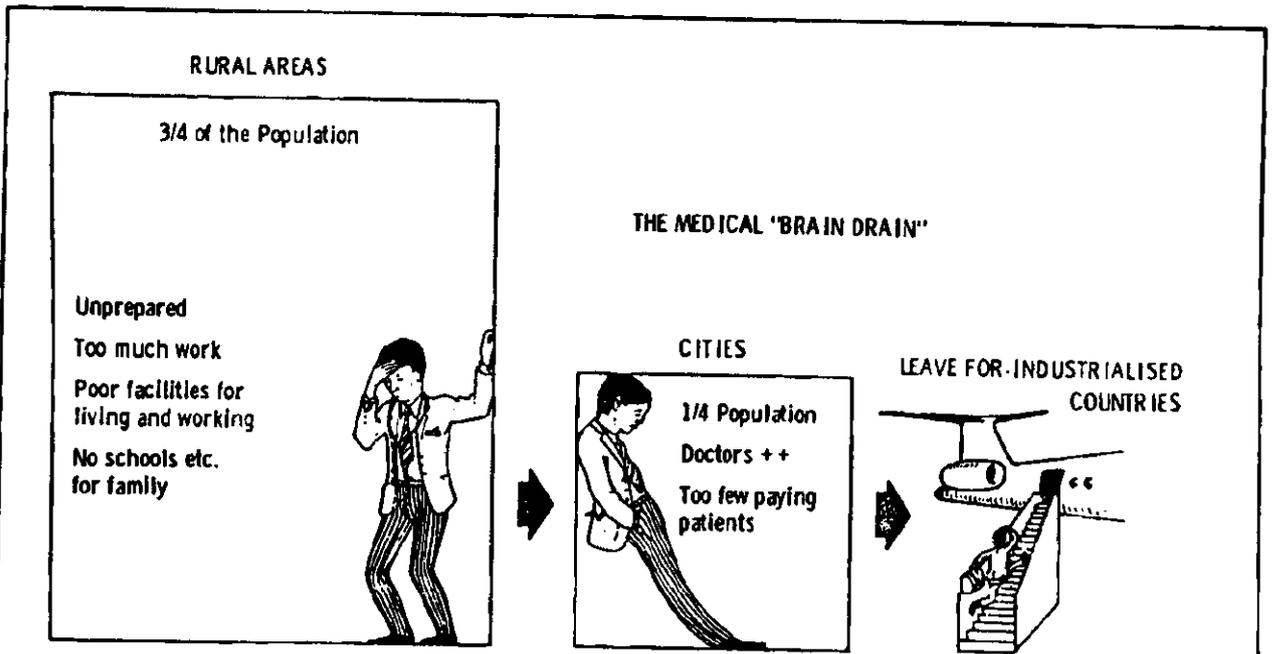


Figure 7 Distribution of doctors in developing countries. In the 'Brain Drain' our concern should be with the drift of doctors from rural areas to the cities rather than on doctors leaving the country

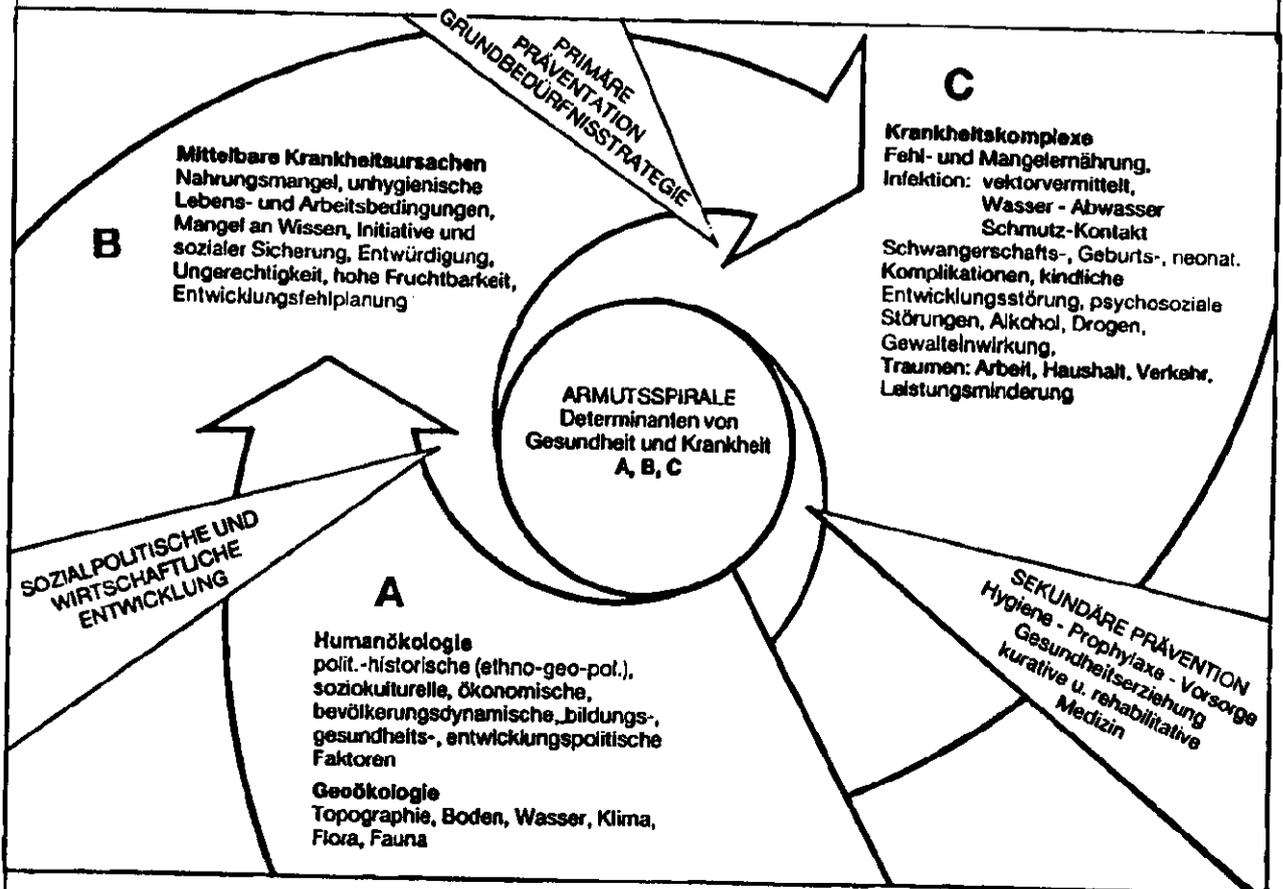


Abb. 5: Determinanten von Gesundheit und Krankheit

Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern - geschichtlich betrachtet

Der Blick in die Geschichte ist erforderlich, bevor die notwendigen Interventionen zur Gesundheitsverbesserung heute angesprochen werden. Als Beispiel soll uns die Entwicklung des Gesundheitssektors in Afrika dienen. In diesem Kontinent begann die eigentliche Kolonialzeit erst zu Ende des 19. Jahrhunderts. Vorher war das Wirken der europäischen Medizin auf Handelsniederlassungen und Schiffahrts-Stützpunkte an der Küste beschränkt. Die Bevölkerung Afrikas war dabei nicht medizinisch unversorgt, da es in jeder Gesellschaft Instanzen der Krankenbetreuung und -versorgung gibt. Allerdings wählte die Kolonialmedizin, in ein medizinisches Vakuum vorzustoßen. Die Ausbreitung der europäischen Medizin wurde von Kolonialregierungen und Missionen mittels Gesundheitsstationen und Krankenhäusern betrieben. Dabei wurden neben den Techniken der modernen Medizin und ihren Arzneimitteln allerdings auch gleichzeitig die Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens der Kolonialmächte übertragen. Die Trennung zwischen kurativen Einrichtungen und präventiven Diensten zur Seuchenkontrolle prägten die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens bis in die heutige Zeit. Während die Krankenhäuser in den städtischen Zentren entstanden, blieben die ländlichen Gebiete im Vergleich dazu relativ unversorgt. Auch nach dem Entstehen unabhängiger afrikanischer Staaten in den 50er und 60er Jahren konzentrierte sich der Ausbau der kurativen Versorgung entsprechend der Interessen der neuen Machteliten in erster Linie auf die städtischen Gebiete und verstärkte so die bereits bestehenden regionalen Disparitäten der Gesundheitsversorgung. Zumindest in den 70er Jahren galt die Faustregel, daß $\frac{3}{4}$ der Bevölkerung der Entwicklungsländer in ländlichen Gebieten lebt, während sich $\frac{3}{4}$ der zur Verfügung stehenden Ressourcen des Gesundheitswesens auf die städtischen Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Nach WHO-Schätzungen hatten Mitte der 70er Jahre 80% der Bevölkerung der Entwicklungsländer keinerlei Zugang zu den Einrichtungen des staatlichen "modernen" Gesundheitswesens, dessen Ausbau durch Mangel an finanziellen Mitteln und Fachkräften behindert war.

Anfang der 70er Jahre setzte sich auf internationaler Ebene zunehmend die Erkenntnis durch, daß der chronische Ressourcen-Mangel zu einem Dauerzustand der Entwicklungsländer werden sollte. Die 75% der Weltbevölkerung, die 1980



Primary Health Care

In the game of life and death many people in the world are playing against the odds:

- 1 in 2 never see a trained health worker
- 1 in 3 are without clean drinking water
- 1 in 4 have an inadequate diet

Every year diarrhoea kills 5 million under-fives; malaria kills one million people in Africa alone. These and other killer diseases are preventable. Doctors and hospitals offer cures for some. But what can really change the survival odds is a package known as Primary Health Care (PHC).

FOOD AND NUTRITION

- Around two-thirds of under-fives in the poor world are malnourished. PHC means ensuring an adequate, affordable food supply and a balanced diet.

WATER AND SANITATION

- 80% of the world's disease is related to lack of safe water and sanitation. PHC means providing everyone with clean water and basic sanitation.

DISEASE CONTROL

- Some 5 million children die and another 5 million are disabled yearly from 6 common childhood diseases. PHC means immunisation against childhood diseases and combatting others like malaria.

MATERNAL AND CHILD HEALTH

- Over half a million mothers die in childbirth and 10% of babies die before their first birthday. PHC means trained birth attendants, promotion of family planning and monitoring child health.

ESSENTIAL DRUGS

- Up to 50% of health budgets are spent on drugs. PHC means restricting drugs to 200 essentials, preferably locally manufactured, and made available to everyone at a cost they can afford.

CURATIVE CARE

- 1,000 million cases of acute diarrhoea in under-fives each year.
- 33% of people in the world infested with hookworm. PHC means training village health workers to diagnose and treat common diseases and injuries.

TRADITIONAL MEDICINE

- Traditional birth attendants deliver 60% - 80% of babies in the developing world. PHC means enlisting traditional healers, giving additional training and using traditional medicines.

HEALTH EDUCATION

- Preventing ill health depends on changing personal and social habits. PHC means educating people in understanding the causes of ill health and promoting their own health needs.

THE WINNING HAND

The eight elements of Primary Health Care give everyone - young children and poor people especially - the best chance of winning the fight for life.

The cost of putting PHC into practice worldwide is an extra \$50 billion a year: less than two-thirds of what the world spends on cigarettes, and only one-fifteenth of world military expenditure.



in Entwicklungsländern lebten, verfügen nur über 21% der wertmäßigen Weltproduktion. Im Gesundheitssektor hatte dies zur Folge, daß der Anteil der Gesundheitsbudgets an den Staatshaushalten konstant abnahm und sich die Pro-Kopf-Ausgaben pro Einwohner im Gesundheitsbereich in den letzten 20 Jahren nominell in fast allen Entwicklungsländern kaum veränderten. Die Ausgaben für die Aufrechterhaltung eines oft eher schlechten als rechten Betriebs der bestehenden Krankenhäuser nahm dabei oft bis zur Hälfte der Gesundheitsbudgets in Anspruch. Dabei litten die präventiven Dienste des Gesundheitswesens unter der finanziellen Mittelbeschränkung besonders stark. Entsprechend der geringen Priorität, die ihnen eingeräumt wurde, nahm ihre Effizienz in vielen Ländern im Verlauf der 60er Jahre zunehmend ab, was beispielsweise zur Wiederausbreitung der Schlafkrankheit in Zentral- und Westafrika beitrug.

Primary Health Care

Die Einsicht in die ökonomisch bedingten Beschränkungen des Machbaren führten zur Entwicklung einer neuen Strategie der Gesundheitsversorgung, die mit den Schlagworten "Dezentralisierung, Integration von präventiver und kurativer Medizin, Gemeinwesenbeteiligung und Ausbau der Basisgesundheitsdienste innerhalb eines funktionalen Referenzsystems, sowie Nutzung vorhandener traditioneller Ressourcen" knapp umrissen werden kann. Auf einer 1978 von WHO und UNICIF initiierten internationalen Konferenz wurde diese neue Strategie in der "Deklaration von Alma Ata" festgeschrieben. Das Konzept der "gemeinwesenorientierten Gesundheitsversorgung" (primary health care) war nicht zuletzt inspiriert durch die Erfolge, die in China in den 60er Jahren mit dem Aufbau eines dezentralen Systems unter Zuhilfenahme sogenannter Barfußärzte erzielt wurden. Dabei müssen viele Maßnahmen, die Voraussetzungen für bessere Gesundheit darstellen, außerhalb des eigentlich medizinischen Bereichs angesiedelt werden. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse von Ernährung, Bildung, Trinkwasserversorgung liegt primär nicht im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens. Es bedarf daher einer "intersektoralen Koordination" der Anstrengungen, um den Gesundheitszustand nachhaltig zu verbessern (Abb. 5). Darüber hinaus müssen die präventiven medizinischen Programme - Impfungen,

Hygienemaßnahmen, Vorsorge - mit den Aktivitäten der kurativen Dienste abgestimmt werden, um wirksam werden zu können. Schließlich muß auch die Behandlung der Erkrankten im Frühstadium am Wohnort möglich sein, wozu die erforderlichen essentiellen Medikamente bereitgestellt und die rechtzeitige Überweisung der komplizierten Fälle ermöglicht werden müssen. Die WHO empfahl daher die Ausbildung dörflicher Gesundheitshelfer und -helferinnen, die neben der Übernahme von Erste-Hilfe-Funktionen auch als Multiplikatoren im Bereich Hygiene und Gesundheitserziehung in den Gemeinden wirksam sein werden sollten (Abb. 6).

Das PCH-Konzept stellt heraus, daß Gesundheit nicht als Gut verteilbar ist, sondern die aktive Mitwirkung - Partizipation - der Betroffenen erfordert.

PCH wurde oft mißverstanden als ein Konzept, das lediglich die Gesundheitsversorgung auf Dorfebene betreffe - im Sinne einer zweitklassigen Medizin dort, wo Besseres nicht erreichbar oder finanzierbar ist. Die Erfahrungen der letzten 7 Jahre haben aber deutlich gezeigt, daß ein solches System nur dann wirksam arbeiten kann, wenn eine regelmäßige Kommunikation zwischen dem Basisgesundheitsdienst und dem Dorfgesundheitswesen im Sinne regelmäßiger Supervision zustande kommt. Die in Kursen von wenigen Monaten ausgebildeten Dorfgesundheitshelfer und Dorfhebammen benötigen darüber hinaus die Unterstützung von Dorfgesundheitskomitees, ohne die sie ihre vielfältigen Aufgaben mangels fachlicher Kompetenz und Autorität nicht umsetzen können. Kann aber die regelmäßige Supervision durch den Gesundheitsdienst nicht sichergestellt werden, bleibt der "Barfußarzt" ineffizienter als die gewachsenen Formen der traditionellen Heilkunde.

Verschiedene Krankheiten erfordern unterschiedliche Maßnahmen. Der traditionale Praktiker hat dabei ebenso seine Funktion und seine therapeutischen Erfolge wie der dörfliche Gesundheitshelfer und der westlich ausgebildete Arzt. Nicht nur aus Gründen knapper finanzieller Ressourcen haben alle ihre Existenzberechtigung. Daher fördert die Weltgesundheitsorganisation im Rahmen der PCH-Strategie auch die Entwicklung und Nutzung der "traditionalen Heilkunden" in Entwicklungsländern. Nicht zuletzt entscheiden dabei die Patienten, mit welcher Krankheit sie bei welcher therapeutischen Institution Hilfe suchen.

Anforderungen an die Ausbildung an bundesdeutschen Hochschulen

Sicherlich soll und kann die Ausbildung von Medizinstudenten nicht dazu befähigen, die vielfältigen Aufgaben der Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern wahrzunehmen. An der Universität werden diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen gelehrt, für die in den meisten Entwicklungsländern die Minimalvoraussetzungen mangels finanzieller Mittel nicht gegeben sind - zumindest nicht in ausreichendem Maße, um die Gesamtbevölkerung zu erreichen.

Können aber unsere Universitäten über die Gesundheitsprobleme von 4/5 der Menschheit einfach hinweggehen? Zunächst einmal muß das Medizinstudium zur Berufsausübung in der deutschen sozialen Umwelt befähigen, in der ein PCH-System, wie es geschildert wurde, bislang gar nicht existiert. Andererseits sind immerhin 6% der Medizinstudenten in der Bundesrepublik Ausländer, davon 60% aus Entwicklungsländern. 1983 studierten ca. 80 000 Medizinstudenten, davon 3 000 aus Entwicklungsländern, an deutschen Universitäten. Ca. 500 deutsche Ärzte arbeiten bei verschiedenen staatlichen und privaten Organisationen in der Entwicklungshilfe.

Es gibt die traditionellen tropenmedizinischen Kurse, etwa in Hamburg, in welchen man sich mit der Diagnostik und Klinik tropischer Infektions- und parasitärer Krankheiten vertraut machen kann. Es gibt die Vorbereitungskurse für medizinische Entwicklungshelfer in Heidelberg, in welchen neben der Tropenmedizin ein Schwergewicht gelegt wird auf die Organisation der ärztlichen Tätigkeit unter Entwicklungslandbedingungen, auf Primary Health Care und auf die Fragen, die oben angesprochen wurden.

Studienangebote gibt es weniger: Die Friedrich-Thieding-Stiftung führt seit vielen Jahren Seminare zur Vorbereitung ausländischer Medizinstudenten auf ihre Rückkehr in die Heimatländer durch, und in Heidelberg wird ein entwicklungslandspezifisches Medizinstudienangebot entwickelt, das freiwillig zum normalen Studiengang absolviert werden kann. Vor diesem Hintergrund ist

dem World University Service zu danken, daß er die Initiative ergriffen hat, auf diesem Seminar der Frage nachzugehen, welche Anforderungen aus der Sicht der deutschen und ausländischen Medizinstudenten an die medizinische Hochschulausbildung zu stellen wären, wo Defizite im Medizinstudium vorhanden sind, und wie eine bessere Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit in einem Entwicklungsland ermöglicht werden kann. Ziel sollte es sein, Studenten die Voraussetzungen dafür zu lehren, daß sie auch unter einfachen Bedingungen im ländlichen Milieu noch Ansatzpunkte für eine sinnvolle Tätigkeit erkennen können. Andernfalls wird der Drang in die bereits überversorgten städtischen Gebiete nicht zu stoppen sein (Abb. 7).

Helmar Walzenbach

Kurzbericht über den Verlauf des Wochenendseminars

“Mediziner Ausbildung für Entwicklungsländer aus studentischer Sicht“

vom 1. - 3. 2. 1985 in Idstein / Taunus

veranstaltet von dem World University Service / Deutsches Kom. e.V.

in Zusammenarbeit mit dem Modellversuch

“Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern“ der Universität Heidelberg

Teilnehmer:

Zu dem Wochenendseminar hatte der WUS ausländische und deutsche Medizinstudenten aus verschiedenen deutschen Hochschulen eingeladen. Zu einem zusätzlichen Informationsaustausch über Deutschland hinaus trugen drei Medizinstudenten aus Graz/Österreich bei.

Die Organisation des Seminars übernahm Kambiz Ghawami vom WUS. Die inhaltliche Leitung des Seminars hatte Dr. W. Bichmann, Leiter des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" am Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg.

Mehrere Referenten trugen zu der inhaltlichen Arbeit des Seminars bei:

Prof. Dr. H.J. Diesfeld, Direktor des Instituts für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg

Dr. R. Lohölter, Fachbereich Humanmedizin der J.W. Goethe-Universität Frankfurt

Anmeldung

Die Anmeldung sollte bis
spätestens

29. Januar 1985

bei

World University Service
Deutsches Komitee e.V.
Kurt-Schumacher-Ring 18
6200 Wiesbaden
Tel.: 06121/494135 u. 494125
erfolgen.

Teilnehmergebühr

Die Kosten für An- und
Abreise werden in Höhe
von Bundesbahn II. Klasse
übernommen.
Für Unterkunft und Ver-
pflegung wird eine Teil-
nehmergebühr von DM 30,-
erhoben.

Zielsetzung

Rund 75000 Studenten an bundes-
deutschen Hochschulen studieren
z.z. Humanmedizin, davon ca. 4500
Ausländer. Es ist davon auszugehen,
daß der überwiegende Teil der
ausländischen Medizinstudenten
und eine ganze Reihe deutscher
Studenten eine spätere berufliche
Tätigkeit in Afrika, Asien oder
Lateinamerika anstreben. Doch
erhalten Sie an bundesdeutschen
Hochschulen hierzu eine adäquate
Ausbildung?

Das Deutsche Komitee des WUS hat
sich bereits seit Mitte der 70iger
Jahre mit den Problemen der Aus-
bildung von Medizinern aus und für
Entwicklungsländer beschäftigt
und ergänzende Maßnahmen für
Medizinstudenten aus Afrika, Asien
und Lateinamerika vorgeschlagen.
Diese Vorschläge sind mittlerweile
teilweise im Modellversuch "Lehr-
angebot Medizin in Entwicklungs-
ländern" an der Universität Heidel-
berg mit eingegangen.

Auf diesem Hintergrund soll das
vorgesehene Seminar ausländischen
wie auch deutschen Studenten und
Studentinnen, die eine spätere
berufliche Tätigkeit in Afrika,
Asien oder Lateinamerika im Gesund-
heitswesen anstreben, die Möglich-
keit der kritischen Überprüfung
ihrer bisherigen Studien und darüber-
hinaus eine vorläufige Einschätzung
des Modellversuches "Lehrangebot
Medizin in Entwicklungsländern" aus
studentischer Sicht erlauben.

Veranstalter:

World University Service
Deutsches Komitee e.V.
in Zusammenarbeit mit dem
Modellversuch "Lehrangebot
Medizin in Entwicklungsländern"
am Institut für Tropenhygiene
und Öffentliches Gesundheitswesen
am Südasieninstitut der Uni-
versität Heidelberg

Programmübersicht

Freitag, 1. Febr. 1985

Anreise bis 14.00 Uhr

14.15 Uhr Begrüßung und Einführung
in die Thematik

15.00 Uhr "Die Gesundheitssituation
in der 3. Welt - Aufgaben-
bereiche des Arztes und
Anforderungen an die Aus-
bildung an bundesdeutschen
Hochschulen"

Ref.: Dr. Wolfgang Bichmann,
Geschäftsführer der
Projektleiter des
Modellversuches,
anschließend Diskussion

18.30 Uhr Abendessen

20.00 Uhr "Arme Welt - reiche Welt"
(Gegenüberstellung zweier
Krankenhäuser in Afrika
und Europa)

Sonntag, 2. Febr. 1985

8.30 Uhr "Vorschläge des WUS zur
Curriculumreform in den
70iger Jahren"

Ref.: Kamboh Ghawami

9.30 Uhr "Medizinstudenten berichten
über ihre Studiensituation
und den entwicklungsbezogenen
Studienangeboten an den
jeweiligen Hochschulorten"

10.30 Uhr Studienbegleitmaßnahmen der
Friedrich-Thieding Stiftung
des Hermannbundes

Ref.: Frau Pflue
Modellversuch "Lehrangebot
Medizin in Entwicklungsländern"
Ref.: Dr. Wolfgang Bichmann

world university service
deutsches komitee e.v.

MEDIZINERAUSBILDUNG

FÜR
ENTWICKLUNGSLÄNDER
AUS
STUDENTISCHER SICHT

1. Febr. - 3. Febr. 1985

IN

10STE IN/TAUNUS

11.30 Uhr Empfang durch Herrn
Bürgermeister Hermann
Müller im Torbogenaal
der Stadt Idstein

12.30 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr "Auslandsbezogenes Medizin-
studium im Rahmen der
Approbationsordnung - Dar-
stellung der Approbations-
ordnung und ihrer neuesten
Änderungen, anschließend
Podiumsdiskussion mit:
MR-Bundministerium für
Bildung und Wissenschaft
Frau Pflue, Friedrich-
Thieding Stiftung

Dr. Scholz

*Dr. Rost-
jonez*

Marburger Bund
Moderation: Prof. Dr. H.-J. Dies-
feld, Direktor des
Instituts für
Tropenhygiene und
Öffentliches Gesund-
heitswesen am Süd-
asieninstitut der
Uni Heidelberg

Sonntag, 3. Febr. 1985

9.00 Uhr "Hospitalationen und Berufs-
möglichkeiten im Rahmen der
Entwicklungsdienste"

Ref.: Dr. *Reinke* Deutsche
Stiftung für inter-
nationale Entwicklung (IDK)
Leiter des Fachbereichs
Gesundheit, Ernährung,
Bevölkerung, Berlin

Ref.: *Frank Wicht*
medico international

11.00 Uhr Seminarauswertung und Möglich-
keiten einer weiteren
Zusammenarbeit

12.00 Uhr Mittagessen
danach Abreise

Dr. Scholz, Vertreter des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft
Frau Plewe, Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmann-Bundes
Dr. Montgomery, Marburger Bund
Dr. Reuke, Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung
Frau Wichtmann, Vertreterin von Medico International, Frankfurt

Zielsetzung

Das Seminar sollte ausländischen wie auch deutschen Medizinstudenten, die eine spätere berufliche Tätigkeit in einem Entwicklungsland im Gesundheitswesen anstreben, die Möglichkeit der kritischen Überprüfung des bisherigen Studiums und darüber hinaus eine vorläufige Einschätzung des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" ermöglichen.

Seminarverlauf

Am Nachmittag des 1. 2. 1985 wurden die Teilnehmer von Kambiz Ghawami begrüßt; das Programm wurde kurz erläutert. In einem einführenden Vortrag referierte W. Bichmann über die "Gesundheitssituation in der Dritten Welt". Verschiedene Indikatoren (Lebenserwartung, Säuglings- und Kindersterblichkeit, Infektionskrankheiten etc.) verdeutlichen die schlechte Gesundheitsversorgung. Zu berücksichtigen ist ferner die geschichtliche Entwicklung der ehemaligen Kolonien, der heutigen Entwicklungsländer, und der Einfluß der kolonialen Bedingungen auf die heutige Gesundheitsversorgung.

Ein weiteres Problem ist die Übertragbarkeit der westlichen Medizin auf die Entwicklungsländer; die Gesundheitsversorgung nach dem kostenintensiven westlichen Vorbild ist ökonomisch nicht möglich, daneben wurde in den letzten Jahren zunehmend Kritik an den technologischen und kostenintensiven Aspekten der westlichen Schulmedizin laut.

Die Diskussion in den 70er Jahren in internationalen Gesundheitsorganisationen führte zu einer neuen Konzeption, der Primary Health Care, dem Ansatz

der Gesundheitsversorgung von der Gemeinde aus. Durch eine Dezentralisierung und eine Deprofessionalisierung soll vor allem der Bevölkerung in abgelegenen ländlichen Gebieten eine bessere Gesundheitsversorgung ermöglicht werden.

Sehr wichtig ist allerdings die kontinuierliche Beratung/ Supervision von Dorfgesundheits Helfern und 'Basis' gesundheitsarbeitern und die Unterstützung der verschiedenen Gesundheitsmaßnahmen (Wasser/Abwasserproblematik, Ernährung, Impfkampagnen etc.) durch die Gemeinde- und Verwaltungsstellen.

Während eines Medizinstudiums in der BRD erfolgt keine adequate Vorbereitung auf die Gesundheitsbedingungen in Entwicklungsländern. Durch Kurse und Zusatzangebote soll eine angemessene Ausbildung auch an deutschen Hochschulen angeboten werden. In der anschließenden Diskussion wurden verschiedene Themenschwerpunkte angesprochen:

- was ist eine 'gute' Gesundheitsversorgung, WHO-Deklaration "Gesundheit für Alle im Jahr 2000"
- Auseinandersetzung mit den schwierigen wirtschaftlichen und politischen Bedingungen; wie lebt beispielsweise ein Kind nach der Behandlung einer Infektion unter extrem schlechten Bedingungen weiter
- Problematik des Medizinstudiums in der BRD (Trennung zwischen Theorie und Praxis, keine Teamarbeit an der Uni und in den Krankenhäusern, wenig Kenntnisse über soziale und sozialpsychologische Zusammenhänge, mangelnde Kommunikationserfahrungen zwischen Arzt und Patienten)
- schwierige persönliche Berufsperspektiven der ausländischen Medizinstudenten.

Am Abend verdeutlichte der Film "Medizin 1. und 3. Klasse" die extrem schwierigen Arbeitsbedingungen der Gesundheitsarbeiter in Entwicklungsländern. Durch die Gegenüberstellung des Krankenhauses in Ougadougou/Burkina Faso und einer Klinik in Genf/ Schweiz wurde der krasse Gegensatz der westlichen Gesundheitsversorgung zu den Bedingungen der Gesundheitsarbeit in Entwicklungsländern visuell aufgezeigt.

Vormittag, 2. 2. 1985

Kambiz Ghawami stellte die Organisation und die Arbeit des WUS vor und erläuterte die Vorschläge des WUS zur Curriculumreform des Medizinerstudiums. Nach dem Vorbild des Modellversuchs plant der WUS studienbegleitende Maßnahmen für Medizinstudenten, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Eigenengagement der Studenten zu fördern und eine bessere Vorbereitung für die Auslandsarbeit zu gewährleisten.

Die anschließenden Berichte der Seminarteilnehmer verdeutlichten die fehlende angemessene Vorbereitung und Ausbildung auf die Arbeit in den Heimatländern der ausländischen Medizinstudenten. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es keine zusätzlichen Angebote an den medizinischen Fakultäten in Bezug auf die Gesundheitsprobleme der Entwicklungsländer. An einigen Hochschulen werden Vorbereitungskurse für Examenstudenten angeboten. Ausnahmsweise findet eine "trockene" Vorlesung über Tropenmedizin oder ein Ausländertutorium (beispielsweise an der Universität Frankfurt) statt. Medizintutorien für ausländische Studenten zur Prüfungsvorbereitung finden nur an wenigen Universitäten statt.

Eine inhaltliche Arbeit über die Gesundheitsproblematik in Entwicklungsländern gibt es größtenteils nur in Eigeninitiativen der studentischen Arbeitskreise oder in außeruniversitären Gruppen.

Als große Ausnahme ist nur in Heidelberg der Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" zu nennen. Der Modellversuch bietet durch das Angebot einer Vorlesung und eines Seminars unter entwicklungslandbezogenen Aspekten, zusätzlichen Übungen, Hilfestellungen bei Auslandsfamulatur eine bessere Vorbereitung auf die Arbeitsbedingungen in dem jeweiligen Land. Ausführlich wurde die Konzeption des Modellversuchs von Dr. W. Bichmann vor der Podiumsdiskussion am Nachmittag vorgestellt.

Frau Plewe, die Vertreterin der Friedrich-Thieding-Stiftung, erläuterte die Reintegrationsmaßnahmen der Stiftung und erklärte, welche zusätzlichen Anstrengungen unternommen werden, um ausländische Medizinstudenten auf die Rückkehr angemessen vorzubereiten. Das Reintegrationsprogramm werde derzeit reorganisiert und dann in geeigneter Form in der Öffentlichkeit bekanntgemacht.

Nachmittag, 2.2.1985

R. Lohölter, Fachbereich Humanmedizin der Universität Frankfurt, erörterte in seinem einführenden Vortrag "Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte und ihre Auswirkungen auf die Medizinerbildung für Entwicklungsländer" die Zahlen über den Anteil der ausländischen Medizinstudenten an deutschen Hochschulen und die Zunahme der Medizinstudenten an den Hochschulen. Unter dem Stichwort "Ärztenschwemme" zeigte er die Auswirkungen der geänderten Approbationsordnung auf die Medizinerbildung auf. Die bevorstehende Änderung der Prüfungsordnung mit Wegfall einer 2. Wiederholungsmöglichkeit wird sich auf den Ausländeranteil im Medizinstudium deutlich negativ auswirken.

Mit den Schwierigkeiten deutscher Medizinstudenten beispielsweise eine "Arzt-im-Praktikum"-Stelle zu finden, werden die Probleme der ausländischen Medizinstudenten noch weiter an den Rand gedrängt.

Dr. Montgomery, der Vertreter des Marburger Bundes, erläuterte nochmals den Inhalt der 5. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung ("Arzt-im-Praktikum") und nahm aus der Sicht des Marburger Bundes dazu Stellung.

In der anschließenden lebhaften Diskussion unter der Leitung von Prof. Diesfeld wurde die Betroffenheit der Studenten und die deutlich fehlende Information über die Änderung der Approbationsordnung recht deutlich. Fragen nach der Finanzierung der Wartezeit auf die "Arzt-im-Praktikum"-Stellen, nach Möglichkeit des Praktikums im Ausland und nach der organisatorischen Durchführung allgemein wurden gestellt, ohne zum derzeitigen Zeitpunkt befriedigend beantwortet werden zu können.

Vormittag, 3.2.1985

Das Referat von Dr. Reuke (ehemaliger DED-Beauftragter, der das Ärzteprogramm in Burkina Faso mitkonzipierte) über die Organisation und die Grundsätze medizinischer Arbeit deutscher Entwicklungshilfeorganisationen und die Vorstellung der Arbeit von Medico International problematisierten zwei unterschiedliche Ansatzpunkte von Entwicklungshilfe. Der DED versucht Verbesserun-

gen der Gesundheitsversorgung innerhalb und mit den bestehenden Regierungsstellen durchzusetzen; Medico International versucht durch eine "integrierte Krankheitsbekämpfung" die sozio-ökonomischen Ursachen der Krankheit zu beseitigen. Dies soll durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Bevölkerung und Unterstützung von Befreiungsbewegungen und Initiativen erfolgen. Anhand der Information entwickelte sich eine Diskussion verschiedener Punkte:

- Entwicklungshilfe - Hilfe oder Ausbeutung?
- warum scheitern viele Projekte oder werden von der Bevölkerung abgelehnt?
- welche Möglichkeiten gibt es, ausländische Medizinstudenten in Entwicklungshilfeprogramme miteinzubeziehen?
- wie sollten Entwicklungsprojekte konzipiert sein ? (Vorher ist die gründliche Bestandsaufnahme sehr wichtig.)

Reinhard Lohölter
**Änderungen der Approbationsordnung
Auswirkungen für ausländische Studenten**

1. Vorbemerkung

Wir leben inmitten einer Zeit gravierender Veränderungen vor allem des ärztlichen Berufsfeldes sowie des Gesundheitswesens insgesamt, aber auch des Medizinstudiums. Die vorliegende Arbeit macht den Versuch, auf der Grundlage einer Skizze zur Überfüllungssituation im Berufsfeld und der Darstellung der gesetzgeberischen Reaktionen und Steuerungsversuche einige Konsequenzen für die Ausbildung von Medizinstudenten aus Entwicklungsländern herauszuarbeiten.

2. Überfüllungskrise im ärztlichen Beruf

Auch in der Vergangenheit hat es Überfüllungskrisen im ärztlichen Beruf gegeben. So hat Titze (1984) darauf hingewiesen, daß sich für "die Medizinerströme an den deutschen Universitäten... vom Vormärz bis zum Zweiten Weltkrieg fünf Wellen registrieren" lassen (S. 104 f.). Während noch vor dem Ersten Weltkrieg ein Mangel insbesondere an Assistenzärzten herrschte, "kam es in

Tab. 1 : Deutsche und ausländische Medizinstudenten (1949/50 - 1982/83)

<u>Wintersemester</u>	<u>Medizinstudenten</u>			
	<u>Gesamtzahl</u>	<u>Deutsche</u>	<u>Ausländer</u>	<u>Ausländerquote</u>
1949/50	14 748	14 101	647	4,4
1950/51	13 505	13 104	401	3,0
1951/52	11 437	11 011	424	3,8
1952/53	10 845	10 166	679	6,3
1953/54	10 720	9 883	837	7,8
1954/55	11 281	10 125	1 156	10,2
1955/56	12 503	10 922	1 581	12,6
1956/57	14 491	12 321	2 170	15,0
1957/58	16 713	13 716	2 997	17,9
1958/59	19 587	15 606	3 981	20,3
1959/60	22 751	17 982	4 769	21,0
1960/61	26 026	20 863	5 163	19,8
1961/62	29 247	23 831	5 416	18,5
1962/63	31 613	26 266	5 347	16,9
1963/64	32 679	27 479	5 200	15,9
1964/65	33 293	28 441	4 852	14,6
1965/66	33 688	29 299	4 389	13,0
1966/67	33 573	29 632	3 941	11,7
1967/68	32 604	29 026	3 578	11,0
1968/69	31 901	28 724	3 177	10,0
1969/70	31 668	28 756	2 912	9,2
1970/71	33 099	30 312	2 787	8,4
1971/72	34 764	31 991	2 773	8,0
1972/73	36 115	33 317	2 798	7,7
1973/74	38 698	35 703	2 995	7,7
1974/75	40 789	37 683	3 106	7,6
1975/76	43 260	40 033	3 227	7,5
1976/77	47 878	44 401	3 477	7,3
1977/78	54 229	50 492	3 737	6,9
1978/79	60 807	56 772	4 035	6,6
1979/80	64 861	60 680	4 181	6,4
1980/81	68 773	64 455	4 318	6,3
1981/82	73 345	68 802	4 543	6,2
1982/83	76 518	71 859	4 659	6,1

Quellen: Boske, 1960(1949/50 - 1954/55)

Wissenschaftsrat, 1976 (1955/56 - 1975/76)

Statistisches Bundesamt (1976/77 - 1982/83)

der Weimarer Republik erstmals in der deutschen Geschichte zu einer erheblichen Überfüllung des Ärztestandes. 1929 warteten rund 4000 Jungärzte auf die für die Existenzsicherung wichtige Zulassung zur Kassenpraxis" (S. 106f.)

Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es Ende der 40er Jahre zu einer noch stärkeren Überfüllungssituation als 20 Jahre zuvor: "Unter den rund 60 000 Ärzten, die sich 1947 (auch infolge der zahlreichen Abwanderungen und der Vertreibung aus den östlichen Provinzen) in den drei Westzonen Deutschlands konzentrierten (gegenüber 47 200 im gesamten Reich 1931), befanden sich rund 17.000 sog. Jungärzte, denen der Zugang zur Kassenpraxis weitgehend versperrt war" (S. 107).

Die sich für die Zukunft abzeichnende gegenwärtig beginnende Überfüllung des ärztlichen Berufes weist allerdings einige Besonderheiten auf:

Zunächst ist ihre quantitative Dimension ohne historisches Beispiel. Im Wintersemester 1982/83 gab es fast 72 000 deutsche Medizinstudenten (Tab. 1), zur Zeit im Februar 1985 - sind es bereits über 75 000. Wir haben demnach heute mehr Medizinstudenten als insgesamt Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind; auf zwei heute berufstätige Ärzte kommt ein deutscher Medizinstudent (vgl. Tab. 2). Zugleich ist es erstmals seit Jahrzehnten in den Jahren 1983 und 1984 zu einer Stellenstagnation im Krankenhausbereich gekommen, der seit 1960 den Großteil der nachrückenden Ärzte aufnehmen konnte.

Nun kennzeichnen diese Zahlen für sich genommen noch keine Überfüllung des ärztlichen Berufes. Schließlich kamen beispielsweise 1965 auf einen Studenten etwa 2,5 berufstätige Ärzte. Auch damals im übrigen wurde von Standesorganisationen und Hochschullehrern vor der drohenden Überfüllung des Berufes gewarnt:

"Wir haben in Deutschland keinen Mangel an Ärzten, wahrscheinlich sogar Überfluß. Ganz sicher ist, daß nach den heutigen Studentenzahlen in wenigen Jahren eine Überzahl von Ärzten in der Praxis vorhanden sein wird." (Schulten, 1963, S. 20).

Gegenüber der wirtschaftlichen Wachstumsphase der sechziger Jahre, die mit einer umfangreichen Infrastrukturverbesserung gerade auch im Bildungs- und Gesundheitssektor einherging, haben sich die Rahmenbedingungen in den

Tab. 2 Berufstätige Ärzte in den Bereichen des Gesundheitswesens

Jahr (jeweils 1.1)	Berufstätige Ärzte insg.	Darunter:					in sonst. Institutionen (Forschung, Verwaltung)
		in freier Praxis	in Kranken- anstalten	an Gesund- heits- ämtern	haupt- amtliche Betriebs- ärzte		
0	1	2	3	4	5	6	
1960	74'486	45'320	21'544	4'335	-	3'654	
1965	79'931	48'011	23'938	4'783	-	3'199	
1970	92'773	48'830	35'066	4'905	-	3'972	
1975	114'624	52'913	51'981	2'473	782	6'475	
1978	124'805	56'157	58'385	2'404	916	6'943	
1979	129'790	57'566	62'276	1)	1)	9'948 ²⁾	
1980	135'586	58'908	65'714	1)	1)	10'964 ²⁾	
1981	139'452	59'777	67'964	1)	1)	11'711 ²⁾	

1) nicht verfügbar

2) einschl. Ärzte an Gesundheitsämtern und hauptamtliche Betriebsärzte

Quellen: Bundesärztekammer, Tätigkeitsbericht 81, S. 18

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 1, Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen

aus: HogeForster et al., 1982, S. 118

(1965-1978)

letzten Jahren radikal verschlechtert. Die kommenden Jahrzehnt in den Beruf "drängenden" Ärzte werden großenteils als zusätzliche Konkurrenten um ein real allenfalls noch geringfügig wachsendes Verteilungsvolumen auftreten.

Eine Verringerung der Zulassungszahlen von gegenwärtig etwa 12 000 pro Jahr kommt für die 80er Jahre weder aus politischer (geburtenstarke Jahrgänge) noch aus verfassungsrechtlicher Sicht (Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts seit 1972 zum Numerus clausus) in Betracht. Im Gegenteil ist eher ein weiterer Anstieg der Zahl der Studenten wahrscheinlich.

Diese knappe Skizze muß an dieser Stelle genügen, um die Größenordnung der Probleme im ärztlichen Berufsfeld und im Ausbildungsbereich deutlich zu machen.

3. Die Entwicklung gesetzgeberischer Maßnahmen seit Ende der 70er Jahre

Seit Mitte der 70er Jahre wird intensiv über die Mängel des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland diskutiert. Im Zentrum der Kritik steht seitdem die ungenügende praktische Ausbildung im Studium, aber auch das vom Multiple choice-Verfahren dominierte Prüfungssystem.

Ein erstes Resultat dieser Diskussion war die 2. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung vom Februar 1978. Sie brachte z.B. die Verlängerung der Famulaturzeit auf vier Monate, die Erhöhung der Zahl der Prüfungsfragen beim Physikum von 300 auf 320, beim 1. Abschnitt von 240 auf 290, beim 2. Abschnitt von 500 auf 580 bei einer Reduktion der Zahl beim 3. Abschnitt von 240 auf 180; sie brachte bei der Bestehensregel die Erhöhung der Bestehensgrenze von 50% auf 60% zutreffend beantworteter Fragen bei gleichzeitigem Wegfall der sog. 18%-Gleitklausel.

Tab. 3 enthält die wesentlichen gesetzgeberischen Initiativen seit Ende der 70er Jahre. Aus den zwei umfangreichen Berichten der "Kleinen Kommission" (1979, 1980; vgl. Literaturverzeichnis) erarbeitete das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) zunächst 1981 ein sog. Positionspapier, das 1982 zum "Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der

Tab.: 3 Initiativen des BMJFG zur Änderung der Bundesärzte-
ordnung und der Approbationsordnung für Ärzte seit
Ende der 70er Jahre

- 1979 Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und
 1980 der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufs-
 standes (1979 und 1980 jeweils ein Bericht)
- 1981 Positionspapier des BMJFG zu Fragen der ärztlichen Aus-
 bildung (31.7.1981)
- 1982 Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Approba-
 tionsordnung für Ärzte (Stand: 1.6.1982)
- 1983 Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Approba-
 tionsordnung für Ärzte (Stand: 27.7.1983)
- 1983 Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundes-
 ärzteordnung (Stand: 4.11.1983)
- 1983 Entwurf einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approba-
 tionsordnung für Ärzte (Stand: 9.11.1983)
- 1983 Vierte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung
 für Ärzte vom 19.12.1983
- 1984 Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundes-
 ärzteordnung: mehrmalige Änderungen im Frühsommer und
 Herbst 1984 im Zuge der parlamentarischen Beratungen
- 1984 Das Vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung
 passierte in dritter Lesung am 13.12.1984 den Bundestag.
- 1985 Die Fünfte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung
 soll nach Auskunft des BMJFG im Sommer 1985 dem Bundes-
 rat vorgelegt werden.

Außerdem mehrere Gutachten (u.a. zur Einführung zusätzlicher münd-
 licher Prüfungen sowie zur Realisierbarkeit einer Praxisphase nach
 dem Medizinstudium seitens des BMJFG, eine Studie zur Entwicklung
 des Bedarfs an Ärzten seitens des BMA).

Approbationsordnung für Ärzte (Stand: 01.06.1982)" ausgestaltet wurde.

Inhalte und Entwicklung dieses sowie der weiteren Entwürfe können im vorliegenden Zusammenhang nicht im einzelnen dargestellt werden. Ihre Anzahl allein ist bereits ein Zeichen sowohl des vorhandenen Problemdrucks als auch der Schwierigkeiten, adäquate Problemlösungen zu verwirklichen. Zwei Gesetzes bzw. Verordnungsentwürfe müssen jedoch ausführlicher vorgestellt werden:

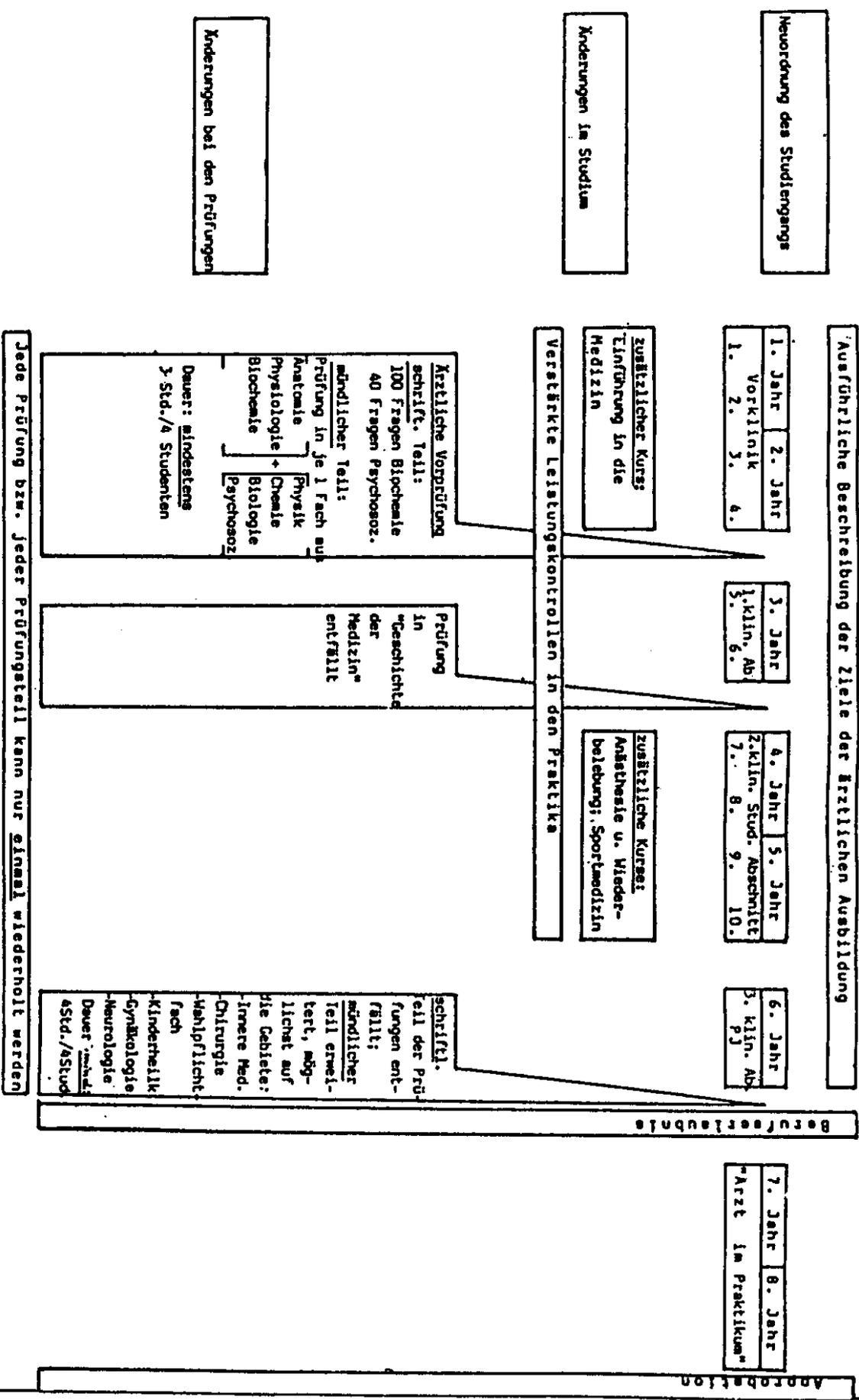
1. Das Vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung (BAO)
2. Der Entwurf einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (Stand:09.11.1983).

Zu 1:

Die Diskussion um die Reform der ärztlichen Ausbildung stand 1984 ganz im Zeichen des sog. "Arztes im Praktikum" (AiP). Das BMJFG hat im Entwurf des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung das Modell einer Ausbildungsphase nach dem bisherigen Universitätsstudium entwickelt, die - bei einer vorgeschlagenen Dauer von zwei Jahren - "im Krankenhaus, in der Praxis eines niedergelassenen Arztes oder in einem Sanitätszentrum oder einer ähnlichen Einrichtung der Bundeswehr abzuleisten ist. Mindestzeiten für eine Tätigkeit im nichtoperativen oder im operativen Bereich können festgelegt werden. Es kann vorgesehen werden, daß Tätigkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst, im versorgungs-, vertrauens-, werks- oder betriebsärztlichen Dienst, in einer Einrichtung für die Rehabilitation Behinderter, in einer truppenärztlichen Einrichtung der Bundeswehr oder in einer Einrichtung einer Justizvollzugsanstalt bis zu sechs Monaten auf die zweijährige Tätigkeit anzurechnen sind. Die Tätigkeit ist so zu gestalten, daß der Arzt im Praktikum unter Aufsicht eines Arztes, der die Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Abs. 1 besitzt, ärztliche Tätigkeiten verrichtet und ärztliche Erfahrungen sammeln kann" (§ 4 Abs 4 des Entwurfs vom 13.09.1984).

Da das BMJFG überzeugt ist, daß im Studium allein die erforderlichen Verbesserungen wegen der hohen Studentenzahlen nicht möglich sind, soll die Zeit als AiP die für den Arzt nötigen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten gleichsam nachliefern.

Abb. 1: Zusammenfassende Darstellung des Entwurfs zu einer "fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte" vom 09.11.1983



Die Stellen für diese "Ärzte im Praktikum" sollen vor allem dadurch geschaffen werden, daß in Krankenhäusern frei werdende Assistentenstellen das BMJFG spricht von gegenwärtig 5000 Stellen pro Jahr - in Stellen für AiPler im Verhältnis eins zu drei kostenneutral aufgeteilt werden. Kostenneutral bedeutet: Drei AiPler müßten sich das Gehalt eines bisherigen Assistenten teilen.

Der Bundesrat, der sich auf seiner 539. Sitzung am 13.7.1984 mit dem AiP befaßt hat, hat zwar Zweifel angemeldet, ob die benötigten Stellen tatsächlich im erforderlichen Umfang bereitgestellt werden können und insbesondere die Wichtigkeit der Kostenneutralität betont, er hat jedoch der Regelung mit den Stimmen der CDU/CSU regierten Länder gegen die SPD regierten Länder grundsätzlich befürwortet.

Die Vierte Änderung der BÄO hat schließlich am 13.12.1984 den Bundestag in 3. Lesung passiert mit einer wesentlich erweiterten Übergangsregelung: Alle Medizinstudenten, die den 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung vor dem 30.6.1987 erfolgreich hinter sich bringen, fallen noch nicht unter die AiP-Regelung; sie erhalten ihre Approbation wie bisher. Wer den 3. Abschnitt zwischen dem 30.6.1987 und dem 31.12.1991 besteht, braucht eine AiP-Zeit von 18 Monaten; erst nach dem 31.12.1991 greift die volle Zeit von 2 AiP-Jahren.

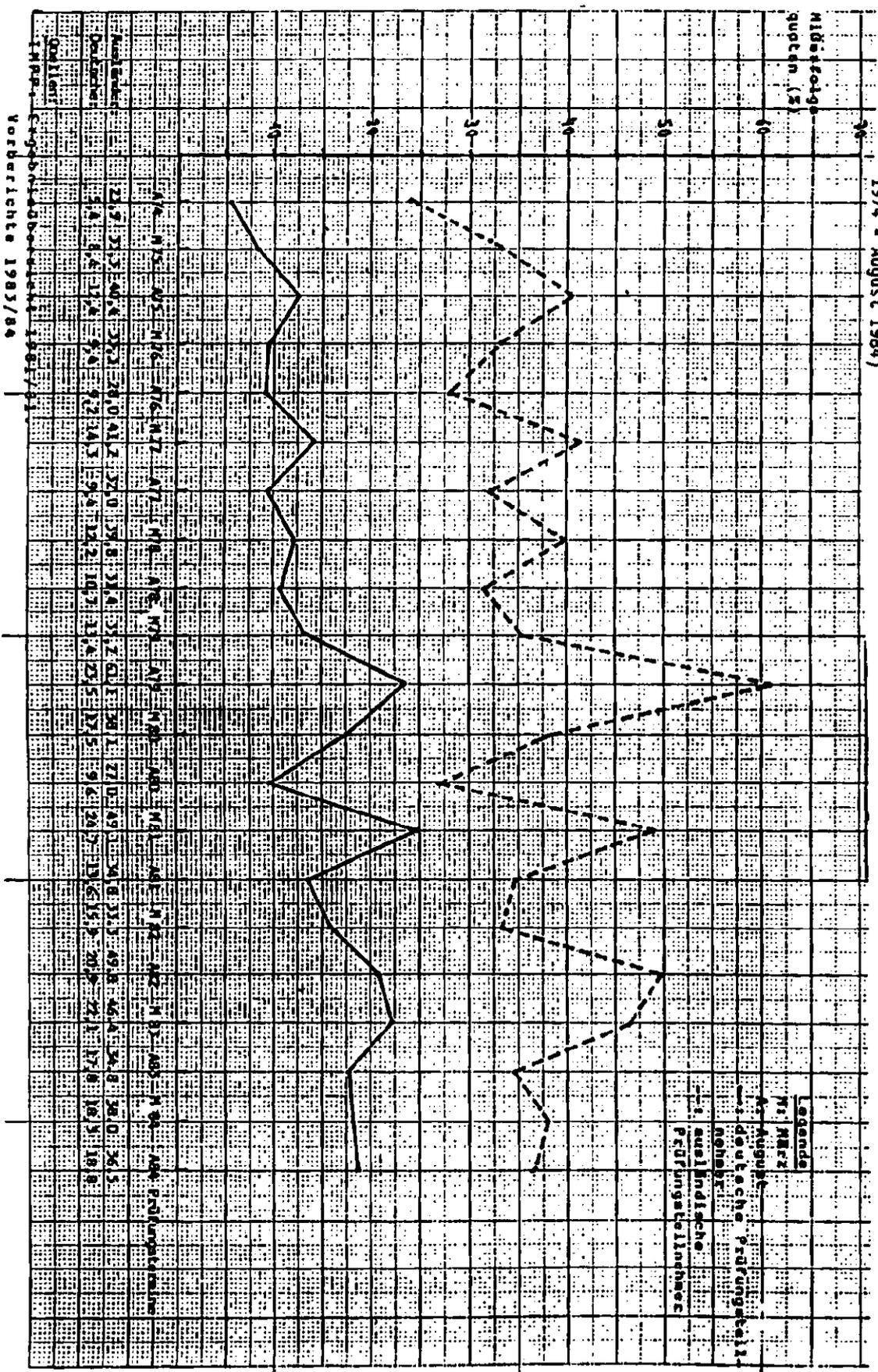
Der Bundesrat seinerseits hat am 7.2.1985 der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundesärzteordnung zugestimmt.

Zu 2:

Nach Auskunft des BMJFG soll im Sommer 1985 die Fünfte Verordnung zur Änderung der AAppO dem Bundesrat zur Zustimmung vorgelegt werden. Wesentliche Inhalte des Entwurfs dieser Verordnung vom 09.11.1983 enthält Abb. 1. Es sind dies:

- Einführung einer Ausbildungszieldefinition
- zusätzliche Ausbildungsphase als AiP im Anschluß an das bisherige Studium
- zusätzliche Pflichtveranstaltungen (praktische Übungen): in der Vorklinik "Einführung in die Medizin" im 2. klinischen Abschnitt "Anästhesie und In-

Abb. 2 Miberfolgsquoten bei der ärztlichen Vorprüfung -
 Vergleich zwischen deutschen und ausländischen Prüfungsteilnehmern (August
 1974 - August 1984)



Vorberichte 1983/84

tensivmedizin" und "Sportmedizin"

- Ergänzung der Vorprüfung um einen mündlichen Teil sowie Verschiebungen bei der Anzahl der Fragen einzelner Stoffgebiete
- Wegfall der schriftlichen Prüfung nach dem Praktischen Jahr bei gleichzeitiger zeitlicher und stofflicher Ausweitung der mündlichen Prüfung im 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
- nur noch einmalige Wiederholbarkeit aller Prüfungen bzw. Prüfungsteile.

Zweifellos werden nicht alle angekündigten Änderungen tatsächlich Bestandteile der Fünften Verordnung werden. Es ist bereits absehbar, daß der vorklinische Kurs sowie die Sportmedizin wenig Realisierungschancen haben; auch die mündliche Prüfung beim Physikum dürfte aufgrund nicht lösbarer Zeit- und Organisationsprobleme (angesichts der hohen Studentenzahlen) fallengelassen werden. Mit den übrigen Änderungen ist allerdings zu rechnen.

4. Auswirkungen auf die Mediziner Ausbildung für Entwicklungsländer

4.1 Veränderungen bei der Zulassung zum Studium

Aus Tab. 1 ist ersichtlich, daß die Ausländerquote im Medizinstudium seit 1949/50 erheblichen Änderungen unterworfen war:

- In dem Jahrzehnt von 1949/50 bis 1959/60 hat sich die Ausländerquote beinahe verfünffacht; Ende der fünfziger Jahre besaß jeder fünfte Medizinstudent eine ausländische Staatsangehörigkeit. An einzelnen Fakultäten - etwa in Erlangen/Nürnberg, Mainz und Heidelberg - kam jeder dritte Medizinstudent aus dem Ausland (Pfeiffer, 1962, S. 16).
- Seit 1960/61 hat der Ausländeranteil von Jahr zu Jahr abgenommen. Diese Abnahme war auch Anfang der achtziger Jahre noch nicht beendet.
- Trotz relativer Abnahme steigt die absolute Zahl der ausländischen Medizinstudenten seit Anfang der siebziger Jahre wieder an, ohne allerdings bisher die Höhe der Jahre 1960 - 1964 wieder erreicht zu haben.

Tab. 4 : Endgültige Mißerfolgsquoten bei den Prüfungen

Prüfung	Deutsche		Ausländer	
	a ¹⁾	b ²⁾	a	b
Vorprüfung	1,7	2,9	6,9	10,5
1. Abschnitt	0,3	1,1	1,9	4,5
2. Abschnitt	0,4	1,2	1,9	5
3. Abschnitt (schriftl.)	0,1	0,3	0,7	1,7
Summe	2,5	5,5	11,4	21,7

1) IMPP (1981, S.5)

2) eigene Berechnung auf der Grundlage der Tab.2 der
IMPP-Studie (Annahme: Prüfungen nur noch einmal wiederholbar)

Zeiträume: Physikum und 1.Abschnitt: M 76 - A 81,

2. Abschnitt: M 78 - A 81,

3. Abschnitt: April 79 - Okt.81.

Schaut man auf die Herkunftskontinente der ausländischen Medizinstudenten Anfang der achtziger Jahre, wird folgendes deutlich: Fast die Hälfte kommt aus europäischen Ländern (1961: ca. 35%), mehr als ein Drittel aus Asien (1961: etwa 41%), etwa 9% aus Amerika (1961: 6%) und schließlich 4,5% aus Afrika (1961: 18%). (Bichmann et al., 1984, S.8; Pfeiffer, 1962, S. 10).

Die größten Gruppen aus Entwicklungsländern (OECD-Klassifikation) kommen 1982 "aus Griechenland (491), Iran (386), Indonesien (345), Türkei (297), Jordanien (158), Zypern (117) und Jugoslawien (113)... Aus diesen 7 Ländern stammen ... 69,9% der Studenten aus Entwicklungsländern und 42% aller ausländischen Studenten." (Bichmann et al., 1984, S.8).

Diese Gliederung nach Nationalitäten bringt allerdings eine Entwicklung nicht zum Ausdruck, die in den vergangenen Jahren verstärkt zu beobachten ist: den wachsenden Anteil von ausländischen Studienanfängern mit einer in der Bundesrepublik erworbenen Studienberechtigung (die sog. "Bildungsinländer").

Von den 15.464 ausländischen Studienanfängern des Studienjahres 1982 (WS 1981/82 und SS 1982) verfügten 4.533 - also etwa 30% - über eine in der Bundesrepublik erworbene Studienberechtigung. Für einzelne Herkunftsländer war dieser Prozentsatz noch erheblich größer; so hatte z.B. die Hälfte der 1982 zugelassenen Türken, Jugoslawen und Spanier ihre Hochschulzugangsberechtigung in der Bundesrepublik erhalten.

Für das Medizinstudium sind allgemeine Daten hierzu nicht bekannt; für die Universität Frankfurt kann allerdings angemerkt werden, daß nach Auskunft der Akademischen Auslandsstelle im SS 1984 40%, im WS 1984/85 56% aller Bewerber für die Studiengänge Medizin bzw. Zahnmedizin Bildungsinländer waren. Von den zugelassenen Ausländern waren etwa 35% Bildungsinländer.

Ein Blick in die Statistik der allgemeinbildenden Schulen zeigt, daß diese Entwicklung keineswegs beendet ist. So stieg die Zahl ausländischer Schüler an Gymnasien, Gesamtschulen und Freien Waldorfschulen von 59.249 im Jahr 1980 auf 80.301 im Jahr 1983 (Kultusministerkonferenz, 1984).

Wenn es bei der Zulassung der Bildungsinländer über die 6%-Ausländerquote

bleibt, wäre die Konsequenz, daß die Zahl der auch schulisch und kulturell wirklich auch Entwicklungsländern stammenden Medizinstudenten sich weiter verringern würde.

4.2. Der "Arzt im Praktikum"

Trotz der Versicherung des BMJFG, daß bei Beginn der AiP-Phase genügend Stellen vorhanden sein werden, haben zahlreiche Institutionen und Verbände hier erhebliche Zweifel angemeldet. Während in der Begründung zum Entwurf der Vierten Änderung der BAO noch davon die Rede ist, daß jährlich mindestens 5.000 Assistenzarztstellen frei wurden, hat der Vorsitzende des Marburger Bundes - der die AiP-Regelung wesentlich mitgetragen hat - sich weit vorsichtiger geäußert "Der Krankenhausbereich ist bereits so gut wie dicht, die Fluktuation ist auf ein Minimum reduziert" (Hoppe, 1984, S. 521). Diese Unsicherheit über den tatsächlichen Umfang frei werdender Stellen hat auch zu der überraschend langen Übergangsphase, während der nur 18 statt 24 Monate AiP-Zeit vorgeschrieben sind, geführt.

Da es sich beim AiP um einen Teil der Ausbildung zum Arzt handelt, ist die Bundesregierung in der Pflicht, ausreichend Plätze bereit zu stellen. Diese Pflicht schließt allerdings keineswegs einen Anspruch auf einen unmittelbaren Übergang vom erfolgreich abgeschlossenen Hochschulstudium in eine AiP-Stelle seitens der betroffenen Studenten ein. Vergleichbar der Situation bei der Lehrerausbildung, bei der auch jedem, der das erste Staatsexamen bestanden hat, prinzipiell eine Referendarstelle garantiert ist können Wartezeiten durchaus "zugemutet" werden. So haben denn auch Vertreter des BMJFG schon geäußert, daß z.B. ein Jahr Wartezeit auf eine AiP-Stelle durchaus zumutbar sei.

Wenn es allgemein zu Wartezeiten auf eine AiP-Stelle kommt - und ich persönlich befürchte, dies wird in größerem Umfang der Fall sein -, werden ausländische Studenten wahrscheinlich im Durchschnitt davon noch stärker betroffen sein als deutsche; dies dürfte in besonderem Maße auf ausländische Studenten aus Entwicklungsländern zutreffen.

Die Frage der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis für diese Wartezeit wird

noch einige Probleme aufwerfen.

Es soll in diesem Zusammenhang an die Bestallungsordnung für Ärzte von 1953 (BO) erinnert werden, die vor der AAppO das Medizinstudium geregelt hat. Die BO schrieb eine Zeit als Medizinalassistent (MA) von zwei Jahren vor, die ähnlich dem AiP im Anschluß an das Studium abzuleisten war.

Obwohl vor allem in den sechziger Jahren kein Mangel an MA-Stellen herrschte, gingen damals nicht wenige Ausländer nach dem Staatsexamen ohne MA-Ausbildung in ihre Heimatländer zurück; was dann dem bundesdeutschen Medizinstudium, das damals noch praxisferner war als heute, natürlich seitens der Heimatländer den Vorwurf unzureichender Ausbildungsqualität eintrug (z.B. durch den Iran). Es gab allerdings auch einzelne Länder, die ihre Studenten nach dem Staatsexamen ohne MA-Zeit nach Hause zurückbeorderten (z.B. Ghana; vgl. dazu das Protokoll des Medizinischen Fakultätentages von 1963, S. 25f.).

Diese Hinweise mögen genügen, um anzudeuten, daß die AiP-Phase für ausländische Studenten mit einer Reihe noch nicht gekläarter - oder gar: noch nicht erkannter - Schwierigkeiten verbunden sein wird.

4.3 Prüfungen

Wie weiter oben ausgeführt, beabsichtigt das BMJFG, im Rahmen der Fünften Novellierung der AAppO das Prüfungswesen zu verändern. Zusätzliche mündliche Prüfungen beim Physikum, Wegfall der schriftlichen Prüfung nach dem Praktischen Jahr sowie die nur noch einmalige Wiederholbarkeit von Prüfungen sind im Verordnungsentwurf vom November 1983 enthalten. Da vermutlich die mündliche Prüfung beim Physikum nicht in die endgültige Verordnung aufgenommen werden wird, beschränke ich mich hier auf die Auswirkungen der Reduktion der Wiederholbarkeit.

Die Diskussionen über Sinn und Nutzen des Ausländerstudiums in der Medizin - wie auch in vielen anderen Fächern - wurde häufig angeregt durch die besonderen Schwierigkeiten, die für diese Studenten in Prüfungen auftauch-

ten. Seit es die Multiple-Choice-Examina gibt, werden die negativen Resultate ausländischer Medizinstudenten in diesen Prüfungen nicht zuletzt auf die Prüfungsform selber zurückgeführt.

Für die Zeit von 1974 bis 1984 (erstes MC-Physikum: August 1974) enthält Abb. 2 die Mißerfolssquoten der deutschen und ausländischen Prüfungsteilnehmer bei der Ärztlichen Vorprüfung. Es ist deutlich, daß die Mißerfolssquoten der ausländischen Prüflinge von Anbeginn wesentlich größer waren als die der deutschen.

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) hat 1981 einen Bericht über das Abschneiden der ausländischen Medizinstudenten bei den Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte erarbeitet. Einige Ergebnisse seien hier genannt:

- Die Ausländer studieren bis zum Physikum im Durchschnitt fast ein Semester länger als die deutschen Studenten.
- In allen vier Prüfungsabschnitten ist in der Gruppe der Erstteilnehmer die Mißerfolssrate der Ausländer etwa dreimal so groß wie die der Deutschen. Bei den Prüfungswiederholern vermindern sich diese Leistungsunterschiede.
- Die endgültige Mißerfolssquote der deutschen Prüfungsteilnehmer wird auf 2,5%, die der ausländischen auf 11,4% geschätzt (über alle vier Prüfungsabschnitte addiert). Etwa 7% der ausländischen Prüflinge scheitern endgültig an der Ärztlichen Vorprüfung.
- Schlüsselte man die Prüfungsergebnisse nach Staatsangehörigkeit auf, so erreichen nur die Teilnehmer aus Österreich, Holland, Schweden, Norwegen und den USA durchschnittliche Resultate, alle anderen schneiden erheblich schlechter ab.
- Die Bildungsinländer unter den Prüflingen haben mit wenigen Ausnahmen bessere Ergebnisse erzielt als ihre Kommilitonen mit im Ausland erworbener Hochschulzugangsberechtigung. Die mit Abstand schlechtesten Prüfungsergebnisse erreichten ausländische Studenten, die ihre Hochschulzugangsberechtigung im Ausland erwarben und erst nach Ablegung der sog. Feststellungsprüfung bzw. dem Besuch eines Studienkollegs zum Medizinstudium zugelassen worden sind (IMPP, 1981).

Für die Studenten aus Entwicklungsländern ergibt sich zusätzlich folgendes Bild:

- In der Ärztlichen Vorprüfung haben in der Zeit vom Frühjahr 1978 bis zum Frühjahr 1983 40,1 % der ausländischen Teilnehmer nicht bestanden (im Vergleich dazu: 16,6 % der deutschen Studenten). Demgegenüber waren 48,5 % der Prüflinge aus Entwicklungsländern in der Vorprüfung erfolglos. Nach Kontinenten untergliedert, haben aus den Entwicklungsländern in Europa 46,1 %, in Afrika 56,6%, in Amerika 41,9 % und in Asien 49,01 % die Vorprüfung nicht bestanden (Bichmann et al., 1984).

Es bestätigt sich demnach für das Medizinstudium, was für das Ausländerstudium generell immer wieder angeführt wird: Ausländische Studenten aus Entwicklungsländern sind die zentrale Problemgruppe bei Prüfungen (Gutmann, 1984, Bichmann et al., 1984).

Wie würde sich die nur noch einmalige Wiederholbarkeit der Prüfungen auswirken?

Die Mißerfolgsquoten der einzelnen Prüfungstermine würden - bei sonst unveränderten Bedingungen geringer ausfallen, da die Gruppe der Zweitwiederholer, die bekanntlich das Gesamtergebnis "drückt", nicht mehr vorhanden wäre. Bezogen auf die in der IMPP-Studie von 1981 enthaltenen Daten und Zeiträume wäre beim Physikum die Mißerfolgsquote der deutschen Prüflinge von 14,0 auf 13,5 %, die der ausländischen von 36,9 auf 36,3 % gesunken (Zeitraum: März 1976 bis August 1981).

Demgegenüber würde sich die endgültige Mißerfolgsquote der deutschen und ausländischen Prüflinge jeweils etwa verdoppeln (Tab. 4). Der Wert von 21,7 % bei den Ausländern ist nicht identisch mit der Studienabbrecherquote; er umfaßt nicht diejenigen Studenten, die nach dem ersten oder zweiten Versuch auf eine Prüfungswiederholung verzichten und auch nicht die Gruppe, die gar nicht erst zu den Prüfungen antritt. Der Anteil der deutschen und ausländischen Studienanfänger, die nicht zu einem erfolgreichen Abschluß des Studiums kommen, wurde vom IMPP 1981 im Sinne einer groben Näherung auf etwa 9% bzw. etwa 22% geschätzt. Bei Wegfall der zweiten Wiederholungsmöglichkeit wird dieser Anteil deutlich wachsen. Ich halte es nicht für übertrieben, von

einem Wert von etwa 33% bei den Ausländern in Zukunft auszugehen, wobei dieser Durchschnittswert weit größere "Nichterfolgsquoten" bei ausländischen Studenten aus Entwicklungsländern noch überdeckt.

Als wohl positiv zu bewertende Änderung im Prüfungswesen ist abschließend der angekündigte Wegfall des schriftlichen Teils des dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung zu erwähnen; damit wird für das Praktische Jahr die Konzentration auf die praktische Ausbildung gefördert.

5. Zusammenfassung

1. Die Anzahl der neu zugelassenen Studenten aus Entwicklungsländern wird in Zukunft wahrscheinlich geringer ausfallen als in den vergangenen 10 Jahren.
2. Die Quote endgültig nicht bestandener Examina wird deutlich ansteigen; hiervon werden Studenten aus Entwicklungsländern überproportional betroffen sein.
3. Die Wartezeit von Ausländern auf eine AiP-Stelle wird länger sein als die deutscher Bewerber; Ausländer werden große Probleme beim Finden von AiP-Stellen haben.
4. Die Möglichkeiten, nach Beendigung des Studiums eine Weiterbildungsstelle zu erhalten (gemäß § 10 BAO), werden sich für Ausländer aus Entwicklungsländern drastisch verringern.
5. Es besteht die Gefahr eines Verdrängungseffektes: Die zahlreichen Probleme der deutschen Studenten und jungen Ärzte sowie die sich zuspitzenden Strukturprobleme im Gesundheitswesen könnten die Schwierigkeiten und Probleme ausländischer Medizinstudenten aus Entwicklungsländern weiter an den Rand drängen.

Literatur

Beske, F.:
Der ärztliche Nachwuchs. Die Medizinstudierenden von 1947-1959. Köln, Berlin 1960

Bichmann, W., W. Chikosi, H.J. Diesfeld, B. Ndyabangi, D. Sich:
Ausländische Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland. Auswertung
der Statistiken. Modellversuch Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern.
Materialien Nr. 1. Heidelberg 1984

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit:
Bericht über die Arbeit der "Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Aus-
bildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstan-
des" im Beratungszeitraum vom 20. Februar 1979 bis zum 18. September 1979.
Bonn 1979.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit:
Bericht über die Arbeit der "Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Aus-
bildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstan-
des" im Beratungszeitraum vom 29. Januar bis zum 12. August 1980. Bonn 1980.

Bundesregierung:
Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung. Gesetz-
entwurf der Bundesregierung. In: Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode. Druck-
sache 10/1063 vom 13.9.1984

Gutmann, J.:
Beratung für ausländische Studenten - Eine Einführung In: Auszeit. 1984, 22,
1, S. 5-11

Hogeforster, J., R. Rohrbacher, Ch. v. Rothkirsch, I. Weidig:
Entwicklung des Bedarfs an Ärzten. Abschlußbericht. (= Forschungsbericht Ge-
sundheitsforschung, Nr. 80; Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozial-
ordnung). Bonn 1982

Hoppe, J.D.:
Unverantwortlich. In: der arzt im krankenhaus. 1984, 37, S. 521

IMPP:
Ergebnisse der ausländischen Medizinstudenten bei den Prüfungen nach der Ap-
probationsordnung für Ärzte. Mainz, Dezember 1981

IMPP:
Vorberichte der Ergebnisse der schriftlichen Prüfungen nach der Approbations-
ordnung für Ärzte. Frühjahr 1983 bis Herbst 1984. Mainz, Mai 1983, Oktober
1983, Mai 1984, Oktober 1984

IMPP:
Ergebnisübersicht über die schriftlichen Prüfungen nach der Approbationsord-
nung für Ärzte für die Jahre 1981/82. Mainz, Juni 1984

Kultusministerkonferenz:
Erstmals auch weniger ausländische Schüler. In: Mitteilungen und Informatio-
nen des Sekretariats der KMK 5/84, S. 5-6. Bonn 1984XX Pfeiffer, H.: Auslän-
dische Studenten an deutschen Hochschulen 1951 - 1961. Wiesbaden 1962

Schulten, H.:
Der Medizinstudent. Briefe an einen angehenden Arzt zur Einführung in das Me-
dizinstudium. Köln 1963

Titze, H.:

Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert. In: Geschichte und Gesellschaft. 1984, 10, S. 92-121

Westdeutscher Medizinischer Fakultätentag:

Protokoll des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages in Marburg/Lahn am 5./6. April 1963

Wissenschaftsrat:

Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten. Tübingen 1976

Helmar Walzenbach

Bericht

über das WUS-Medizinerseminar im Juni 1985

Zweites Wochenendseminar

"Medizinerbildung für Entwicklungsländer aus studentischer Sicht"
vom 14. - 17.6. 1985 in Idstein/Taunus

Veranstaltet von dem World University Service / Dt. Komitee e.V.

in Zusammenarbeit mit dem Modellversuch

"Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" der Universität Heidelberg

Nach der Begrüßung und Vorstellung des Seminarprogramms durch Herrn Kambiz Ghawami vom WUS und der kurzen Vorstellung der Teilnehmer, stellte sich die Frage nach Kritik, Ergänzungen und Wünschen bezüglich des Seminarablaufes.

Einige Teilnehmer vermißten bei dem geplanten Seminarprogramm die politischen, wirtschaftlichen und historischen Aspekte der Entwicklungsländer (EL), da ohne diese Punkte die Ursachen der Krankheiten und der schlechten medizinischen Versorgung nicht berücksichtigt werden könnten.

Anmeldung

World University Service
Deutsches Komitee e.V.
Kurt-Schumacher-Ring 18
6200 Wiesbaden

Tel.: 06121/494135 u. 494125

Teilnehmergebühr

Die Kosten für An- und Abreise werden in Höhe von Bundesbahn II. Klasse übernommen.
Für Unterkunft und Verpflegung wird eine Teilnehmergebühr von DM 40,- erhoben.

Veranstalter:

World University Service
Deutsches Komitee e.V.
in Zusammenarbeit mit dem Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" am Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg

world university service
deutsches komitee e.v.

MEDIZINERAUSBILDUNG

FÜR

ENTWICKLUNGSLÄNDER

AUS

STUDENTISCHER SICHT

14. Juni - 17. Juni 1985

IN

IDSTEIN/TAUNUS

Zielsetzung

Rund 75000 Studenten an bundesdeutschen Hochschulen studieren z.Z. Humanmedizin, davon ca. 4500 Ausländer. Es ist davon auszugehen, daß der überwiegende Teil der ausländischen Medizinstudenten und eine ganze Reihe deutscher Studenten eine spätere berufliche Tätigkeit in Afrika, Asien oder Lateinamerika anstreben. Doch erhalten sie an bundesdeutschen Hochschulen hierzu eine adäquate Ausbildung?

Das Deutsche Komitee des WUS hat sich bereits seit Mitte der 70iger Jahre mit den Problemen der Ausbildung von Medizinern aus und für Entwicklungsländer beschäftigt und ergänzende Maßnahmen für Medizinstudenten aus Afrika, Asien und Lateinamerika vorgeschlagen. Diese Vorschläge sind mittlerweile teilweise im Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" an der Universität Heidelberg mit eingegangen.

Auf diesem Hintergrund soll das vorgesehene Seminar ausländische wie auch deutsche Studenten und Studentinnen, die eine spätere berufliche Tätigkeit in Afrika, Asien oder Lateinamerika im Gesundheitswesen anstreben, anhand praktikabler Vorschläge anregen, studienbegleitende Veranstaltungen für Medizinstudenten in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachbereichen selber zu initiieren. Ein weiterer Schwerpunkt des Seminars ist die Frage der "studentischen Mitarbeit in Gesundheitsprojekten".

Programmübersicht

Freitag, 14. Juni 1985

Anreise bis 17.00 Uhr

17.15 Uhr Begrüßung und Einführung
18.30 Uhr Abendessen
20.00 Uhr "Im Namen des Fortschritts: Mit der Medizin ins Unglück" Film

Samstag, 15. Juni 1985

9.00 Uhr "Praktische medizinische Techniken für eine Tätigkeit in Afrika, Asien und Lateinamerika"
Ref.: Dr. Wolfgang Bichmann
Dr. P. Reitmeier
Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg
- ganztägig -
20.00 Uhr "Pillen für die Philippiner"
- Film -

Sonntag, 16. Juni 1985

9.00 Uhr "Die Tätigkeit als Arzt in Afrika, Asien und Lateinamerika"
Berichte aus
Afrika: Ahlsen
Asien: Heinrich Gajsar
Lateinamerika: Blanco-Cruz

15.00 Uhr Erfahrungen studentischer Projektarbeit
Möglichkeiten der Durchführung von Vorlesungsreihen, Informationsabende und der Erstellung von Info-Schriften
20.00 Uhr "Bluterte"
- Film -

Montag, 17. Juni 1985

9.00 Uhr "Studentische Mitarbeit in Gesundheitsprojekten"
Diskussion mit Vertretern des
- Deutschen Entwicklungsdienstes (ded)
- Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (gtz)
- Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)
- Arbeits- und Studienaufenthalte in Afrika, Asien und Lateinamerika (ASA)
Moderation: Dr. Wolfgang Bichmann, Geschäftsführender Projektleiter des Modellversuches
14.00 Uhr Zusammenfassung der Seminartergebnisse

In diesem Zusammenhang konnte Kambiz Ghawami auf das erste Wochenendseminar im Februar verweisen. Bei diesem Seminar wurden diese Aspekte bereits angesprochen und diskutiert. Damals wünschten sich die Teilnehmer zusätzliche Informationen über Möglichkeiten eines Praktikums im Ausland und über studienbegleitende Maßnahmen von seiten der Universitätsbehörden oder aus privater Initiative. Zudem sollte die Diskussion in den kleineren Arbeitsgruppen die Teilnehmer mehr aktivieren und dem oft kritisierten fehlenden Praxisbezug für die spätere medizinische Tätigkeit in EL sollte entgegengearbeitet werden.

Die Teilnehmer problematisierten den Begriff "Medizin für die dritte Welt" in zweierlei Hinsicht: Dem Lehrpersonal und den Ausbildungsinstitutionen wurden bis auf wenige Ausnahmen Ignoranz gegenüber den Erfordernissen einer späteren Berufsausübung unter EL-Bedingungen vorgeworfen.

Der Begriff "Medizin für die Dritte Welt" verdeutlicht die Einstellung vieler von der besseren Ersten Welt und vernachlässigt die Auseinandersetzung mit den Ursachen für die sogenannte Unterentwicklung der Dritten Welt.

Die Teilnehmer bekundeten wiederholt ihr großes Interesse an einer kritischen Auseinandersetzung mit der Entwicklungshilfe und an Informationen über eine Mitarbeit/Famulatur in Gesundheitsprojekten in EL.

Ein ausländischer Seminarteilnehmer äußerte seine "Angst vor der Schwemme von Leuten, die eine Famulatur im Ausland absolvieren möchten. Die Voraussetzungen, die man als Entwicklungshelfer oder für eine Famulatur im Ausland erfüllen muß, um wirklich sinnvoll zu helfen, müßte das Seminar herausstellen".

Praktische medizinische Techniken für eine Tätigkeit in Asien, Afrika und Lateinamerika.

Vier kleine Arbeitsgruppen (ca. 8 - 10 Teilnehmer) besprachen die Fallbei-

spiele, diskutierten und erarbeiteten die Vorgehensweise und die Arbeitsschwerpunkte des medizinischen Personals, überlegten Lösungsmöglichkeiten bei Schwierigkeiten.

1. Lehreinheit: Technische und organisatorische Alltagsprobleme der Mutter-Kind-Arbeit in Entwicklungsländern.
2. Lehreinheit: Pflege frühgeborener Säuglinge unter Bedingungen der Dritten Welt.
3. Lehreinheit: Ernährung von Säuglingen mit Muttermilchsubstituten unter Bedingungen der Dritten Welt.
4. Lehreinheit: Die pathologische Geburt unter einfachen Bedingungen: Die Symphysiotomie - eine angepaßte chirurgische Intervention bei cephalopelviner Disproportion.

Die Teilnehmer der 4. Arbeitsgruppe sollten bereits im klinischen Studienabschnitt sein. Der 2., 3. und 4. Arbeitsgruppe waren für den Vortrag vor dem Plenum Diapositive beigegeben.

Bei der 1. Arbeitsgruppe war es bemerkenswert, wie sich die Teilnehmer ständig von den technischen und organisatorischen Problemen der Mutter-Kind-Arbeit abwandten und sich auf die medizinischen Probleme "stürzten". In diesem Zusammenhang wurde auf die große Bedeutung der Organisation und der Verwaltung sowie der Supervision der Dorfgesundheitsposten hingewiesen.

Die anschließende allgemeine Diskussion kan auf folgende Fragen und Punkte zusammengefaßt werden:

Soll unter diesen Umständen (Mangel an technischen Hilfsmitteln und Pharmaka, mangelnde Kenntnisse und dadurch Hilflosigkeit gegenüber den Alltagsproblemen und der Verwaltungssituation im Gesundheitswesen unter EL-Bedingungen) von "westlich" ausgebildetem Personal überhaupt medizinische Entwicklungshilfe geleistet werden?

Mittlerweile gibt es genügend einheimische Ärzte, die beispielsweise an afrikanischen Universitäten ausgebildet sind. Durch den Mangel an finanziellen Mitteln ist die Bezahlung so schlecht und demgemäß ist die Arbeits- und

Lebenssituation der einheimischen Ärzte vor allem auf dem Land katastrophal, daß sie viele Ärzte in den städtischen Bereichen niederlassen. Dies bedeutet für viele EL gleichzeitig einen Ärztemangel und einen Ärzteüberschuß.

Deshalb muß die medizinische Entwicklungshilfe der Entsendeorganisationen kritisch hinterfragt werden. Warum muß Entwicklungshilfe so aussehen, daß vorhandene einheimische Kräfte verdrängt werden? Die Organisationen sollten mehr finanzielle und materielle Hilfe leisten und die vorhandenen einheimischen Ärzte, eventuell unter der Aufsicht eines Mitarbeiters der jeweiligen Organisation, einstellen und bezahlen.

Weiterhin werden die Ärzte, die im westlichen Ausland Medizin studiert haben, als die besten Wegbereiter für eine westliche Apparatemedizin in ihren Heimatländern gesehen und können leicht dem Export der westlichen Medizin dienen. Die ausländischen Ärzte, die ihre Facharzt"ausbildung" in der BRD absolviert haben, sind sehr oft die Botschafter und gute Vertreter der deutschen Medizin und der deutschen Pharmaindustrie.

Die erschwerten Studien-, Arbeits- und Lebensbedingungen der ausländischen Studenten in der BRD können in der Hinsicht positiv gesehen werden, daß sie die Studenten lehren, mit Schwierigkeiten umgehen zu können und ihren Weg durchboxen zu müssen. Die Erfahrungen im Ausland können unter diesen Umständen - kritisch hinterfragt - für die Arbeit im Heimatland eingesetzt werden. Obwohl die ausländischen Studenten überwiegend aus der Oberschicht stammen, muß der berufliche Werdegang nicht statisch von der Schichtzugehörigkeit abhängen. Nach 8 Jahren Auslandsaufenthalt haben viele ausländische Medizinstudenten eine große Distanz zu den politischen und wirtschaftlichen Bedingungen ihrer Heimatländer und eine andere Sichtweise für viele Probleme bekommen und sind dadurch für eine Basisgesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewinnen.

Die Tätigkeit als Arzt in Afrika, Asien und Lateinamerika

Kurze Berichte über "Die Tätigkeit als Arzt in Afrika, Asien und Lateinameri-

ka" informierten über den Arbeitsalltag und über die Arbeitsbedingungen und problematisierten die Tätigkeit ausländischer Ärzte in EL. Hier sollen nur kurz die Berichte der drei Referenten und die drei wesentlichen Diskussionspunkte wiedergegeben werden.

- Ernesto Blanco-Cruz berichtete von seinen Studien über die Volksmedizin in Peru (Forschungsaufenthalt, keine ärztliche Tätigkeit), referierte über die Krankheitsbegriffe und die medizinische Versorgung der ländlichen Bevölkerung durch die "curanderos" (Volksmediziner). Er stellte den starken Gegensatz der Volksmedizin zu der westlichen Medizin heraus, zumal die westliche Schulmedizin nur einen kleinen Teil der Bevölkerung versorgen könnte. Außerdem würde die westliche Schulmedizin nicht die soziologischen, anthropologischen und psychologischen Aspekte der Gesundheit berücksichtigen.

- Hans Ahlsen erzählte praxisnah von seinem DED-Einsatz in Lesotho, Afrika (Arzt an Krankenhaus, zusätzlich Beratung und Weiterbildung der Gesundheitsposten) und hielt ein Playdoyer für einen Professionalismus in der Schulmedizin. Es sei sehr wichtig, sich die bestmöglichen Kenntniss+ für eine ärztliche Tätigkeit in EL anzueignen, da man als Vertreter der westlichen Medizin eingesetzt werde und nicht das Vorurteil haben dürfe, für die Arbeitsbedingungen unter EL-Bedingungen würden weniger Erfahrungen und Kenntnisse schon ausreichen. Außerdem könne er keinen Erfahrungsbericht für ganz Afrika leisten, da die Arbeitsbedingungen und die medizinische Versorgung in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich sind. In Lesotho wird der PHC-Ansatz durch die staatlichen Stellen unterstützt, alle diagnostizierten Krankheiten sind behandelbar, unter Umständen auch in Südafrika, ca. 80-90% der Bevölkerung ist medizinisch versorgt.

- Heinrich Gajsar vermittelte seine Erfahrungen eines ASA-Stipendienaufenthaltes in Nordkorea und seine Kenntnisse über ein medizinisches Projekt auf Dorfebene in Südkorea. Nach seiner Meinung kann ein westlich ausgebildeter Arzt die östliche Medizin und deren Heilmethoden nie ganz verstehen und bewerten. Er sieht das Spannungsfeld zwischen westlicher und chinesischer Medizin und betont die Toleranz der chinesischen Medizin gegenüber der westlichen Medizin, die deren Überlegenheit in der Chirurgie und der Inneren Medizin sehe. Er befürwortet auch den Professionalismus der westlichen Medizin; man könne als Vertreter der westlichen Medizin einer Bevölkerung, die von dem westlichen Arzt konkrete Hilfe erwartet, nicht erklären, daß die westli-

che Medizin nicht ganzheitlich und daher schlecht sei und die chinesische Medizin deshalb vorzuziehen ist. Von dem "weißen" Arzt wird ein Expertentum erwartet und diese Erwartungshaltung der Bevölkerung soll bestmöglichst erfüllt werden.

Diskussion

1. Das Verhältnis der westlichen Medizin zu der Volksmedizin

Der Vorwurf, "Weiße Ärzte als Experten in EL führen zu einer Verdrängung der traditionellen Medizin" führte zu einer teilweise heftigen Auseinandersetzung über das Verhältnis der westlichen Schulmedizin zu der traditionellen Volksmedizin.

Dem Vorwurf der Verdrängung der Volksmediziner wurde entgegengehalten, daß es mittlerweile - bedingt durch die wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen - keine reinen traditionellen Kulturkreise und Gesellschaftsformen gibt und beispielsweise eine kollektive Krankheitsbehandlung oft nicht mehr möglich ist, wenn die Familien- und Gemeinschaftsverbände nicht mehr intakt sind. Zudem sind die großen Probleme der Hygiene, Epidemien etc., für die Volksmedizin und deren traditionellen Behandlungsmethoden nicht lösbar.

Wesentlich mehr Übereinstimmung herrschte bei der Forderung nach einer Zusammenarbeit der westlichen Medizin mit den "Medizinmännern" und nach einer Auseinandersetzung mit der traditionellen Religion und Kultur des jeweiligen Volkes.

Blanco-Cruz betonte, die traditionellen Heiler in Peru akzeptierten bestimmte Therapieformen der westlichen Medizin und seien in der Lage, die Behandlung und vor allem die Weiterbehandlung für verschiedene Krankheiten zu übernehmen. Auf die konkrete Frage, ob curanderos beispielsweise Tuberkulose langfristig behandeln würden oder könnten, erfolgte die ausweichende Feststellung: Westliche Mediziner spielen sich oft als Experten auf und viele Entwicklungshelfer sollten ihr vermeintliches gutes Werk kritisch hinterfragen. Die Auseinandersetzung über eine mögliche Zusammenarbeit der Volksmediziner mit der westlichen Schulmedizin war öfters von unsachlichen und emotio-

nenen Äußerungen geprägt, viele Informationen fehlten oder es wurden unzulässige Ländervergleiche vorgenommen - unzulässig wegen der oft krassen unterschiedlichen Traditionen und dem kulturellen Hintergrund.

Der Begriff "traditionelle Medizin" wurde problematisiert, da darunter die unterschiedlichsten Auffassungen und Behandlungsmöglichkeiten zusammengefaßt werden. Die Behandlung reicht von der sachkundigen Therapie mit Pflanzenmitteln und der Heilung psychosomatischer Krankheiten bis zu Orakeln und weitergehenden Ritualen, so daß auf jeden Fall eine Differenzierung bei der Auseinandersetzung über die Volksmedizin erforderlich ist.

Gerade das medizinische Personal, das in EL tätig wird, soll während der Vorbereitungszeit über die traditionellen Heilmethoden informiert werden. Die Bereitschaft soll gefördert werden, von den traditionellen Heilern zu lernen und eine Zusammenarbeit mit der Volksmedizin anzustreben. Denn gerade die mangelnde Kommunikation zwischen der modernen und der traditionellen Medizin trägt viel zu dem gespannten Verhältnis bei: die westliche Medizin erfährt nur Fehler und das Versagen der traditionellen Medizin und umgekehrt. In einigen Ländern ist die traditionelle Medizin zudem verboten, so daß der Dialog noch dadurch erschwert ist.

2. Die Rolle und die Funktion des "weißen" Doktors

Der "weiße" Doktor verkörpert durch seine westliche Ausbildung eine Autorität, an die gleichzeitig eine bestimmte Erwartungshaltung geknüpft ist. Das einheimische medizinische Personal und die einheimischen Kollegen können die Erfahrung und die Kompetenz des ausländischen medizinischen Personals gut einschätzen und beurteilen. Die Behandlung der Kranken muß mit der Sicherheit der modernen Medizin erfolgen, um eine angepaßte Medizin überhaupt vorschlagen zu können und vor allem um zu überzeugen. Niemand wird einen Patienten zu der kontinuierlichen Einnahme von Tuberkulose-tabletten überreden können, wenn er nicht zuvor beispielsweise des Bruch des Kindes erfolgreich behandelt hat.

Eine sorgfältige Arbeit ist dringend anzuraten, da man sich leicht dem be-

rechtigten Vorwurf des Rassismus aussetzt: mit Afrikanern kann man es sich leisten, so umzugehen...

Auf das Beispiel des Medizinischen Einsatzes in Lesotho bezog sich die Frage: Unterstützt man durch Entwicklungshilfe allgemein und auch durch die medizinische Entwicklungshilfe nicht die Abhängigkeit Lesothos von Südafrika und dadurch das Apartheidsystem? Neben den geschichtlichen und politischen Ausführungen über das Verhältnis Lesothos zu Südafrika sind in diesem Zusammenhang zwei Punkte von Bedeutung:

Es ist zu überlegen, ob medizinische Hilfe in bestimmten Ländern nur Befreiungsbewegungen unterstützen soll (z.B. die medizinischen Versorgungseinrichtungen der SWAPO in Namibia) und von vornherein keine Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen angestrebt wird. Andererseits wird durch die medizinische Entwicklungshilfe der PHC-Ansatz vor allem in den ländlichen Gemeinden unterstützt und die Gesundheitsprojekte der Entwicklungshilfeorganisationen sind oft die einzige medizinische Versorgungsmöglichkeit der Landbevölkerung. Gerade diese dezentralisierte medizinische Versorgung in unterversorgten Gebieten ist ein wichtiges Argument für die Entwicklungshilfe in einem Land wie Lesotho.

3. Die Ausbildung und Vorbereitung für die medizinische Arbeit in Entwicklungsländern

Neben der oft geforderten größeren Praxisnähe während der Ausbildung und vor allem auf die spätere Berufsausübung unter EL-Bedingungen bezogen, werden auch Naturheilverfahren als weitere Ausbildungsinhalte gewünscht. Gleichwohl hielten die meisten Teilnehmer es für sinnvoller, wenn ein Experte als guter Vertreter der Schulmedizin in den Entwicklungsdienst geht, da ein Arzt mit einer westlich orientierten medizinischen Ausbildung nicht dafür prädestiniert sei, Naturheilverfahren in EL zu praktizieren. Als Voraussetzungen für die medizinische Tätigkeit unter EL-Bedingungen wurden die bestmöglichen Kenntnisse der Schulmedizin, Kommunikationsfähigkeit und die Berücksichtigung der traditionellen Kultur angesehen.

Ein weiterer strittiger Punkt war die Dauer der Vorbereitungszeit. Beispielsweise werden belgische oder holländische Entwicklungshelfer 6 Monate lang in Tropenmedizinischen Kursen vorbereitet, während deutsche Vorbereitungskurse 6-10 Wochen umfassen.

Allerdings überwiegen in vielen EL nicht die klassischen Tropenkrankheiten, sondern Tuberkulose, Diarrhoe, Mangelernährung usw. sind die häufigeren Krankheitsbilder. Als problematisch sind eher die unüblichen Krankheiten anzusehen, die aber nicht immer "Tropenkrankheiten" sind

Die ausländischen Medizinstudenten haben die gleichen Ausbildungsprobleme wie die deutschen Studenten, sie sind ebenso wenig praxisrelevant auf die spätere Arbeit in den EL vorbereitet. Die afrikanischen Universitäten haben größtenteils das westliche europäische oder amerikanische Curriculum übernommen, allerdings länderbezogene Schwerpunkte gesetzt, und Praktika in den Semesterferien geben realitätsnahe Einblicke in den medizinischen Alltag. In zunehmenden Maße wird im Curriculum medizinischer Fakultäten in EL auch der PHC-Ansatz berücksichtigt. So stellt sich dem ausländischen Medizinstudenten das gleich Problem der praktischen Vorbereitung wie beispielsweise den deutschen medizinischen Entwicklungshelfern.

Verschiedene Möglichkeiten der praxisnahen Vorbereitung und studienbegleitender Maßnahmen wurden vorgeschlagen:

- Praktika in EL (Finanzierung ist jedoch schwierig). Teilweise übernehmen Organisationen wie ASA, Friedrich Thieding Stiftung, Otto Bennecke Stiftung, CIM die Kosten.
- Kooperationsverträge für Teile des PJ zwischen europäischen Universitäten und Unis in EL (durchgeführt in Holland).
- Initiativen und Arbeitsgruppen an den einzelnen Unis gründen, die sich mit bestimmten medizinischen Kenntnissen für EL auseinandersetzen.
- Modellversuch "Lehrangebot Medizin in EL" wie an der Uni Heidelberg an anderen Unis einrichten.
- Gastprofessur eines Mediziners aus einem Entwicklungsland, der durch seinen Erfahrungsbericht auf den Arbeitsalltag vorbereiten kann.

Abschließend ist festzuhalten, daß die Schwierigkeiten in der medizinischen

Versorgung nicht überwiegend durch die Tropenkrankheiten entstehen. Es sind im wesentlichen Krankheiten der Armut, die den Alltag des Arztes bestimmen.

Armut bedeutet aber nicht nur individuelle Armut, sondern Armut der Gesellschaft und Mangel an Mitteln und Möglichkeiten, über die ein Gesundheitssystem verfügen müßte. Der größte Teil der heute in den EL vorherrschenden Krankheiten wären verhütbar, wenn die Mittel und Wege dazu finanzierbar wären. Deshalb ist letztlich immer noch eine Medizin für arme Länder gefordert, d.h. die Fähigkeit mit Situationen umgehen zu können, die sehr oft durch Mangel an Geräten, Materialien und Medikamenten gekennzeichnet sind. Nach den Erfahrungen der medizinischen Entwicklungshelfer kann man sich demgegenüber in relativ kurzer Vorbereitungszeit durch die Praxis die erforderlichen Kenntnisse für die Behandlung der Tropenkrankheiten aneignen.

Wesentlich schwieriger und deshalb umso nötiger ist die zusätzliche Qualifikation, welche das medizinische Personal darauf vorbereitet, mit ungewöhnlichen Situationen fertig zu werden (z.B. chirurgische Eingriffe unter einfachsten Bedingungen, Behandlung ohne ausreichende Medikamente). Gerade eine Auslandsfamulatur in dem jeweiligen Heimatland kann eine gezielte Vorbereitung auf die späteren Arbeitsbedingungen leisten.

Reintegrationsprogramm für ausländische Medizinstudenten

Frau Donner vom Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM) stellte das geplante Reintegrationsprogramm für ausländische Medizinstudenten vor, das in Zusammenarbeit mit verschiedenen Trägern entwickelt wird.

Sie erhoffte sich, von den Seminarteilnehmern Anregungen und Ideen mitzunehmen.

Die geplante Programmentwicklung beinhaltet drei Bausteine:

1. Ein 7-tägiges Einführungsseminar

Geplant ist dieses Seminar nach dem Physikikum und während der Semesterferien. Die ausländischen Medizinstudenten sollen über das Akademische Auslandsamt, über die Fachschaften und durch Info-Veranstaltungen an den Universitäten zu diesem Seminar eingeladen werden.

2. Ein Pilotprojekt für die Ehepartner der zurückkehrenden Ärzte
20 Teilnehmer sollen in einem 7-tägigen Seminar auf die Rückkehr und auf ihre Rolle als Partner eines Arztes, als Multiplikator und als Vorbild vorbereitet werden.

Die potentielle Zielgruppe dieses Seminars wurde sehr in Frage gestellt; zudem erscheint es recht schwierig, ein Vorbereitungsseminar mit Teilnehmern aus den unterschiedlichsten Ländern und Kulturkreisen zu veranstalten.

3. Die Förderung von 50 Auslandsfamulaturen, sowie Stipendien für 50 ausländische Studenten zur Ableistung des freien Teils des PJ an einem Krankenhaus des Heimatlandes.

Nach der Meinung der anwesenden Teilnehmer sind 50 PJ-Plätze zu viel. Dagegen erschienen die 50 Famulantenstellen im jeweiligen Heimatland zu wenig.

Veranstaltungsreihe "Gesundheit für Alle?" in Frankfurt

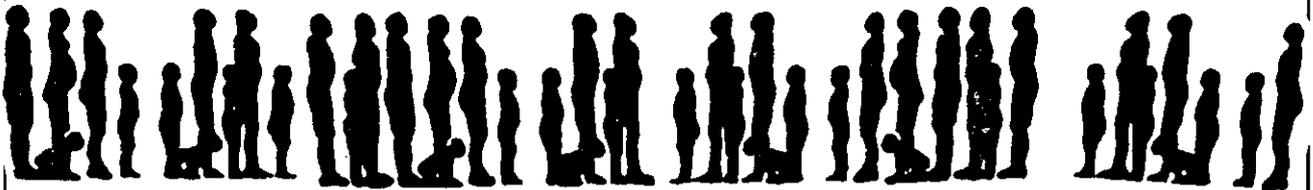
Der Studentenpfarrer der ESG in Frankfurt erläuterte die Zielsetzung der Veranstaltungen:

1. fachbezogener außeruniversitärer Ansatz,
2. deutsche und ausländische Studenten erörtern zusammen die Gesundheitsprobleme der EL. Angesprochen sind auch Studenten von anderen Fachbereichen,
3. deutsche Studenten sollen von den ausländischen Studenten lernen,
4. Vermittlung von Kenntnissen über Krankheitsbilder in EL,
5. Sensibilisierung für traditionelle Kulturen und für die historischen Bedingungen der Unterentwicklung.

Die Themen der Veranstaltungsreihe sind in einem Vorbereitungstreffen entstanden, zu dem Interessierte, "Experten" und auch Vertreter aus dem Fachbereich Medizin der Uni Frankfurt eingeladen wurden. Zu den Veranstaltungen kamen jeweils ca. 30 Teilnehmer, die Hälfte Dauerbesucher, ca. 1/3 Ausländer und 2/3 deutsche Studenten.

Lohnt sich der organisatorische Aufwand einer solchen Veranstaltungsreihe? Bei den bereits durchgeführten Veranstaltungen zeigten die Teilnehmer großes Interesse und für das nächste Semester ist eine weitere Vortragsreihe geplant. Die Finanzierung einer solchen Veranstaltungsreihe ist nicht das Hauptproblem, da verschiedene Organisationen (ESG, KSG, Akademisches Auslandsamt) die Finanzierung mit/übernehmen können oder Referenten von DED, DÜ, Medico International usw. gefunden werden können, die die Reisekosten selbst übernehmen. Allerdings benötigt die Organisation einer solchen Veranstaltungsreihe eine längere Vorbereitungsdauer, so daß es überlegenswert erscheint, zuerst mit einer privaten Arbeitsgruppe über bestimmte Themen anzufangen und wenn möglich zu einem späteren Zeitpunkt öffentliche Veranstaltungen zu den Arbeitsschwerpunkten zu organisieren.

GESUNDHEIT für ALLE ?



" SICKNESS MAKES PEOPLE POOR - POVERTY MAKES PEOPLE SICK "
'Krankheit macht die Menschen arm , Armut macht sie krank)

" LIEBER REICH UND GESUND ALS ARM UND KRANK ... "
(Deutsche Weisheit)

EIN STUDIENPROJEKT ZU DEN PROBLEMEN VON GESUNDHEIT, MEDIZIN UND ENTWICKLUNG IN DER 3. WELT

Dienstag, 7. Mai, 19.30 Uhr

**DIE GESUNDHEITSSITUATION IN DER 3. WELT
FORDERUNGEN AN DIE MEDIZINERAUSBILDUNG**

Referent:
Dr. W. Biechmann, Institut für Tropen -
hygiene Heidelberg (Modellversuch Lehr-
angebot Medizin in Entwicklungsländern)

Dienstag, 18. Juni, 19.30 Uhr

**KRANK IN DER FREUDE !
AUSLÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK !
WAS MACHT SIE KRANK ?**

Referenten:
Prof. Dr. E. Blanco-Cruz
Prof. Dr. Pesachkian, Arzt für Psychiatrie,
Psychotherapeut (englisch)

Dienstag, 14. Mai, 19.30 Uhr

**GESCHAFTE MIT DER ARMUT
PHARMAKONZERNE IN DER 3. WELT**

Referent:
Dr. Leo Locher, medico international

Dienstag, 2. Juli, 19.30 Uhr

**"BARFUSSARZTE CONTRA SCHULMEDIZIN ?"
DAS KONZEPT DER PRIMARY HEALTH CARE**

Referenten :
Dr. W. Biechmann, Dr. P. Reitmair
Institut für Tropenhygiene Heidelberg

Dienstag, 11. Juni, 19.30

**TRADITIONELLE HEILMETHODEN
BEITRÄGE AUS PERU UND ZIMBABWE**

Referenten:
Walter Petast, Heidelberg
Prof. Dr. Blanco-Cruz

Wir laden außerdem ein zu einem ersten
Wochenendseminar zum Thema

GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG

vom 14.-16. Juli 1985 in Rommers
mit Referenten der Vortragsreihe und
anderen Fachreferenten.

Programm und Anmeldung bei :
ESD, Lessingstr. 2-4, 6 Ffm 1, Tel. 729161

ALLE VERANSTALTUNGEN FINDEN DIENSTAGS UM 19.30 UHR IM DIETRICH-BONHOEFFER-HAUS,
LESSINGSTR. 2-4, STATT,

VERANSTALTER :

EVANGELISCHE STUDENTENGEMEINDE
AN DER
JOHANN WOLFGANG GOETHE - UNIVERSITÄT
FRANKFURT AM MAIN
LESSINGSTR. 2-4,
TEL. 72 91 61

IN ZUSAMMENARBEIT MIT

FACHBEREICH 19 HUMANMEDIZIN
- INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN,
- INSTITUT FÜR GESCHICHTE DER MEDIZIN
- ABTEILUNG FÜR MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE
- DIDAKTIK DER MEDIZIN

MEDICO INTERNATIONAL

INSTITUT FÜR TROPENHYGIENE UND
ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN AM
SIHAIENINSTITUT DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG
(MITTELVORSICH LEHRANGEBOT MEDIZIN IN
ENTWICKLUNGSLÄNDERN)

KATHOLISCHE STUDENTENVEREINIGUNG
ZENTRALE STUDIENBERATUNG
WORLD UNIVERSITY SERVICE (MUS)

Diskussion über die "Studentische Mitarbeit in Gesundheitsprojekten"

Teilnehmer:

Herr Spellmaier, Deutscher Entwicklungsdienst (DED)

Frau Donner, Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM Herr

Kipp, Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ)

Herr Gajsar, ASA-Programm

Frau Marquardt, Deutsches Institut für ärztliche Mission (DIFAM)

Diskussionsleitung:

Wolfgang Bichmann, Projektleiter des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in EL"

Teilweise hatten die Referenten sich und die Arbeit ihrer Organisation bereits am Vortag vorgestellt. Herr Spellmaier, Herr Kipp und Frau Marquardt machten einige Angaben zu ihrer Person und berichteten über die Arbeit und die Zielsetzung ihrer Organisation und der Gesundheitsprojekte. Sie informierten über die Voraussetzungen einer Mitarbeit und über die Unterschiede einer ärztlichen Tätigkeit in einem EL zu den Arbeitsbedingungen in der BRD.

Möglichkeiten der Famulatur in Gesundheitsprojekten dieser Organisationen

Über den DED sind Famulaturen in EL möglich, wichtige Voraussetzungen sind folgende Punkte:

- ein Arzt muß zur Aufsicht und Betreuung des Famulanten bereit sein
- Mindestzeit sind 8 Wochen, der Student soll im höheren klinischen Semester sein
- die Kosten dieser Famulatur (Reise, Wohnraum, Lebensunterhalt) müssen selber getragen werden.

Das Hospitantenprogramm der GTZ sieht im Jahr 20 Stellen vor, davon sind nur 2 für Mediziner reserviert. Jährlich gehen 200 bis 400 Bewerbungen für diese Stellen bei der GTZ ein. Zudem ist dieses Hospitantenprogramm eher für die eigene Nachwuchsförderung der GTZ gedacht, um potentielle Mitarbeiter mit der Arbeit des einzelnen Projektes vertraut zu machen. Die Hospitationszeit umfaßt maximal 3 Monate, vorher erfolgt eine 1-wöchige Vorbereitung bei der GTZ. Die Kosten von 4000,- DM werden übernommen und die endgültige Auswahl der Bewerber erfolgt durch ein Auswahlgespräch.

Voraussetzungen für eine sinnvolle Hospitation:

- Physikum
- Interesse an entwicklungspolitischen Fragen
- gute Sprachkenntnisse
- integratives Einfühlungsvermögen
- unter schwierigen Bedingungen leben und arbeiten können
- selbständiges Arbeiten, Improvisationstalent.

An das betreffende Gesundheitsprojekt werden folgende Bedingungen gestellt:

- die Partnerorganisation muß den Hospitanten akzeptieren

- keine Überbelegung des Projektes mit ausländischem Personal
- der Kontakt des Hospitanten zu dem Projektleiter muß vorbereitet und gewährleistet sein.

In der Vergangenheit ergaben sich durch die Hospitationsstellen einige Schwierigkeiten. Oft war es mühselig, eine Arbeitsgenehmigung staatlicherseits für den Hospitanten zu bekommen. Zudem erwiesen sich die 3 Monate der Hospitationszeit für bestimmte Länder mit einer schlechten Infrastruktur als viel zu kurz. Die Projektmitarbeiter waren wegen mangelnder Sprachkenntnisse oder wegen Probleme der Wohnraumbeschaffung übermäßig belastet, statt einer Arbeitshilfe war manchmal nur eine zusätzliche Betreuung gefordert. Diese Probleme können allgemein auf die Famulatur bei den verschiedenen Organisationen zutreffen.

Mit dem ASA-Programm reisen 45 Teilnehmer jährlich zu den verschiedenen Projekten in Afrika, Asien und Lateinamerika. Zu der Projekt- und der Bewerberauswahl und zu den Voraussetzungen für eine Bewerbung gibt es ausführliche Informationen bei ASA. Die Ausreise erfolgt für 3 Monate, die Kosten des Studienaufenthaltes werden abzüglich einer Eigenbeteiligung von 1200,-DM übernommen. Von 45 Teilnehmern sind ca. 6 Stipendiaten ausländische Studenten.

Bei DIFAM gehen wöchentlich 20 Anfragen für eine Famulatur an kirchlichen Krankenhäusern ein. Ausländische Studenten, die in ihren Heimatländern familieren wollen, werden bevorzugt.

Frau Marquardt berichtete von ihrer 20-jährigen Tätigkeit an kirchlichen Krankenhäusern und gab aus ihren Erfahrungen einen guten Überblick über die Probleme der Famulatur.

Sie teilte ihre sowohl positiven wie negativen Erfahrungen mit Famulanten mit. Schwierigkeiten resultierten des öfteren aus der mangelnden oder einseitigen Lebensmittelversorgung und den daraus entstehenden Extremsituationen. Öfters wurde eine Krankenschwester zu dem Berater und Interpret des Famulanten bei der Arbeit, nicht zuletzt wegen dessen mangelnder Sprachkenntnisse. Bei der praktischen medizinischen Tätigkeit entstanden öfters Konflikte, wenn Famulanten glaubten, sie könnten Behandlungsmethoden, die sie an deutschen Krankenhäusern nicht ausprobieren konnten, während ihrer Famulatur an-

wenden.

Wesentlich für eine gute Vorbereitung einer Famulatur ist nach Frau Marquardt - neben den bereits erwähnten Punkten - ein sozialpolitisches Engagement für die Interessen und Bedürfnisse von Randgruppen oder anderer Gruppen (z.B. der Einsatz für die Interessen der türkischen Arbeitnehmer in der BRD), eine Auseinandersetzung mit unserem westlichen Gesundheitsversorgungssystem und ein Engagement für eine bessere, menschlicher Medizin bei uns. Gerade in diesem Zusammenhang kann eine Famulatur im Ausland für die deutschen Medizinstudenten wichtig und interessant sein, allerdings darf dies nicht auf Kosten der dortigen Patienten geschehen.

Die Frage nach einer politischen Länderauswahl für die Famulaturstellen war ein weiterer Diskussionspunkt. Der Vertreter des DED gab an, daß seine Organisation relativ frei Entscheidungen bezüglich der Länderauswahl treffen könne. Allerdings wurde sofort das Verhalten des DED im Fall Nicaragua kritisiert, da die DED-Projekte in Nicaragua gemäß den Weisungen vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) auslaufen.

Die Projektauswahl des ASA-Programmes wird mittlerweile vom BMZ vorgegeben. Das bedeute keine Projekte in Nicaragua oder in Kuba, sowie die Streichung der gewerkschaftlich organisierten Projekte und vor allem der politisch orientierten Projekte.

Die GTZ unterliegt streng den Vorgaben des BMZ und ist somit in der Frage der Hospitantenstellen natürlich an die Anweisungen des BMZ gebunden.

DIFAM ist als kirchliche Organisation in seinen Entscheidungen freier und nicht an die Weisungen bestimmter staatlicher Stellen gebunden. DIFAM sieht sich als Verbindungsglied zwischen konträren politischen Meinungen; allerdings ist die kirchliche Organisation politisch nicht stumm, wie die verschiedenen Informationskampagnen von Misereor und Brot für die Welt belegen. Man denke nur an die Informationsarbeit der katholischen Kirche anlässlich der Fastentage in diesem Jahr, bei der das deutsche Gesundheitssystem mit der indischen Gesundheitsversorgung verglichen wurde.

Man dürfe trotz entmutigender Verhältnisse nicht auf ideale Projektbedin-

gungen warten, sondern solle versuchen, mit der eigenen Arbeit mitzuentcheiden anstatt nur von außen zu kritisieren. Durch die eigenen Mitarbeit kann man eventuell Alternativen für die die Projektarbeit aufzeigen und durch die medizinische Tätigkeit zu der Grundversorgung der jeweiligen Bevölkerung beitragen. Berufsperspektiven und Arbeitsmarktchancen Die Erweiterung der Ausbildung um die 'Arzt-im-Praktikum'-Zeit (AiP) wurde als problematisch und als Behinderung der sofortigen Berufstätigkeit angesehen. Für die ausländischen Medizinstudenten ist dadurch aber auch eine Chance für die oft gewünschte praktische Erfahrung gegeben. Allerdings ergeben sich gerade für sie Schwierigkeiten bei den wenigen Praktikumsstellen.

Wie sich die Personalentsendeorganisationen zu dem AiP verhalten werden, ob es möglich ist, die AiP-Zeit auf die geforderte Praxiszeit anzurechnen, konnte nicht geklärt werden, da z.B. der DED noch keine genauen Vorstellungen über die tatsächliche Praxiserfahrung während des AiP hat.

Lange Zeit wurde über die Frage diskutiert, ob die Entsendung von ausländischem Personal in EL überhaupt noch eine sinnvolle Perspektive sei. Die durchschnittlich relativ kurze Zeit des Einsatzes (2 bis 4 Jahre) und die mangelnden Kenntnisse der traditionellen Kultur erschweren eine nutzbringende Arbeit. Andererseits werden die Entwicklungshelfer oft als Materialüberbringer gesehen und entlasten spürbar das finanzielle Budget eines Gesundheitsprojektes, wenn die Bezahlung des Arztes von einer ausländischen Organisation übernommen wird.

Allerdings könnten die Entwicklungshilfeorganisationen statt des deutschen Arztes genau so gut ausländische Kollegen in das jeweilige Heimatland entsenden oder einheimische Ärzte bezahlen. Beispielsweise bezahlt Misereor an einem kirchlichen Krankenhaus in Ghana den einheimischen Ärzten zusätzlich 1000,-DM zu ihrem staatlichen Gehalt, damit sie nicht gezwungenermaßen für einen ausreichenden Lebensunterhalt am Nachmittag in einer Privatpraxis arbeiten müssen. Der DED-Vertreter und der GTZ-Vertreter wurden konkret auf diese Möglichkeit der Übernahme von einheimischen Ärzten in den Projekten angesprochen: die Personalentsendeorganisation sollten nicht nur dazu dienen, den deutschen Fachkräften Arbeitsplätze zu beschaffen.

In diesem Zusammenhang gab es massive Angriffe und Vorwürfe gegen

GTZ-Projekte; die Interessen der GTZ wurden von einzelnen Diskussionsteilnehmern mit den wirtschaftlichen Interessen deutscher Firmen wie Höchst oder Bayer gleichgesetzt. Es wurde betont, daß man das BMZ keinesfalls als eine uneigennützigke Entwicklungshilfeorganisation ansehen könne, sondern, daß dieses Ministerium die vielfältigsten politischen und wirtschaftlichen Interessen zu vertreten hat.

Die Teilnehmer einigten sich zumindest auf eine Unterscheidung und Differenzierung der GTZ-Projekte in solche, die als Technische Hilfe-Projekte durchgeführt werden und solche, die die GTZ als Auftragsarbeiten für staatliche oder private Träger gegen Bezahlung durchführt.

Auf andere Schwerpunkte der GTZ-Arbeit wurde eingegangen:

- Basisgesundheitsdienste
- Kontrolle ansteckender Krankheiten
- Familienplanung
- medizinische Wartung und Reparaturdienste
- Rehabilitationsmaßnahmen, Ausbildung von Facharbeitern
- Ernährungsprojekte.

Ein ganz anderes Problem stellt sich den ausländischen wie den einheimischen Ärzten gleichermaßen: Unter Umständen können operative Eingriffe mehr ruinieren als heilen. Beispielsweise wurde ein Kind in einer kostspieligen Behandlung gerettet und da die Kosten der Behandlung von keiner staatlichen Stelle oder einer Krankenversicherung übernommen werden, ist die Familie dadurch jahrelang verschuldet. Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, inwieweit die Ärzte die Grundversorgung der Bevölkerung abdecken oder eine spezialisierte Medizin ohne Berücksichtigung der Rahmenbedingungen praktizieren.

Seminarbewertung

Der wichtigste Punkt des Seminars waren die Diskussionen, die oft emotional

geführt wurden, aber immer ein großes Interesse und Engagement an den Problemen erkennen ließen.

Nach dem offiziellen Arbeitsprogramm konnten sich die Teilnehmer während des Essens und in den Pausen über strittige Meinungen auseinandersetzen und sich kennenlernen. Man setzte sich mit den Argumenten der anderen Teilnehmer auseinander und tauschte die Erfahrungen an den verschiedenen Universitäten aus.

Gerade diese längeren Diskussionen, die nicht durch eine auf wenige Stunden begrenzte Veranstaltung eingeschränkt waren, erwiesen sich als großer Vorteil dieser mehrtägigen Bildungsveranstaltung. Immer wieder prallten die Meinungen der ausländischen und der deutschen Medizinstudenten aufeinander, wobei die Gegensätze quer durch die Gruppen gingen:

- deutsche Studenten sollen nicht in den Entwicklungsdienst, da die Probleme nur in den eigenen Ländern und durch die eigenen Leute zu lösen sind
- die Industrienationen sind verpflichtet, sinnvolle Entwicklungshilfe zu leisten und dies beinhaltet auch die Entsendung von Fachkräften.

Von den meisten Teilnehmern wurde es als falsch angesehen, eine Empfehlung auszusprechen, die vom Medizinstudium in Europa abhält, da viele aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in ihrem Heimatland studieren können.

Zur Lösung vieler Probleme der EL ist es sehr wichtig, gerade im kurativen und vor allem im präventiven medizinischen Bereich zu arbeiten, um der Bevölkerung zu helfen. Immer wieder wurde gefordert, daß die westliche Medizin auch von den traditionellen Heilmethoden lernt und der humanitäre Zugang, ein ganzheitlicher medizinischer Ansatz, wieder mehr Bedeutung bekommt.

Die Diskussion der angesprochenen Themenkreise in dem Seminar soll in Arbeitsgruppen, Initiativen und in öffentlichen Veranstaltungen an den einzelnen Universitäten fortgesetzt werden.

Positiv wurden von den Teilnehmern die kleinen Arbeitsgruppen gesehen,

die mit den organisatorischen und arbeitstechnischen Schwierigkeiten des medizinischen Alltags in EL vertraut machten. Folgende Themen wurden für zukünftige Seminare vorgeschlagen:

- Inwieweit kann die Entwicklungshilfe (inklusive der medizinischen Entwicklungshilfe) Hilfe zur Selbsthilfe sein?
- Die politischen und wirtschaftlichen Hintergründe der schlechten medizinischen Versorgung der EL und die Abhängigkeit der EL von den Industrienationen.
- Die persönliche Motivation für eine Famulatur oder einen Arbeitseinsatz in EL; Auseinandersetzung über den Standpunkt einiger ausländischer Kommilitonen: "kommt nicht in die EL, laßt uns alleine arbeiten".

4 ausgewählte Lehreinheiten

Pit Reitmaier

Technische und organisatorische Alltagsprobleme der Mutter-Kind-Arbeit in Entwicklungsländern

Lernziele :

Der Teilnehmer soll:

- aus der Routine der Mutter-Kind-Arbeit sich ergebende Probleme benennen können
- die Qualitätssicherung in der präventiven Arbeit als Kompromiß zwischen qualitativ anspruchsvoller Individualmedizin und quantitativ flächendeckender Massenmedizin darstellen können
- am Beispiel der periodischen Überwachung des Ernährungszustandes der kindlichen Bevölkerung Alltagsprobleme einer Mutter-Kind-Einheit diskutieren und hieraus Verbesserungsvorschläge ableiten.

Ü B U N G

Seit acht Wochen sind Sie einziger Arzt eines Landkreises mit 20.000 Einwoh-

```

*** tab 1 ****
*
*   MUTTER KIND EINHEIT   LANDKREIS PORTO NOVO
*
*   DIENSTLEISTUNGSSTATISTIK   1984
*
*****
*
*   WOHNBEVÖLKERUNG           14 690
*   LEBENDGEBURTEN           460
*   TOTGEBURTEN              14
*   SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT   48 / 1000
*
*   SCHWANGERENVORSORGE
*       ERSTUNTERSUCHUNGEN           419
*       KONTROLLUNTERSUCHUNGEN       1 127
*
*   FAMILIENPLANUNG
*       ERSTUNTERSUCHUNGEN           161
*       KONTROLLUNTERSUCHUNGEN       1 114
*
*   KINDER VORSORGE
*       ERSTUNTERSUCHUNGEN           431
*       KONTROLLUNTERSUCHUNGEN       11 307
*
*****

```

nern. Ein kleines, miserabel ausgestattetes Hospital, drei Außenposten und eine mobile Mutter-Kind-Einheit stellen das offizielle Gesundheitswesen dar.

Obwohl die Mutter-Kind-Einheit regelmäßig alle Dörfer besucht und dort die Kinder wiegt, mißt und impft, sowie Gesundheitsberatung durchführt, müssen Sie im Hospital immer wieder Kinder aufnehmen wegen Unterernährung. Sie bekommen zusehends den Eindruck, daß die Mutter-Kind-Einheit nicht rechtzeitig interveniert. Aus den Wiegekarten der Kinder entnehmen Sie, daß diese nicht routinemässig gemessen werden und auch an der Genauigkeit der Gewichtseinträge beginnen Sie zu zweifeln.

Auf einer ersten Versammlung kam es zu harten Auseinandersetzungen. Der leitende Pfleger des Hospitals sprach von sinnentleerten Ritualen und es sei wohl besser, wenn die Schwestern der Mutter-Kind-Einheit ihm bei der klinischen Arbeit helfen würden; da würden sie dann auch wieder lernen zu arbeiten und nicht nur spazieren zu fahren. Die Schwestern haben sich dann - unter Tränen - beklagt, daß es einfach zu viele Kinder gebe und daß sie nicht gleichzeitig jedes Kind, das von einer Helferin gewogen wird, untersuchen können und alle Schwangeren betreuen und den ganzen Statistik- und Verwaltungskram erledigen und daß sie schon seit Tagen ständig auf der Post sitzen müssen wegen eines Telefonats in die Hauptstadt, welche zu wenig Impfstoff schickt und daß zwei Helferinnen seit Monaten fehlen wegen Krankheit und Schwangerschaft und daß der Fahrer sich weigert beim Wiegen zu helfen und daß die Hospitalmannschaft ohnehin böswillig ist und sich nur dann um die Mutter-Kind-Einheit kümmert, wenn etwas danebengegangen ist und daß sie keine Lust mehr haben und versetzt werden wollen und überhaupt!

Die Atmosphäre ist sehr gespannt und von Ihnen wird erwartet, daß Sie als Vorgesetzter Entscheidungen treffen. Vernünftigerweise werfen Sie als erstes einen Blick auf die Statistik des Vorjahres.

Sie schreiben einen Brief an einen befreundeten Arzt mit größerer Erfahrung in der Mutter-Kind-Arbeit. Dieser schickt Ihnen daraufhin die beiden im Annex zu findenden Papiere.

Frage:

- Wie beurteilen Sie das Leistungsniveau der Mutter-Kind-Arbeit?
- Welche der Vorschläge aus dem Annex wollen Sie befolgen?
- Ergreifen Sie Partei in den Auseinandersetzungen?

Aufgabe:

Erläutern Sie dem Plenum das Problem so knapp wie möglich und begründen Sie einige ausgewählte Verbesserungsvorschläge.

Wenn in der PMI-Arbeit viele Kinder in rascher Folge versorgt werden müssen, ist die Gefahr groß, daß die Qualität der Arbeit leidet und Risikofamilien nicht entdeckt werden. Unter dem ständigen Lärm und Zeitdruck schwindet die Motivation und Aufmerksamkeit des Personals und der Mütter. Wo dies zum Alltag wird, verliert die PMI-Arbeit ihren Sinn. Was bleibt, ist ein sinnleertes Ritual zum allgemeinen Schaden der Nutzer, des Personals und auch der verantwortlichen Ärzte. Es wäre völlig verfehlt daraus schließen zu wollen, daß das Konzept untauglich sei. Das PMI-Konzept und die Verwendung von Road to Health Charts hat sehr viel dazu beigetragen, die Leiden und Sterblichkeit im Kindesalter zu reduzieren. Es wäre ein großer Fehler, das Konzept als solches anzuprangern, weil eine mangelhafte Durchführung der Forderung nach flächendeckender Immunisierung, Gewichtskontrolle, Früherkennung von Risiken und rechtzeitig einsetzender technischer, erzieherischer und sozialer Intervention ganz oder teilweise nicht gerecht wird. Schon mit der Beachtung einiger sehr einfacher Regeln läßt sich das Problem zumindest deutlich vermindern:

Routinearbeiten kann man größtenteils an freiwillige Dorfshelfer oder Schüler delegieren.

Zu große Orte sollte man unterteilen in einzelne Stadtteile, um so den individuellen Charakter der Beratung wiederherzustellen.

Ein Namenszeichen neben den Monatseintrag gesetzt kann dafür stehen, daß die unterzeichnende Person vor der Rückgabe der Road to Health chart an die Mutter nachgedacht und die Verantwortung persönlich übernommen hat.

Feste Pausen für das Personal von rund 10 min. pro Arbeitsstunde sind für konzentriertes Arbeiten unerlässlich.

Bei Außensprechstunden, die sich bis in die Nachmittagsstunden ziehen, sollte ein gemeinsames warmes Mittagessen eingeplant werden. Dies läßt sich gut mit der praktischen Ernährungserziehung und Aufklärung über energiesparendes Kochen verbinden.

Rotation des Personals stellt sicher, daß jeder an jedem Platz arbeiten lernt und die Querverbindungen zwischen Schwangerenvorsorge, Kindervorsorge und Familienplanung in der Praxis berücksichtigen kann.

Weiterbildungsveranstaltungen über PMI-Themen. Zwischen dem Mutter-Kind-Personal und dem Hospital-Personal sollte man regelmäßige, aggressionsfreie Aussprachen anstreben um Fehlschläge zu analysieren.

Die Vorgesetzten sollten darauf achten, daß hauptamtliche Mutter-Kind-Mitarbeiter/innen in ihrer beruflichen Karriere eher bevorzugt als benachteiligt werden.

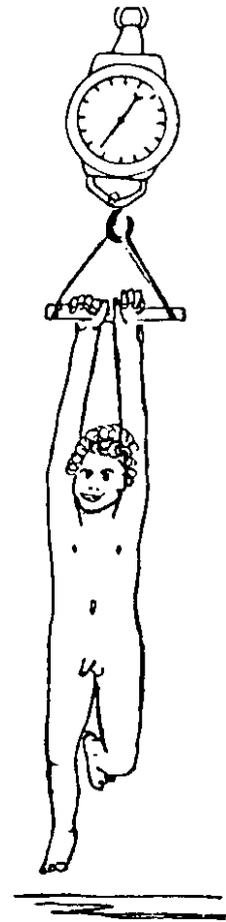
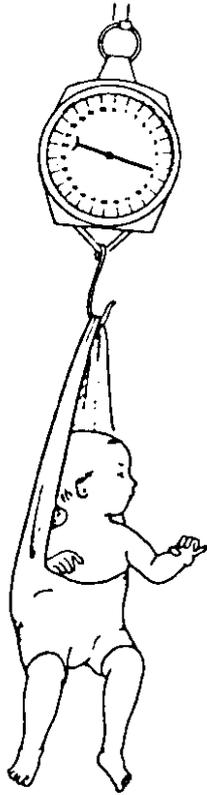
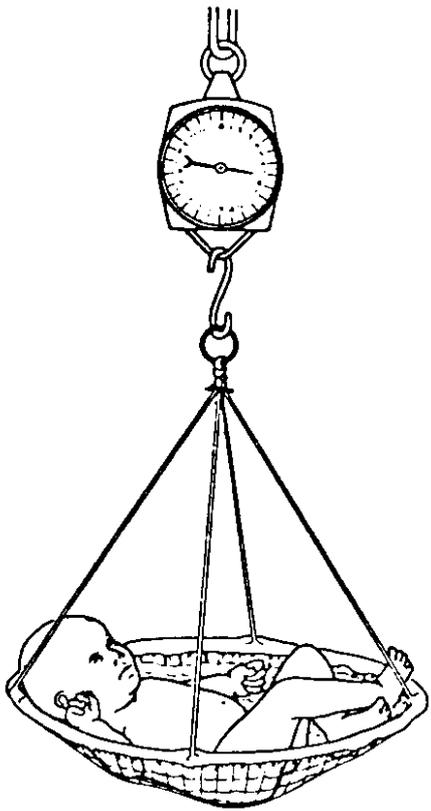
Ärzte sollten darüber hinaus sehr genau prüfen, ob ihre Kritik immer gerechtfertigt ist, da ihr Blickwinkel sehr selektiv ist. Bei ihrer kurativen Arbeit sehen sie die Fälle, in denen die Vorsorge versagt hat. Mit den Kindern, in denen die Vorsorge erfolgreich war, kommen sie nicht in Kontakt. Re-

gelmässige Auswertungen der Statistiken und Feldstudien sind unerlässlich für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Mutter-Kind-Einrichtung.

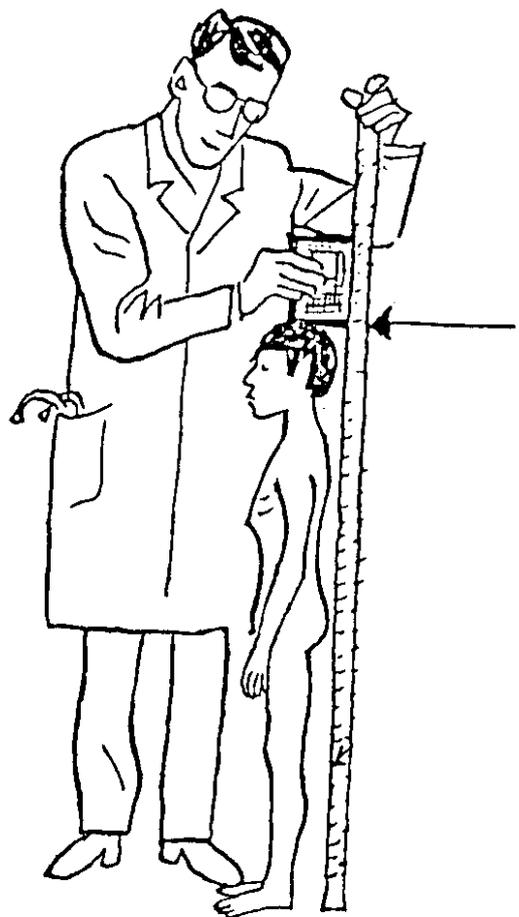
Wiegen im Rahmen einer Ernährungsstudie und auch im Alltag der PMI-Arbeit hat nur dann einen Sinn, wenn es nicht mit zu großen Fehlern behaftet ist.

AUSWAHL DER WAAGEN

Im Prinzip können alle Waagen, die im entsprechenden Gewichtsbereich arbeiten, auch für die Anthropometrie herangezogen werden, wenn ihre Genauigkeit und Unempfindlichkeit gegen Störungen den Ansprüchen entsprechen. Badezimmerwaagen sind für diese Arbeit nicht geeignet. Für die PMI-Arbeit werden immer häufiger Hängewaagen mit einem Maximalausschlag von 25 kg verwendet. Sie haben sich bestens bewährt, da sie relativ billig, sehr robust und langlebig sind und man mit einer einzigen Waage vom Säugling bis zum Vorschulkind alle Kinder wiegen kann. Das Wiegen an der Hängewaage geht schneller als auf Boden oder Tischwaagen.



Einfaches Wiegen an der Hängewaage



Messen mit Zollstock und Buch

KONTROLLE DER WAAGEN

Vor jedem Wiegevorgang muß überprüft werden, ob die Waage exakt auf Null steht und falls dies nicht der Fall ist, muß der Nullabgleich erfolgen. In regelmäßigen Abständen muß man die Anzeigegenauigkeit überprüfen, indem man die Waage mit geeichten Gewichten belastet und die Anzeige überprüft. Hat man keine geeigneten Gewichte zur Hand, kann man die Waage auch mit einem leichten Eimer belasten, dann den Nullausgleich durchführen und danach den Eimer mit entsprechenden Wassermengen füllen. Die Wiederholgenauigkeit ist ein wichtiges Kriterium für die Qualität einer Waage. Zeigt eine Waage, wenn man sie mit dem gleichen Gewicht mehrmals belastet verschiedene Werte an, so ist sie nicht wiederholgenau. Zumeist ist dann ihre Mechanik verdreht oder verschlissen. In jedem Fall muß man eine solche Waage reparieren lassen.

EINFACHES WIEGEN AN DER HÄNGEWAAGE

An der Hängewaage wiegt man Säuglinge am einfachsten in einem Netz, das an einem Ring befestigt ist. Das Netz kann man in Sekundenschnelle auswaschen. Für Kleinkinder dienen Höschen mit langen Trägern. Der Obrtrand muß bis fast unter die Achseln reichen, damit die Kinder nicht herauskippen. Ab dem dritten Lebensjahr lassen sich die Kinder gerne auf der Schaukel oder am Trapez wiegen, was die schnellste Methode darstellt. Die Kinder sollten nackt oder nur mit einer Unterhose bekleidet gewogen werden, um die Ergebnisse nicht durch das Gewicht der Kleidung zu verfälschen.

MESSEN IM STEHEN

Auf das Messen von Säuglingen im Liegen muß man in der Praxis eines MCH-Projekts häufig verzichten, benötigt man doch eine Messvorrichtung, welche auf Tangen Fußmärschen nicht mitgenommen werden kann.

Aber auch das Messen im Stehen ist nicht so einfach wie es scheint. Eine exakte Messung ist schwieriger als ein exaktes Wiegen. Ein Unterschied von nur einem Zentimeter kann einem Fehler beim Wiegen von 200 bis 300 g entsprechen.

chen.

Der Ort, an dem die Kinder gemessen werden, muß einen glatten Fußboden haben. Wo dies nicht gegeben ist, lässt man die Kinder lieber auf einer Bank oder einem Tisch stehen.

Häufig mögen es die Kinder nicht, wenn man sie zwingt sich genau vor eine Meßplatte oder vor eine Wallchart zu stellen. Sie verstehen nicht, wozu das Ganze dient und beginnen zu weinen. Für die Kinder ist somit das Messen mit einem Zollstock viel einfacher.

Die Haltung des Kindes hat erheblichen Einfluss. Die Knie müssen gestreckt sein und die Füße möglichst dicht beieinander stehen. Der Körper muß aufrecht stehen und der Kopf möglichst genau waagrecht gehalten werden. Ein senkrecht auf den Kopf gestelltes Buch garantiert den rechten Winkel und drückt das Haar zusammen. Man sollte den rechten Winkel nicht mit der Hand zu markieren versuchen, da ein Irrtum von einem Zentimeter schon zu erheblichen Änderungen der Resultate führt.

Wolfgang Bichmann, Pit Reitmaier

**Pflege frühgeborener Säuglinge unter Bedingungen der Dritten Welt.
Der menschliche Inkubator**

LERNZIELE:

Der Teilnehmer soll:

- Die individuelle Notwendigkeit der Anwendung von adaptierten Pflegeverfahren für frühgeborene Säuglinge erläutern können
- Die Vor- und Nachteile der Anwendung von Inkubatoren in Entwicklungsländern diskutieren und nennen können.
- Die Technik des menschlichen Inkubators kennen lernen und erläutern können.

ÜBUNG

FALLBEISPIEL

Sie sind der Arzt an einem westafrikanischen Krankenhaus. Dieses besitzt mehrere Inkubatoren, von denen nur einer funktioniert. Da seit gestern der

Strom ausgefallen ist, kann er auch nicht benutzt werden.

Am 16.08.82 kommt der Fahrer zu Ihnen wegen einer Unterschrift und erzählt nebenbei, daß vor einer halben Stunde in seiner Nachbarschaft ein winziges Kind geboren sei, häßlich wie ein Affe mit vielen Haaren auf dem Rücken und im Gesicht.

Frage: Unternehmen Sie etwas?

Abdels Mutter, Fatima, ist eine energische, magere 30-jährige Frau. Sie zieht ihre drei Kinder alleine, ohne Unterstützung durch den Vater, auf. Sie war regelmässig zur Schwangerenvorsorge gegangen. Im Schwangerschaftspaß findet sich zu jeder Untersuchung die Anmerkung "beschwerdefrei". In den letzten 3 Monaten hat Fatima 2,3 kg zugenommen.

Frage:

Welche Maßnahmen hätten im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge getroffen werden können zur Risikominderung?

Abdel Djassi wiegt 1200 g, die Haut ist dünn, rot, faltig und ohne Unterhautfettgewebe. An den Fusssohlen sind nur die Haupt-hautlinien zu erkennen, nicht die feineren Nebenlinien. Die Hoden tastet man beiderseits im Leistenkanal. An den Wangen und im oberen Bereich des Rückens finden sich reichlich Lanugohaare.

Fragen:

- Welche Grundelemente müssen gewährleistet sein für eine adäquate Pflege von Abdel Djassi?
- Wie können Sie die Pflege und Ernährung Abdel Djassis unter den gegebenen Bedingungen gewährleisten.
- Kann man Abdel Djassi ins Krankenhaus transportieren?
- Soll man Abdel Djassi ins Krankenhaus transportieren?

Aufgabe:

Studieren Sie die im Annex wiedergegebenen Literaturauszüge.

Erläutern Sie dem Plenum in 5 Minuten die Situation und die von Ihnen getroffenen Entscheidung mit Hilfe der Diapositive

Textmaterial für die Lehreinheit:

Frauen im Wandel

Kolumbien: Untergewichtige Säuglinge können gerettet werden. Aus: J.P. Grant, Zur Situation der Kinder in der Welt (UNICEF). Jugenddienst Verlag, Wuppertal 1984

Low Birth Weight. Aus G.J. Ebrahim, Care of the Newborn in Developing Countries.

Wenn trotz wirtschaftlich schwieriger Zeiten der Fortschritt für Kinder beschleunigt werden soll, dann muß der Kampf um mehr Mittel für Entwicklung mit der Suche nach Wegen verbunden werden, das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu verbessern. Vier solcher Wege wurden bereits behandelt. Aber jüngste Forschungsergebnisse in den Entwicklungsländern werfen auch ein Schlaglicht auf drei weitere Veränderungen. Sie sind tiefer greifend, deshalb schwieriger und teurer, doch von so hoher Bedeutung für Gesundheit und Wohlergehen der Kinder der Welt, daß sie ebenfalls zu den Maßnahmen gezählt werden müssen, die eine Revolution zugunsten der Kinder ermöglichen. Diese Veränderungen könnten so wirkungsvoll sein, daß ihre Einbindung in nationale Gesundheitsstrategien das Wohlergehen der Kinder erheblich erhöhen und Todesfälle und Behinderungen bei Kindern in zehn bis 15 Jahren um zwei Drittel vermindern könnte.

Alle drei Veränderungen setzen - auf sehr unterschiedliche Weise einen noch größeren Einfluß der Frauen voraus.

Förderung von nährstoffreicher Zusatznahrung

Einer der am wenigsten bekannten, aber folgenschwersten Faktoren der Säuglingssterblichkeit in Entwicklungsländern ist die Tatsache, daß die zehn bis fünfzehn Prozent der Kleinkinder, die mit Untergewicht (unter 2500 Gramm) geboren werden, 30 bis 40 Prozent aller Todesfälle im ersten Lebensjahr ausmachen. Mit anderen Worten: Untergewichtige Neugeborene sind annähernd dreimal mehr in Gefahr, im Säuglingsalter zu sterben. (Siehe Abb.) Für die Überlebenden ist Untergewicht erfahrungsgemäß mit längeren, häufigeren Krankheiten und mit geistiger wie körperlicher Beeinträchtigung verbunden.

Könnten die Fälle von Untergewicht verringert werden, wäre dies ein Durchbruch von enormer Bedeutung für das Überleben und die Gesundheit der Kinder.

In den Industrieländern sind untergewichtige Neugeborene für gewöhnlich Frühgeburten. In Entwicklungsländern aber wurden untergewichtige Säuglinge in der Regel voll ausgetragen. Der Grund für das niedrige Geburtsgewicht ist der, daß sie im Mutterleib nicht ausreichend ernährt wurden. Das wiederum liegt daran, daß die Mütter selbst während der Schwangerschaft unterernährt waren.

Es ist erstaunlich, daß es über ein Thema, das von so offenkundiger Bedeutung für die Gesundheit der Kinder - und der Frauen der Welt ist, so wenig Forschungsarbeiten gibt. Die einzige größere Studie über einen Versuch, Untergewicht zu verhindern - nämlich durch das Vermeiden von Mangelernährung im Mutterleib - hat aber gezeigt, daß dies möglich ist, und zwar zu relativ niedrigen Kosten. Damit ist eine weitere wirkungsvolle Waffe der Revolution zugunsten der Kinder in Reichweite.

Die Studie, die vom Institute of Nutrition of Central America and Panama (=NCAP) in vier Dörfern im Osten Guatemalas durchgeführt wurde, zeigte, daß nur wenige hundert Kalorien am Tag, die den Frauen in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft zusätzlich gegeben wurden, das Auftreten von Untergewicht bei Neugeborenen von über 30 Prozent auf nur vier oder fünf Prozent und damit verbundene Todesfälle um mehr als 50 Prozent verringern konnten. (Siehe Abb.)

Eine andere Studie in Indien hat gezeigt, daß das Geburtsgewicht durchschnittlich um entscheidende 300 Gramm angehoben werden kann, wenn Frauen in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft täglich zusätzlich 500 Kalorien und zehn Gramm Proteine erhalten. Eine ähnliche Untersuchung, ebenfalls in Indien, kam zu dem Schluß, daß Eisen, Vitamin B und zusätzliche Nahrung für schwangere Frauen die kostengünstigsten Einzelmaßnahmen waren, um Todesfälle bei Säuglingen kurz nach der Geburt zu verringern.

Obwohl wir hier über eine zusätzliche Ernährung der ärmsten Mütter sprechen - nicht über allgemeine Nahrungsmittelbeihilfen hat Zusatznahrung den Ruf, sehr teuer und wenig wirksam zu sein. Beide Vorbehalte rühren von Schwierigkeiten - und Kosten - her, solche zusätzlichen Nahrungsmittel auch tatsächlich jenen zuzuführen, die sie am meisten brauchen. In einem Fall in Kolumbien beispielsweise hat die Bereitstellung von 850 Kalorien zusätzlicher Nahrung pro Tag für schwangere Frauen nur einen Zuwachs von 130 Kalorien pro Tag erbracht, die sie tatsächlich mehr zu sich nahmen. Der Grund dafür war, daß ein Großteil der Zusatznahrung von anderen Familienmitgliedern konsumiert oder aber anstelle von Nahrungsmitteln verbraucht wurde, die normalerweise gekauft wurden. Geht man jedoch vom möglichen Nutzen aus, den Zusatznahrung für die Gesundheit notleidender Mütter und Kinder haben kann, dann sind diese Probleme nicht als unüberwindlich zu betrachten. Und wieder ist es die Verknüpfung von wissenschaftlichem und sozialem Fortschritt, die jetzt einen Weg nach vorn eröffnet.

Wissenschaftliche Forschung hat ihren Beitrag zur Kostensenkung geleistet, indem sie es ermöglichte, die Gefahr von Untergewicht bei der Geburt zu einem ziemlich frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft vorauszusagen. Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft weniger als 90 Prozent des normalen Gewichts aufweisen, oder einen oberen Armumfang von weniger als 23,5 cm haben, oder während der letzten drei Monate der Schwangerschaft keine 1,5 Kilogramm pro Monat zunehmen, oder über 35 Jahre alt sind, oder bereits vier oder mehr Schwangerschaften hinter sich haben, oder vorher schon einmal ein untergewichtiges Kind zur Welt gebracht haben, oder blutarm sind, oder die an Malaria leiden - sie alle waren Kandidatinnen für zusätzliche Ernährung, um ihre eigene Gesundheit zu verbessern und die Gefahr eines untergewichtigen Säuglings zu mindern.

Abb. 1.15 Auswirkung von Zusatz-Nahrung während der Schwangerschaft auf Geburtsgewicht, Guatemala, 1979

Prozentanteil von Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht (unter 2500 Gramm)

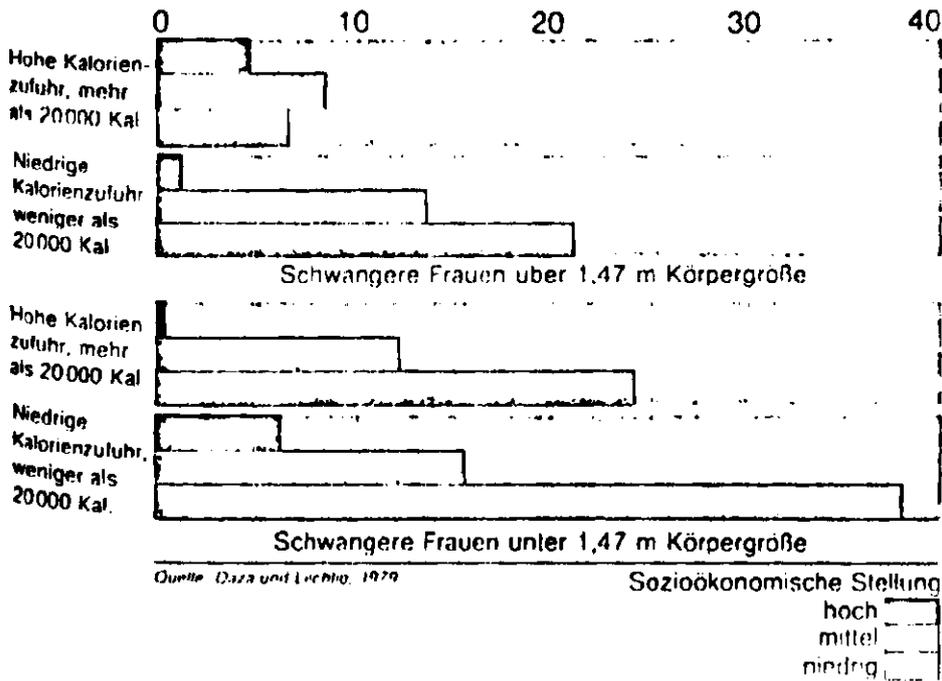
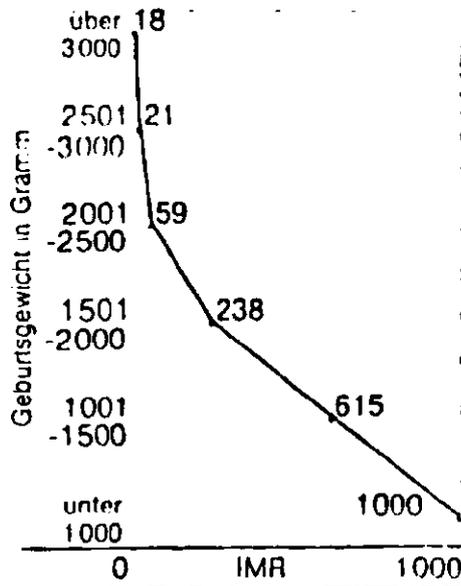


Abb. 1.16 Säuglingssterblichkeit und niedriges Geburtsgewicht



Anmerkung: Zahlen für Neu Delhi, Indien, 1969-1974

Quelle: Ghosh u.a., 1978

Sozialer Fortschritt - die steigende Zahl von einheimischen Entwicklungsorganisationen, von Gesundheitseinrichtungen, von lokalen Entwicklungshelfern, die zunehmende Alphabetisierung und neue Kommunikationsmöglichkeiten - kann dieses theoretische Wissen in praktischen Nutzen umsetzen. Ein einheimischer Entwicklungshelfer beispielsweise kann mit einem einfachen Maßband die gefährdetsten Frauen erkennen, wenn er ihren Oberarmumfang mißt. Wenn die Gemeinde selbst auch engagiert und informiert ist, dann werden die besonderen Bedürfnisse der sozial Schwächsten eher verstanden. Dann wird Zusatznahrung, die für sie zur Verfügung gestellt wurde, auch eher von ihnen verbraucht.

Darüber hinaus vermindert Zusatznahrung für die ärmsten Mütter während der Schwangerschaft nicht nur die Gefahr von untergewichtigen Säuglingen, sondern sie baut ein Energiepolster auf, das die Frau später braucht, um ihr Kind zu stillen, ohne ihre Körperkräfte zu erschöpfen. Wenn solche zusätzliche Ernährung gefährdeter Frauen im gleichen Umfange (etwa 500 bis 600 Kalorien pro Tag) auch nach der Geburt fortgesetzt wird, können Qualität und Quantität der Muttermilch über einen längeren Zeitraum hinweg erhalten werden. Damit aber wird der lebenswichtige Schutz ausgedehnt, den die Muttermilch für die Gesundheit und das Wachstum des Kindes in diesen wichtigen frühen Monaten bietet. (Mangel- und Fehlernährung der Mutter beeinträchtigen Stilldauer, Menge und Qualität der Muttermilch - und zwar in dieser Reihenfolge. Doch selbst für Säuglinge mit mangelhaft ernährten Müttern ist Muttermilch immer noch besser als jeder künstliche Ersatz. In Sri Lanka beispielsweise ergab eine Studie an vier bis acht Monate alten Säuglingen, die von unterernährten Müttern geboren worden waren, daß 76 Prozent der gestillten Säuglinge, aber nur 29 Prozent der künstlich ernährten Kinder 90 Prozent des für ihr Alter normalen Gewichts erreicht hatten.)

Schließlich kann es vorkommen, daß Zusatznahrung auch in der Zeit der Entwöhnung notwendig wird - eine Zeit, in der Millionen von Kindern in den Sog von Mangelernährung und Infektion geraten.

Für vielleicht ein Drittel oder mehr der Kinder in Entwicklungsländern ist der absolute Nahrungsmangel die Hauptursache von Mangel- und Fehlernährung. Für solche Kinder ist ein normales Wachstum fast unmöglich. Das Stillen kann sie in den ersten wenigen Monaten schützen. Orale Rehydrations-Therapie kann verhindern, daß sie an Gewicht verlieren oder an Flüssigkeitsver-

lust bei Durchfall sterben. Impfungen können sie vor einigen Infektionen bewahren. Wachstumstabellen können ihren Müttern anzeigen, daß etwas nicht in Ordnung ist. Gesundheitshelfer können Ratschläge erteilen, was zu tun ist. Wenn aber die Nahrung fehlt, die während der Entwöhnung nötig ist, können weder das Wachstum noch die Widerstandskraft erhalten werden, und Beeinträchtigungen der Entwicklung des Kindes sind unausweichlich. Für solche Haushalte sind daher zusätzliche Nahrungsmittel ein unverzichtbarer Teil jeder Strategie um das normale gesunde Wachstum der Kinder zu schützen.

Der Grund für den Mangel an Nahrung in einem Haushalt kann der Mangel an Geld für Nahrungsmittel sein. Es kann der Mangel an Boden sein, um Lebensmittel anzubauen. Oder es kann der Mangel an Mitteln sein, um den Boden ertragreicher zu machen. Die Lösung dieser Probleme wird vor allem Agrarreformen, Änderungen der Pachtsysteme, bessere Ausbildung und Kredite für Kleinbauern und wachsende Beschäftigungsmöglichkeiten für arme Menschen erfordern.

Bis dahin aber ist die Unterernährung so vieler Kinder in den entscheidenden Wachstumsjahren selbst eine der Kräfte, die die Entwicklung untergraben. Denn der Hunger setzt mit seiner Wirkung auf das Wachstum des einzelnen, eventuell auch auf die Kraft der gesamten Gemeinschaft, den Kreislauf von niedriger Energie, niedriger Produktivität, niedrigem Einkommen und niedrigeren Investitionen in Entwicklungsaufgaben der Gemeinschaft fort, was wieder zu einem schwachen Gesundheits- und Ernährungszustand führt. Und so geht es von Generation zu Generation weiter.

Irgendwo und irgendwie muß dieser Teufelskreis aufgebrochen werden. Ohne mit dem Druck auf fundamentale politische und wirtschaftliche Veränderungen nachzulassen, sind direkte Eingriffe erforderlich, um mehr Nahrung zu den Familien zu bringen, die sie jetzt am meisten brauchen.

Um zusätzliche Nahrungsmittel erschwinglich und kostengünstig zu machen, müssen sie auf jene Mütter und Kinder zugeschnitten sein, die sie am nötigsten brauchen. Und wieder sind es die Verbreitung einer elementaren Gesundheitsversorgung, der Gebrauch von Wachstumstabellen und das Engagement der Gemeinde hinsichtlich ihres Gesundheitswesens, die einen solchen "Zuschnitt" ermöglichen.

Beispielsweise ist es wichtig für die Gemeinde und die Familie zu wissen, daß ein heranwachsendes Kind doppelt soviel Protein und dreimal so viele Kalorien pro Kilo des Körpergewichts braucht wie ein Erwachsener. Es ist ebenso wichtig zu wissen, daß Mahlzeiten häufiger stattfinden müssen, da der Magen eines Kleinkindes kleiner ist.

In der Praxis ist es nicht annähernd so leicht, derartige Kenntnisse an die ärmsten Familien weiterzugeben, wie es sich vielleicht anhört. Bei einem Anteil von 70 bis 80 Prozent des Familieneinkommens, das für Essen ausgegeben wird, sind arme Mütter weniger auf den Nährwert als auf die Menge aus, die sie einkaufen. Vom Standpunkt eines Erwachsenen ist das unter den gegebenen Umständen meist das Richtige. Aber ein Kind kann einfach nicht so große Mengen der billigeren Lebensmittel mit wenig Protein wie etwa Kassava essen, um davon ausreichend Protein für sein Wachstum zu bekommen. Um dieselbe Menge Protein zu erhalten, die beispielsweise in einer Handvoll grüner Bohnen enthalten ist, müßte ein Kind die unmögliche Menge von 2,5 Kilogramm Kassava in sich hineinstopfen. Viele Versuche sind von Regierungen, internationalen Organisationen und Wirtschaftsunternehmen gemacht worden, um "Rezepte" zu entwickeln und auf den Markt zu bringen, die eine ausgewogene Entwöhnungskost bereitstellen, wie Kinder sie brauchen und die für die Mütter dennoch bezahlbar sind. Faffa in Äthiopien, Supramine in Algerien, Nutri-Nugget in Indien, Incaparina in Guatemala - alles zusammen sind es im Jahr etwa 86 000 Tonnen solcher Kost für Säuglinge, die in 78 verschiedenen Ländern hergestellt werden, Aber in fast allen Fällen haben sie sich als zu teuer erwiesen, um für die Ärmsten erschwinglich zu sein.

Ein Weg, der mehr verspricht, um diese Bedürfnisse zu befriedigen, ist wiederum der weit gestreute Einsatz von Gesundheitshelfern und Frauenorganisationen, die mit Gruppen von Müttern arbeiten, um erschwingliche Entwöhnungskost in den Gemeinden selbst herzustellen. Geschältes Gemüse und weiche Früchte, zerstampft oder zermahlen und mit der jeweiligen Getreideart vermischt, können die Kosten für Verpackung, Marketing, Transport und Lagerung vermeiden und sind dann für weniger als ein Fünftel der Kosten erhältlich, die für vorgefertigte Entwöhnungskost ausgegeben werden muß, selbst wenn sie subventioniert ist.

Dieser Ansatz hat vielfältige Vorteile. Er kann zum Beispiel mit der Hygi-

ene-Erziehung gekoppelt werden - und zu keiner Zeit ist die Sauberkeit, mit der Speisen zubereitet und gelagert werden, so wichtig wie in der Zeit der Entwöhnung.

Gleichzeitig kann auch der Gebrauch von Wachstumstabellen eingeführt werden - als Methode zur Ernährungserziehung und als Mittel, den Ernährungszustand der Kinder zu beobachten, damit rechtzeitig erkannt werden kann, welche Kinder besonders gefährdet sind und zusätzliche Nahrung benötigen.

Kolumbien:

Untergewichtige Säuglinge können gerettet werden

Das Normalgewicht eines Säuglings bei der Geburt liegt bei 3 Kilogramm. Alles was unter 2,5 kg liegt, wird als "Untergewicht" angesehen, und je niedriger das Gewicht, desto größer ist die Gefahr für die Gesundheit und das Leben des Kindes. So sterben zum Beispiel neun von zehn Säuglingen, die weniger als 1 kg bei der Geburt wogen, im ersten Monat. Schon mit nur 2 kg Gewicht sind die Überlebenschancen ungefähr zehnmal geringer als für normalgewichtige Babys.

Weltweit werden jedes Jahr mehr als 20 Millionen untergewichtige Säuglinge zur Welt gebracht, und fast ein Drittel von ihnen stirbt, bevor sie ein Jahr alt sind. Die Brutkästen und die Intensivpflege die oftmals nötig sind, um sie zu retten, gibt es nur in modernen Krankenhäusern und sind somit für die große Mehrzahl der untergewichtigen Säuglinge, die von sehr armen Müttern geboren werden, nicht erreichbar.

Jetzt bietet eine revolutionäre Technik, erstmals vom San Juan de Dios Hospital in Bogota entwickelt, lebensrettende "Intensivpflege" für alle unter-

gewichtigen Säuglinge, die sie brauchen, egal ob sie im Krankenhaus zur Welt kommen oder nicht. Die neue Technik braucht keine Technologie. Sie kostet nichts. Und sie basiert auf dem Stillen.

Unter der Leitung von Dr. Edgar Rey hat ein Team kolumbianischer Kinderärzte begonnen, neue Verfahren für untergewichtige Säuglinge im "Mutter-und Kind-Institut" des Krankenhauses einzuführen. Anstatt sie in Brutkästen zu legen, werden untergewichtige Säuglinge in engen Körperkontakt mit ihren Müttern gebracht sie werden unter der Bluse oder dem Pullover an der Brust "getragen". Dort wird die Körpertemperatur des Säuglings (die besonders bei sehr untergewichtigen Säuglingen von Bedeutung ist) vom Körper der Mutter reguliert. Und anstatt es in einer abgetrennten Säuglingsstation mit der Flasche zu füttern oder es aus dem Brutkasten zu nehmen und nur alle paar Stunden zu stillen (ein weiteres Problem bei untergewichtigen Säuglingen ist, daß sie oft zu schwach sind, um jeweils für längere Zeit zu saugen), kann der "getragene" Säugling in kleinen Portionen, so oft er will, gestillt werden.

Der Säugling hat somit alle die Vorteile, die das Stillen bieten kann - die beste Nahrung, Immunität vor Infektionen, keinen Durchfall, keine Verstopfung und die Zuwendung durch die Nähe zwischen Mutter und Kind. Wenn die Mutter nicht genug Milch hat, erhält der Säugling Guavensaft mit Zucker und Wasser - niemals aber einen kommerziellen Milchersatz.

Dann unternahm das kolumbianische Team einen noch unkonventionelleren Schritt. Solange der Säugling gesund ist, werden Mutter und Kind so bald wie möglich vom Krankenhaus nach Hause geschickt - ungeachtet des Gewichts des Säuglings.

Insgesamt gesehen waren die Ergebnisse sensationell. Bevor die neuen Techniken eingeführt wurden, starben alle Säuglinge, die weniger als 1 kg wogen. Heute werden drei Viertel von ihnen gerettet. Und für diejenigen die bei der Geburt zwischen 1 und 1,5 kg wogen, ist die Sterberate von 70 Prozent auf 10 Prozent gefallen.

Im Moment kommen die Erfahrungen, die man im "San Juan de Dios Hospital" gesammelt hat, nur wenigen Müttern zugute. Doch weil sie nicht auf teurer

Technologie basieren, sondern darauf, daß sie Mütter befähigen, Leben zu retten, ist es ein Durchbruch, der es ermöglicht, das Leben von Kindern aus den armen Gemeinden von Bogota und darüber hinaus zu retten.

Low Birth Weight

The normal newborn tends to weigh much less in developing countries compared with his counterpart in Western Europe. Thus, in Nigeria the average birth weight is reported as 3,090 g and in Gambia it is 2,835 g. In the same country there may be significant differences in birth weights in different regions depending upon the general standards of health and the socio-economic level of the community. Mothers from a higher social class who live in healthy surroundings and enjoy good health tend to produce heavier babies than those who come from a lower social class, have marginal nutrition and suffer chronic ill-health. In comparison of birth weights between two social classes, it was found that the mean birth weight in social class I was 3,290 g as compared with 2,950 g in social class IV.

In the unhygienic environments of many homes in tropical Africa, newborns, especially those with a low birth weight, are prone to a variety of infections. In an analysis of infant mortality in Madras it was found that 73 per cent of all deaths occurred in infants with birth weights of less than 2.0 kg. It would appear that whereas birth weight in an individual child may convey little in the form of prognosis, in any given community the

average birth weight serves as an index of the newborn's viability.

A large proportion of early neonatal deaths take place in low birth weight babies. In table 11.1, mortality figures from two large maternity centres are shown over a four-year period.

The level of 2,500 g in table 11.1 is the normally accepted criterion in Western Europe and North America. It has been the experience in many developing countries that babies weighing 2,500g or less often possess a full potential for growth and health and are viable. Hence a different criterion for low birth weight is necessary. Table 11.2 compares neonatal deaths with birth weights over a period of one year.

The mortality per cent increases from birth weight of 2,000 g downwards. Taking the mortality data alone it would appear that low birth weight per se contributes to the neonatal mortality from 2,00g and below, and that intensive care is necessary for this group.

Causes of Low Birth Weight

Antenatal care

Adequate antenatal care is by far the most important factor in the prevention of low birth weight. Besides the total number of antenatal visits made the quality of care is also important.

In one study of low birth weights it was found that from a group of mothers who gave birth to very small babies (1600 g and under), (26.5 per cent did not attend for antenatal care as compared with only 8 per cent in mothers who gave birth to babies weighing more than 1,600 g. It was also found that of all early deaths in the low birth weight babies, about a quarter take place amongst those whose mothers did not receive any antenatal care.

Socio-economic factors

Reference has already been made to the effects of nutrition and social class on birth weight. Women of the poorer classes not only suffer from chronic ill-health and under-nutrition but also have to continue to do manual labour in the fields until very late in pregnancy. The birth weights in these two classes are compared in table 11.3 (see also figure 11.1).

Parity and sex

The first born comprises a large proportion of the small babies (24.7 per cent in one series) and after the fourth pregnancy the risk of perinatal mortality is high.

Though there is a higher incidence of low birth weight amongst female babies, the overall mortality is higher among male infants.

Multiple pregnancy

In multiple pregnancies, the average birth weight is lower than normal but the infants are more mature than the birth weight would indicate.

Maternal illnesses

Common maternal illnesses which interfere with foetal growth are preeclamptic toxæmia, eclampsia, hypertension, and anaemia. The overall effect of these factors in the production of low birth is set out in table 11.4

The effect of malarial infection of the placenta on the birth weight of the infant has been mentioned previously.

Factors in the Prevention of Low Birth Weight

In most developing countries, facilities for the care of low birth weight babies are virtually non-existent, hence emphasis should be put on preventive programmes. Such a programme, built into the overall maternal and child

TABLE 11.1 Neonatal deaths in two centres in East Africa

<i>D DAR-ES-SALAAM, TANZANIA</i>				<i>KAMP. KAMPALA, UGANDA</i>			
<i>Total born</i>	<i>Total died</i>	<i>Deaths under 2,500 g</i>	<i>Mortality %</i>	<i>Total born</i>	<i>Total died</i>	<i>Deaths under 2,500 g</i>	<i>Mortality %</i>
5,476	128	95	74.2	4,093	108	76	70.3
6,841	146	93	63.7	7,001	146	78	53.4
8,456	180	131	72.7	8,696	164	103	62.8
10,778	153	146	95.4	10,460	208	144	69.2

TABLE 11.2 Neonatal deaths compared with birth weights

<i>Birth weight</i>	<i>Total born</i>	<i>Deaths</i>	<i>% Mortality</i>
2,270	503	5	1
2,050	299	15	6
1,800	184	13	7.1
1,600	100	25	25
1,360	68	33	49
1,127	21	15	71.4
900	15	14	93.3

TABLE 11.3 Birth weight according to social class*

<i>Class</i>	<i>Average birth weight (g)</i>	<i>% Born under 2,500 g</i>	<i>% Born under 2,050 g</i>
High social class	3,200	4	3
Low social class	2,950	13.8	4.9

* Figures from Ocean Road Maternity Hospital, Dar-es-Salaam (1966)

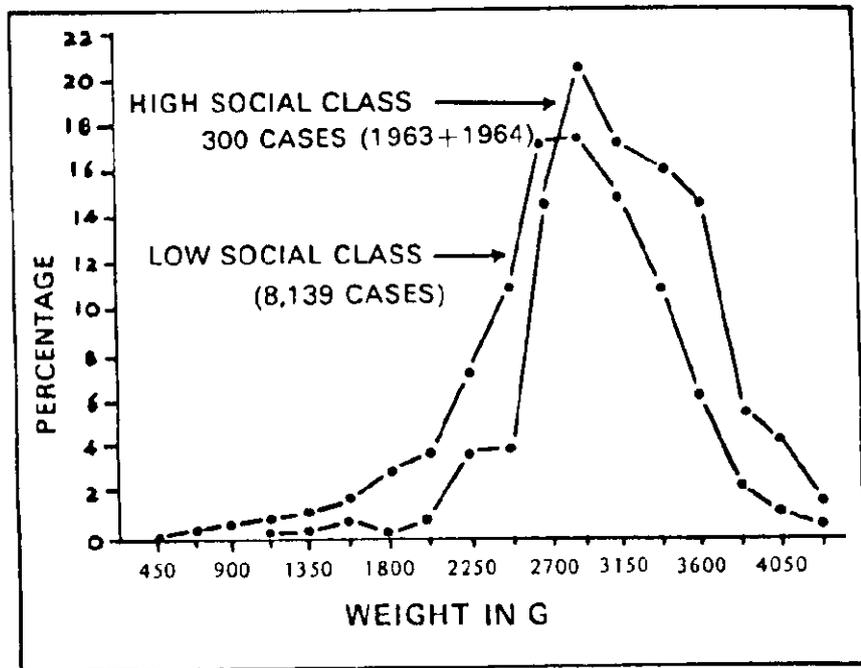


FIG. 11.1 Birth weight according to social class

TABLE 11.4 Effect of maternal illness on birth weight

Weight group (g)	Mothers attending for antenatal care %	Maternal illness in those attending for antenatal care %	Abnormal Labour %	Mortality %
900	33	100	Nil	93.3
1,127	33	100	24.9	71.4
1,360	69	38	11.8	49
1,600	64	34	17	25
1,800	66	40	1.6	7.1
2,050	67	37	18	6
2,270	67	26	13.3	1

TABLE 11.5 A guide to desirable room temperatures

Birth weight (kg)	Room temperature		
	29.5°C (85°F)	26.5°C (80°F)	24°C (75°F)
1.0	For 2 weeks →	After 2 weeks →	After 1 month
1.5	For 2 days →	After 2 days →	After 2 weeks
2.0	—	For 1 week →	After 1 week
3.0	—	For 1 day →	After 1 day

health programme of the country, will have two broad objectives.

(1) Improvement of the general health of the mother

Since the health of the mother cannot be separated from the general standard of health in the community of which she is a part, it is important to develop basic health facilities in the community with relevant emphasis on maternal and child health. A community which is better nourished, has an adequate socio-economic standard and from which chronic ill-health has been eliminated has a lower incidence of low birth weight.

(2) Improvement of the antenatal health of the mother

A health education programme is essential to stress the need for antenatal care and health supervision of the mother during pregnancy. Together with such a programme there should be an expansion of available services for the pregnant women with prenatal complications.

A well-balanced diet, early detection and treatment of anaemia, prevention of heavy malarial infection and chronic ill-health in the mother will help to decrease the incidence of low birth weight in the community.

Care of the Low Birth Weight Baby

The principles of care are based on the ordinary management of any newborn with certain modifications because of the special needs of the low birth weight baby.

- (1) Establishment and maintenance of respiration.
- (2) Maintenance of body heat.
- (3) Avoiding physical exhaustion.
- (4) Management of feeding.
- (5) Protection against infection.

To what extent these needs can be met will depend upon available staff and equipment.

The nursery

All low birth weight babies should be admitted to a separate nursery together with the mother who stays in an adjoining dormitory. The nursery should be situated in the maternity wing of the hospital as far away as possible from the general sick wards. Special full-time nursing staff should be assigned to the prematur nursery. The likelihood of bacterial infection is reduced if all relatives and visitors are excluded from the nursery and the coming and goings are reduced to a minimum.

Admission policy

- (1) All babies of low birth weight born in the hospital should be admitted to the nursery without delay.
- (2) All such babies born outside the hospital and less than 24 hours old should be kept in a separate room and given Inj. Penicillin and Streptomycin for three days. They should be sponged with Savlon solution (1 in 200) on entering the hospital and again on admission to the nursery.
- (3) All low birth weight babies born outside the hospital and more than 24 hours old should not be allowed into the nursery, but cared for in the side-room of a children's ward.

Warmth in the Nursery

The resting or basal heat production (B.M.R.) of the baby is low at birth and rises progressively during the first ten days of life. Heat production per unit surface area of the body remains less than that of the adult for nearly three months after birth, during which period it is important to conserve body warmth in the baby. Resting heat production per unit surface area is particularly low in babies of low birth weight. The insulation of the body against heat loss is only half of that in the adult male in the case of the full-term baby, and only a third in the case of a baby weighing 1 kg.

An effective way of conserving body temperature is by means of clothing. All small newborns should be well covered with a woollen vest, a towelling napkin, a long nightdress and swaddled with a flannel sheet with two layers

of cotton blanket. In such babies the body temperature will fluctuate very little, and then only gradually, with variations in the room temperature. Table 11.5 provides a guide to desirable room temperatures for a draught-free nursery.

Mortality rises if small babies are nursed in surroundings more than a degree or so below the temperature required to maintain body warmth. In most tropical countries environmental temperature is not a problem, and an ordinary electric wall heater with or without a steam kettle in a corner of the room is enough in the majority of cases. A room at 24=C provides neutral conditions for a full-term cot-nursed baby after the age of 2 days. A temperature of 30=C is necessary to provide comparable warmth for a 1 kg baby in the first few days of life.

Protection from Infection

All medical personnel with obvious upper respiratory tract infections should be excluded from the nursery.

Washing of hands before and after touching a baby, gown and mask technique, and scrupulous care during any handling of the baby are essential. These principles should also be impressed on the mothers who have to handle the babies during feeds.

Feeding

When the baby has recovered from the effects of labour, which varies in time between 2 to 6 hours, the first feed may be offered in the form of breast milk, or if not available, as 5 per cent glucose. The blood sugar tends to be lower in the low birth weight baby and early feeding will protect against hypoglycaemia. Except where the baby is grossly oedematous, prolonged starvation is not indicated.

Even very small babies can tolerate breast milk well and therefore dilution of feeds is not necessary. The possibility of introducing infection during dilution is greater than that of gastric upsets due to undiluted breast

milk.

It is more important to devote time and attention to the method of feeding than to any complicated formula. Where suckling and swallowing reflexes are present, the baby should be breast fed. Since the small baby tires easily, 15-30 g expressed breast milk should be given as a supplement by pipette after breast feeding. If the suckling reflex is not present, the baby should be fed by means of a naso-gastric tube with expressed breast milk (15g) at three hourly intervals. Depending upon the baby's growth and progress the quantity and method of feeding can be adjusted. As a rough guide, babies above 1.5 kg in weight are able to suckle and swallow; also those babies who have a well developed Moro reflex and supraciliary tap reflex are usually mature enough to be able to suckle and swallow.

Discharge from Hospital

Most low birth weight infants can be discharged when they are able to feed satisfactorily, show stable temperature control under normal room temperature, and have no clinical evidence of disease. Usually these criteria are fulfilled when the body weight is 1,800 g or higher. Hypothermia, especially during the winter months, and infection are the main hazards for such babies after they have been discharged. Regular supervision, in the form of home visiting, and parental education in the care of the small baby at home are important for the wellbeing of these infants.

Subsequent Progress

The low birth weight baby is prone to several complications for which a close watch should be maintained.

Respiratory distress syndrome - Irregular breathing and spells of apnoea are common in the low birth weight baby. There may also be early signs of lung complications or hypoglycaemia and therefore all such babies should be kept under close observation. Babies who have a respiratory rate of more than 50 per minute after the first hour of life need to be observed for this

complication.

Hypoglycaemia - Early detection and treatment of hypoglycaemia is essential because of its effect on the glucose-dependent central nervous system. The symptoms may be non-specific; thus colour changes and cyanosis, apnoea or irregular respiration refusal to feed, a high pitched or weak cry and jitteriness are more common than convulsions. Several of these signs occurring together should attract attention; the diagnosis is established by a blood sugar level of 20 mg/100 ml or less, and the response to intravenous glucose.

Once the diagnosis is established, therapy with intravenous glucose should be rapidly instituted. Oral glucose has little value since the hypoglycaemia is resistant and responds only to prolonged intravenous glucose, such as 10-15 per cent strength at the rate of 30 to 40 ml per 500 g body weight in 24 hours.

Necrotising enterocolitis - This is particularly common in small and pre-term infants, especially if the infant has also suffered from birth asphyxia, respiratory distress syndrome, apnoeic attacks, or jaundice. The symptoms indicate intestinal obstruction. In severe cases perforation of the ileum or the colon can occur leading to peritonitis, shock, generalised sepsis and death. Immediate action should involve gastric aspiration and intravenous fluids. If umbilical catheters are present they should be removed. Enterocolitis occurs at a time when the bowel is first being colonised by bacteria, and blood cultures are positive for a variety of faecal organisms. Appropriate antibiotics should be administered. These infants do not stand up to surgery well, but recovery is possible in many with conservative management, and an operation is necessary only if the bowel perforates.

Haemorrhage - The haemorrhagic tendency present in all newborns is more pronounced in the low birth weight baby. Sudden deaths due to intraventricular haemorrhage are often noted. Injection of vitamin K 1 mg should be routinely given to all low birth weight babies.

Jaundice - Physiological jaundice is more intense and more prolonged than in the case of normal newborns.

Anaemia - As growth proceeds the available iron stores may become rapidly utilised and anaemia may result. All low birth weight babies should be given oral iron routinely.

Aus:

G.J. Ebrahim: Care of the Newborn. In: Develop Countries, 1979

Pit Reitmaier

Ernährung von Säuglingen mit Muttermilchsubstituten unter Bedingungen der Dritten Welt

LERNZIELE:

Der Teilnehmer soll:

- Die individuelle Notwendigkeit der Anwendung von adaptierten Muttermilchsubstituten erläutern können
- Ökonomische Zusammenhänge zwischen Art der Muttermilchsubstitute und der Unterenährung darstellen können
- Fragen der ökonomischen, kulturellen, technischen und hygienischen Anpassung in Form eines systematischen Lösungsvorschlags diskutieren (am Beispiel des Kapverdianischen Milchmaßes)

ÜBUNG

FALLBEISPIEL

Maria Lopes ist 17 Jahre alt. Von ihrem Asehen und Verhalten her wirkt sie wie eine 15jährige. Sie wohnt in Cha de Feijoal und kommt am 14.06.82 zum ersten Mal mit ihren Zwillingen zur Sprechstunde der Mutter-Kind-Vorsorge nach Ribeira da Cruz, einem 1 1/2 Stunden von ihrem Wohnort entfernten Dorf. Die beiden Buben, Amilcar Joao und Joao Amilcar sind zu Hause am 02.05.82 geboren mit Hilfe einer Laienhebamme. Amilcar Joao wird uns als Fallbeispiel dienen.

Maria lebt in einem kleinen Häuschen neben dem ihrer Eltern. Der Vater der Kinder, Joao Baptista Morais (19 Jahre) kommt nur selten zu Besuch und hat offenbar wenig Interesse an den Buben. Er gibt Maria mitunter 200 Esc (DM 9.-) pro Monat.

Maria hatte als 15-jährige ein Mädchen namens Ana geboren, welches im Alter von sieben Tagen gestorben ist. Sie erklärt, Ana habe Krämpfe und "Fieber am Kopf" gehabt, woraus sie schließt, es sei die "Siebte-Tag-Krankheit" gewesen, die vor wenigen Jahren noch relativ häufig war.

Amilcar Joao ist ein gesunder Säugling, 2 800 g schwer und 51 cm lang. Er wird, wie Joao Amilcar auch, noch voll gestillt und trinkt auch einige der ungezählten traditionellen Tees.

Die Schwester erklärt ihr einige Besonderheiten der Ernährung und Pflege von Zwillingen und geht hierbei besonders auf Fragen der Ernährung ein. Maria solle vorerst beide Kinder weiterstillen. Auf den Kontrollkarten vermerkt sie, daß Maria am Ende der Sprechstunde Trockenmilch bekommen soll, obwohl die Buben nicht unterernährt sind.

Auf die Frage nach Familienplanung antwortet Maria, daß sie nichts brauche, da sie zur Zeit keinen Mann habe.

Die Mitarbeiter der mobilen Mutter- Kind-Vorsorge werden erst in 6 Wochen wieder nach Ribeira da Cruz kommen. Die Schwester bittet Maria nicht so lange bis zur nächsten Kontrolle zu warten und fordert sie auf, bereits am 01.07.82 in das 2 1/2 Stunden entfernte Norte zur Sprechstunde zu kommen. Wenn sie nicht beide Kinder mitbringen könne, solle sie auf jeden Fall den kleineren der beiden oder aber denjenigen mitbringen, welcher eventuell krank sei. Die eingesetzte Zeit scheint sich gelohnt zu haben. Sowohl die Schwester als auch Maria sind zufrieden mit diesem ersten Gespräch.

01.07.82 Norte: Joao Amilcar wiegt heute 2.800 g. Die Schwester untersucht Marias Brust und findet nur eine kleine, fast abgeheilte Schrunde an der lin-

ken Warze, die Maria auch schon keine Beschwerden mehr bereitet. Amilcar Joao sei zu Hause geblieben, es gehe ihm gut, eine jüngere Schwester von ihr passe auf ihn auf.

16.07.82 Ribeira da Cruz : Amilcar Joao ist gesund und wiegt 3 800 g. Maria berichtet, daß er jetzt beginne nachts zu weinen, weil ihre Milch nicht mehr ausreiche für zwei Kinder. Die Ziege der Familie ist unterernährt und gibt seit drei Wochen keine Milch mehr.

Frage: Wieviel Trockenmilch braucht Amilcar Joao pro Monat? Warum soll Maria dem kräftigeren und nicht dem schwächeren Zwilling zusätzlich Milch geben?

Frage: Wie kann Maria eine Milchnahrung für Amilcar Joao zubereiten, welche

- sie bezahlen kann ?
- hygienisch unbedenklich ist ?
- in der Zusammensetzung den Erfordernissen entspricht ?

Aufgabe : Diskutieren sie die obenstehenden Fragen, danach wenden Sie sich dem Text "Das kapverdianische Milchmaß" zu. Diskutieren Sie die folgenden Fragen:

- Halten Sie es für gerechtfertigt, ein technisches Hilfsmittel einzusetzen?
- inwieweit löst das Milchmaß das Problem ?
- Welche weiteren Maßnahmen schlagen sie vor?
- ist der Lösungsvorschlag übertragbar auf andere Länder und Situationen?

Berichten Sie dem Plenum mit Hilfe der beiliegenden Diapositive.

Pit Reitmaier

Delegado de Saude do Concelho Porto/Nuovo/Santo Antonio

DAS KAPVERDIANISCHE MILCHMAß

EIN MESSBECHER ZUR EINFACHEN UND BILLIGEN ZUBEREITUNG VON MILCHNAHRUNG FÜR SAUGLINGS

Die Stillgewohnheiten im ländlichen Raum Kapverdes sind sehr gut. 98% der Neugeborenen und 89% der Kinder am Ende des 12. Lebensmonats werden gestillt. Negative Einflüsse durch aggressive Werbung für künstliche Milchnahrung sind nicht gegeben, zumal seit der Unabhängigkeit (1975) jegliche Werbung für Arzneimittel und Babynahrung verboten ist.

Dessen ungeachtet gehört schwere Mangelernährung, hervorgerufen durch ungeeignete Muttermilchsubstitute noch immer zum klinischen Alltag. Zumeist sind es Tabu Vorstellungen, welche die Mütter ohne physiologische Notwendigkeit zum vorzeitigen Abstillen bewegen.

VORHANDENE MUTTERMILCHSUBSTITUTE

Zur Ernährung von nicht mehr gestillten Säuglingen werden üblicherweise eines oder mehrere der folgenden Muttermilchsubstitute herangezogen:

VOLLMILCHPULVER kommt in Metallbüchsen auf den Markt zu einem Preis von ca. 4.50 US \$/kg. Diesem Milchpulver wird von der Bevölkerung ein hoher ideeller Gesundheitswert zugesprochen.

HALBFETTES MILCHPULVER, welches als Nahrungsmittelhilfe vorwiegend aus den USA und der EG eingeführt wird, wird sowohl vom Mutter-Kind- Projekt, von Schulkantinen, als auch von anderen Projekten verteilt und außerdem auf dem Markt für ca. 0,50 US \$/kg angeboten. Es ist in Papiersäcke ähnlich wie Zement verpackt und der ideelle Gesundheitswert wird niedrig veranschlagt.

ZIEGENMILCH wird wegen der anhaltenden Dürre nur unregelmässig und in geringer Menge produziert, so daß sie mitunter monatelang nicht auf dem Markt erscheint. Der Preis liegt mit 0,80 US \$/kg sehr hoch. Von den Müttern wird Ziegenmilch als Zusatznahrung für Säuglinge geschätzt. Die bei ausschließlicher Ernährung mit Ziegenmilch auftretende Folsäuremangelanämie ist traditionell bekannt.

ÖKONOMISCHE BELASTUNG

Für die ärmeren Bevölkerungsschichten stellt die Ernährung eines Säuglings mit Muttermilchsubstituten eine erhebliche, zumeist untragbare finanzielle Belastung dar.

Schätzt man den Bedarf eines normalgewichtigen Säuglings im ersten Lebensjahr auf 66 kg Trockenmilchpulver bzw 460 l frischer Ziegenmilch, so ergibt sich ein Finanzbedarf von:

350 US\$	bei Anwendung von Ziegenmilch
300 US\$	bei Anwendung von Vollmilchpulver
33 US\$	bei Anwendung von halbfettem Milchpulver

Das durchschnittliche Jahreseinkommen einer Arbeiterin beträgt 300 US\$.

ZIELSETZUNG

Da es häufig zu beobachten war, daß Versuche, Säuglinge mit häuslichen Zubereitungen von Muttermilchsubstituten zu ernähren, nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus hygienischen Gründen fehlschlügen, war von einer verbesserten Methode zu fordern:

- * daß der Preis 15% des durchschnittlichen Arbeitereinkommens nicht überschreitet,
- * daß die Menge, welche mindestens zubereitet werden muß, die Einzeltrinkmenge eines jungen Säuglings (60- 120 ccm) nicht übersteigt um eine Vermehrung von Keimen in der Milch durch Konservieren zu vermeiden,
- * daß eine hygienisch einwandfreie Zubereitung auch in einer afrikanischen "Drei-Steine-Küche" gewährleistet werden kann,
- * daß die Zusammensetzung aus Kohlehydraten, Proteinen, Fetten und Mineralien den Bedürfnissen der Altersgruppe bestmöglich angepaßt ist,
- * daß die Zubereitung einer speziellen Milchdiät für unterernährte Säuglinge ebenfalls möglich ist.

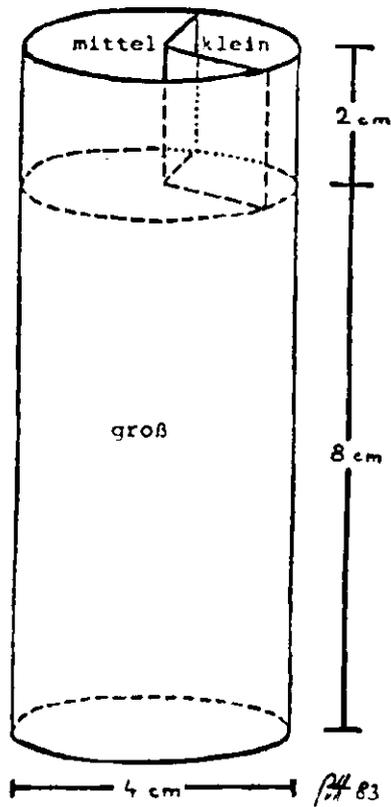
DAS MILCHMASS

Das Maß besteht aus drei verschiedenen Volumina. Es wird von einheimischen Handwerkern aus drei Blechteilen zusammengelötet, welche zumeist aus alten Lebensmitteldosen herausgeschnitten werden.

In einen Zylinder von 10 cm Höhe und einem Durchmesser von 4 cm wird im Abstand von 2 cm vom oberen Rand ein Boden eingelötet. In den flacheren Teil des Zylinders wird danach ein in der Mitte rechtwinklig geknicktes 4 x 2 cm großes Unterteilungsblech eingelötet, welches den flachen Zylinderteil im Verhältnis 1/4 zu 3/4 unterteilt.

Der Einfachheit halber werden die Volumina als "klein", "mittel", und "groß" bezeichnet. Eine Stichprobe von 10 Mäßen, wie sie von einem kapverdianischen Klempner nach einem Karton-Modell gefertigt wurden, zeigt tolerierbare Abweichungen der Volumina.

ZUBEREITUNG



Das Milchmaß

** TAB 1 *****

Volumen/ccm	"klein"	"mittel"	"groß"
theoretisch	6,3	18,8	100 ccm
Stichprobe	6,3 ± 0,2	18,6 ± 0,7	97,6 ± 3,0

```

** Tab 2 *****
*
*           R E Z E P T E
*
*****
*
*           FÜR    NORMAL GENÄHRTE SÄUGLINGE
* N 1
*   1   kleines   Volumen   Zucker
*   1   mittleres Volumen   halbfettes Milchpulver
*  1/2  kleines   Volumen   Speiseöl
*   1   grosses   Volumen   abgekochtes Wasser
*
*           oder
* N 2
*   1   kleines   Volumen   Zucker
*   1   mittleres Volumen   Vollmilchpulver
*   1   grosses   Volumen   abgekochtes Wasser
*
*****
*
*           FÜR    UNTERERNÄHRTE SÄUGLINGE
* U 1
*   1   kleines   Volumen   Zucker
*   1   mittleres Volumen   halbfettes Milchpulver
*   1   kleines   Volumen   Speiseöl
*   1   grosses   Volumen   abgekochtes Wasser
*
*           oder
* U 2
*   1   kleines   Volumen   Zucker
*   1   mittleres Volumen   Vollmilchpulver
*  1/2  kleines   Volumen   Speiseöl
*   1   grosses   Volumen   abgekochtes Wasser
*
*****

```

** Tab 3 *****
 *
 * ZUSAMMENSETZUNG DER MILCHNAHRUNG *
 *

 *
 * Mutter Kuh ---- Rezept ---- *
 * milch milch N1 N2 U1 U2 *
 * Substanz *
 * Proteine g/l 12 33 26 23 26 23 *
 * Kohlenhydr. g/l 70 48 88 85 86 84 *
 * Fette g/l 38 37 29 23 52 49 *
 * Mineralien g/l 2.1 7.2 6.6 6.0 6.4 6.0 *
 * Energie Kal/l 710 700 770 700 980 950 *
 *

Substanz	Mutter milch	Kuh milch	---- N1	Rezept N2	---- U1	---- U2
Proteine g/l	12	33	26	23	26	23
Kohlenhydr. g/l	70	48	88	85	86	84
Fette g/l	38	37	29	23	52	49
Mineralien g/l	2.1	7.2	6.6	6.0	6.4	6.0
Energie Kal/l	710	700	770	700	980	950

Man reinige einen Topf mit Deckel, das Milchmaß, einen Suppenlöffel und einen Becher aus hitzebeständigem Material. Danach koche man Becher, Milchmaß und Löffel mindestens 5 Minuten mit wenig Wasser bei geschlossenem Deckel. Wo Energie knapp ist, verwende man das so abgekochte Wasser weiter. Entsprechend den Rezepten in Tab. 2 verrühre man zuerst Milchpulver und Zucker trocken, gebe dann das Speiseöl hinzu und warte, bis dieses in der Mischung verschwunden ist. Schließlich gebe man unter ständigem kräftigem Rühren das abgekochte Wasser langsam hinzu, wodurch zuerst eine breiartige Masse entsteht, die klumpenfrei gerührt sein muß vor der Zugabe weiteren Wassers.

Falls Klumpen auftreten, wurde das Wasser zu rasch zugesetzt. Treten Fettaugen auf der fertigen Milch auf, so wurde nicht genügend gewartet nach dem Zusetzen des Öls. Beides ist nicht zu tolerieren, da es bei jüngeren Säuglingen zu Verdauungsbeschwerden führen kann.

ZUSAMMENSETZUNG DER WICHTIGSTEN NAHRUNGSBESTANDTEILE

Unter Anwendung der Rezepte aus Tab. 2 ergeben sich die in Tab. 3 aufgeführten Zusammensetzungen. Zum Vergleich sind reife Muttermilch und Kuhmilch mit aufgeführt. Ziegenmilch unterscheidet sich nicht wesentlich von Kuhmilch.

PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN

Das Milchmaß wird seit 1981 auf der Insel Santo Antao und seit 1982 auch auf anderen Inseln Kapverdes angewendet. Die Akzeptanz der Mütter ist gut. Auch sind sie in der Lage die Milchnahrung einwandfrei zuzubereiten, wenn ihnen dies in der häuslichen Praxis, anlässlich von Hausbesuchen, mehrmals gezeigt wurde.

Der Bedarf an Mäbchen ist gering und stieg auch nicht an. In Porto Novo, wo mit der Methode am längsten und intensivsten gearbeitet wird, werden etwa 40 Mäbchen pro 1000 Lebendgeborene benötigt. Da sich Mütter bei vorzeitigem

Abstillen zumeist in einer psychisch und finanziell angespannten Situation befinden, wurde beschlossen, die Mäbchen kostenlos abzugeben.

Versuche, eine Milchnahrung für Säuglinge mit Durchfall zu entwickeln durch Mischung einer Rehydratationslösung mit der Milch haben sich in der Praxis nicht bewährt. Es erwies sich als günstiger, diesen Kindern zuerst Reiswasser oder ORF zu verabreichen und nach einer Pause von 5-10 Minuten "normale" Milch (Rezepte N1 oder N2) nachzufüttern. Erbrechen trat auch nach Gaben verdünnter Milchnahrung häufiger und in grösserer Menge auf als nach Reiswassergabe.

Im Hospitalbereich wurde das Milchmass ebenfalls eingeführt. Als wesentliche Gründe galten hierbei die möglichen Einsparungen bei Verwendung von halbfettem Milchpulver, sowie die Forderung nach einer einheitlichen Empfehlung innerhalb und ausserhalb des Hospitals.

ZUSAMMENFASSUNG

Für die Zubereitung von Milchnahrung für Säuglinge wurde ein dreivolumiges Milchmass aus Metall entwickelt. Es erlaubt extrem preisgünstige Milchnahrungen aus Zucker, Speiseöl und Trockenmilchpulver herzustellen. Die Methode ist den Bedingungen in primitiven Küchen angepaßt.

Wolfgang Bichmann

Die pathologische Geburt unter einfachen Bedingungen
Die Symphysiotomie - eine angepaßte chirurgische Intervention
bei cephalopelviner Disproportion (CPD)

- Lernziele: Der Teilnehmer soll als Ergänzung seiner bereits vorhandenen Kenntnisse über die normale und pathologische Geburt
- die Indikation zur Symphysiotomie stellen lernen
 - sich mit der Technik der Symphysiotomie vertraut machen
 - den Vakuumextraktor mit Handpumpenbetrieb kennenlernen
 - die Probleme der Kaiserschnitt-Indikation in Gebieten ohne flächendeckende geburtshilflich-klinische Gesundheitsversorgung verstehen lernen.

Übung

Fallbeispiel:

Sie arbeiten in einem ländlichen Krankenhaus in Westafrika mit einem Zuständigkeitsbereich von 3.000 qkm mit 40.000 Einwohner. Das Krankenhaus hat eine Entbindungsabteilung mit 12 Betten und eine jährliche Entbindungsferquenz von 350 Geburten. Die Frauen des Ortes kommen nahezu sämtlich zur Entbindung

ins Krankenhaus, die der umliegenden Orte meist nur, wenn sich Komplikationen einstellen. Dementsprechend ist die Zahl der Frauen, die regelmäßig zur Schwangerenvorsorgeuntersuchung kommen mehr als doppelt so groß wie die der Frauen, die im Krankenhaus entbinden. Die Rate komplizierter Entbindungen ist mit 12% hoch! (Frauen aus umliegenden Orten inbegriffen!)

Das Krankenhaus verfügt über keinen Operationssaal und keinen Strom. Beleuchtung erfolgt mit Petroleumlampen, bei Bedarf mit Gaslampen oder Taschenlampen.

Das nächste Krankenhaus mit chirurgischer und operativ-geburtshilflicher Abteilung ist 120 km über sehr schlechte Pisten entfernt.

1.2.1982: Die Entbindungsstation ist mit 5 Patientinnen belegt.

Um 9.00 Uhr war Frau B. in Begleitung ihrer Mutter zur Aufnahme gekommen: Primipara, 17 Jahre, 155 cm groß, zierlich. Unregelmäßige Wehen seit 5.00 Uhr morgens.

Die Hebamme notiert bei der Aufnahmeuntersuchung:

Herztöne: regelmäßig, Muttermund: 1 cm, Blase steht, keine Wehen, Kindskopf frei beweglich über Beckeneingang

12.00 Uhr: Kontraktionen alle 15 Minuten

14.00 Uhr: Kontraktionen alle 5 Minuten, schwach

Muttermund 3 cm, Blase steht, Kopf schwer beweglich im Beckeneingang

16.00 Uhr: Kontraktionen alle 5 Minuten, kräftig

Muttermund 4 cm, straff, Blasensprengung

17.00 Uhr: Kontraktionen alle 5 Minuten, kräftig, schmerzhaft

Muttermund 5cm, weich, Kopf fest im Beckeneingang

18.00 Uhr: dito

19.00 Uhr: Frau erschöpft, Kontraktionen alle 10 Minuten

Muttermund 6 cm, weich, Herztöne regelmäßig, Kopf nicht tiefergetreten. 1 Amp. Oxytocin i.m.

20.00 Uhr: Muttermund 7 cm, weich, Kontraktionen alle 5 Minuten, schmerzhaft, Kopf fest im Beckeneingang

Um 20.30 Uhr werden Sie wegen ausbleibendem Geburtsfortschritt in die Entbindungsabteilung gerufen. Bei der körperlichen Untersuchung stellen Sie mittels 4. Leopold'schem Handgriff fest, daß ein mäßiges Mißverhältnis zwischen Kindskopf und Becken (CPD) vorliegt: Der Kopf ist auf derselben Ebene wie die Symphyse tastbar.

- Fragen:
- War die Überwachung des Geburtsfortschritts zufriedenstellend? Was hätten Sie von der Hebamme erwartet?
 - Waren die therapeutischen Eingriffe der Hebamme indiziert, was hätten Sie gemacht?
 - Welche Fragen erheben sich bezüglich des weiteren Vorgehens: welche Möglichkeiten einer für Kind und Mutter schonenden Entbindung sehen Sie?
 - Wie gehen Sie in den nächsten 2 Stunden in der Entbindungsabteilung vor?
 - Welche Konsequenzen ziehen Sie aus diesem Fall für Unterweisung, Information und Verhaltensanweisungen an die Mitarbeiterinnen in der Entbindungsabteilung?

- Aufgaben:
1. Arbeiten Sie in Kleingruppen beigefügte Literatur durch.
 2. Diskutieren Sie die Fragen und notieren Sie die Ergebnisse auf der Grundlage Ihres gegenwärtigen geburtshilflichen Kenntnisstands und unter Verwendung der Informationen aus beigefügter Literatur.
 3. Bereiten Sie eine Plenumsvorstellung von
 - a) dem Fall
 - b) der Methode der Symphysiotomie unter Verwendung von Dias und Demonstration(smitteln) vor.

Textmaterial für die 4. Lehreinheit:

Geburtshilfe unter einfachen Bedingungen. Enges Becken und Mißverhältnis.
aus: P. Hegenscheidt, Geburtshilfe unter einfachen Bedingungen. In:
Diesfeld, Wolter (Hrsg.), Medizin in Entwicklungsländern, Frankfurt 1884

Vakuumentextraktion.

aus: M. King, Medical Care in Developing Countries. Oxford University Press,
1966

Symphysiotomy.

aus: Lawson, Steward, Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries. 1967

R. R. Trussel, Symphysiotomy

aus: M. King, Medical Care in Developing Countries. Oxford University Press,
1966

R. R. Trussel, Maternity Care. Techniques. The Vacuum Extractor.

aus: M. King, Medical Care in Developing Countries. Oxford University Press,
1966

P. Heyerscheidt

Enges Becken und Mißverhältnis

Das knöcherne Becken der Afrikanerin ist meist enger und steiler als das der Europäerin.

- > Zeitmarke "Fundus am Nabel" entspricht der 20. (22.) SSW
- > das Köpfchen steht selbst unter der Geburt noch lange hoch, ist lange und gut abdominal palpabel und dient gut zur Beurteilung des Geburtsfortschritts.

Bei Verdacht auf ein Mißverhältnis zwischen Becken und kindlichem Kopf ist die anatomische Beurteilung des knöchernen Beckens unsicher und unzureichend. Dennoch können folgende Parameter zur Erfassung der geburthilflichen Situation beitragen:

- | | |
|---------------------|---|
| Promontorium | - erreichbar? |
| Kreuzbeinhöhle | - gut ausgeformt? gerade? (nur rektal richtig zu beurteilen!) |
| Distantia spinarum | - Spinae weit vorspringend? |
| Symphysenhinterwand | - winkelig? Exostose? |
| Schambeinwinkel | - sollte 2 Finger gut aufnehmen! |

Sitzbeinhöcker	- 4 Knöchel müssen dazwischen passen!
Michaelis'sche Raute/ äußere Beckenmessung	- veraltet und nicht mehr benutzt
Körpergröße	- unter 150 cm Verdacht auf Mißverhältnis!
Röntgenbild sub partu	- nach Guthman = seitlich im Stehen > Conj. vera leicht indirekt meßbar

Jedoch besitzen wir eine sehr gute Möglichkeit, die Gesamtsituation zu beurteilen, und zwar funktionell durch die Beobachtung des Geburtsverlaufs. Die einzig entscheidende Frage ist ja:

Geht DIESER Kopf bei DIESEN Wehen durch DIESES Becken?

Beantwortet wird diese Frage durch den Geburtsfortschritt/Zeiteinheit. D.h. man läßt die Geburt einfach laufen, aber beobachtet sie gut nach bestimmten Kriterien. Solange der Verlauf den normalen Kriterien entspricht, ist ein Mißverhältnis nicht zu erwarten.

Dieser "Trial of Labour" (Probegeburt) ist möglich und zweckmäßig

- > bei jeder I-Para mit Schädel lage, wenn sonst alles normal ist
- > solange es Kind und Mutter gut geht
- > überall; wenn nur das Krankenhaus, in dem die Geburt notfalls operativ beendet werden kann, innerhalb von 4 Stunden erreichbar ist.

Die Kriterien für die Verlaufsbeobachtung solch eines Trial of Labour sind systematisiert im Partogramm.

Dies ist eine zusammenfassende graphische Darstellung des Geburtsverlaufs. Die Geburtsdynamik wird voll erfaßt. Das Formular dient gleichzeitig zur Dokumentation, aber die Grundidee ist nicht an das Formular gebunden. Erfaßt werden

Parameter des Geburtsfortschritts:

1. Zervix:

In der aktiven Phase der Geburt (MM 4 cm, gute Wehen) muß die Zervixdilatation mindestens 1 cm/h betragen, wenn der Geburtsfortschritt normal sein soll. Öffnet sich der MM langsamer, dann ist irgendetwas nicht in Ordnung:

- Wehenschwäche?
- Mißverhältnis?
- Einstellungsanomalie?
- zervikale Dystokie?

In solchen Fällen kann die Diagnostik schwierig sein und gehört in die Hand des Arztes und das Management in Krankenhaus.

Durch eine Achtung- und eine Aktionslinie wird der Hebamme vorgeschrieben, wann sie den trial of labour abbrechen und die Kreißende einweisen muß. Sie kann nicht erkennen, was, aber sie erkennt, daß etwas nicht normal läuft und verzögert die dann notwendige Einweisung nicht.

Zervixdilatation < 1cm/h → Einweisung!

2. Tiefertreten des Köpfchens:

Die abdominale Palpation (3. und 4. Leopold'sche Handgriffe) ist zuverlässiger als die vaginale und wird in Fünfteln angegeben. Ggfs. entscheiden diese auch, welche operative Methode der Geburtsbeendigung in Frage kommt.

3. Wehen:

Ihre Dauer ist zuverlässiger meßbar als ihre Stärke. Anzahl und Dauer pro 10'-Einheit werden registriert.

Parameter für das Befinden von Kind und Mutter:

4. Kindliche HT:

Frühe, späte und irreguläre Dezelerationen zu unterscheiden hat uns das CTG gelehrt, aber erfassen können wir sie jetzt mit dem Fetoskop allein!

5. Mekonium

6. Konfiguration des Köpfchens:

wichtiges Zeichen für fetal distress bei der protrahierten Geburt: Die

K
i
n
d

Scheitelbeinränder sind übereinander geschoben.

7. RR:

nur relevant bei Blutung
Rückenlage-Schock-Syndrom
EPH-Gestose

8. Temperatur:

4-stündlich, besonders bei protrahierter Geburt

9. Puls:

Tachycardie ab 110 weist auf Gefahr hin:
Infektion? Exsiccose? Schock?

10. Ketonurie:

bei protrahierter Geburt bedeutet Exsiccose und Hypoglykämie → 2 - 3 -
4 - 1 Ringer- und Glukoselösung infundieren! Tropisches Klima!

11. Wehenschwäche:

frühestes Zeichen für die Erschöpfung der Mutter. Zuckerlösung oft gutes Wehenmittel!

Mutter

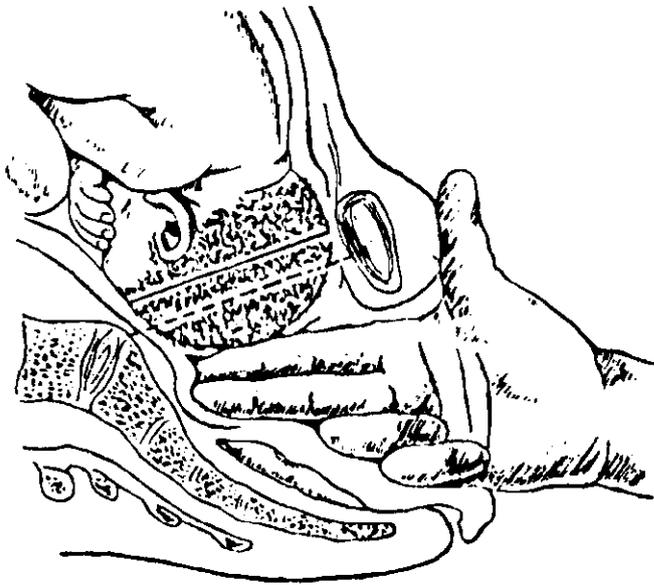


Fig. 72

Der Kopf ist dem Becken aufgesetzt. Bei vaginaler Untersuchung erreichen die Fingerspitzen das Promontorium, weil der größte Durchmesser des Kopfes noch über der oberen Schoßfugenrandebene steht.

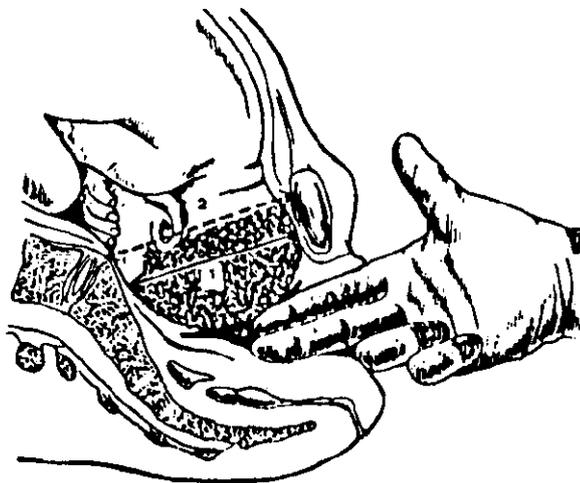


Fig. 73

Der Kopf steht fest im Beckeneingang. Bei der vaginalen Untersuchung erreichen die Finger nicht mehr das Promontorium. Der größte Durchmesser hat die untere Schoßfugenrandebene überschritten.

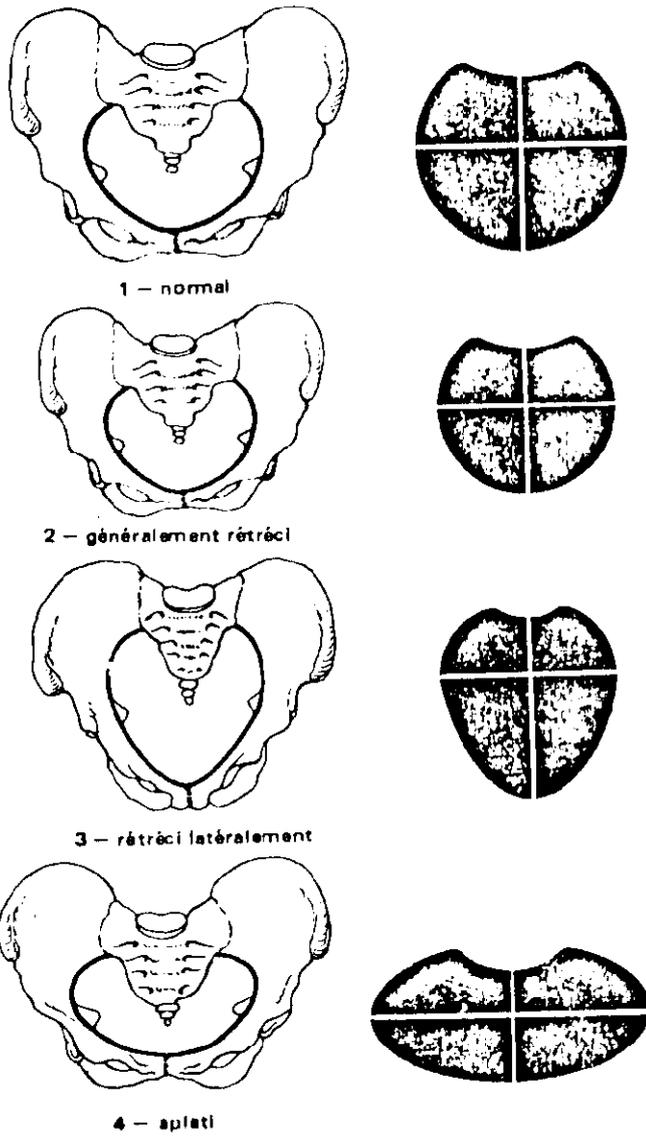
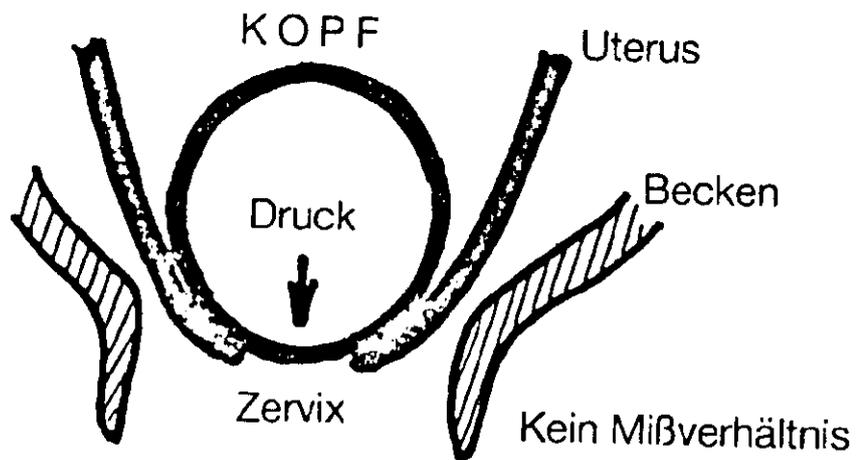
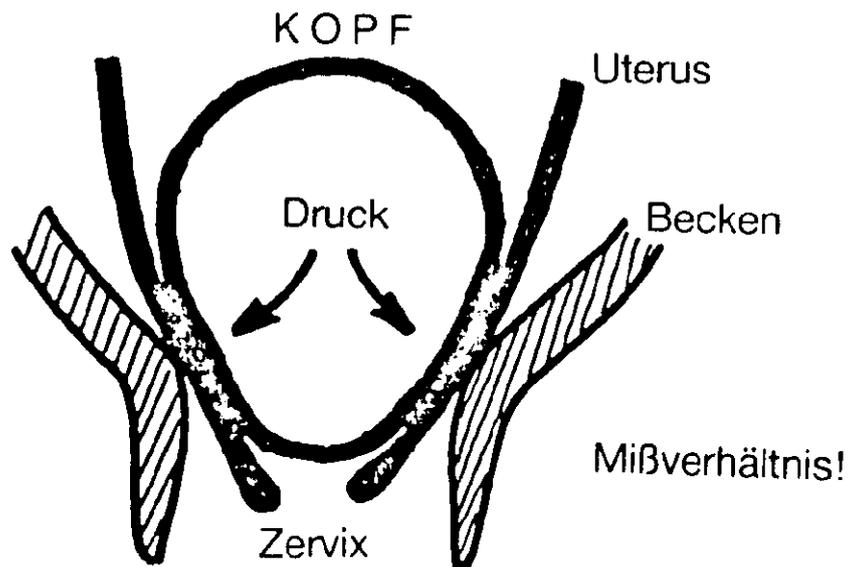


Fig. 104

Enge Becken. 1: normales Becken, 2: allgemein (gleichmäßig) verengtes Becken, 3: langes Becken, 4: das platte oder gradverengte Becken.



Kontraktion → Zervix straff
 → Dilatation > 1 cm/h



Kontraktion → Zervix locker
 → Dilatation < 1 cm/h

Anpassung des Kopfes durch Vorderscheitelbeineinstellung und Übereinanderschieben der Scheitelbeine.

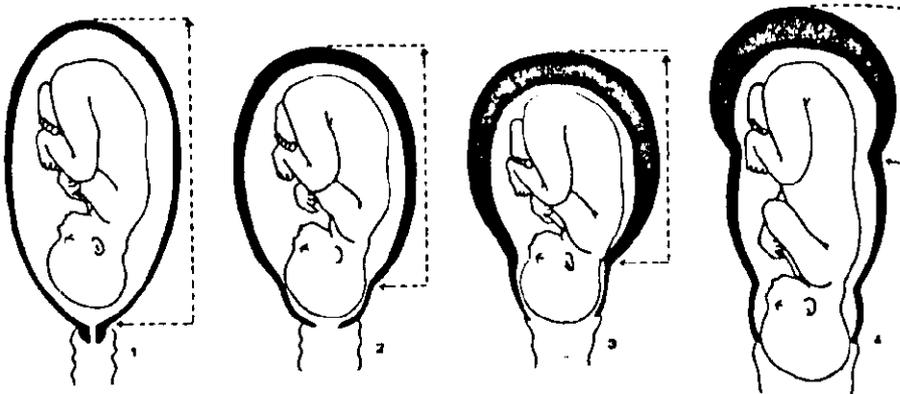
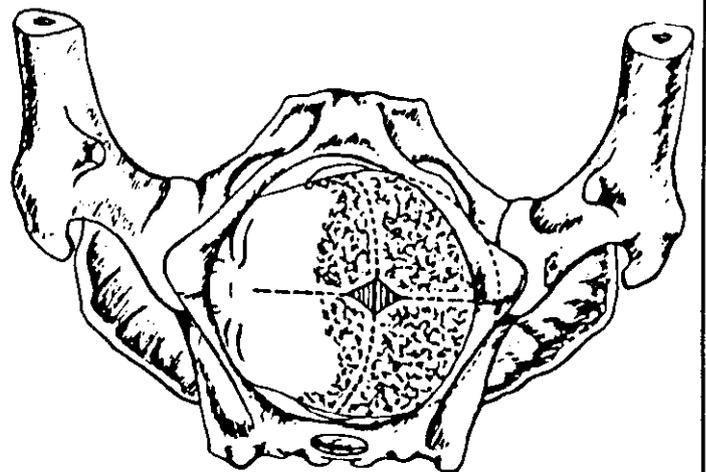
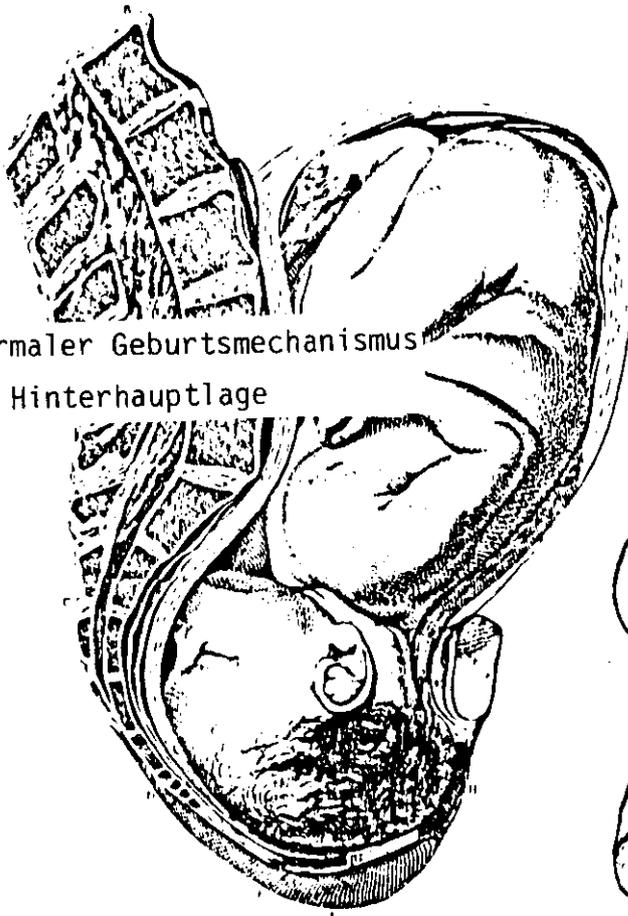


Fig. 126

Die Uterussegmente während der Austreibungsphase. 1: Vor Wehenbeginn: geschlossener Muttermund, unterer Teil des Uterus am dünnsten, keine Unterscheidung zwischen aktiven und passiven Uterussegmenten möglich. 2: Während der Austreibungsphase: Das obere Segment (aktiv) ist dicker und verkürzt, der Muttermund weicht und öffnet sich. 3: Ende der Austreibungsphase: Das aktive Uterinsegment ist verdickt und verkürzt, das passive Segment ist maximal geweitet, der Muttermund komplett. 4: Stadium der Präruptur: Die Verkürzung des oberen Uterinsegmentes hat sich exzessiv eingestellt, das untere Segment ist ausgedehnt und verdünnt und droht jeden Moment zu reißen (Hochsteigen des Retraktionsringes).

Fig. 121
Stirnlage

Normaler Geburtsmechanismus
in Hinterhauptlage



Verschleppte Geburt

Caput succedaneum = Uhr des Geburtshelfers! (Pschyrembel)

Eine protrahierte Geburt kann folgende Probleme mit sich bringen:

Aufsteigende Infektion

Daher sollte keine Geburt länger dauern als 24 Stunden nach Blasensprung

> Geburtsbeendigung, Antibiotika

Drohende intrauterine Asphyxie (fetal distress)

Klinische Zeichen: HT-Alterationen (Bradykardie, irreguläre und späte Dezelerationen (auch ohne CTG erkennbar!))

Mekonium

Konfiguration der Scheitelbeinschuppen

- > Seitenlagerung (> Plazentadurchblutung um 20% erhöht!)
- > Glukose 5% 1-2 l als Tropf oder Tee mit Zucker
- > Geburtsbeendigung

Erschöpfungszustand der Mutter (maternal distress)

Klinische Zeichen: Sekundäre Wehenschwäche
Hunger- und Durstgefühl, trockene Zunge

Tachykardie über 110

Temperaturerhöhung, meist Fieber

- > Rehydratation der Mutter mit Glukose 5%, 1 - 2 - 4 l als Tropf (Tropfen!). Dies allein reicht oft aus, um die sekundäre Wehenschwäche zu überwinden, besonders bei Multiparae, wo äußerste Zurückhaltung mit Wehenmitteln geboten ist!
- > Geburtsbeendigung anstreben

Was am Ende einer verschleppten Geburt steht, wenn sie unbehandelt bleibt, hängt von der Parität ab:

- Primipara
- > Sekundäre Wehenschwäche mit dem Kopf über Stunden und Tage fest im Becken gerammt
 - > Blasenscheidelfistel, Rektumscheidenfistel
 - > Infektion "one child sterility"

Multipara > Uterusruptur!

MANAGEMENT einer verschleppten Geburt also: Rehydrieren
Antibiotika
Geburt beendigen

Geburtsbeendigung bei lebendem Kind > Sektio, VE, (+Symphysiotomie)

Geburtsbeendigung bei totem Kind

- > Kraniotomie (bei Schädelloge): mit Perforator oder Messer+Schere. Gut beschrieben bei Pschyrembel. Wenn der perforierte Kopf nicht schnell kommt oder MM noch nicht vollständig ist
- > Kopfschwanzzange oder Klemmen an Knochenrändern, dann Dauerzug mit

500 g (1 Infusionsflasche) un Dolantin 100 mg i.r.

> Dekapitation (bei Querlage mit Armvorfall): Siebold'sche Schere. Nur bei vollständigem MM und in tiefer Halothan-Narkose! Knopfloch-Technik genau nach Pschyrembel.

Vakuum-Extraktion

Instrumentarium:

Das handpumpenbetriebene Modell nach MALMSTRÖM ist ausreichend auch für schwierige Fälle. Es ist weniger störanfällig als elektrische Geräte.

Die Saugglocken nach BIRD sind praktischer und sicherer als die nach MALMSTRÖM. Zu einem Satz gehören die Größen 40, 50 und 60. Ein guter, wanddicker Schlauch (Original: grün) ist essentiell.

Alles ist erhältlich bei Fa. E.Richter, Auf den Häfen 3, 2800 Bremen.

Zur Technik:

1. Das Köpfchen ist nur vakuumgerecht
 - > wenn höchstens noch 2/5 von ihm abdominal tastbar sind
 - > wenn der MM (fast) vollständig eröffnet ist
 - > bei Hinterhauptslage oder leichter Deflektion

CAVE: Kopf in der Vulva sichtbar heißt nicht immer, daß er ins kleine Becken eingetreten (2/5) und somit vakuumgerecht ist! Es kann

eine Konfiguration mit Kopfgeschwulst sein. Entscheidend ist immer die abdominale Palpation (4. Leopold'scher Handgriff)!

2. Immer die größtmögliche Saugglocke benutzen und immer so weit am Hinterhaupt ansetzen wie möglich.
3. Anästhesie ist selten nötig, jedoch Episiotomie meistens > ggfs. Damm-infiltration oder einseitiger Pudendusblock.
4. Druck von oben unerlässlich: Wehen und/oder Kristellern
5. Extraktion in 3 Phasen:
 - > Dislokation (Wehenpause) > Hinterhaupt in Führungslinie
 - ↓
 - > Zug wehensynchron abwärts bis der Kopf den Dreh um die Symphyse herum bekommen hat, auf BB ist und einschneidet
 - ↓
 - > erst dann mit nächster Wehe aufwärts ziehen und das Köpfen über den Damm entwickeln

N.B. Häufigster Anfängerfehler ist das zu frühe Aufwärtsziehen! Der Kopf sollte in 3 Zügen entwickelt sein. Ist er das nicht, dann war die Indikation nicht richtig gestellt oder der Druck von oben war unzureichend.

Die Saugglocke darf maximal 30 min dran sein.

Abreißen vermeiden durch linken Daumen auf der Glocke.

Symphysiotomy

Enlargement of the pelvis by dividing the symphysis pubis is one way of dealing with a common problem in tropical obstetrics. This is posed by the patient who arrives in hospital with labour obstructed by cephalo-pelvic disproportion, having so far received no obstetric care. The fetus is still alive: a difficult forceps delivery would almost certainly result in a still-birth and possibly in severe maternal rupture of the scar in a future unsupervised labour. In such a case, the balance of risks between this and the possible sequelae of symphysiotomy may justify division of the symphysis, provided it is correctly performed on carefully selected patients.

The value of symphysiotomy has until recently been obscured by the uncritical enthusiasm of its advocates, especially those anxious to avoid repeated Caesarean sections because of the eventual necessity for sterilization. However, Seedat, Lasbrey and Crichton of Durban have now exhaustively evaluated symphysiotomy and have perfected a safe technique.

Indications

The great difficulty is to decide when symphysiotomy is indicated. Too ready recourse to it will result in unnecessary operations in cases when spontaneous delivery would occur in time. On the other hand, if it is performed when disproportion is too gross, either vaginal delivery will not follow and Caesarean section will still be necessary (the worst of both worlds), or delivery will take place at the cost of excessive separation of the symphysis which may result in serious urinary and locomotor disabilities.

In the opinion of the writer, the operation undoubtedly has a place in the relief of established obstruction due to contracted pelvis, but it should not be employed to anticipate obstruction; that is, not in the planned management of labour complicated by disproportion. If its use is limited in this way, unnecessary symphysiotomies will be avoided.

It should be confined to patients who have had no previous obstetric care, or at least to poor attenders at antenatal clinics and those who live far from medical aid. These are the women who are particularly exposed to the risk of ruptured scar in subsequent labours if a Caesarean section is performed.

Disproportion must be of moderate degree only: not more than half of the fetal head should be still palpable above the pelvic brim. Asymmetry of the pelvis or extreme degrees of contraction (true conjugate less than 8 cm. or brim area less than 70 sq.cm.) or a very large fetus (one estimated to weigh more than 9 lb. or 4 kg.) are contra-indications to symphysiotomy.

The cervix must be at least half dilated: the head will descend into the pelvis after it has been enlarged and fit snugly into the cervix, which will reflexly stimulate better contractions: full dilatation of the cervix and expulsion of the fetus should then soon follow.

Symphysiotomy is contra-indicated if labour is obstructed by a breech, brow or mento-posterior face presentation. In the opinion of the writer, a "crash" symphysiotomy has no place in the delivery of an arrested aftercoming head.

Symphysiotomy should not be performed on a woman with a pre-existing locomotor disturbance (such as hip joint disease), or gross obesity. Minor degrees of sacro-iliac instability after the operation may be crippling when superimposed on these conditions.

In a patient who has been sectioned before, symphysiotomy should not be used to avoid repeating the operation. A scarred uterus should not be expected to withstand the extra strain required to overcome disproportion.

Lastly, the fetus must of course be alive. If it is dead, craniotomy and extraction is obviously the proper treatment.

Points of technique

The subcutaneous closed technique is recommended. The operation is performed in the lithotomy position after infiltration with local anaesthetic. The legs are supported by assistants to limit abduction of the thighs to an intervening angle of 80 degrees, to prevent excessive separation of the symphysis.

Before dividing the joint, a catheter is placed in the urethra. The plate of fibro-cartilage in the middle of the joint (see Fig.11.7) is identified with a needle, which is left in position as a guide. A stab incision is then made with a strong, solid-bladed scalpel through the central plate, 0.5 cm. below the upper border of the symphysis and arcuate ligament, stopping short of the perineal membrane, and then upwards to complete the transection of the joint. The fingers of the left hand in the vagina displace the urethra to one side to prevent it from being injured, and warn when the knife is penetrating too deeply through the joint.

The incision must be made strictly in the midline. This avoids injury to the hyaline cartilage covering the articular surfaces of the pubic bones (see Fig. 11.7), and thus limits post-operative pain in the symphysis and reduces the risk of osteitis: it also considerably reduces the amount of bleeding.

After the joint has been divided, the two sides will be felt to separate.

This separation should be limited to 2.5 cm., which corresponds to a gap which will just take the thumb. This enlarges the capacity of the pelvis by up to 25 per cent, the main expansion, of course, being in the transverse diameter. Wider separation than this will strain the sacro-iliac joints and endanger the perineal membrane: if this is damaged, disturbance of the control of micturition will result.

The head usually starts to descend as soon as the symphysis separates. At this point, it is essential to perform a wide episiotomy in all cases. This prevents excessive stretching of the anterior vaginal wall: without it, ves-tibular tears are common, sometimes involving the urethra.

Descent of the head must be controlled, as anterior lacerations will be produced if it is too rapid. It is wise to adduct the thighs during delivery of the head to prevent excessive separation of the symphysis. The thighs should never be forcibly abducted to increase the separation of the joint: tremendous leverage can be exerted which may cause severe damage.

If spontaneous delivery does not occur very soon after the symphysis has been divided, the vacuum extractor should be applied to the fetal head, which is then delivered by controlled traction downwards and backwards. Obstetric forceps should not be used, and rotation with Kielland's forceps is especially dangerous. The forceps blades increase the distension of the vagina and thus the risk of anterior lacerations. Rotation with forceps is particularly liable to damage the unsupported urethra and bladder neck.

After delivery, the divided symphysis is compressed for some minutes between the fingers in the vagina and the thumb in front of the joint to expel clot and arrest venous oozing. When the third stage of labour is complete, the episiotomy and any lacerations are repaired, and the skin incision over the symphysis is closed with a single stitch. A Foley's catheter with a 5 ml. bulb is inserted for continuous drainage of the bladder, the legs are adducted and lowered and the knees are strapped together temporarily for 24 hours.

Aftercare

The patient is kept in bed for 3 days and nursed on her side: at the end of this period the catheter is removed and the patient is allowed to sit out of bed. Ambulation begins on the fifth day, with the aid of rubber-tipped walking sticks. If the patient is very unstable initially, a broad belt encircling the great trochanters is helpful, although not necessary as a rule. The patient is usually walking well with minimal symptoms by the tenth day, but undue muscular effort and lifting weights should be avoided for at least a further month.

Complications

Sepsis and haematomas at the site of operation and injuries of the urethra and bladder neck should be very rare if the operation is limited to suitable cases and the correct technique is employed.

Stress incontinence is a fairly common sequel to symphysiotomy, but full of micturition is usually rapidly regained without sepcific treatment.

Locomotor disturbances are particularly important in communities where the woman do strenuous work on the farms or carry heavy weights on their heads. Laxity of the sacro-iliac joints usually results from excessive separation of the symphysis during delivery, and should be avoided by following the rules laid down above. However, pubic pain and backache may persist for a long time, and constitute the main objection to the operation.

Pregnancy and labour after symphysiotomy

The divided joint heals by fibrous union: along with the pelvic ligaments, this softens during subsequent pregnancies, which may lead to pelvic instability. As a result, a woman who has previously had no symptoms may suffer from pubic pain and backache when she is pregnant. In severe cases, she may complain of unpleasant grating in the pubis even in bed, and be seriously incapacitated until the end of the puerperium.

Delivery after a symphysiotomy has been performed in a previous labour is often easy, as some permanent enlargement of the pelvis usually follows. However, if the fetus is much larger than before, insuperable disproportion will still occur and necessitate delivery by Caesarean section.

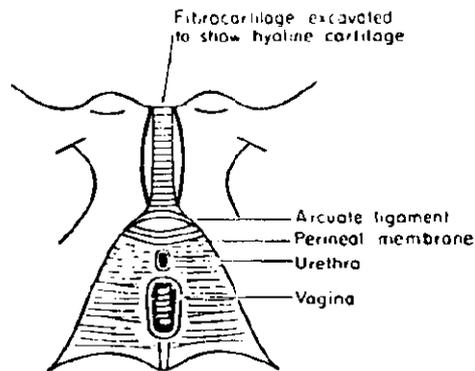


FIG. 11.7. Anatomy of the symphysis pubis. (From Crichton, D. and Seedat, E. K. (1963). *S. Afr. med. J.*, 37, 227.)

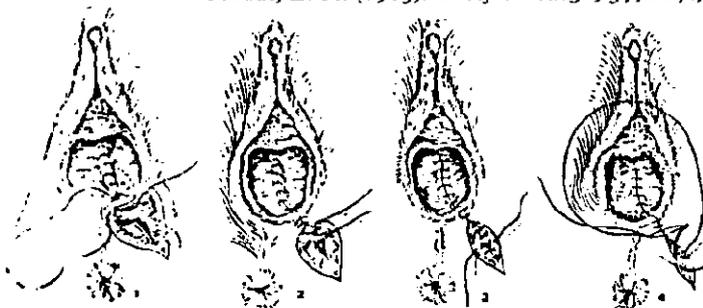


Fig. 135

Naht der Episiotomie. 1: Scheidennaht, 2: tiefe Damennaht, 3: oberflächliche Damennaht, 4: Hauptnaht

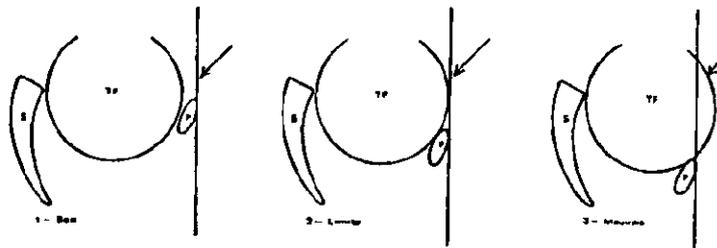


Fig. 146

Symphysiotomie - Indikationen: Wichtiges Kriterium für die Indikation zur Symphysiotomie ist, daß kein hochgradiges Mißverhältnis zwischen Becken und Kopf vorliegt, d.h. daß der Kopf die Symphyse nicht deutlich überragt.

1): Der Kopf paßt ins Becken, 2): Kopf und Symphyse liegen in einer Ebene, Mißverhältnis mäßigen Grades, 3): Der Kopf überragt die Symphyse erheblich, hochgradiges Mißverhältnis, Kontraindikation der Symphysiotomie: Kaiserschnittindikation.

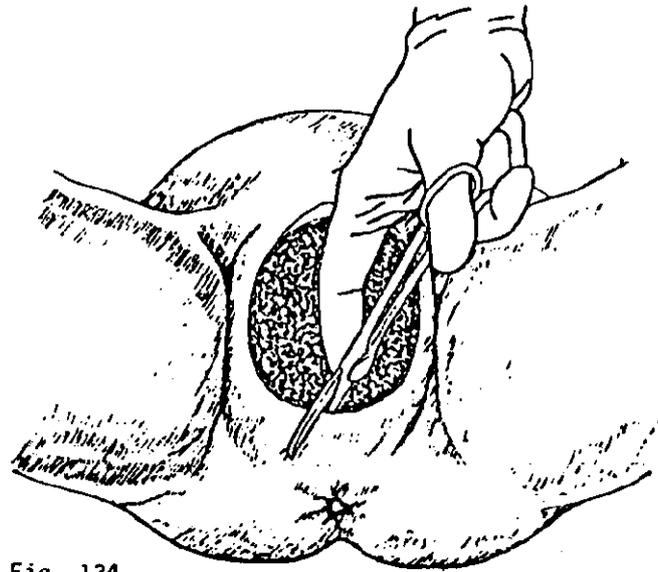


Fig. 134

Episiotomy: Beachte Ort und Richtung der Inzision.

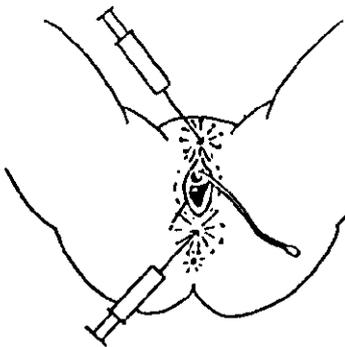


Fig. 147

Technik der Symphysiotomie: Oberschenkel der Gebärenden rechtwinklig angewinkelt, Blasenkatheder, Lokalanästhesie von Damm- und Schamregion.

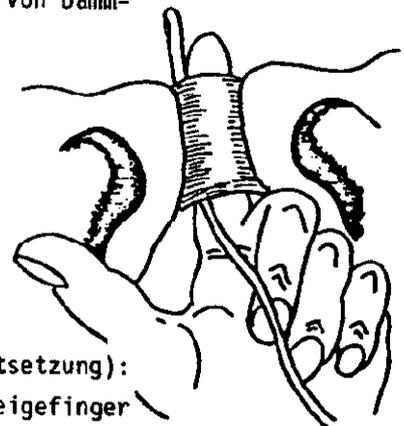


Fig. 148

Symphysiotomie, Technik (Fortsetzung): Vor der Inzision wird der Zeigefinger der linken Hand unter die Symphyse gebracht und gleichzeitig die katheterisierte Uretra aus der Medianlinie geschoben.

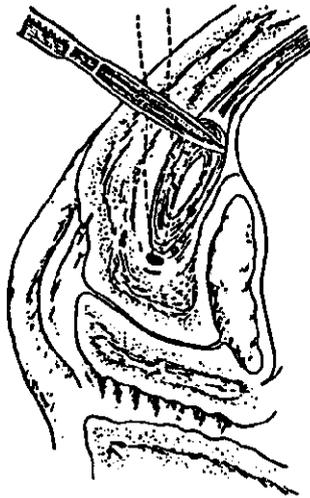


Fig. 149
Symphysiotomie (nach Zarate): Das Skalpell wird nach Durchtrennung der Symphyse umgedreht. Cave: Topographische Nähe

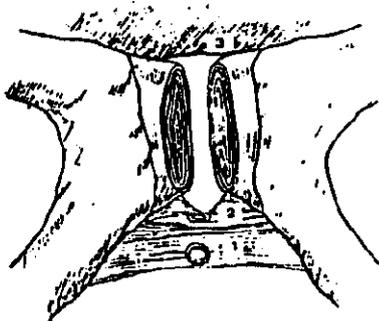


Fig. 150
Resultat der Symphysiotomie (nach Zarate): Das Ligamentum Arcuatum und die subpubische Membran des Perineums sind intakt bzw. nur im oberen Teil inzidiert. Oberhalb der Symphyse bleibt eine Bänderverbindung bestehen.

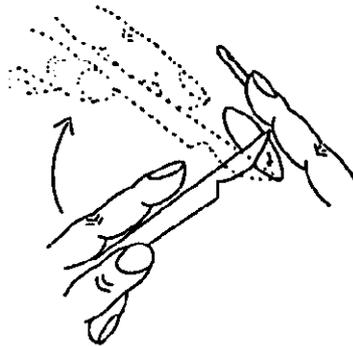
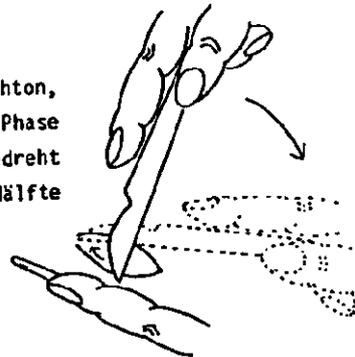


Fig. 151
Symphysiotomie (Technik von Seedat-Crichton): Das Skalpell wird in der Mitte der Symphyse eingeführt und durchtrennt mit einer rotierenden Bewegung nach unten die Knorpelverbindung. Beachte den Uretraschutz durch den eingeführten Finger.

Fig. 152
Symphysiotomie (nach Seedat-Crichton, Fortsetzung): In einer zweiten Phase wird das Skalpell nach oben gedreht und durchschneidet die obere Hälfte der Symphyse.



R.R. Trussel
Symphysiotomy

The indications for symphysiotomy

The usefulness of the vacuum extractor can be considerably extended by the use of symphysiotomy, for, by cutting the symphysis pubis, the two halves of the pelvic girdle are able to separate as much as 3 cm. and so provide more room for the passage of the foetus. Symphysiotomy thus enables cases to be delivered by forceps or vacuum extraction where this would otherwise be impossible, or carry an unreasonably high risk to the foetus. It is of particular value in the shallow generally contracted pelvis that is characteristic of some Bantu races.

Two features greatly recommend it: it reduces the incidence of Caesarian section with its attendant risk of subsequent rupture of the uterus, and it produces a permanent increase in the brim area of the pelvis which improves the likelihood of normal delivery in later pregnancies.

Careful selection of cases is vital for success, and, while those cases

where the head remains high above the brim are unsuitable, experience will enable an increasing number of patients with fairly severe disproportion to be delivered with the help of symphysiotomy.

While certain authorities recommend the use of symphysiotomy in the first stage of labour, the writer prefers to reserve its use for cases which reach full dilatation, and in whom delivery can be completed immediately, either by spontaneous expulsion, vacuum extraction or forceps delivery. Indeed, part of the value of symphysiotomy is that it may be employed where tentative application of the forceps or vacuum extractor has proved unsuccessful. Thus, a failed trial of assisted vaginal delivery may be determined either by symphysiotomy or by Caesarian section.

Method: Symphysiotomy

Place the patient in the lithotomy position. Don't support her legs in stirrups, but get two assistants to hold the at an angle of 80° to the horizontal throughout the procedure.

SYMPHYSIOTOMY

Instrumentarium: Nelaton-Katheter (o.ä.), nicht zu weich
Messer oder Rasierklinge, scharf, für Haut
Skalpell, stumpf, für Symphyse
Schere für Episiotomie

Voraussetzung: Primipara ohne Übergewicht
Kopf maximal 3/5 ohne Konfiguration
oder 2/5 mit Konfiguration abd. palpabel

Nahbehandlung: 5 Tage Bettruhe mit zusammengebundenen Knien
Entlassung 11. - 14. Tag p.p.

Place a rubber catheter in the urethra and drain the bladder. With this catheter still in position apply the forceps or the vacuum extractor.

Infiltrate the skin, subcutaneous tissue, and anterior aspect of the pubic symphysis with local anaesthetic. Place the finger of the left hand in the vagina, feel for the catheter lying in the urethra and push it to one side of the mid-line. Take a sharp solid scalpel with a blade at least 2 1/2 inches long and introduce it through the smallest convenient incision in the skin of the mons pubis at the level of the superior aspect of the symphysis pubis. With the point of the knife search for the joint between the two halves of the symphysis, and divide it down but not including the inferior pelvic ligament, or arcuate ligament, which is the thick triangular arch of fibres connecting the inferior aspect of the pubic bones and forming the upper boundary of the pubic arch (see Fig. 45). There are few vessels in this area and bleeding is therefore minimal. Leave the catheter in the bladder. (During delivery it can be secured with adhesive tape; after delivery it should remain in place for 4 days.)

The next essential is a generous episiotomy to relieve the strain on the anterior vaginal wall which is now left supporting the urethra with a thin bridge of mucosa as the two halves of the pubic symphysis separate.

Exert traction on the vacuum extractor or the forceps and deliver the baby with the mother's legs held wide apart.

After delivery bring the legs together, close the skin incision with a single stitch and bind the pelvis together with a bandage. A light bandage is usually placed round the ankles for the first 48 hours to limit movement.

The patient is usually happy to get out of bed on the 5th day and painless mobility is usual by the 10th day. Occasionally, this period may have to be extended but persistent pain is very uncommon and it is noticeable that much more pain is experienced by the rare cases which undergo spontane-

ous separation of the symphysis after normal delivery. The main danger of the procedure, accidental incision of the bladder or the urethra, should never occur if a catheter is placed in the urethra is pushed out of the line of the incision as described here and care taken to cut as far as the arcuate ligament, but not further.

Success depends upon the careful selection of cases. Tears in the anterior vaginal wall will be avoided if the patient's legs are supported throughout the operation and if a wide episiotomy is always performed. Don't attempt to separate the two halves of the pubic symphysis more than 3 cm.

R.R. Trussel
Maternity Care
TECHNIQUES

The Vacuum Extractor

The place of this instrument

Ever since the early attempts of James Young, obstetricians have been intrigued with the possibility of aiding the delivery of the human foetus by applying suction to its scalp; but it was not until Malmstrom invented his vacuum extractor that the technique became practicable.

In some units the extractor has replaced the forceps entirely and, although in our own case we were at first doubtful of its value as a substitute for what was so often a difficult manual rotation and forceps extraction, experience has shown that it is often the ideal instrument for this purpose.

It is of especial value to those doctors whose obstetrical practice is small and to whom the techniques of midwifery are but a part of the total skills with which they must be familiar. Further experience may well show

that under these circumstances, vacuum extraction or Caesarian section are the only two wise alternatives in an obstructed labour when the head presents.

The use of this instrument by senior midwives is much more open to question, but in capable hands it may be much safer to both mother and child than either procrastination or a long journey to a larger delivery unit.

A vacuum extractor costs 45 (126) (ABV) but it lasts indefinitely and should now be considered standard equipment on the stores list of every medical service. If this sum seems excessive it should be considered in the light of what has been said on the cost of equipment in section 12:9.

Advantages. Its application undoubtedly requires less skill than that required for the manual rotation of an occipito-transverse or occipito-posterior position followed by forceps delivery, or for the use of Keilland's forceps. Other advantages are that in severe cases of disproportion no valuable space between the head and the pelvic wall is taken up by forceps blades, and that the dangers of excessive force are avoided by the spontaneous detachment of the cup.

Whereas manual rotation of the head usually requires inhalation anaesthesia, the extractor is ideally applied in association with pudendal block. Its main value lies in the termination of the second stage of labour for either maternal or foetal indications, or where this stage has exceeded 1 1/2 hours in a primigravida or three-quarters of an hour in a multigravida. It may be applied to any vertex presentation and suitable precautions may enable the correction of a brow presentation to take place.

Although it was at first thought that the vacuum extractor would have great value in cases of disordered action where delay in the first stage of labour is common and dilatation of the cervix delayed, its value has proved to be limited in these patients. It is probably wise to limit its application and never to apply it for more than 20 minutes.

Disadvantages. These are nearly all due to bad selection of cases or unwise persistence after an initial failure.

The writer is convinced that repeated applications are dangerous and that not more than two attempts should ever be made at delivery when the cup pulls away from the scalp. Further, if delivery has proved impossible and the extractor itself is not a fault, forceps should not be applied, even if it seems they might succeed, for the dangers to the baby are too great. Few babies will survive failed vacuum extraction followed by a forceps delivery.

There is a good case for the trial of vacuum extraction, as there is for trial of forceps, but this should take place in the operating theatre where Caesarian section can be undertaken if necessary.

Complications are sometimes seen in the baby. These include necrosis of the scalp and intracranial haemorrhage, but both are less common than they are with forceps and are usually due to the prolonged and repeated application of the extractor. Occasionally, a large confluent haematoma beneath the scalp may be so extensive as to exsanguinate the child and may even make transfusion necessary.

Apparatus. As shown in Fig. 43 the instrument consists of a metal cup which can be applied to the baby's head. Several sizes of cup are supplied, but only one is shown in this figure. To the inside of one of these cups a vacuum is applied by means of a rubber tube, a pump and a vacuum bottle. This vacuum inside the cup causes it to fill with caput and so stick to the baby's scalp, but, as it is not possible to pull on a simple rubber tube, a chain is passed inside it and anchored at one end to a metal plate inside the cup, and, at the other, to a handle on which traction can be exerted. To secure this handle to the chain and allow for varying lengths of tube, a pin is passed through this handle to secure it. On each of the two larger cups is a knob which can be used to assist rotation of the head. A wire basket is supplied with which to support and protect the vacuum bottle.

Method: Vacuum extraction

Have the apparatus including the rubber tube B (Fig. 53, upper diagram) boiled or autoclaved in a drum or paper covered bundle so that it is always ready for use. Some form of anaesthetic is needed, but pudendal block will provide sufficient anaesthesia in al-

most all cases, especially if combined with 50 mg. of pethidine or better, Pethilorphan (30:1) intravenously.

Insert the largest suitable cup into the vagina as if it were a pessary, and apply it to the presenting part of the scalp. Make quite sure that no vaginal or cervical tissue lies between the cup and the scalp. Using the pump, reduce the pressure slowly by 0.2 kg. per qcm. stages each two minutes until maximum of 0.2 kg. per qcm is reached. If a vacuum is applied more rapidly than this, little caput will be formed, adhesion will be poor, and the cup will come off when pulled on. A vacuum in excess of 0.8 kg. per qcm. may injure the scalp.

Pull on the handle in the axis of the pelvis perpendicular to the cup. Pull for short periods only, and time them to coincide with labour pains, relaxing tension each time the uterus relaxes. When the head lies high in the pelvis, a preliminary episiotomy may be required if traction is to remain truly axial.

As the head descends through the pelvis, the line of traction will advance, until finally, as the head is crowned, it will be directed up towards the pubis and finally over the abdomen as the head is disengaged. The direction in which traction should take place is clearly illustrated in Fig. 44.

As soon as the head is disengaged, lower the pressure, and detach the cup.

Don't apply the cup for longer than 20 minutes and don't pull continuously.



Fig.144

Vakuumextraktion: Zugrichtung in Abhängigkeit vom Tiefertreten des Kopfes.

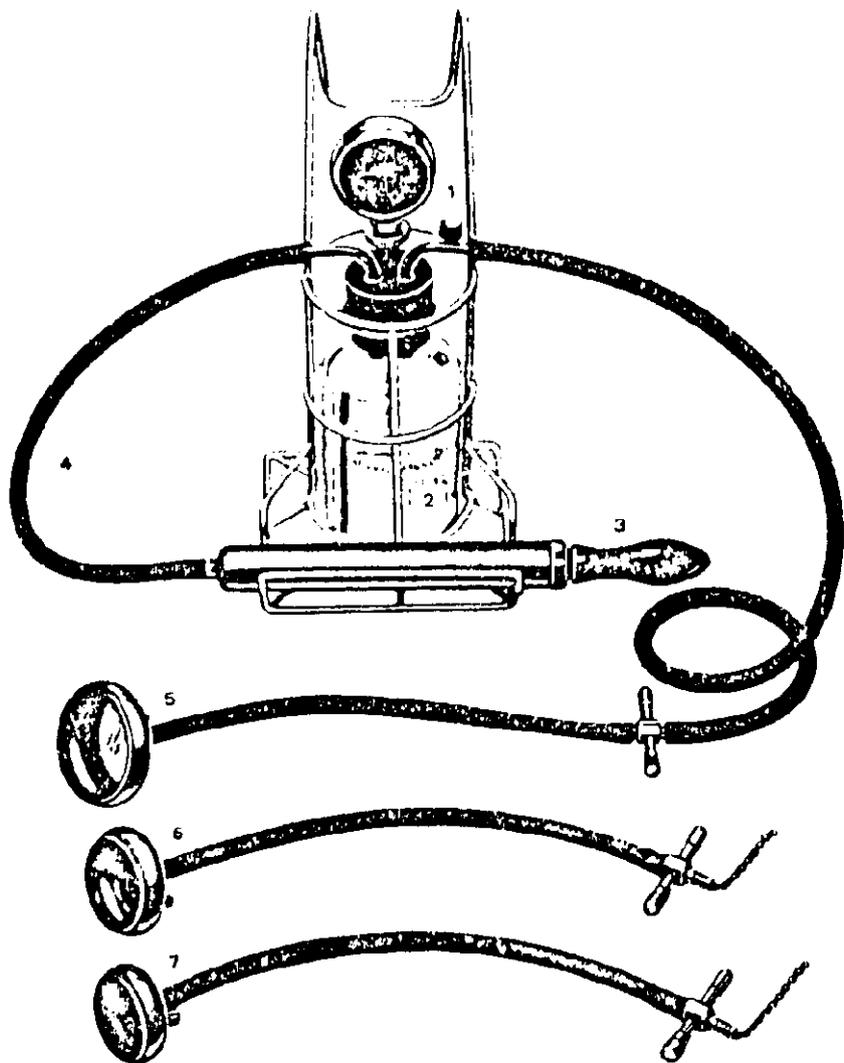


Fig. 138

Vakuumextraktor mit Handpumpe: 1: Manometer, 2: Saugfläche, 3: Handpumpe
4: Verbindungsschlauch, 5-7: verschiedene Größen der metallenen Saugglocken

THE VACUUM EXTRACTOR.

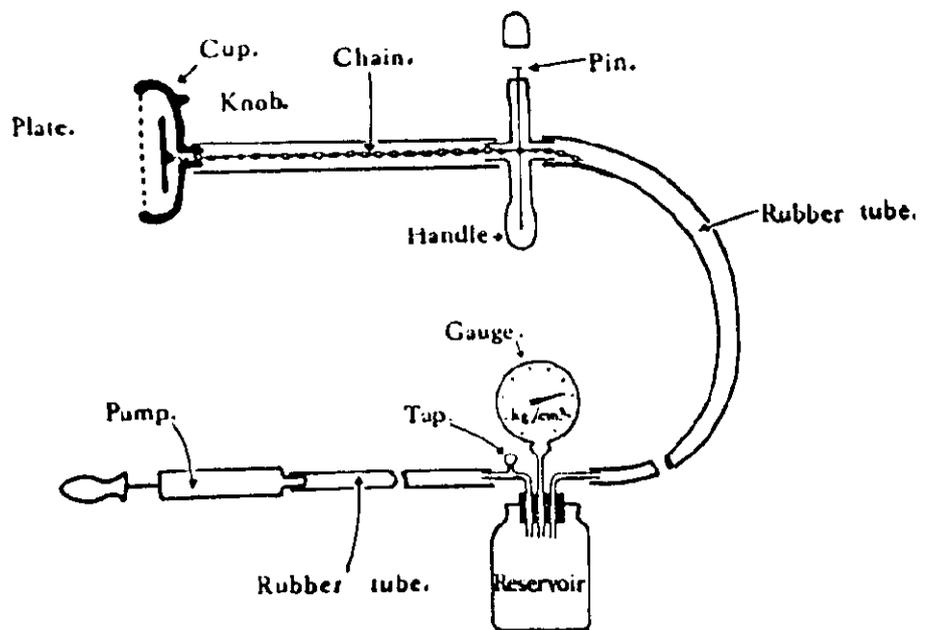
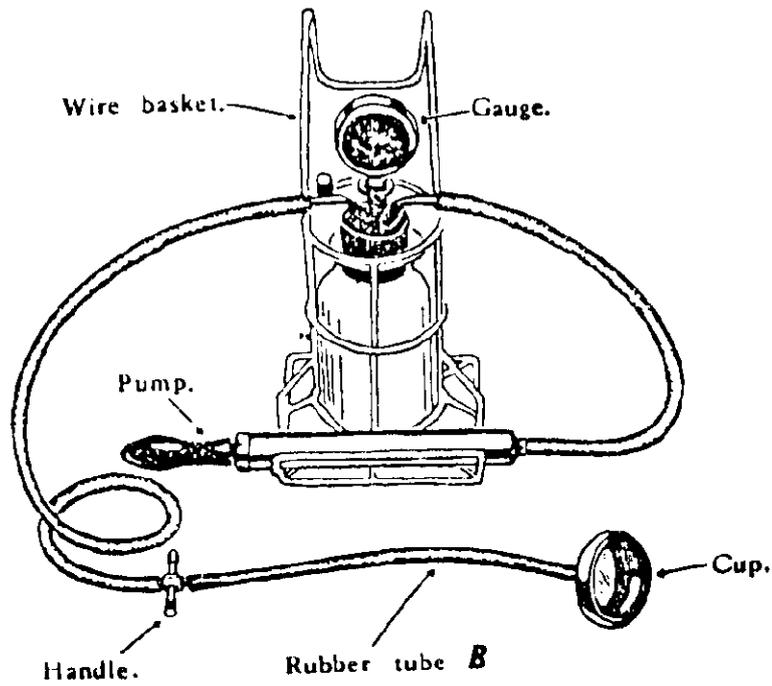
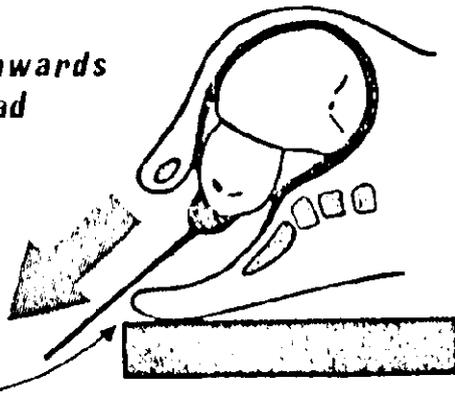


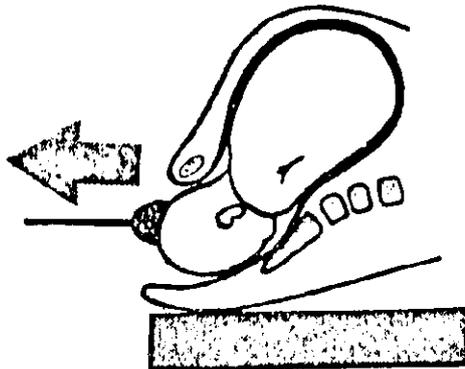
Fig.44. THE USE OF THE VACUUM EXTRACTOR.

1. Traction downwards when the head is high.

episiotomy often required.



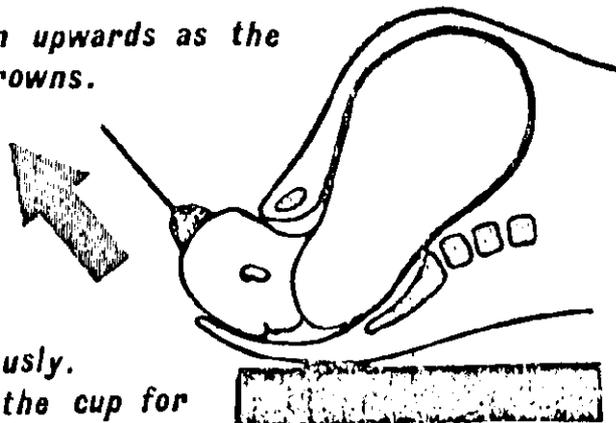
2. Traction horizontal when the head is mid way in the pelvic cavity.



Don't use a vacuum of more than 0.8 Kg. cm²

3. Traction upwards as the head crowns.

*Don't pull continuously.
Don't apply the cup for longer than 20 mins.*



Kambiz Ghawami

Die Arbeit des WUS zur Medizinerbildung

Das Deutsche Komitee des World University Service hat bereits vor 20 Jahren auf die damals bereits erkannte Problematik der Medizinerbildung für Entwicklungsländer an bundesdeutschen Hochschulen und Berlin (West) und die erkannten Defizite dieser akademischen Medizinerbildung aufmerksam gemacht.

Intensiv diskutierte der WUS Anfang der 70iger Jahre die Frage der Medizinerbildung mit Hochschulvertretern und ausländischen und deutschen Studentinnen und Studenten um Möglichkeiten der Curriculumreform zu prüfen und präsentierte als Ergebnis eines mehrjährigen Diskussionsprozesses im Febr. 1978 unter dem Titel "Ergänzende Maßnahmen für Medizinstudenten aus Ländern der Dritten Welt in der Bundesrepublik Deutschland" die erzielten Arbeitsergebnisse.

Die Fragestellung von "damals" ist die Fragestellung von "heute" und nicht nur für das Medizin-Studium relevant:

Ist die Übertragung einer (medizinischen) Fachausbildung und High-Technologie der Industrienationen auf Entwicklungsländer mit den damit verbundenen kulturellen, finanziellen und politischen Implikationen zu verantworten und

sinnvoll, und gibt es Alternativen hierzu?

Wie müßten die Rahmenbedingungen des Ausländerstudiums sein?

Wie müßten die Studieninhalte ausgestaltet sein?

Wie kann das Ausländerstudium integriert sein in einem emanzipatorischen Entwicklungsprozeß?

Diese Fragestellungen versucht der WUS seither kontinuierlich mit ausländischen und deutschen Studentinnen und Studenten zu bearbeiten und durch studienbegleitende Veranstaltungen, in Form von Vortragsreihen, Filmabenden und durch Einsatz von Tutoren und Mentoren an den Hochschulorten in konkretere "Verbesserungsarbeit" umzusetzen.

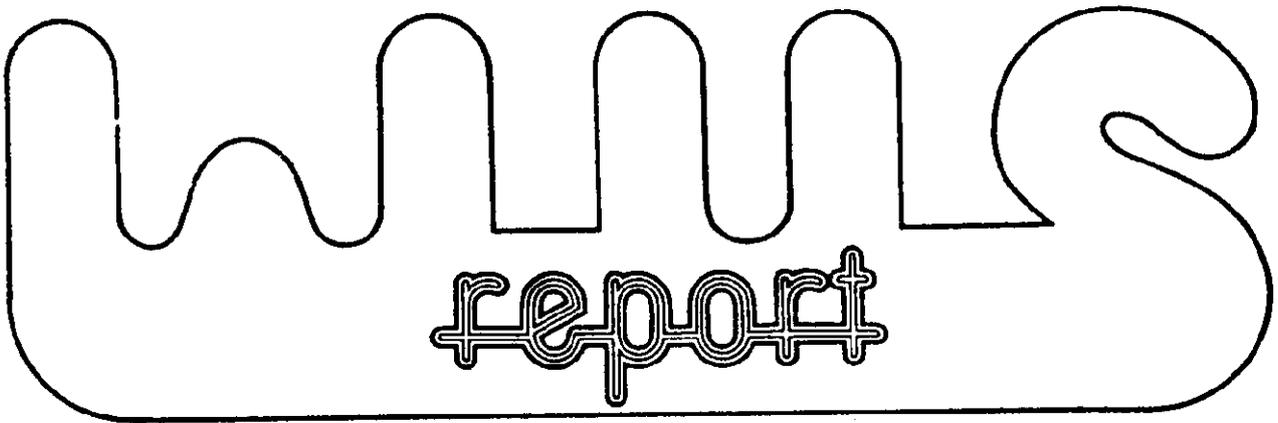
Die Arbeit des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" am Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Entwicklung "angepaßter" Studieninhalte und -bedingungen für eine adäquate akademische Medizinerbildung.

Es ist zu prüfen, im Sinne der Internationalität der Universitäten, inwieweit die gesellschaftspolitischen Erkenntnisse der medizinischen Versorgungslage in Afrika, Asien und Lateinamerika auch Rückschlüsse auf die Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland erlaubt, um z.B. das soziale Engagement deutscher Mediziner zu fördern und ihnen durch Heranführung an die medizinische (gesellschaftliche) Realität in Europa, Asien, Afrika und Lateinamerika ihren gesellschaftlichen Auftrag zu verdeutlichen.

Ein wesentlicher Schritt hierzu ist u.a. die Mitarbeit in Basis-Gesundheitsdiensten außerhalb Europas und die Beschäftigung mit Fragen der medizinischen Ausbildung und Gesundheitspolitik in Deutschland, wozu auch die Auseinandersetzung mit der pharmazeutischen Industrie gehört.

Als erster Schritt hierzu böte sich für ausländische und deutsche Studenten und Studentinnen im Rahmen der Fachbereichsrats-Arbeit und der Arbeit der Asten und Studentengemeinden an, interdisziplinäre Arbeitskreise zu bilden um systematisch und kontinuierlich studienbegleitende Veranstaltungen durchzuführen. Der WUS ist bereit, solche Aktivitäten tatkräftig zu unterstützen.

**World University Service
Deutsches Komitee e.V.
Ergänzende Maßnahmen für Medizinstudenten aus Ländern der Dritten Welt
in der Bundesrepublik Deutschland**



Vorbemerkung

Das Deutsche Komitee des World University Service (WUS) hat in den letzten Jahren Empfehlungen für eine Reform des Ausländerstudiums in der Bundesrepublik Deutschland erarbeitet. Eine Zusammenfassung dieser Überlegungen liegt inzwischen vor.⁺⁾

Unabhängig von der Zielvorstellung, unter der ein Ausländerstudium gesehen wird, sollte sich die Ausbildung von Ausländern insbesondere aus Ländern der Dritten Welt an den künftigen Tätigkeitsfeldern der ausländischen Studenten orientieren. Wegen ihrer besonderen entwicklungspolitischen Relevanz müssen dabei vor allem die technischen und naturwissenschaftlichen Fachrichtungen sowie die Medizin und die Landwirtschaft in Betracht gezogen werden. Dies heißt aber, daß nach den Curricula gefragt werden muß. Für die Ingenieurausbildung hat der WUS entsprechende Vorschläge erarbeitet und veröffentlicht.⁺⁺⁾

Die Mediziner Ausbildung erzeugt wie kaum eine andere Fachrichtung ein Eli-

tebewußtsein und verspricht soziales Ansehen und Wohlstand. Hinzu kommt, daß die Ausbildung von Ärzten in der Bundesrepublik inhaltlich an der Situation in den Ländern der Dritten Welt vorbeigeht. Hierdurch entstehen Unsicherheit und Angst, sich der schwierigen Aufgabe als Arzt im Heimatland zu stellen.

So suchen viele dieser Mediziner eine Ausweichmöglichkeit durch Spezialisierung oder durch Aufnahme einer Tätigkeit in der Bundesrepublik. Nach Angaben der Bundesärztekammer waren am 1. Januar 1976 4.697 Ärzte aus Entwicklungsländern mit Erlaubnis nach 10 der Bundesärzteordnung in der BRD tätig.

Berücksichtigt man den eklatanten Ärztemangel in den Entwicklungsländern, so stellt dieser "brain drain" ein schwerwiegendes Problem dar.

Die immer wieder vorgeschlagene Alternative, Mediziner in den Entwicklungsländern selbst auszubilden, dürfte auf absehbare Zeit noch nicht in dem notwendigen Umfang realisierbar sein. Die Ausbildungskapazitäten in diesen Ländern reichen bei weitem nicht aus. Dies hat bereits dazu geführt, daß die medizinischen Fakultäten in afrikanischen Ländern vielfach Studenten aus anderen Ländern nicht zulassen.

Darüberhinaus werden auch an den meisten großen "Lehrspitälern" der Entwicklungsländer die Ausbildungsstrukturen industrialisierter Länder kopiert, was dazu führt, daß der gleiche Typus des nach Spezialisierung und Karriere strebenden Arztes hervorgebracht wird. Daher ist es notwendig, die Medizinerbildung von Ausländern hier grundsätzlich unter dem Gesichtspunkt des Bedarfs der Dritten Welt zu reflektieren.

Der WUS hat sich auf verschiedenen Tagungen und Seminaren mit dieser Frage befaßt und auf dieser Grundlage die folgende Empfehlung verabschiedet.

Die medizinische Situation in den Entwicklungsländern

Über die Schwierigkeiten medizinischer Versorgung in Ländern der Dritten Welt stehen eine Fülle von Informationen zur Verfügung. Es soll hier nur auf die gravierensten und typischsten Probleme eingegangen werden.

- 1) Die Prokopfausgaben für das Gesundheitswesen sind in den Ländern der Dritten Welt sehr gering. Selbst wenn diese Ausgaben prozentual erheblich gesteigert werden, wird die absolute Zunahme weit hinter der der Industrieländer zurückbleiben. Dieser finanzielle Mangel schlägt sich in allen Bereichen des medizinischen Systems nieder: zu wenig Krankenhausbetten, Mangel an medizinischem Personal und Medikamenten sowie medizinisch technischer Ausstattung.
- 2) Hinzu kommt die ungleiche Verteilung der vorhandenen Ressourcen zwischen Stadt und Land. So gibt die Arzt/Bevölkerungs-Relation, die in den von der UN-Vollversammlung als "Least Developed Countries" (LLDC) eingestuftten Ländern 1972/73 zwischen 1:12530 (Sudan) und 1:69340 (Äthiopien) (1) lag, noch keinen Aufschluß darüber, wieviele Einwohner in entlegenen Landesteilen auf einen Arzt kommen, da sich ein erheblicher Anteil der Ärzte in den Städten ansiedelt. Gleiches gilt für die Ausstattung von Krankenhäusern und die Versorgung mit Medikamenten: dem nach modernstem Standard eingerichteten Krankenhaus in der Hauptstadt, das nur für einen sehr geringen Teil der Bevölkerung zugänglich ist, stehen materiell und personell hoffnungslos unterausgestattete Krankenhausstationen an der Peripherie gegenüber, die einen riesigen Einzugsbereich haben.
- 3) Die Armut der Bevölkerung ist die Ursache einer Reihe von Problemen im medizinischen Bereich: So wird der Mangel an medizinischen Einrichtungen noch verschärft durch das Transportproblem. In den meisten Entwicklungsländern lebt der größte Teil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten mit teils sehr geringer Bevölkerungsdichte. Die Entfernung zum nächsten Krankenhaus zurückzulegen, stellt die Bevölkerung oft vor nahezu unüberwindliche Probleme. Inzwischen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Ursache der in den Ländern der Dritten Welt auftretenden Krankheiten und Epidemien weniger in den klimatischen Bedingungen liegt, die zwar ein unterstützender Faktor sind, als in der Armut dieser Länder. Unzureichende hygienische Bedingungen, mangelhafte Trinkwasserversorgung, inexistenten Abwasser- und Müllbeseitigung sind Ursachen vieler "Krankheiten der Armut", die vor der Industrialisierung und der dadurch eingeleiteten Erhöhung des Lebensstandards auch in Europa weit verbreitet waren.

Hinzu kommen noch spezifische Tropenkrankheiten, die aber mit umfassen-

den Präventivmaßnahmen zu bekämpfen wären. Weitere Indikatoren für die in der ökonomischen Situation dieser Länder begründete Problematik auf dem Gesundheitssektor sind die in den meisten Entwicklungsländern sehr hohe Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate und die Erscheinungsformen der Mangelernährung.

4. Diese Probleme werden noch verschärft durch die Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens in den meisten Ländern der Dritten Welt an den Strukturen, die in Europa und Nordamerika vorherrschen. Die Krankenhauszentriertheit unseres Gesundheitssystems ist für die Entwicklungsländer in mehrfacher Hinsicht ungeeignet; sie ist kostenintensiv und verschlingt einen großen Teil der in den Ländern der Dritten Welt knappen finanziellen Ressourcen, ohne damit viel zur Lösung der gesundheitlichen Probleme beitragen zu können. Da Krankenhäuser auf Heilbehandlung ausgerichtet sind, können sie zur Beseitigung der Ursachen vieler Krankheiten, die in schlechten hygienischen Bedingungen oder Unterernährung liegen, nichts leisten. Da sie aufgrund des Transportproblems für weite Teile der Bevölkerung überhaupt nicht oder nur unter großen Mühen erreichbar sind, können sie auch im kurativen Bereich Basiseinrichtungen nicht ersetzen.

Faktisch wird also nur ein geringer Teil der Bevölkerung überhaupt von dem krankenzentrierten Gesundheitssystem erreicht, während die Mehrheit sich der traditionellen Medizin anvertraut.

Hierbei spielt die Einbindung traditioneller Gesundheitskonzepte und überlieferter Formen der Krankenbetreuung in die gesamte soziale und kulturelle Situation der Bevölkerung eine große Rolle. Nicht selten begegnet die Bevölkerung in Entwicklungsländern der westlichen Medizin mit großem Mißtrauen, nicht ganz zu Unrecht. Dies gilt entsprechend für die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Die von der westlichen Pharma-Industrie angebotenen Medikamente sind teuer und stehen daher nicht auf breiter Ebene zur Verfügung. Die ländliche Bevölkerung in Entwicklungsländern, die zu Krankheit, Geburt und Sterben ohnehin ein völlig andersartiges Verhältnis hat und daher auch andere, der jeweiligen Kultur entsprechende Methoden anwendet, macht

weitgehend Gebrauch von einheimischen Pflanzen. In Tanzania besteht die Möglichkeit, die therapeutische Wirksamkeit von Pflanzen von Regierungsstellen prüfen zu lassen. In vielen Ländern allerdings behindert das gute Einvernehmen zwischen den Gesundheitsbehörden und der westlichen Pharmaindustrie einen solchen Prozeß der Integration von traditioneller und westlicher Medizin, der ein Land unabhängiger von Geschäftsinteressen auf dem medizinischen Sektor machen könnte.

Die Ursachen dieser Probleme

Im Zuge der durch die Kolonialisierung verursachten Zerstörung der einheimischen Strukturen wurde auch das Gesundheitswesen am europäischen "Vorbild" ausgerichtet. Die traditionelle Medizin in den kolonialisierten Ländern wurde als Scharlatanerie abgetan, ohne daß man jedoch in der Lage gewesen wäre, mit dem arzt- und krankenzentrierten Gesundheitssystem eine ausreichende Versorgung der ländlichen Bevölkerung sicherzustellen. Auch in der Phase der Dekolonialisierung wurde von diesem Modell nicht abgerückt, sondern versucht, durch verstärkten Bau von Krankenhäusern und Ausbildung von Medizinern, die zunächst nur im Ausland stattfand, dem Stand medizinischer Versorgung in Europa und Nordamerika näherzukommen. Die nach der Erlangung der Unabhängigkeit fortbestehende ökonomische Abhängigkeit von den ehemaligen Kolonialländern trug einerseits zum Festhalten an diesem Gesundheitssystem bei, andererseits wurde die ökonomische Abhängigkeit eben dadurch weiterhin verstärkt. Die jungen Staaten konnten sich nämlich den Bau aufwendiger Krankenhäuser nicht leisten und nahmen daher die großzügig gewährte Entwicklungshilfe in Form ganzer Krankenhäuser und medizinisch/technischer Ausstattungen an, konnten sie doch auch der eigenen Bevölkerung gegenüber als sichtbarer Beweis für die Verbesserung des Lebensstandards erhalten.

Erst als sich herausstellte, daß die Unterhaltskosten dieser Einrichtungen die Haushalte derart belasteten, daß für andere gesundheitspolitische Maßnahmen kaum noch Mittel übrig blieben, begann man weltweit, über andere Modelle der Gesundheitsversorgung nachzudenken.

In den Überlegungen der WHO und in nationalen Planungen spielte die Ver-

sorgung durch Gesundheitszentren eine immer größere Rolle. Dieses System wird von Bichmann folgendermaßen beschrieben: "Das System der Versorgung durch Gesundheitszentren beinhaltet eine hierarchische Struktur, in der einem Regionalkrankenhaus, in welchem die wichtigsten medizinischen Disziplinen: Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe vertreten sind, mehreren Gesundheitszentren zugeordnet sind, die für die Versorgung einer Bevölkerung von maximal 50.000 Einwohnern (Mittel: 20.000) mit integrierten präventiv-kurativ-medizinischen Diensten zuständig sind, und von welchen jedes eine Anzahl dörflicher Gesundheitsposten betreut. In Analogie zu einem Filtersystem wird so gewährleistet, daß nur diejenigen Patienten ins Regionalkrankenhaus kommen, die weder auf der Ebene der Gesundheitsposten, noch Gesundheitszentren, die jeweils nicht - oder nur zum Teil - mit voll qualifiziertem Personal besetzt sind, behandelt werden können. Den Regionalkrankenhäusern übergeordnet sind die Provinzkrankenhäuser, in welchen alle Disziplinen vertreten sind und die somit spezialisierte Dienstleistungen anbieten können, die auf den unteren Ebenen nicht verfügbar sind".(2)

Die Realität ist jedoch in den meisten Ländern von diesen Planungen weit entfernt. Selbst in Tanzania, wo die Umwandlung des medizinischen Versorgungssystems in tiefgreifende Strukturveränderungen in allen gesellschaftlichen Bereichen eingebettet ist, ist die Überfrachtung der medizinischen Einrichtungen mit kurativen Anforderungen so groß, daß für die Prävention kaum Zeit bleibt. Dies liegt daran, daß die medizinischen Einrichtungen zahlen- und leistungsmäßig den echten kurativen Bedürfnissen keineswegs entsprechen. Aber auch die Rolle des Arztes bedarf grundsätzlicher Veränderung, darüber sind sich die Experten einig, wenn sie den Anforderungen in der Dritten Welt gerecht werden will.

Forderungen an die Mediziner Ausbildung

Seit 1960 ist sowohl die Gesamtzahl, als auch der prozentuale Anteil der Ausländer an den Medizinstudenten in der Bundesrepublik beträchtlich gesunken. (3)

Für viele Entwicklungsländer bedeutet schon eine verhältnismäßig geringe

Zahl von im Ausland tätigen Ärzten einen unverhältnismäßig großen Verlust.

Zu den Überlegungen, wie die medizinische Versorgung in den Entwicklungsländern verbessert werden könnte, gehört deshalb unbedingt eine Motivierung des Medizinstudenten, in sein Heimatland zurückzukehren, ebenso wie die theoretische und praktische Qualifizierung für die Ausübung seines Berufes im Entwicklungsland. Geht man davon aus, daß die Tätigkeit des Arztes im Entwicklungsland vorrangig darin liegen sollte, ein Team von para-medizinischen Mitarbeitern anzuleiten, deren Arbeit zu koordinieren und präventive Maßnahmen zu organisieren (4), so muß die Qualifikation dieses Arztes zweifellos anders strukturiert sein, als in der herkömmlichen Ausbildung vermittelt.

Er muß also lernen, Kenntnisse und Fertigkeiten weiterzuvermitteln, statt vorrangig nach eigener Spezialisierung und Perfektion zu streben. Er muß lernen, zu koordinieren und Aufgaben zu delegieren, andererseits aber auch medizinisch-technische Aufgaben selbst durchführen können. Er muß eine fundierte Einschätzung von den Prioritäten seiner Arbeit haben, was unter bestimmten Bedingungen z.B. bedeuten kann, daß er sich eher der Erhaltung der Gesundheit einer größeren Bevölkerungsgruppe widmen sollte, als der Krankheit des Individuums, wenngleich dies keinesfalls als Alternative begriffen werden darf. Mit anderen Worten: er muß außer den notwendigen kurativen Maßnahmen in allen medizinischen Grundsparten die wichtigsten Maßnahmen der Prävention und hygienischen Sanierung beherrschen und seine Zeit so einteilen, daß er sich dieser wichtigen Aufgabe hinreichend widmen kann.

Dies setzt voraus, daß er über umfassende Kenntnisse tropischer Infektions- und parasitologischer Erkrankungen verfügt. Er sollte darüber hinaus in der Lage sein, das paramedizinische Personal zur Gesundheitserziehung und Ernährungsberatung anzuleiten. Um diese Fülle von Aufgaben zu bewältigen, bedarf es zusätzlicher Ausbildung und weiteren Trainings der in der BRD Ausgebildeten, eine Forderung, die schon in den 60er Jahren z.B. von der WHO erhoben wurde.

Der prozentual geringe Anteil der Entwicklungsländer-Medizinstudenten an der Gesamtgruppe der Mediziner bewirkt wahrscheinlich, daß deren Einfluß hin zu einer stärkeren Gewichtung entwicklungspolitisch relevanter Lehr- und auch Forschungsinhalte noch gering ist. Fortschritte wurden bisher fast aus-

schließlich durch Wissenschaftler in Gang gebracht, die, durch ihre persönlichen Auslandserfahrungen motiviert und spezialisiert, solche Kenntnisse vermitteln konnten.

Eine zentrale und immer wieder gestellte Forderung geht dahin, daß der Medizinstudent neben der "Anhäufung" theoretischen Wissens mehr als bisher die Gelegenheit erhält, während seines Studiums praktisch zu arbeiten.

Darüberhinaus sollte bereits die Ausbildung den künftigen Mediziner psychologisch und fachlich darauf vorbereiten, daß er mit dem paramedizinischen Personal und eventuell mit traditionellen Heilkundigen kooperieren kann.

Man muß lernen zu akzeptieren, daß die Einbeziehung traditioneller Heilkundiger nicht nur mit der Notlage "zu wenig Ärzte" zu erklären ist, sondern daß die Integration von Tradition und kulturpolitischen Bedingungen in das Gesundheitssystem mancher Länder auch für die langfristige Gesundheitsplanung relevant bleibt.

Schließlich sollte die Ausbildung auch die Vermittlung administrativer Kenntnisse berücksichtigen. Diese sind für den Mediziner in den Entwicklungsländern unverzichtbar, da er üblicherweise eine Fülle von Verwaltungsaufgaben zu erledigen hat. Häufig ist persönliche Initiative nötig, wenn er Verbesserungen struktureller und finanzieller Art erreichen will, Geldmittel für gesundheitliche Maßnahmen beantragen muß oder auch nur die entsprechenden staatlichen Stellen auf zu beseitigende Mißstände hinweist. Ohne eine gründliche Vorbereitung auf die Anforderungen im Heimatland ist zu befürchten, daß ihnen der Mediziner wegen großer physischer und psychischer Belastung nicht gewachsen ist. Die Medizinerausbildung ist in ihrer derzeitigen Ausrichtung nicht dazu geeignet, neben der komplizierten Fachausbildung auch noch die persönlichen Probleme der potentiellen Rückkehrer an ihrem Arbeitsplatz zu berücksichtigen. Entwicklungsorientierte Motivation, innere Bereitschaft, sich den Problemen zu stellen und die Standfestigkeit, sich in schwierigen Lagen am Arbeitsplatz zu behaupten, sollten aber, soweit möglich, während der Ausbildung geweckt werden.

Hindernisse, die durch das hiesige Ausbildungssystem bedingt sind

Der Durchsetzung dieser fundamentalen Forderungen stehen erhebliche Hindernisse im hiesigen Ausbildungssystem entgegen. Ein wesentlicher Mangel ist in diesem Zusammenhang, daß die Approbationsordnung kein Ausbildungsziel nennt. Schon daraus ergeben sich Schwierigkeiten bei der Festlegung der Lehrinhalte, wie sie in den neuen Gegenstandskatalogen dargestellt sind. Für die Mediziner aus der Dritten Welt wären die hier genannten Forderungen als allgemeiner Rahmen anzunehmen. Eine inhaltliche Festlegung müßte im einzelnen noch erfolgen. Ihr ist vor allem eine gründliche Analyse und eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten des gegenwärtigen Studienbetriebes zugrunde zu legen.

Approbationsordnung und Gegenstandskatalog - determinierende Grundlagen der Ausbildung für Ärzte

Die neue Approbationsordnung für Ärzte (AOÄ) und eine Festlegung der Lehrinhalte der einzelnen Fächer in Gegenstandskatalogen wird heute allgemein begrüßt (Wissenschaftsrat) und bedeutet für alle Medizinstudenten eine bessere Orientierung im Fach. Da es sich um eine in der Praxis strukturell noch nicht abgeschlossene Neuerung handelt, liegt hier zugleich auch die Chance, Verbesserungen für die Ausländer bei der Einführung neuer Stoffgebiete mit einzuplanen. Es sollte versucht werden, im Zuge der weiteren Entwicklung neuer Fächer wie medizinische Psychologie und medizinische Soziologie auch die medizinische Versorgung der Entwicklungsländer fachlich zu verankern.

Bekannt ist, daß das Lehrangebot für Mediziner aus der Dritten Welt noch erhebliche Mängel aufweist, jedoch ist es nicht so, daß die AOÄ an den Interessen dieser Studenten gänzlich vorbeigehe. Sie enthält bereits jetzt, wie auch aus dem Gegenstandskatalog ersichtlich, eine Reihe von entwicklungspolitisch relevanten Lehrinhalten.

Als Hindernis, solche theoretisch vorhandenen Möglichkeiten voll zu nutzen, wird sich die quantitative Gewichtung der Ausländer aus Entwicklungslän-

dern gegenüber den anderen Medizinstudenten erweisen. Man darf auch nicht außer Acht lassen, daß die Medizinausbildung vorrangig der nationalen Interessenlage der BRD entsprechen muß.

Möglichkeiten für die ausländischen Studenten angesichts der sich ändernden Ausbildungsstruktur bieten sich durch Einrichtung eines "Wahl-Vertiefungsfaches", wie auch aus einer Empfehlung des Wissenschaftsrates hervorgeht:

"Gerade angesichts der durch die Gegenstandskataloge und das zentrale schriftliche Prüfungsverfahren drohenden Schematisierung der Ausbildung empfiehlt der Wissenschaftsrat die Einrichtung eines Wahl-Vertiefungsfaches, das in der mündlichen Abschlußprüfung Möglichkeiten der Profilierung eröffnet. Den Studenten wird dadurch Gelegenheit geboten, sich mit neueren Forschungsentwicklungen exemplarisch vertraut zu machen." (Empfehlung 1976, S. 27 f.)

Eine solche Empfehlung ist sicher ein Ansatzpunkt zu weiteren Überlegungen, die Anbindung des Wahl-Vertiefungsfaches an die Forschung bedeutet jedoch eine Einschränkung der Möglichkeiten einer Curricula-Reform, denn diese soll ja zur Vermittlung vieler Fähigkeiten führen, die keine unmittelbare medizinische Forschung erfordern, (Psychologische, administrative Kenntnisse, entwicklungs- und gesundheitspolitisches Bewußtsein etc.) Die Empfehlung ist dennoch zu begrüßen, weil sie die Flexibilität der ärztlichen Grundausbildung verstärkt. Wenn gegen die Hindernisse im Ausbildungssystem vorgegangen werden soll muß vorab analysiert werden, welche Lehrinhalte in dem gegenwärtigen "Ausbildungsplan" tatsächlich entwicklungspolitisch relevant sein können.

Außerdem ist zu untersuchen, ob und inwieweit die durch die Approbationsordnung entstehende Ausbildungsstruktur sich mit den Anforderungen der AOA deckt.

Eine erste Analyse der Gegenstandskataloge auf die hier wichtigen Ausbildungsinhalte hin sowie ein Vergleich mit dem Lehrangebot, wie es durch die Vorlesungsverzeichnisse einiger wichtiger Hochschulen mit medizinischen Fach-

bereichen ausgewiesen ist, zeigt: Die Hochschulen bieten uneinheitliche Bedingungen zum Erwerb des verlangten Gesamtwissens. Dies betrifft die Institutionen der Forschung und der Lehre gleichermaßen. Vor allem ist die Möglichkeit, den Studenten aus der Dritten Welt Fachwissen zu vermitteln, das speziell ihnen nützt, an das Vorhandensein von entsprechenden Forschungsvorhaben gebunden. Hier ist die gegenwärtige universitätsinterne Struktur der "Lehrstuhlinstitute" ein hemmender Faktor, Fortschritte zu erzielen.

Die Möglichkeiten, die sich an einigen medizinischen Fachbereichen und Fakultäten bieten, sollen dennoch kurz angesprochen sein. Der größte Teil der an den deutschen Universitäten angebotenen Lehrveranstaltungen bezieht sich auf den kurativen Bereich, erwartungsgemäß gekoppelt mit Forschungsinstituten und den therapeutischen Möglichkeiten der Universitätskliniken.

Einige für Entwicklungsländer relevante Forschungs- und Lehrgebiete seien genannt:

"Tropenmedizin", "Infektionskrankheiten", "Epidemiologie", "Mikrobiologie", "Hygiene", "Wurmkrankheiten", "Medizinische Entomologie", "Bakterienphysiologie" u.a.

Daneben finden sich im Angebot aber auch:

"Sozialmedizin", "Ökologie", "Umwelthygiene", "Impfkurse", "Gesundheitsplanung", "Öffentliches Gesundheitswesen", "Gesundheitserziehung", "Geomeditzin", "Gesundheitsfürsorge", "Sozialhygiene".

Diese auf den ersten Blick erfreulich vielfältige Aufzählung von Studieninhalten besagt jedoch noch wenig. Ein solches Angebot ist nämlich weder an allen Universitäten vorhanden, noch ist es in jeder Hinsicht prüfungsrelevant. Außerdem werden auch diese Fächer auf eine Weise gelehrt, die auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik abgestimmt sein mögen, nicht aber auf die der Entwicklungsländer. An einigen Hochschulen bleiben ganze Bereiche wie Sozialmedizin oder Tropenmedizin ausgespart; hier ist nicht zu erwarten, daß das nach der AOA notwendige Wissen angeboten wird, und es könnte günstigenfalls in fachverwandten Lehrveranstaltungen oder im Selbstunterricht erwor-

ben werden. Eine Eigeninitiative, sich Zusätzliches anzueignen, erscheint jedoch bei der übrigen Stofffülle fast ausgeschlossen.

Die Gegenstandskataloge enthalten als mögliche Ausbildungsinhalte neben den oben genannten Gebieten noch eine Reihe anderer Wissensgebiete, denen sich entwicklungspolitisch interessierte Hochschullehrer zuwenden könnten:

Dies betrifft z.B. die Vermittlung von Wissen über gesellschaftliche, kulturelle und sozioökonomische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung und kann bis zum Ende des ersten Ausbildungsabschnittes geleistet werden. Später sind auch nach der AOA Kenntnisse über Mangelkrankheiten, Familienplanung und die Organisation der nichtärztlichen Heilberufe zu erwerben. Diese Gebiete können unschwer in einen Zusammenhang mit den speziellen Entwicklungsländerproblemen gebracht werden.

Unbestritten ist der derzeitige Praxisbezug der Ärzteausbildung zu gering. Die inzwischen von vielen Seiten unterstützte Forderung, hier Abhilfe zu schaffen, darf sich aber nicht nur darauf beziehen, den künftigen Arzt länger und häufiger am Krankenbett tätig werden zu lassen, vielmehr ist die Möglichkeit zu schaffen, daß ambulante Behandlungen, Praxishospitation, Hausbesuchsprogramme und die Einbeziehung poliklinischer Einrichtungen stärker berücksichtigt werden. Diese Forderungen hat auch der Wissenschaftsrat in seinen Medizinempfehlungen gestellt. Weil es an den deutschen Hochschulen vor allem hier Kapazitätsprobleme gibt, wird inzwischen die Einbeziehung von außeruniversitären Lehrkrankenhäusern geplant.

Die Forderung nach mehr Praxisbezug gilt für deutsche und ausländische Studenten gleichermaßen, dennoch brauchen die Studenten aus Entwicklungsländern eine andere praktische Ausbildung, als sie an deutschen Lehrkrankenhäusern geboten wird.

Empfohlene Ersatzmaßnahmen

Aufgrund der geschilderten Schwierigkeiten, gesundheitspolitische Inhalte, die für die Verhältnisse in den Entwicklungsländern relevant sind, stärker in den medizinischen Ausbildungsgängen zu verankern, schlägt der WUS folgende Maßnahmen vor, die geeignet sein könnten, Studenten aus der Dritten Welt bereits während ihres Studiums hier Möglichkeiten der Vorbereitung auf die Realität medizinischer Versorgung im Heimatland zu bieten:

Diese Vorschläge gehen davon aus, daß die Möglichkeit der Famulatur im Heimatland oder einem anderen Land der Region geeignet sein könnte, die Studenten - mit entsprechender Vor- und Nachbetreuung für die Probleme medizinischer Versorgung zu sensibilisieren. Dies könnte zur weiteren Beschäftigung mit entwicklungsländerrelevanten Fragestellungen im Studium führen. Solche Famulaturen könnte man in medizinischen Entwicklungsprojekten organisieren, aber auch an Hospitälern im Heimatland. Folgende Abfolge zur Vor- und Nachbetreuung solcher Famulaturen schlagen wir vor:

- 1.) Vorbereitende Seminare zur Auswahl von Kandidaten für eine Famulatur in der Dritten Welt
- 2.) Kursprogramme an tropenmedizinischen Instituten zur Vorbereitung auf die Famulatur. (Vermittlung von Basiswissen über die Struktur des Gesundheitswesens im betreffenden Land, Rolle des Arztes, Tropenkrankheiten, Präventivmaßnahmen usw.)
- 3.) Nach dem 3. klinischen Semester Absolvieren einer Famulatur in einem Projekt oder Hospital möglichst im Heimatland oder einem anderen Land der Region. - Betreuung durch dort tätige Fachkräfte
- 4.) Verarbeitung der Erfahrungen in einer schriftlichen Arbeit
- 5.) Seminar an einem tropenmedizinischen Institut zur Nachbereitung der Famulatur und zur Aufarbeitung von Fragestellungen, die sich daraus ergeben haben.
- 6.) Seminararbeiten und Dissertation, möglichst über ein das Herkunftsland betreffendes Thema.
- 7.) Einjährige praktische Nachausbildung im Heimatland oder einem anderen Land der Region, z.B. als Projektassistent in Projekten der medizinischen Entwicklungshilfe. Dies könnte später dazu führen, daß die deutschen Fachkräfte durch einheimische abgelöst werden.

8.) Sur-place-Stipendien für die Facharztausbildung, falls im Einzelfall erforderlich.

Wichtig wäre, daß die Schritte 2, 3, 4 und 5 eine Einheit bilden, daß also zwischen theoretischen und praktischen Ausbildungsabschnitten eine direkte Wechselwirkung besteht. Hierzu bedürfte es einer engen Kooperation zwischen den Hochschulen, die ein solches Kursprogramm veranstalten würden, und den Institutionen der medizinischen Entwicklungshilfe. Unterstützt sollte dieses Programm durch Tutorenkurse an den Hochschulen werden, um die Möglichkeit der Vertiefung spezifischer Fragestellungen zu gewährleisten. Hierzu wäre es hilfreich, wenn sich auch an den Hochschulen, die keine Tropeninstitute haben, Hochschullehrer aus verschiedenen Bereichen zusammenschließen würden, um entsprechende Veranstaltungen durchzuführen. Das könnten außer Medizinern auch Ethnologen und Sozialwissenschaftler sein, die entwicklungsländerorientiert arbeiten. Solche Veranstaltungen müßten allerdings auf das Lehrdeputat angerechnet werden, oder man müßte Lehraufträge z.B. an niedergelassene Ärzte mit Tropenerfahrung erteilen.

Eine besondere Schwierigkeit der Durchführung eines solchen Programmes liegt darin, daß die Studiengänge inzwischen völlig durchorganisiert, und daß die meisten Prüfungen standardisiert sind. Eine Differenzierung in den Prüfungen zwischen Deutschen und Ausländern dürfte daher kaum möglich sein. Da aber das Medizinstudium zeitlich kaum Spielräume für die Beschäftigung mit Fragestellungen läßt, die nicht examensrelevant sind, ist die zeitliche Einbindung der vorgeschlagenen Kursprogramme in das Studium eines der größten Probleme. Darüberhinaus muß davon ausgegangen werden, daß ein Großteil der ausländischen Studenten in den Ferien für den eigenen Lebensunterhalt arbeiten muß, so daß auch die Veranstaltung der Kursprogramme in der Ferienzeit problematisch ist. Der Erfolg der vorgeschlagenen Maßnahmen wird weitgehend von einem Ausweg aus diesem Dilemma abhängen.

Anmerkungen:

- x) ew 1/2 1978 "Probleme des Ausländerstudiums", World University Service
Deutsches Komitee e.V.
- xx) Technologie und Politik, Aktuell Magazin Nr. 6 rororo, Reinbeck bei Ham-
burg 1976
- (1) vgl. Bichmann, W.: Die Problematik der Gesundheitsplanung in Entwick-
lungsländern. Heidelberg o.J. (Med. Diss.), S. 71 (Dort auch weitere
Quellen)
- (2) Bichmann, W., a.a.O. S. 182
- (3) vgl.hierzu: Zahl der ausl.Med.-Stud. 1959/60:5583 oder 21, 6% von 25.851
Zahl der ausl.Med.-Stud. 1975/76:3597 oder 7,2% von 50.176 (Quelle: Anga-
ben nach dem Statistischen Bundesamt, zitiert in den "Medizinempfehlun-
gen" des Wissenschaftsrates 1976, S. 251)
- (4) vgl. King, Maurice: Medical Care in Developing Countries. Nairobi-Lusaka
-Addis-Abeba-London 1966

Yaw Osei

Foreign Students and Academicians in West Germany *)

Introduction

As a foreigner myself - and a very conspicuous one for that matter - but more so as a former member of several student organisations and spokesman for foreign students on the Students Council (ASTA) of Heidelberg (1969/70). I have had an opportunity to meet several other foreigners in Germany and to get to know some of their problems and difficulties. Nevertheless, it was when I decided to undertake post-graduate training here that I began to systematically study the relationship between foreigners and their host country which will be the subject of this paper. But first let us clarify the terms "foreign", "students" and "academicians". Theoretically, "foreign" means non-German; for our purposes, and following the practices of our German hosts, we should differentiate between foreigners from the countries of the European Community, foreigners from the industrialised countries of Europe and North America and those from the so-called "developing" or "Third World" countries of Asia, Africa and Latin America and the relatively poor European countries of Turkey, Greece, Italy, Spain and Portugal. The reason for coming to study here are as varied as the countries of origin of these

foreigners and the problems and difficulties faced so divergent - problems of the first two groups of foreigners being insignificant compared to those of their counterparts from the so-called "Third World" - that you should permit me to limit my talk to the latter group only. The term "student" is used in its broadest sense to mean anyone pursuing a planned course at an institution of learning or undertaking vocational/professional training or having come here with this intention, is a waiting fulfilment of the hope to do any of these. "Academician" applies to all those no longer strictly pursuing studies at an institution of learning nor under any formal training but engaged in research work, collecting practical experience after their studies/-training or earning their living through their professional work.

Thus even though most Germans, whether students, professors, housewives or manual workers, have a shocking ignorance of people and places outside their own country they expect their guest to know much about Germany, react nevertheless extremely sensitively to any negative remarks about their country. Such knowledge as they have of other peoples and places is based largely on clichés which were founded several decades ago and have remained unaltered to this day, thanks in part to obsolete textbooks and insidious most times evil-intentioned propaganda or psychological warfare through the information media. Beliefs and traditional practices of other peoples and places are known not for their cultural value but because they offer food for fun and entertainment or pity. Discerning clearly some arrogance here, many foreigners prefer to shun German company and live, as it were, isolated. Those who try in spite of everything to try to strike contacts with the people report of distinguishing three main types of Germans: the type who absolutely rejects foreigners, the tolerant type who may encourage a fleeting acquaintanceship and an almost overindulging type, friendly and helpful but not without a pitiful look in his face. This observation made by studying the attitudes of dance-bar and café owners towards foreigners has been of the German population.

It was noticed earlier that the academician, to all outside appearances, has completed his studies - the main purpose for which he came here - and should supposedly be back home to help "develop" his country.

At least, this is the prevailing opinion, and from this basic stems much of his difficulties whether he is with his compatriots, among Germans or

dealing with officials.

Firstly, because he is no longer formally studying, has so to say brought his first studies/training to a successful end and might besides be earning money (far in excess of students allowance). He is often an object of mostly unexpressed envy among some of his compatriots. Indeed, he might even be accused of contributing in to the "brain-drain" and therefore of downright treachery to the development of his country. The academician finds little or no understanding for his continued residence in Germany, a fact that is aggravated by a growing myth that foreigners, once they complete their studies here, do not want to return home: the academician especially from a Third World country is readily pointed to as proof of the willingness of many foreigners to remain forever here.

Historical Background

Even though we are not here to find out why foreigners came to study here, yet I think it will not be out of place to try to do so in order to provide proper basis for our discussion. Writing an essay on why he likes going to school, a Ghanaian school-boy is reported to have written:

"The most unfortunate thing that could happen to me would be to have had no education or to be sent away from school now, for then all my life would be wasted". (1)

Although it would go beyond the scope of our discussion to try to analyse the full implications of the above statement, yet it should make us aware of what strong feelings a child of the Third World today has about formal education. Unfortunately, however, formal education in the Third World still bears indelible imprints of its historical Colonialist and Imperialist origins: a grossly inadequate number of schools which teaches (to quote a Ghanaian sociologist) "More and more about Europe and less and less about my own society". (2) Thus, it should be easier for us now to understand the reasons offered by many foreign students for coming to study here:

- a) Owing to stringent selection at or above the average level of their Peers in Germany and elsewhere, many students would not have had admission in their country to the course of study they wished to follow.
- b) non-availability of the proposed course of study of training in their native country. This is particularly true of Agriculture and Forestry, the

Natural Sciences and Technology and Medicine.

- c) even where such opportunities do exist, the belief that training facilities in Germany should be better than in his home country. It should be remembered that most of these countries depend on imported textbooks and other teaching materials from Europe or elsewhere.
- d) prestige thinking rooted in the past: people in position are invariably (to use a Ghanaian jargon) "been tos", i.e. people who have been to Europe or America before; hence, the tacit assumption that one achieves something in life only after some stay in Europe.
- e) Not a few foreigners have been known to have fallen victim to the propaganda of West Germany diplomats who continue to present their country as an economic wonderland, offering untold opportunities to anyone wishing to study here. (3)

Whatever reason may be offered, it is certain that no foreigner could have come here without the expressed or tacit encouragement and support of the government of his country in the same way that a young north American, for example, could not have gone to study in China or vice versa until recently or that before our national independence I could not have come to study here as a so-called Her Majesty's Subject from the Gold Coast. Students everywhere are a dependent people; nevertheless, irrespective of the source from which a student gets, for example, his financial assistance or scholarship, this fact or his dependence on the policies of his home government should not be forgotten. In my opinion, many problems of foreign students in Germany can be traced to this source. In short, foreign students are too often the victims of governmental and intergovernmental policies and their problems should be seen against this background.

The question therefore arises: "What makes a country like Ghana send her young men/women for studies in Germany and why does Germany support such policy? The answer given by Ghana is that "to develop" she needs people with certain skills and Germany has the means to impart these skills to the people. Historically seen, this is part of a practice of exchange between two cultures at uneven levels of development - and no two cultures or countries are at any given time at equal levels of development - a process whose origins lie in antiquity. This cultural exchange has been the vehicle of social change in every society. To the superficial observer, however, "rich" Germa-

ny does this to help "poor" Ghana. That such altruistic reason must be superseded by far weightier motives for Germany to, so to say, rob her young citizens of studying facilities in favour of foreigners is no longer a tonic for debate. (4) With this background still fresh in our minds, we may catalogue the problems of the foreign students as follows:

- a) personal problems involving admission to institutions of learning, language, financial assistance, difficulties in studies or training etc. I call these "personal" because their solution rests more or less on the personal engagement of the students concerned.
- b) problems on the social level in his intercourse with the German population.
- c) problems with officials and the law.

Many students arrive here only to realise to their disappointment that their certificate or whatever qualification they had before does not earn them entry to a training institution. The problem of language then follows. Although Germany was known to many foreign students as a geographical or political entity with remarkable contributions to world history, the German language was largely unknown to them. It is once they arrive here that they become confronted with the rough reality that their knowledge of English or French which they learned at school is of no help to them here. The financial support of many students is uncertain since this depends itself on factors mostly beyond his control. But by far the greatest personal problem are his studies or training itself. Back home, everything pertaining to his studies would have been regulated to the last detail, e.g. fixed duration of course and a syllabus whose contents need not be really understood let alone be critically assessed in their societal relevance but would tend to encourage an attitude of - again to use a Ghanaian phrase - "chew, pour, pass and forget". In contrast, the German system of education in spite of its haphazard appearances gives the student a certain amount of freedom of choice, at the same time paying attention to details of understanding and practical use. This freedom with more personal responsibility demands much energy and many a student might fail to find his feet in the new system.

Yet, as though these personal problems were not enough to bog him down, the foreign student faces far greater problems on the social plane. During the language course, most schools provide accommodation for their pupils, cer-

tainly a relieve, considering the problems that await the foreigners now on his own searching for reasonable accomodation. I do not intend to belabour this point. It should be enough to remark that it is not so much the refusal to rent the foreigner a room that amazes but the discovery that many Germans have learned to tell the same story that invariably turns out to be a lie! How much this first disappointment could influence the world-view of a student and determine some aspects of his residence in this country or his relationship to the host-society can be seen in the attitude of a Latin American colleague, hitherto ostensibly a frequent church-goer and a so-called staunch Catholic, who has rejected the Christian religion ever since.

Of course, accomodation is a problem but is more a foretaste of the hospitality that awaits that foreigner; for this will soon be augmented by other difficulties much less easy to tackle. Many Germans believe consciously or unconsciously that their own mentality is the only correct one and set this as a norm; every foreigner is expected to adapt himself to this German peculiarity.

The fuel to this increased misunderstanding between foreigners and the German population is supplied by official policy regulating the stay of foreigners here. Many of us get to know Germany much better through bureaucratic and police officials, thanks to a scandalous "Aliens Law" (Ausländergesetz). This law places the fate of the foreigners in the whims and fancies of whichever official interprets it. From the impressions gained up to now, many foreigners have no knowledge of any rights given them by this law and the feeling exists therefore that a foreigner has no rights here but only privileges bestowed on him by the good-heartedness of the official interpreter of the law, in most cases the foreign police. This official determines the duration of stay of the foreigner in this country, in most cases too where the foreigner could stay. Examples abound of foreigners, who, to avoid any confrontation with the officials and thus escape undue difficulties, have virtually turned vagabond because of this law, for, to many foreigners in very many German towns and cities, the foreign police is not only a juristic "scarecrow" but the almighty law itself: he should not be irritated in any way whatsoever, although he could afford to irritate the foreigner. The suspense and uncertainty surrounding a meeting with the foreign police bring most foreigners to the brink of illegality, sometimes

even of plain criminality, for, as said earlier, most foreigners do not have any idea of the boundary between legality and illegality as far as their stay here is concerned. There is much threat of repatriation or deportation but it is not generally known which type of delict could merit refusal of residence permit, repatriation or deportation. This may range from failing to renew residence permit early enough, being involved guiltily in a car accident, "hurting" a German citizen, being politically awake and therefore directly or indirectly "meddling" in German internal/external politics, to being ill of health or contravening the law on Drugs and Narcotics. It is not surprising therefore, that many foreigners are "unreasonably" quiet; for, even though his education and the long distance from home gives him a broader perspective of world affairs, at least of things happening in his country, he is restricted in many ways to say his opinion because of fear of reprisals emanating from his law. It is this same law that regulates the working permit of those foreigners who would like to work, who might even have obtained a job somewhere but are in most cases refused permission by the authorities. Financial difficulties come to worsen the miserable situation of such foreigners; marriages get broken up.

We could continue giving examples on the stressful situation this law creates for the foreigner and how it very easily could make him the victim of social and official caprices. Nevertheless, it would be unfair to put all the problems foreigners face in this country on the shoulders of our hosts only. Reprisals from their own embassy officials who show lack of insight and understanding in the problems of students in a foreign country, plain irresponsibility and of all things impotence to decide and act on behalf of their fellow citizens summarize the relation existing between embassies and their students.

Conclusion

What does all this mean for the foreign student and academician and what relevance does it have for meeting today? The various problems touched at in this paper have a common effect, which is that the foreigner lives always under pressure of adaptation tension, suspense and uncertainty are rife. Everywhere, he is constantly reminded almost perjoratively that he is a foreign-

er and probably after that a human being. He is exposed to unnecessary stresses and conflicts in the form of defamations and discrimination and should therefore have a high degree of tolerance for frustrations if his stay here is to be meaningful to him and useful to his country. Which of us here would doubt that at the individual level, the difficulties described above could lead to symptoms of fear and anxiety, depression or even to prosecutory symptoms? Extreme irritability, sadness and loneliness or plain isolation, a whole range of psychosomatic disorders and occasionally suicide or death wishes are taken by our hosts as a matter of course whilst on the social level mistrust, even hatred, between foreigners and Germans is being bred or strengthened. Of course, if we see our function as psychiatrists as dealing only with the individual, we get an increase in the number of patients. On the other hand since our discipline also believes in the saying "Prevention is better than cure", I believe we own responsibility to society to raise attention to unwholesome practices, caused through prejudices against a minority group. Foreign students and academicians are not voluntarily here but as the result of a historical-dialectical process. If our hosts could be made to appreciate this fact (that their sons and daughters could also one day be aliens in a foreign land) and to change some of their own attitudes, I believe there would be far less difficulties and greater understanding between foreigners and Germans. In the discussion that follows, I hope to be able to elaborate on what has been said so far on the conflicts faced by the foreigner struggling between attempts to gag and suppress him and his determination to assert the fact of his being a human being too.

Bibliography:

- (1) Nkrumah, Kwame: Africa must Unite; Panaf 1970 p. 43
- (2) Busia, K.A.: Purposeful Education for Africa; Mouton/ The Hague 1968
- (3) "Realität ausländischer Studenten sieht anders aus"
Rundschau am Sonntag 20/6/71
- (4) Pätzoldt, B.: Ausländerstudium in der BRD, Köln 1972
- (5) Pfeiffer, W.M.: "Probleme der Studenten aus den Entwicklungsländern in H.-U. Ziolko: Psychische Störungen bei Studenten; Springer Verlag.

*) aus A. Boroffa, W. Pfeiffer (Herausg.): Fragen der transkulturell-vergleichenden Psychiatrie in Europa (Symposium in Kiel 5.4.-8.4.1976) Westfälische Wilhelms-Universität Münster 1977

Maria-Christine Rodriguez
Korrekturen

Ich bin hierher gefahren, obwohl ich noch nicht viel von der Universität in Hamburg berichten kann. Ob das hier in der Klinik Gelernte adäquat der Aufgabenstellung für die spätere Arbeit in unseren Ländern ist, kann ich heute noch nicht beurteilen. Ich bin in meinem Studium noch nicht so weit fortgeschritten, daß mir schon eine Prognose erlaubt ist.

Was ich bis heute gelernt habe, sind Grundlagen, die allgemein gültig sind. Sie stimmen in allen Bereichen der Welt.

Ein in einem anderen Land ausgebildeter Arzt, der später in Regionen wie Afrika, Asien oder auch bei uns arbeiten will, muß zunächst einmal mit den dortigen Krankheiten, vor allem aber mit den vorhandenen Gegebenheiten vertraut sein. Er muß in der Lage sein, Krankheiten ohne oder nur mit unzureichendem Material zu bekämpfen. Mit dem Material sind die in den reichen Ländern im Überfluß vorhandenen Geräte und Medikamente gemeint.

Das bedeutet, daß die moralische Grundhaltung eine große Rolle spielt. Die Frage ob man sich für die Armen einsetzt oder als Arzt nur an seine Hono-

rare denkt, stellt dabei eine gewisse Vorentscheidung dar. Wie Sie wissen, ist das Erstere sehr schwierig. Die zweite Möglichkeit ist aber auch in den ärmsten Ländern der Welt gegeben.

Ich selbst habe ein besonderes Motiv, hier zu sein. Es sind nicht nur meine medizinischen Ambitionen Ich möchte versuchen, die vorgefaßten Meinungen vieler Menschen - zumindest in dem mir erreichbaren Umfeld - zu korrigieren.

Ich höre und sehe immer wieder, wie mit Begriffen wie "Entwicklungsländer", "Dritte Welt" usw. umgegangen wird. Oft fehlt jede Sachkenntnis, oder die Sachverhalte werden total verkannt. Die Welt der westlichen Hemisphäre identifiziert Amerika mit den Vereinigten Staaten. Wir wohnen bestenfalls in einem "Unteramerika", einem schwer zu verstehenden Amerika zweiter Klasse.

Die Wirklichkeit zeigt jedoch auf, daß die Unterentwicklung Lateinamerikas eine Folge der stürmischen Entwicklung anderer Länder ist.

Es ist für viele Menschen unbegreiflich, daß wir Lateinamerikaner so arm sind, obwohl der Boden, auf dem wir leben, reich ist. Diese Tatsache darf man aber nicht nur der Ökonomie unserer Länder anlasten. Auf unseren von der Natur bevorzugten Landschaften liegt der Fluch der Geschichte.

Ich habe manchmal das Gefühl, die Menschheit redet nicht nur mit verschiedenen Sprachen, sondern prägt auch Begriffe, die nicht zu übersetzen sind bzw. nicht übersetzt werden sollen Zum Beispiel: Was für viele Menschen "Entwicklungshilfe" ist, bedeutet für mich ganz anderes.

Die europäischen Länder investieren pro Jahr ca. 30 Milliarden Mark in die sogenannte Entwicklungshilfe. Aber die Länder, die diese Hilfe in Anspruch nehmen, zahlen aufgrund der hohen Zinsen und Tilgungsraten etwa 100 Milliarden zurück.

Das System hat den Hunger und die Angst vermehrt; der Reichtum konzentriert sich im gleichen Maße, wie die Armut sich ausbreitet. Die Geschichte der Unterentwicklung Lateinamerikas ist im direkten Zusammenhang mit der Entwicklung des Weltkapitalismus zu sehen. So bestätigen es die Papiere der internationalen Organisationen, deren aseptische Sprache unsere unterdrückten

Regionen "Entwicklungsländer" nennt und die unerbittliche Verarmung mit "regressiver Einkommensverteilung" betitelt. Und noch etwas: In Zusammenhang mit der Notlage unserer Völker wird oft behauptet, daß unsere Länder überbevölkert sind. Das ist, gelinde gesagt, eine Unwahrheit.

Einige Zahlenvergleiche Peru hat 32-mal weniger Einwohner als Japan. Haiti und El Salvador sind sehr dicht besiedelt, weisen aber immer noch eine geringere Bevölkerungsdichte auf als z.B. Italien.

Schließlich sind nicht weniger als die Hälfte der Territorien Boliviens, Brasiliens, Chiles, Ekuadors, Paraguays und Venezuelas unbewohnt.

Die USA stehen in ihrem Land nicht dem Problem einer Bevölkerungsexplosion gegenüber; aber sie bemühen sich wie kein anderes Land darum, die Familienplanung in alle Himmelsrichtungen zu propagieren und, wenn möglich auch durchzusetzen!

Mehrere nordamerikanische Missionen haben tausenden von Frauen die Sterilisation angetragen, und viele haben akzeptiert. Warum diese Anstrengungen? Sind unsere Länder nicht zum Teil die ödesten aller bewohnbaren Zonen dieses Planeten? Im größten Teil Lateinamerikas herrscht kein Bevölkerungsüberschuß! Im Gegenteil, es gibt Gebiete mit einem eklatanten Mangel an Menschen.

Noch einige Zahlen: Brasilien hat 3-mal weniger Einwohner als Belgien; Paraguay gar 49-mal weniger Einwohner auf einem Quadratkilometer als England.

Auch Nahrungsmittel sind genügend vorhanden; aber sie sind leider falsch verteilt. Somit ist der Rückgang der Geburtenrate nicht die angestrebte Lösung. Man wird den Verdacht nicht los, daß es für einige Interessengruppen eben billiger, sauberer und wirksamer ist, die Guerilla bereits in der Gebärmutter zu bekämpfen, als sie später in den Bergen oder auf den Straßen zu töten.

Die ungerechte Verteilung der Nahrungsmittel und Mangel an Sanitäreinrichtungen, die Infektionskrankheiten fördern, schaffen die Hauptprobleme im Gesundheitswesen Lateinamerikas. 70% der Bevölkerung leiden an Avitaminosen; und

das, obwohl genügend Anbauflächen für Gemüse, Getreide etc. vorhanden sind! Aber diese Flächen werden für lukrative Exportgüter wie Kaffee, Zucker, Kakao und Bananen genutzt.

Die in unseren Ländern vorhandenen Gesundheitsprobleme können nicht medizinisch, sondern nur politisch gelöst werden. Wir leiden an der Armut; doch dies ist eine Folge der in unseren Ländern wuchernden Korruption. Die ungerechten sozialen Strukturen fördern den Hunger.

Unser heutiges Elend ist kein plötzliches Unglück, sondern das Produkt der Geschichte. Diese Geschichte wurde aber zu allen Zeiten von Menschen gemacht. Daher kann eine Veränderung der bestehenden Situationen und eine Lösung dieser Probleme nur durch Menschen erfolgen.

Michinobu Doi
Fisikum

Als Teilnehmer an den Seminarveranstaltungen "Mediziner Ausbildung für Entwicklungsländer aus studentischer Sicht" möchte ich hier einen Beitrag speziell zum Thema "Rahmenbedingungen für das Medizinstudium in Deutschland" schreiben.

Ca. 6% der in der B.R. Deutschland Medizinstudierenden sind Ausländer. Alle Ausländer müssen genau so wie die deutschen Kommilitonen 4 Examen (Fisikum, 1., 2. und 3. Abschnitt des Staatsexamens) ablegen bis sie endlich mit dem Studium fertig werden. Viele sind schon vor dem Abschluß des Studiums mit ihren Nerven am Ende, das gilt genau so für die deutschen Mitstudenten.

Was mir schon seit langem aufgefallen ist, ist die Durchfallquote der Ausländer bei den Prüfungen. So ist es keine Seltenheit, wenn 50% der Ausländer beim Fisikum ihre Hürde nicht überspringen können. Hierbei redet kaum einer von einem Skandal oder ähnlichem. Nur wenn 50% der deutschen Kommilitonen es nicht geschafft haben das Fisikum zu bestehen, dann redet man oder besser reden alle von einer großen Schweinerei.

Ich meine, daß man immer das Fisikum für einen Skandal halten sollte, denn die ausländischen Studenten sind bestimmt nicht dümmer als die deutschen. Die Ausländer sind auch bestimmt nicht fauler als die Deutschen, sie müssen öfters unter einer schwierigen (finanziell, ausländerrechtlich) Situation leben und studieren und trotzdem nehmen sie die Schwierigkeiten auf sich und studieren, so gut es geht.

Aber was die Prüfungen betrifft, wie ich schon 4 mal das Physikum mit einem "F" geschrieben habe, handelt es sich um eine fiese Sache, denn es wird nicht nur das medizinische Wissen abgefragt, sondern es werden viele Fallen sprachlicher Art aufgestellt.

In diese Fallen fallen nicht nur Ausländer sondern auch viele deutsche Studenten hinein. Hierdurch entsteht der Unterschied in der Durchfallquote zwischen den deutschen und den ausländischen Studenten, unabhängig von dem Wissensstand der Studierenden.

Und hier sehe ich einen Skandal, einen wirklichen Skandal!

Und dieser Skandal muß unbedingt und so schnell wie möglich aus der Welt geschaffen werden!

Zum Schluß noch etwas zum Seminar: Ich fand das Seminar sehr sinnvoll. Es war ein Seminar, das sich sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft orientiert hat.

Ich wünsche, daß noch weitere Seminare dieser Art folgen werden.

Ulrike Ohage

Als Anfängerin bin ich im Juni zum WUS-Seminar "Mediziner Ausbildung für Entwicklungsländer" gefahren: nicht nur als Studienanfängerin (2. Semester) sondern auch als Anfängerin was meine Auseinandersetzung mit "Entwicklungshilfe, angeht.

Vier Tage lang Zuhören, Zusehen und Diskutieren haben mich ein gutes Stück nachdenklicher und auch kritischer, nüchterner gemacht. Ich fand es gut, daß es da Leute gab, die selbst in der "3. Welt" gearbeitet hatten und von ihrer Arbeit dort berichteten. Gut war es auch, die Vertreter verschiedener Organisationen und deren Ziele und Arbeitsweisen kennenzulernen. Schade, daß manchmal zu wenig Zeit für die Diskussion in der großen Runde blieb.

Dafür wurde oft in der "Freizeit" weiterdiskutiert. Und das ist mir eigentlich das Wertvollste an dem ganzen Seminar gewesen: Die Begegnung mit so vielen ausländischen Studenten. Vor welchem Hintergrund sie ihr Studium hier in Deutschland erleben, war eine wichtige Erfahrung für mich. - Die Frage wie oder ob überhaupt man als Deutscher Entwicklungshilfe leisten soll, ist

dadurch für mich fast etwas in den Hintergrund gerückt. Vielmehr ist da mal wieder die beschämend klare Erkenntnis, wie wichtig es ist, sich hier in Deutschland politisch zu engagieren.

Das Seminar ist zu Ende. Es war oft anstrengend, hat aber auch viel Spaß gemacht. Anfängling bin ich immer noch, nur vielleicht etwas weniger ignorant.

Anhang

Presseberichte

Filme

Literatur

Presseberichte

* Medizin in Entwicklungsländern
aus: Forum Nr. 5 / 6 1985.
Hrsg. Afrikanisch-Deutsches Kulturforum Heidelberg e.V.

* Aderlaß statt Entwicklungshilfe
aus: Berliner Tagesspiegel, 23. März 1985

ohne einen Kommentar

* Für eine bessere Medizin in Ghana
aus: Berliner Tagesspiegel, 23. März 1985

* Die Bundesrepublik - ein großes Lazarett für die Reichen der Welt
aus: Wiesbadener Kurier, 8./9. Juni 1985

* Die Hürden werden immer höher
aus: DUZ 11 / 1985

Medizin in Entwicklungsländern

von Walter Petal Chikosi

"Lehrangebot an der Universität Heidelberg für Medizinstudenten aus Entwicklungsländern"

"Integrationsseminar der Otto-Benecke-Stiftung, Universität Heidelberg"

Seit 1983 findet an der Universität Heidelberg unter dem Namen "Modellversuch (MV) ein Lehrangebot "Medizin in Entwicklungsländern" statt.

Zielgruppe dieser Veranstaltungen sind in erster Linie die an der Universität Heidelberg immatrikulierten Medizinstudenten aus Entwicklungsländern. Organisiert und vom Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität konzipiert, versucht der MV eine studienbegleitende Sensibilisierung auf entwicklungspolitische Probleme in den Entwicklungsländern mit Bezug auf Gesundheitsversorgung und Planung und Motivation auf eine spätere Tätigkeit als Arzt im Heimatland zu gewährleisten.

Am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen am Südasien-Institut der Universität Heidelberg werden seit 1974 zweimal im Jahr für

Entwicklungsländern" an diesem Institut einzurichten. In der Antragsbegründung hieß es:

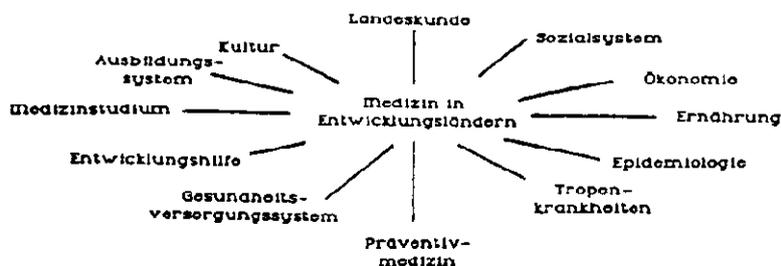
"Es ist daher höchste Zeit, daß auch die deutschen Hochschulen im Rahmen der Studienordnung und der AOÄ die Aufgaben übernehmen, die aus den Entwicklungsländern stammenden Medizinstudenten auf ihre ganz besondere schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe nach Rückkehr in ihre Heimat vorzubereiten... Das Projekt hat zum Ziel, im Rahmen der AOÄ eine Ausbildungseinheit "Medizin in Entwicklungsländern" zu entwickeln, die den Studierenden aus Entwicklungsländern die Möglichkeiten einer systematischen Ausbildung schon während des Studiums gibt... Dieses Lehrangebot soll in zweiter Linie auch von deutschen Studenten in Anspruch genommen werden können, die später eine vorübergehende Tätigkeit in Ländern der Dritten Welt ausüben wollen."

Nach längeren Anhörungen übernahm die Bund-Länder-Kommission für Bildung, Planung und Forschungsförderung ab 1.4.1983 die Förderung des MV's. Die in der einjährigen Vorbereitungsphase des MV's (1.4.83 - 31.3.84) gesammelten Erfahrungen mit den Studenten haben gezeigt, daß der inhaltliche Bedarf an einem solchen Studienprogramm nicht nur

Health Care (PHC) von DR. Bichmann, Aufgaben von MCH und Under Five Clinics von Dr. Sich und allgemeine Gesundheitsplanung in den EL gehalten. Ein Film über die medizinische Versorgung in Eritrea wurde gezeigt. Diese propädeutischen Lehrveranstaltungen und Kontakte mit ausländischen Studenten lösten lebhafteste Reaktionen aus, indem die Studenten selber Initiativen ergriffen, Referate zu machen, Protokolle zu führen und organisatorisch an der Gestaltung des MV's mitzuwirken. Außerdem wurden kritische Stellungnahmen in Bezug auf den Nord-Süd-Handel und zu den vielfältigen Problemen der ausländischen Medizinstudenten geäußert. Allerdings wurde das Zusammenreffen zwischen Förderung des MV von der Bund-Länder-Kommission und gleichzeitigen aufenthaltsrechtlichen Restriktionen von vielen ausländischen Medizinstudenten als problematisch empfunden.

Oft wird von den Medizinstudenten allgemein über die fehlende Verknüpfung der Theorie und Praxis im Medizinstudium geklagt. Statt Zusammenhänge und Basiswissen werden im Studium Details vermittelt und nur rezeptives Lernen gefördert. Der Bereich der primären Gesundheitsversorgung wird weitgehend vernachlässigt. Es kann offensichtlich nicht Aufgabe des MV's sein, die vielfältigen Probleme der Medizinstudenten aus EL und Medizinstudiums zu lösen oder zu beseitigen. Dazu sind die Mitarbeiter des MV's überfordert. Der MV bietet aber neben fachspezifischen Veranstaltungen für ausländische Medizinstudenten und Interessenten ein Forum, wo diese Probleme und ähnliche diskutiert werden, um gemeinsam den Versuch zu machen, Lösungswege zu finden. Die Rolle des MV's in dieser Hinsicht und die Bereitschaft der Mitarbeiter am MV und am Institut für Tropenhygiene, sich mit diesem Problem zu beschäftigen, wurde schon von Anfang an von den Studenten sehr begrüßt. Außerdem bietet der MV jeden Dienstag eine Sprechstunde für ausländische Medizinstudenten an, in der individuelle fachliche Probleme in vertrauter Atmosphäre diskutiert und beraten werden und Vorbereitungsseminare auf einen Aufenthalt als medizinischer Famulant im Ausland.

Zu den Problemen des Ausländer-



Ärzte und medizinisches Personal Vorbereitungskurse auf eine Tätigkeit in Entwicklungsländern durchgeführt. Aus dieser Erfahrung auf dem Gebiet der Medizin in Entwicklungsländern regten das Institut und der Studiendekan der medizinischen Gesamtfakultät der Universität Heidelberg 1980 das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBW) an, einen Modellversuch Lehrangebot "Medizin in Entwick-

von den ausländischen Kommilitonen sondern auch von deutschen Studenten groß ist. In dieser Phase wurden vom Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen zahlreiche Lehrveranstaltungen mit entwicklungs-politischem Bezug im Gebiet der medizinischen Versorgung in den Entwicklungsländern (EL) angeboten. Es wurden unter anderem Vorlesungen in den Bereichen Primary

studiums kommen noch die Sprach-, Sozial-, Kultur-, finanzielle und bürokratische Probleme hinzu.

Die Probleme im Heimatland sind ebenso vielfältig, aber anderer Natur. Mangelversorgung in den Krankenhäusern, fahrgeschlagene politische Entscheidungen und Entwicklungsprojekte, Hunger und ständige Mangelernährungskrankheiten und manches andere kennzeichnen das Bild der Gesundheitsversorgung in fast allen EL. Es erscheint also zweckmäßig und gehört auch zu einer verantwortungsbewußten Durchführung des Medizinstudiums, daß der ausländische Medizinstudent sich mit diesen Problemen während seines Studiums auseinandersetzt.

Aufbauend auf den propädeutischen Teil des MV wurde im SS 84 eine Veranstaltungsreihe mit Vorlesungs- bzw. Vortragscharakter geboten:

- Medizin der Armut (Diesfeld)
- Strategien der Gesundheitsversorgung (Bichmann)
- Mutter-Kind-Versorgung I (Sich)
- Mutter-Kind-Versorgung II (Glocke / Sauerborn)
- Familienplanung, Bangladesh (Ludwig)
- Impfkampagnen (Sauerborn)
- Traditionelle Medizin in China (Ma Kan Wen)
- Hygiene und Sanitation (Kröger Skewes)
- Nutzung von Gesundheitsdiensten (Kröger / Bichmann)
- Gesundheitserziehung (Görgen)

Die Zufriedenheit der Studenten mit dem inhaltlichen Angebot und der Form dieser Veranstaltungsreihe drückte sich sichtbar in der hohen Teilnehmerzahl aus. Außerdem wurde in diesem Zeit-

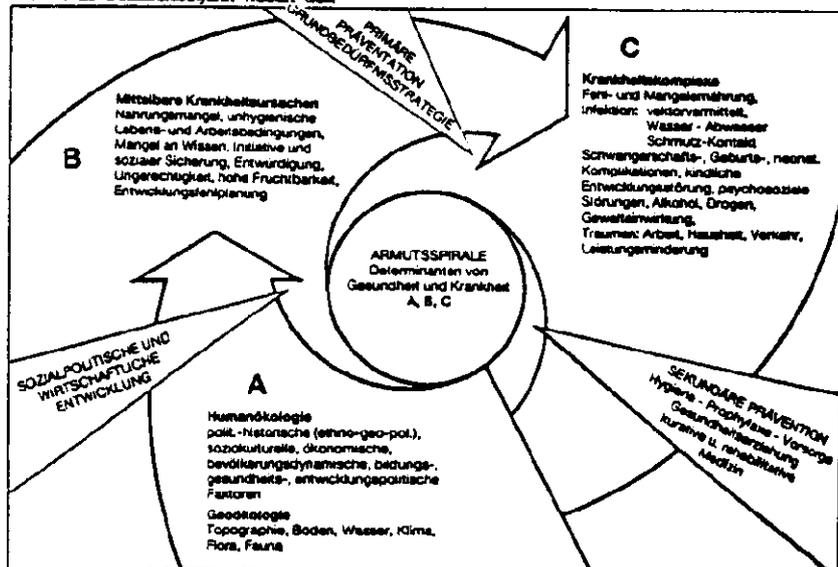
raum ein 14-tägiges Seminar "Ärztliche Praxis in Entwicklungsländern" durchgeführt. In diesem Seminar wurden die in der Vorlesung behandelten Themen intensiver aufgearbeitet.

Die Veranstaltungen im WS 84/85 unter dem Namen "Klinische Aspekte der Medizin in Entwicklungsländern" mit Schwerpunkt Geburtshilfe und Pädiatrie kennzeichnen den Beginn einer Veranstaltungsreihe mit Bezug auf die klinische Praxis in EL.

Der Besuch des MV Lehrangebot "Medizin in Entwicklungsländern" soll also laut Dr. Bichmann, Leiter des MV, den Medizinstudenten aus EL dazu befähigen, "sich ab Studienbeginn neben dem

normalen Medizinstudium regelmäßig über die besonderen medizinischen Bedingungen und Probleme im Heimatland zu informieren und sich auf die spätere Tätigkeit unter oft ganz anderen Voraussetzungen als in Deutschland vorzubereiten. Durch eine solche studienbegleitende Ausbildung und Vorbereitung soll die Frustration bei der Rückkehr abgebaut werden und gleichzeitig Hilfestellung gegeben werden, eine sinnvolle Berufsperspektive zu entwickeln."

* Die verschiedenen Lehrveranstaltungen des Modellversuchs werden übrigens in der Broschürenreihe "Materialien" veröffentlicht und sind über das Institut für Tropenhygiene zu beziehen.



Aderlaß statt Entwicklungshilfe

Zehn kleine Negerlein studierten Medizin, fast jedes blieb in Germany, das hat doch keinen Sinn... So ließe sich ein Kinderlied verfremden, um eine chronisch schwärende Wunde infolge schädlicher Entwicklungshilfe bloßzulegen. In einem Informationsgespräch organisierter Ärzte, über das wir an anderer Stelle berichten, wurde das am Beispiel Ghanas mit Zahlen belegt. Doch gilt das für viele Drittländer im Verhältnis zu uns.

Afrikaner und andere kommen im Rahmen von Ausbildungsprogrammen hierher, um beispielsweise Ärzte zu werden, an denen es daheim katastrophal mangelt. Sie lernen aber nicht nur ihr Fach, sondern auch, wie viel besser es sich hier leben läßt, und bleiben in Massen hier.

Der deutsche Steuerzahler subventioniert damit nicht nur Konkurrenz für die Mediziner deutscher Herkunft, sondern — was schlimmer ist — auch den Export der Intelligenz des entsprechenden Entwicklungslandes. Dessen Nöte werden auf unsere Kosten nicht geheilt, sondern verschlimmert.

Dagegen müßte etwas getan werden. Ja aber wie? Der hier examinierte Mediziner sollte nach dem Staatsexamen alsbald in das Flugzeug heimwärts gesteckt werden. Das klingt aber viel einfacher, als es unter rechtsstaatlichen Bedingungen mit dem Zusatz der inzwischen weltweit gehandelten großzügigen deutschen Asylgewährung möglich ist. Nicht selten geht es um Länder, deren politischer Status labil ist. Welcher in Deutschland lebende Ghanese wüßte nicht, wie der hiesigen Polizei der Schwarze Peter inhumaner Behandlung zugespielt werden kann.

Wie sonst läßt sich verhindern, daß aus einer vermeintlichen Transfusion auf unsere Kosten ein Aderlaß für solche Länder wird, wobei resolute Gegenmaßnahmen noch zum Verdacht der Inhumanität führen. Dabei wäre das Gegenteil richtig.

Vielleicht sollte die Studienhilfe für solche Drittländer zu deren Wohle und unserer Entlastung nur in den Ländern selbst durch deutsche Wissenschaftlerteams durchgeführt werden. Das allenfalls brächte wirklich Hilfe für ungezählte darrende und kranke kleine Negerlein. —thes

Für bessere Medizin in Ghana

Ärzte im Hartmannbund wollen größte Not lindern helfen

Von 132 Ärzten aus Ghana, die 1983 im Rahmen der Entwicklungshilfe zur Ausbildung der Weiterbildung in die Bundesrepublik gekommen sind, sollen sich lediglich sechs zur Rückkehr in ihre Heimat entschlossen haben. In diesem afrikanischen Land herrscht seit Jahren ein Ärztemangel in bedrohlichem Ausmaß. Von rund 400 Ärzten für insgesamt zwölf Millionen Einwohner war gestern in einem Informationsgespräch des Hartmannbundes (Verband der Ärzte Deutschlands) die Rede; und es geht davon, daß nicht einmal die Mindestversorgung im Gesundheitswesen Ghanas aufrechterhalten sei.

Beim Hartmannbund, von dem die angegebenen Zahlen stammen, wird jetzt unter dem Stichwort „Hilfe für Ghana“ um finanzielle Unterstützung zur Beschaffung dringend benötigter Medikamente geworben. Vor allem Malaria-Mittel, Antibiotika und Arzneimittel für die Zahnärzte werden gebraucht. Bestrebungen, junge Ärzte aus der Bundesrepublik für einen zeitweiligen Einsatz in den medizinisch unterversorgten Ländern Afrikas zu gewinnen, seien bisher ohne Echo geblieben, berichtete die Geschäftsführerin des Hartmannbundes. Die

Verdienstmöglichkeiten, die sie in diesem Zusammenhang für Ghana nannte, waren allerdings — aus der Entfernung und ohne eigene Kenntnisse der Situation betrachtet — offensichtlich bescheiden. Bei einem monatlichen Durchschnittsverdienst in Ghana von 700 bis 800 Cedis wurde für Assistenzärzte ein Einkommen in Höhe von 800 Cedis, für Fachärzte von 900, für Chefärzte von 1100 und für niedergelassene Ärzte von etwa 5000 Cedis angegeben. So soll es dann auch an der richtigen Begeisterungsfähigkeit für solche Arbeitsmöglichkeiten erheblich mangeln.

Andererseits sind auch die Ausbildungskapazitäten mit beispielsweise 20 medizinischen Studienplätzen an einer Universität niedrig. Daß all diese Probleme mit Geld nicht aus der Welt zu schaffen sind, stritt die Geschäftsführerin des Hartmannbundes nicht ab. Es sollte auch nur die größte Not lindern. Deshalb nimmt die Friedrich-Thieding-Stiftung des Arztverbandes über das Konto 003 671 90 bei der Deutschen Apotheker- und Arztebank unter dem Stichwort „Hilfe für Ghana“ Spenden für die medizinische Versorgung der Afrikaner entgegen. (Tsp)

Die Bundesrepublik – ein großes Lazarett für die Reichen der Welt

Diagnose- und Heiltourismus hat ein Zentrum in Wiesbaden

Vor einem Jahr standen vier mit Maschinenpistolen bewaffnete Araber im Operationssaal des Aachener Klinikums und überwachten die schwierige Kiefernoperation ihres Scheichs aus Oman als seine Leibwächter. Der Herr Professor war zwar erstaunt über die neuen Methoden der Patientenbetreuung im OP, ließ sich aber durch die scharf durchgeladenen „Kalaschnikows“ in seinem medizinischen Tun und Handeln nicht irritieren. „Arabischer Personenschutz ist halt total“, meinte Schwester Hildegard lakonisch. „Andere Länder, andere Sitten, heute mal mit Ballermann, das andere Mal mit dem Dolch im Gewande. Was soll's!“

Jetzt Erfreulicheres: Die Bundesrepublik Deutschland ist seit gut einem Jahr Ziel reicher arabischer Familien, die den Medizintourismus nach Westdeutschland zügig voranbringen. Denn die Deutsche Lufthansa hat zusammen mit den Kliniken der Städte Aachen, Baden-Baden, Heidelberg und Wiesbaden Dienstleistungspakete geschnürt, bestehend aus reiseorganisatorischen und medizinischen Leistungen. Sie vermarktet dieses neue Angebot mit großem Elan in Saudi-Arabien, in Kuwait und in den Emiraten.

Bis vor kurzem waren nämlich noch London, Los Angeles und San Francisco die wichtigsten Ziele des Weh-Weh-Tourismus für die Scheichs und ihren überaus großen Familienanhang. Heute sind Baden-Württemberg, das Rheinland, besonders aber Hessen die Untersuchungs- und Genesungsstationen der Reichen aus dem Morgenland geworden. Britische und amerikanische Klinikbosse und Hoteldirektoren haben teilweise Rechnungen gestellt, die selbst die Ölmillionäre wieder ganz krank machten. „Enorm hohe Zahlen wurden da schnell geschrieben“, meint der Buchhalter des Fabrikbesizers aus Bahrain. Die angelsächsischen Kontenführer haben übersehen, daß die besonders Reichen besonders korrekt behandelt werden wollen. Das ist zweifellos nicht geschehen. Das Mekka des klassischen Medizintourismus, die Harley-Street in London, hat deshalb weniger kranke Reiche, weil sie selbst zu schnell gesunden wollte. Von diesen kaufmännischen Übertreibungen der Rechnungsstellung profitiert im nachhinein jetzt die Bundesrepublik Deutschland.

Ein großer neuer Markt öffnet sich für Luftfahrtgesellschaften, Hotels und Universitätskliniken, und zwar in vielen Bereichen. Die wohlhabenden Araber, Nachfahren der Beduinen, reisen heute nicht mehr mit dem Kamel, sondern mit den pfeilschnellen Jets, mit dem großen Mercedes und meistens mit zehn bis 15 Personen als Begleitung zum medizinischen Behandlung- und Genesungs-

ort an. Wenn es den Emir oder seinen Angehörigen irgendwo zwickt oder es ihnen auch richtig weh tut, wenn er bei einem ersten Krankheitsfall nicht die verfügbare medizinische Behandlung und Versorgung in seinem eigenen Staat gleich findet, geht es heute schnell ab, ab in die Bundesrepublik. „Geld spielt dann überhaupt keine Rolle“, meint Gernot Huebl, Marketingmanager der bundesrepublikanischen Staatslinie Lufthansa. „Hauptsache, es wird alles prompt erledigt.“

Ein Beispiel: Rund 1,8 Millionen DM hat ein Ölpotentat mit 20 Familienmitgliedern in zehn Tagen im Klinikum Aachen, in der Stadt selbst und im Steigenberger Quellenhof ausgegeben. „Es war alles in Ordnung, ich bin wieder gesund und fit und habe mich im Hotel sehr wohl gefühlt, – ich komme bald wieder“, meinte er schlicht bei der Abreise.

Die medizinischen Leistungen unserer Kliniken, aber besonders auch die Hotels der Spitzenklasse sind der Grund, warum immer mehr Araber zu uns in die Bundesrepublik reisen und hier verweilen. Frauen in langen, weiten, weißen Gewändern mit schwarzen Masken oder Tüchern vor den Gesichtern gehören heute schon zum Alltagsbild Wiesbadens. Die Deutsche Diagnostische Klinik in Hessens Landeshauptstadt wird mehr und mehr zum Zentrum heilungssuchender arabischer Familien. Die Spezialuntersuchung, die Grunduntersuchung und die Behandlung von besonders komplizierten Krankheiten sind die Hauptgebiete der medizinisch-technisch gut ausgerüsteten Klinik des Hessenlandes.

Fortpflanzungsprobleme bei arabischen Frauen und Männern – Gliederschmerzen, Augenleiden, plastische Chirurgie, Herz- und Kreislaufprobleme sowie Gelenkerkrankungen sind hauptsächlich Anlässe für den Besuch deutscher Krankenhäuser. „Ansonsten haben die Menschen von der Arabischen Halbinsel im Grunde genommen die selben Krankheitsbilder wie wir in Mitteleuropa auch“, meint Professor Gerhard Rau, der Leiter der DKD. „Natürlich gibt es Probleme bei den Untersuchungen, speziell bei arabischen Damen der feinen Gesellschaft“, sagt der Klinikchef. „Araberinnen wollen sich nicht ganz nackt vor einem deutschen oder europäischen Arzt zeigen. Die Religion spielt dabei eine sehr große Rolle. Aus diesem Grunde haben wir ein spezielles Untersuchungshemd geschneidert; es hat bestimmte Öffnungen, damit eine korrekte Untersuchung trotz des Schamgewandes möglich ist.“ Einige Patientinnen verlangen auch, daß sich der Arzt eine Maske über den Kopf zieht, damit sie als Patientinnen nicht

den behandelnden Arzt erkennen. Sonst wollen sie lieber sterben, sagten einige dem Klinikpersonal. Ist eine Ärztin im Untersuchungsteam, erleichtert das den Ablauf der Behandlung sehr.

Der medizinische Check für den Scheich selbst, für seine Hauptfrau und für seine vier, sechs oder mehr Nebenfrauen wird aber ohne soziale Unterschiede durchgeführt; da gibt es keinerlei finanzielle Schranken. Die oberen Zehntausend der Frauen aus dem Morgenland arbeiten überhaupt nicht, bewegen sich kaum, gehen nicht spazieren, treiben keinen Sport. Das Ergebnis: der gesamte Bewegungsapparat ist meistens stark lädiert. Aber gegen gesellschaftliche Vorschriften kommen auch die besten Ratschläge der Fachärzte nicht an.

Das „Aukamm-Hotel“, gelegen neben der deutschen Vorzeigeklinik, in Wiesbadens



Arabische Patientinnen verlangen von deutschen Ärzten besonderes Schamgefühl.

Foto: Nordpress

schönster Ecke, hat bisher sehr gute Erfahrungen mit seinen neuen Medizintouristen gemacht. „Natürlich mußten wir eine Menge Lehrgeld zahlen“, sagte „Aukamm-Hotel“-Chef Cornelius Prins. „Früher gingen unsere Köche um 22 Uhr vom Herd nach Hause, die Küche war dann geschlossen. Heute müssen wir den Herd eben bis 24 Uhr oder auch bis ein Uhr nachts warm halten, bis unsere Gäste nach ihrem Lebensrhythmus die Mahlzeiten eingenommen haben. Auch neue große Tischtücher für den Fußboden mußten für eine Menge Geld angeschafft werden, weil eben die arabischen Familien gern am Boden sitzen, mit den Fingern essen und im Schneidersitz sich stundenlang unterhalten.“

Die Speisen müssen wir so zubereiten, die Speisefolge müssen wir so servieren, daß sie mit den Händen, – mit den Fingern zu sich genommen werden kann. Daß wir auf bestimmte Nahrungsmittel, die in Arabien üblich sind, zurückgreifen, ist für uns heute selbstverständlich. Auch die religiösen Tage sind im Speiseplan zu berücksichtigen, man muß nachdenken, mehr nachdenken als sonst, wenn man nahöstliche Gäste im Hause beherbergt. Nahezu selbstverständlich ist

eine arabisch geschriebene Speisekarte und gut ausgebildete Oberkellner und Servierinnen, die sich eben etwas devoter bewegen müssen als das heute allgemein im europäischen Raum üblich ist. Wer einen arabischen Abend mit Bauchtanz und ganz speziellen Essen und Trinken als Hotelier in seinen Räumen arrangiert, hat für ganz lange Zeit sein Publikum als Gäste gewonnen. Auch einige Tonkassetten mit arabischer Musik oder auch Videokassetten einiger arabischer Unterhaltungs- oder Fernsehspiele sind das Nonplusultra der Gästebetreuung. Die verwöhnten Besucher aus den Ölstaaten sind sehr dankbar, wenn sich das Hotelmanagement und das gesamte Personal ihren heimatlichen Gepflogenheiten etwas anpaßt. Eine zusätzliche Schulung für die Mitarbeiter der Häuser, in denen Araber absteigen, ist unbedingt notwendig. Der Koran sollte für das Direktorium in einigen Suren geläufig sein. Der Lohn für eine gute Serviceleistung ist immer eine gute Zimmerrate, eine hervorragende Endabrechnung und für das Bedienungspersonal großzügige Trinkgelder. Araber zu umsorgen, lohnt sich langfristig finanziell sehr. Daß arabische Touristen Zimmer mehr beschädigen als deutsche, japanische oder amerikanische ist zweifellos eine Legende.“

Viele betuchte Araber bringen neben der persönlichen Bewachung den Fahrer und für die Familienmitglieder auch die eigene Köchin oder den eigenen Koch mit. „Die muß man halt in der Hotelküche brutzeln lassen, ob es dem Küchenchef immer paßt oder nicht.“ Viele Orientalen sehen es als eine besondere Leistung an, wenn schon beim Angebot der Hotelleitung die Kochgelegenheit mit angeboten wird. Selbstverständlich wird auch diese Leistung honoriert. Der Wunsch des arabischen Kochs, einen Hammel selbst zu schlachten, wurde im „Aukamm“ auch erfüllt. Nur fiel der begleitende deutsche Küchenchef beim Schächten des Hammels in Ohnmacht und mußte in der Klinik nebenan behandelt werden. Man sieht, das Volumen der Behandlungen vergrößert sich also auf vielfältige Weise.

Die Deutsche Lufthansa ist mit einem Verkaufsteam in fast allen arabischen Ländern mit Spitzenmedizinern unterwegs auf Werbetour. 50 000 wohlhabende Persönlichkeiten des arabischen Raumes, die entweder krank sind oder sich einem Check unterziehen wollen, sollen in diesem Jahr im Airbus die neu zu eröffnenden Lufthansastrecken von Bahrein und Maskat beleben. In der 1. Klasse, versteht sich. Deshalb halten deutsche medizinische Kapazitäten im heißen Wüstensand Vorträge, die vertrauensbildende Wirkung haben sollten und den Anreiz schaffen, zu uns zu kommen. Über Zipperlein und Krebs, über Husten und Schlaganfall und deren Heilung, wird in den Palästen und Villen der Großmogule referiert und diskutiert.

Neben Wiesbaden, Baden-Baden, Heidelberg und Aachen sollen ab 1. 5. 1985 auch Berlin, Hamburg, Hannover, Mainz, Düsseldorf, Bonn, München und Rottach-Egern mit in den Diagnose- und Heiltourismus einbezogen werden. Wenn jeder kranke oder kränkelnde oder kursuchende Araber wie üblich zehn Familienmitglieder mitbringt, kommt bei den Universitätskliniken, aber besonders bei den Hotels viel Bares in die Kassen.

Die Uniklinik Hamburg ist hauptsächlich zur Heilung von tropischen Krankheiten von den Marketingmanagern vorgesehen. In West-Berlin soll alles untersucht und geheilt werden, der Körper und die Seele. Hannoversche Ärzte sollen die Nierenspezialisten für unsere neuen Gäste werden. Auch in Mainz, das empfiehlt das Verkaufsteam, sollten die urologischen Untersuchungen stattfinden. Die Nierensteinertrümmerungsanlage, die in Mainz in der Universitätsklinik steht, ist im arabischen Raum inzwischen so bekannt wie der Kölner Dom. Düsseldorfs Krankenhäuser sind im Plan der Organisatoren für schwere Hautkrankheiten der Patienten zuständig. Bonn, berühmt durch seine Augenklinik, wird Zentrum der Augenheilkunde für unsere nächstlichen neuen Freunde. Rottach-Egern steht als attraktiver Platz den Dicken zum Dünnerwerden zur Verfügung. Die Schönen der Nacht sollen sich am Tag auf der Schönheitsfarm regenerieren.

„Medical care“ in Germany, ist die neue Botschaft für das Morgenland. Filme, Fernsehspots, Kongresse, Public-Relations-Aktionen, Pressekonferenzen und viele viele private Besuche sollen in diesem Jahr noch viele kranke, kränkelnde oder auch erholungssuchende Araber auf den hohen medizinischen und medizinisch-technischen Stand in der Bundesrepublik aufmerksam machen. Die Bundesrepublik – ein großes modernes Lazarett für die Betuchten der Welt. Eine Traumvorstellung der Marketingstrategen.

Die Hürden werden immer höher

Reinhard Lohölter über die Schwierigkeiten, die ausländischen Studenten drohen

Wird bei der Neuordnung der Ärzteausbildung das Kind mit dem Bade ausgeschüttet? Dieser Verdacht läßt sich nicht ausschließen, falls man bei Studenten nicht nur an Deutsche, sondern auch an Ausländer denkt. Vor allem für Medizinstudenten aus der Dritten Welt ergeben sich neue Probleme.

Zwei Maßnahmen sollen dazu dienen, die seit nunmehr gut zehn Jahren kontinuierlich kritisierte Qualität der Ausbildung zum Arzt wesentlich zu verbessern:

1. der Entwurf einer fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (AAppO) und
2. das vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung (BAO).

Zu 1.: Nach Auskunft des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) soll im Sommer 1985 die fünfte Verordnung zur Zustimmung der AAppO dem Bundesrat zur Zustimmung vorgelegt werden. Zweifellos werden nicht alle im Entwurf vom 9. November 1983 enthaltenen Änderungsvorschläge Bestand haben. Es ist bereits abschbar, daß die Kurse „Einführung in die Medizin“ und „Sportmedizin“ wenig Realisierungschancen haben; auch die mündliche Prüfung beim Physikum dürfte aufgrund nicht lösbarer Zeit- und Organisationsprobleme angesichts der hohen Studentenzahlen fallengelassen werden. Mit den übrigen Änderungen, insbesondere dem Arzt im Praktikum (AiP) und der nur noch einmaligen Wiederholbarkeit der Prüfungen, ist allerdings zu rechnen.

Zu 2.: Die Diskussion um die Reform der ärztlichen Ausbildung stand 1984 ganz im Zeichen des sogenannten AiP. Das BMJFG hat im Entwurf des vierten Gesetzes zur Änderung der BAO das Modell einer Ausbildungsphase nach dem bisherigen Universitätsstudium formuliert, die – bei zunächst vorgeschlagener Dauer von zwei Jahren – „im Krankenhaus, in der Praxis eines niedergelassenen Arztes oder in einem Sanitätszentrum oder einer ähnlichen Einrichtung der Bundeswehr... abzuleisten ist. Min-

destzeiten für eine Tätigkeit im nicht-operativen oder im operativen Bereich können festgelegt werden... Die Tätigkeit ist so zu gestalten, daß der Arzt im Praktikum unter Aufsicht eines Arztes... ärztliche Tätigkeiten verrichtet und ärztliche Erfahrungen sammeln kann.“

Die Stellen für diese „Ärzte im Praktikum“ sollen überwiegend dadurch geschaffen werden, daß in Krankenhäusern frei werdende Assistentenstellen in Stellen für „AiPler“ im Verhältnis eins zu drei kostenneutral aufgeteilt werden. Kostenneutral bedeutet: Drei AiPler müßten sich das Gehalt eines bisherigen Assistenten teilen.

Der Bundesrat, der sich am 13. Juli 1984 mit dem AiP befaßt hat, hat zwar Zweifel angemeldet, ob die benötigten Stellen tatsächlich im erforderlichen Umfang bereitgestellt werden können, und insbesondere die Wichtigkeit der Kostenneutralität betont, er hat jedoch die Regelung mit den Stimmen der CDU/CSU-regierten Länder gegen die SPD-regierten Länder grundsätzlich befürwortet.

Die vierte Änderung der BAO hat am 13. Dezember 1984 den Bundestag und am 7. Februar 1985 der Bundesrat passiert mit einer allerdings wesentlich erweiterten Übergangsregelung: Alle Medizinstudenten, die den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung vor dem 30. Juni 1987 erfolgreich hinter sich bringen, fallen noch nicht unter die AiP-Regelung; sie erhalten ihre Approbation wie bisher. Wer den dritten Abschnitt zwischen dem 30. Juni 1987 und dem 31. Dezember 1991 besteht, braucht eine AiP-Zeit von 18 Monaten; erst nach dem 31. Dezember 1991 greift die volle Zeit von zwei AiP-Jahren.

Probleme mit der multiple choice

Bekanntlich schneiden ausländische Prüflinge bei den multiple choice-Examina in der Medizin wesentlich schlechter ab als deutsche. Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) hat 1981 festgestellt, daß bei allen vier Prüfungen – der

vorklinischen und den drei klinischen – in der Gruppe der Erstteilnehmer die Mißerfolgsrate der Ausländer etwa dreimal so groß ist wie die der Deutschen. Bei Wiederholern vermindern sich diese Leistungsunterschiede. Die endgültige Mißerfolgsquote der deutschen Prüfungsteilnehmer wurde vom IMPP auf 2,5, die der ausländischen auf 11,4 Prozent geschätzt (über alle vier Prüfungsabschnitte addiert). Etwa sieben Prozent der ausländischen Prüflinge scheitern endgültig am Physikum. Vom Frühjahr 1978 bis zum Frühjahr 1983 haben 40,1 Prozent der ausländischen Teilnehmer das Physikum nicht bestanden (im Vergleich dazu: 16,6 Prozent der deutschen Studenten). Demgegenüber waren 48,5 Prozent der Prüflinge aus Entwicklungsländern in der Vorprüfung erfolgreich.

Wie würde sich die nur noch einmalige Wiederholbarkeit der Prüfungen auswirken? Die Mißerfolgsquote der einzelnen Prüfungstermine würde – bei sonst unveränderten Bedingungen – geringer ausfallen, da die Gruppe der Zweitwiederholer, die bekanntlich das Gesamtergebnis „drückt“, nicht mehr vorhanden wäre: Bezogen auf die in der IMPP-Studie von 1981 enthaltenen Daten und Zeiträume wäre beim Physikum die Mißerfolgsquote der deutschen Prüflinge von 14,0 auf 13,5, die der ausländischen von 36,9 auf 36,3 Prozent gesunken (Zeitraum: März 1976 bis August 1981). Demgegenüber hätte sich die endgültige Mißerfolgsquote aller vier Prüfungen bei den deutschen und ausländischen Prüflingen jeweils etwa verdoppelt, bei den Deutschen auf 5,5, bei den Ausländern auf 21,7 Prozent. In diesen Werten sind Prüflinge, die nicht alle Wiederholungsmöglichkeiten ausschöpfen, noch nicht enthalten. Der Anteil der deutschen und ausländischen Studienanfänger, die nicht zu einem Abschluß des Studiums kommen, wurde vom IMPP 1981 im Sinne einer groben Näherung auf etwa neun beziehungsweise etwa 22 Prozent geschätzt. Bei Wegfall der zweiten Wiederholungsmöglichkeit halte ich es für durchaus möglich, daß der Anteil bei den Ausländern auf etwa 33 Prozent ansteigt, wobei dieser Durchschnittswert weit größere Nichterfolgsquoten bei Studenten aus Entwicklungsländern noch überdeckt.

Daß das von Reinhard Lohölter aufgegriffene Problem des „Arztes im Praktikum“ bisher noch nicht gesehen wird, haben Recherchen der Redaktion bei mit Fragen des Ausländerstudiums befaßten Organisationen ergeben. Diese gehen davon aus, daß auch künftig ausländische Medizinstudenten ihre Ausbildung problemlos abschließen können.

Dies gilt um so mehr, als die Prüfungsschwierigkeit beim Physikum in den achtziger Jahren gegenüber der zweiten Hälfte der siebziger Jahre stark gestiegen ist.

„Arzt im Praktikum“ im Wartestand?

Trotz der Versicherung des BMJFG, daß bei Beginn der AiP-Phase im Juli 1987 genügend Stellen vorhanden sein werden, haben zahlreiche Institutionen und Verbände hier erhebliche Zweifel angemeldet. Während in der Begründung zum Entwurf der vierten Änderung der BAO noch davon die Rede ist, daß jährlich mindestens 5000 Assistenzarztstellen frei würden, hat sich der Vorsitzende des Marburger Bundes – der die AiP-Regelung wesentlich mitgetragen hat – im Oktober 1984 weit vorsichtiger geäußert: „Der Krankenhausbereich ist so gut wie ‚dicht‘, die Fluktuation ist auf ein Minimum reduziert.“ Diese Unsicherheit über den tatsächlichen Umfang frei werdender Stellen hat auch zu der langen Übergangsphase, in der nur 18 statt 24 Monate AiP-Zeit vorgeschrieben sind, geführt.

Da es sich beim AiP um einen Teil der Ausbildung zum Arzt handelt, ist die Bundesregierung in der Pflicht, ausreichend Plätze bereitzustellen. Diese Pflicht schließt allerdings keineswegs einen Anspruch auf einen unmittelbaren Übergang vom Medizinstudium in eine AiP-Stelle ein. Vergleichbar der Situation bei der Lehrerausbildung können Wartezeiten durchaus „zugemutet“ werden.

So haben denn auch Vertreter des BMJFG schon geäußert, daß ein Jahr Wartezeit auf eine AiP-Stelle durchaus zumutbar sei. Wenn es allgemein zu Wartezeiten kommt – und ich persönlich befürchte, dies wird in größerem Umfang der Fall sein –, werden ausländische Studenten wahrscheinlich im Durchschnitt davon noch stärker betroffen sein als deutsche; dies dürfte in besonderem Maße auf Studenten aus Entwicklungsländern zutreffen. Die Frage der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis für diese Wartezeit, in der die Betroffenen keine Studenten mehr sind, ist noch keineswegs geklärt. Daß damit Ausbildungszeiten von mehr als zehn Jahren keine Seltenheit mehr bleiben, sei nur am Rand vermerkt. Diese Hinweise müssen hier genügen, um anzudeuten, daß die AiP-Phase für ausländische Studenten mit zusätzlichen Problemen verbunden sein wird.

Es besteht die Gefahr eines Verdrängungseffektes: Die zahlreichen Probleme der deutschen Studenten und jungen Ärzte sowie die sich zuspitzenden Strukturprobleme im Gesundheitswesen drohen die Schwierigkeiten von Medizinstudenten aus Entwicklungsländern vollends an den Rand zu drängen. □

Filme zu Medizin / Pharma-Industrie

"Mit Medizin ins Unglück" (44 Min., BRD 1975, Verleih: Con, Westerdeich 28, 2800 Bremen, Tel. 0421/540013) betitelt das Filmduo Marie-Claude Deffarge/Gordian Troeller vor 10 Jahren eine Dokumentation, die am Beispiel des Senegal die Negativfolgen unreflektierter Übernahme westlicher Gesundheitsmethoden aufzeigte.

Der Filmemacher Peter Krieg lieferte kurze Zeit später in "Saat und Gesundheit" (44 Min., BRD 1977, Verleih: barfuß-film, Schillerstr. 52, 7800 Freiburg, Tel. 0761/75776, die meisten EMZ und EFEZ/Matthias) Belege dafür, daß Armut und Krankheiten zusammenhängen, eine sozialpolitische Therapie mindestens ebenso wichtig ist wie eine medizinische. Wie die beiden vorgenannten Titel heute nur noch bedingt einsetzbar sind, kann auch "Der Unwissende wird krank und böse" (20 Min., BRD 1980, Verleih: Matthias), ein positiver Bericht über ein Basismedizinprojekt von "Brot für die Welt" in Indien, nur mit Einschränkungen empfohlen werden.

Die Frage nach der westlichen Überflußmedizin stellt ein Filmteam aus dem ehemaligen Obervolta, das sich für die Fernsehsendung "Medizin 1. und 3. Klasse" (45 Min., Obervolta/Schweiz 1984, Verleih: EZEZ/Matthias) in der

Schweizer Krankenhaus-Sterilität umgesehen hat. Für die gleiche Dokumentation haben Schweizer Filmemacher die Behandlungsmethoden und Bedingungen in einem Hospital in Quagadougou beobachtet. Die auch im ARD-Programm gelaufene Doppelreportage hat als hervorragendes Beispiel einer gleichberechtigten interkulturellen Kommunikation und Aufklärung Beifall und Beachtung verdient.

Welche Interessen u.a. in unserem Medizinsystem eine wichtige Rolle spielen, wurde am 21.12.1983 von Hans Lechleitner in dem Beitrag "Das Geschäft der Pharmaindustrie mit der 3. Welt" (15 Min., Archiv: B.O.A. - Video - Kooperative, Schraudolphstr. 25, 8000 München 40, Tel. 089/2714024) im Rahmen der ARD-Sendung "Bilder der Wissenschaft" dargestellt. Ausführlicher mit den Praktiken multinationaler Pharmakonzerne setzt sich Steven de Winter auseinander in "Pillen für die Philippinen" (43 Min., Niederlande 1981, Verleih: Cine Terz, Buschstr. 18, 5300 Bonn, Tel. 0228/213283, einige EMZ und EZE/Matthias), einer Dokumentation die durch exakte Fakten über - mitunter skrupellose Pharmageschäfte besticht.

Den weltweiten Kommerz mit menschlichem Blut haben Maurice Eberl-Rothe und Hanns-Christoph Koch in "Bluternte" (90 Min., BRD 1984, Verleih: einige EMZ, EZE/Matthias und Medien im Alltag, Wieland Str. 59, 6000 Frankfurt 1, Tel. 069/598938) unter die Lupe genommen.

Dem Pharma-Profitdenken stellt z.B. der Nationale Kirchenrat der Philippinen ein Basisgesundheitsprogramm entgegen, über das die 12 Dias der Reihe "Jetzt helfen wir uns selbst" (Bezug mit Begleitheft: Evang. Missionswerk, Mittelweg 143, 2000 Hamburg 13, Tel. 040/41581) informieren. Auch das Gesundheitsministerium Nicaraguas baut auf Basisbezug, wie die zweiteilige Tonbildreihe "Gesundheitswesen in Nicaragua (je 64 Dias plus Textheft, Verleih: Con, Adresse s.o.) veranschaulicht.

Der Film "Nicaragua - Die andere Invasion" (33 Min., Chile/GB/ Nicaragua/USA 1984, Videoverleih: B.O.A., Adresse s.o., Verkauf: Gisela Roeder, Klausenpfad 23, 6900 Heidelberg), gedreht von Jackie Reiter, Wolf Tiriado u.a., berichtet über die Schwierigkeiten beim Aufbau eines eigenständigen Gesundheitssystems, die in Zusammenhang gestellt werden mit dem nichterklärten Krieg der USA gegen das Land.

"Kallawaya Medizinmänner mit Zukunft?" (58 Min., Bolivien/BRD 1983/84, Verleih: Tag/Traum Film- und Videoproduktion, Weyerstr. 88, 5000 Köln 1, Tel. 0221/235933), gedreht von K.P. Schütt, J. Mulder van de Graaf u.a. Der Film dokumentiert die Versuche zur Integration der Medizinmänner in die nationale Gesundheitsversorgung Boliviens.

Einführungsliteratur zur "Medizin in der Dritten Welt"

1. H.J. Diesfeld, S. Wolter (Hrsg.): **Medizin in Entwicklungsländern**
Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer Frankfurt: Lang 1984
(528 S.)

Umfassender Überblick über Probleme der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern: Rahmenbedingungen; Medizin und Kultur; Gesundheitsplanung und Epidemiologie; Regionaler Überblick über Gesundheitsdienststrukturen; Primary Health Care; Arzneimittelversorgung; Klinische Praxis: Pädiatrie, Geburtshilfe, Chirurgie, Innere, Dermatologie, Ophthalmologie, Psychiatrie; Ernährung; Hygiene und Technologien.

2. J. Bryant: **Health and the Developing World**
Ithaka, London: Cornell Univ. Pr. 1969 (344 S.)

"Klassiker" der Medizin in Entwicklungsländern, der anhand von Fallstudien die Gesundheitsversorgungsprobleme analysiert.

3. M. King: Medical Care in Developing Countries
Oxford, Nairobi: Oxford Univ. Pr. 19966 (ca. 450 S.)

"Klassiker", der die klinischen Praxisprobleme der Medizin in Entwicklungsländern darstellt und eine Fülle praktischer Ratschläge enthält.

4. M. Dickson: Where there is no dentist
Palo Alto: Hesperian Foundation 1983 (190 S.)

Praktische Anleitung zum Umgang mit zahnärztlichen Versorgungsproblemen, auf die der Allgemeinmediziner nie vorbereitet ist.

5. Gesundheit in der Dritten Welt - Materialiensammlung Nr. 3
Bensheim: Kübelstiftung 1983 (444 S.)

Enthält eine Fülle von Artikeln, die sonst nicht leicht zugänglich sind. Englischsprachige wichtige Artikel wurden für die Leser ins Deutsche übersetzt. Themenbereiche: Gesundheit und Entwicklung; Gesundheitstage in der 3. Welt; Gesundheit und Politik; Basisgesundheitsdienste; Länderstudien; Traditionelle Medizin; Psychiatrie; Lepra; Familienplanung; Gesundheit und Arzneimittel; Informationshinweise.

6. D. Morley: Paediatric Priorities in the Developing World
London: Butterworths 1973 (470 S.)

Noch ein "Klassiker" der Medizin in Entwicklungsländern, auf den die Entwicklung der Tropenpädiatrie in den letzten 10 Jahren zurückgeht!

7. G.J. Ebrahim: Paediatric Practice in Developing Countries
London: Macmillan 1981 (320 S.)

Praxisorientiertes Handbuch der Kinderheilkunde in Entwicklungsländern.

8. K.W. Newell: Health by the People
Genf: WHO 1975 (206 S.)

Mit diesem Buch wurde von der WHO die Diskussion um die weltweite Eini-

gung über das Primary Health Care-Konzept gefördert. Es enthält 10 Länderstudien, die zwar schon etwas veraltet sind, aber noch immer eine gute Einführung darstellen.

9. D. Morley, J. Rohde, G. Williams: Practising Health for All
Oxford Univ. Pr. 1983

Ähnlich wie im Newell-Buch (s.o., Nr. 9) wird hier anhand von 18 Fallstudien ein Überblick über die konkrete Praxis von PHC und die dabei auftretenden Probleme gegeben. Das Buch betrachtet insbesondere die Entwicklung seit der Alma Ata Konferenz 1978.

10. D. Werner: Where there is no doctor
 Palo Alto: The Hesperian Foundation 1977
(zu beziehen über: TALC (Teaching Aids at Low Cost)
 P.O.Box 49
 St. Albans, Herts AL1 4AX
 England)

A village health care handbook

11. J.P. Grant, UNICEF: Zur Situation der Kinder in der Welt
Wuppertal: Jugenddienst Verlag 1984

Zu den Autorinnen und Autoren

Torkan	Autorin im perspol-Verlag, Hamburg
Wolfgang Bichmann	Geschäftsführender Projektleiter des Modellversuches "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern", Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg
Helmar Walzenbach	Wiss. Hilfskraft am Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg
Reinhard Lohölter	Leiter der Didaktik der Medizin, Universität Frankfurt
Pit Reitmaier	Wiss. Mitarbeiter am Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg
Yaw Osei	ehem. Medizinstudent an der Universität Heidelberg
Maria-Christine Rodriguez	Medizinstudentin an der Universität Heidelberg
Michinobu Doi	Medizinstudent an der Universität Frankfurt
Ulrike Ohage	Medizinstudentin an der Freien Universität Berlin

**Materialien zum
Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern"**

zu beziehen über: Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 324, 6900 Heidelberg
bisher erschienen:

- Nr. 1 W. Bichmann, W. Chikosi, H.J. Diesfeld, B. Ndyabangi, D. Sich:
Ausländische Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland.
Auswertung der Statistiken
Februar 1984 (vergriffen)
- Nr. 2 W. Bichmann, H.J. Diesfeld, D. Sich (Hrsg.):
Medizin in Entwicklungsländern - Praxisorientierte Lehre.
Bericht über ein Expertenseminar, 8./9.3.1984 in Heidelberg
Juni 1984
- Nr. 3 Otto Benecke Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Tropenhygiene (Hrsg.):
Medizin in Entwicklungsländern.
Studienbegleit- und Reintegrationsseminar. Heidelberg 30.9.-6.10.1984

Januar 1985

Nr. 4 W. Bichmann, H.J. Diesfeld, D. Sich, H. Walzenbach (Hrsg.):
Medizin und Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern.
Dokumentation der Lehrveranstaltungen im Sommersemester 1985
Februar 1985

Nr. 5 W. Bichmann, J.H. Diesfeld, D. Sich (Hrsg.):
Klinische Aspekte der Medizin in Entwicklungsländern I:
Geburtshilfe und Pädiatrie.
Dokumentation der Lehrveranstaltungen im Wintersemester 1984/85
(September 1985)

Modellversuch "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern"
Zwischenbericht 1984 - 1985
September 1985

in Vorbereitung:

Nr. Klinische Aspekte der Medizin in Entwicklungsländern II:
Innere Medizin/Chirurgie unter einfachen Bedingungen.
Dokumentation der Lehrveranstaltungen im Sommersemester 1985

* * * * *

Schriftenreihe Medizin in Entwicklungsländern (Hrsg. H.J. Diesfeld) zu beziehen über den Buchhandel.

Band 19: H.J. Diesfeld, S. Wolter (Hrsg.):
Medizin in Entwicklungsländern.
Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer.
Peter Lang Verlag, Frankfurt-Bern-New York-Nancy, 1985

**Verzeichnis der lieferbaren Hefte:
AUSZEIT und "EW"-ENTWICKLUNGSLÄNDER seit 1972**

1985

- AUSZEIT 12 Nr. 3/4
Reintegration von Hochschulabsolventen
aus Lateinamerika
- AUSZEIT 11 Nr. 1/2
Orientierungsrahmen für ausländische Studenten -
Praxisberichte

1984

- AUSZEIT 10 Nr. 2/3
Ferienakademien;
Entwicklungspolitische Studienbegleitung -
Praxisberichte
- AUSZEIT 9 Nr. 1
Studienberatung für Ausländer
Berichte aus der Praxis

1983

- AUSZEIT 6 Nr. 1/2
Studienhilfen und Reintegrationsförderung.
Studienbegleitende und -ergänzende Angebote
für ausländische Studenten
- Auszeit 7 Nr. 3
Soziale Situation und Probleme
ausländischer Studenten
- Auszeit 8 Nr. 4/5
Hochschulzugang von Ausländern.
Entwicklung und Rechtsprechung

1982

- Auszeit 3 Nr. 1/2
Hochschulausbildung für Dritten-Welt-Studenten
in West-Europa - Studie und Dokumentation

Auszeit 4 Nr. 3/4
Neuregelung der Zulassung für ausländische
Studenten aus Entwicklungsländern - Analysen
und Dokumente
II. Teil

Auszeit 5 Nr. 5
Studienkollegs - Propädeutikum oder
Kapazitätssteuerung

1981

Auszeit 1 Studienbegleitende Reintegration -
Konzepte und Modelle

1980 "ew"-Entwicklungsländer

Nr. 1/2 Studienziel und Reintegration -
Bericht und Dokumentation

Nr. 3/4 Ausländerrecht und Asylrecht -
Berichte und Dokumentation

1978

Nr. 1/2 Probleme des Ausländerstudiums

1977

Nr. 4/5 Ergebnisse der Konferenz für internationale
wirtschaftliche Zusammenarbeit (KIWZ)

1976

Nr. 1/2 Medizinische Versorgung in der Dritten Welt
und Ausländerstudium in der Bundesrepublik
Deutschland

Nr. 3/4 Dokumentation der geplanten Grundsatzklärung
der Bundesregierung zur Ausbildung von Ausländern
in der Bundesrepublik

Nr. 6 Dokumentation: Urteil des Verwaltungsgerichts
Aachen zur Frage der Feststellungsprüfung
für Türken (und Griechen)

1975

Nr. 1 Technologie, technisch-wissenschaftliche
Intelligenz und Ausländer der Dritten Welt

Nr. 2 Stellungnahme Nordrhein-Westfalens gegenüber
der KMK zur Reform des Studienkollegs und
der Ausländerzulassung

- Nr. 3 Ausländerstudium und Reintegration-
Bericht einer Studienreise in die Türkei
und den Iran
- Nr. 4 Die Entwürfe für die neuen Rahmenordnungen

1974

- Nr. 2 Änderungsvorschlag für die "Rahmenordnung
für ausländische Studienbewerber der KMK"
- Nr. 4 Die Beziehungen zwischen der EG und den
afrikanischen Staaten
- Nr. 5 Die veränderte Funktion von Wissenschaft und
Erziehung in industrialisierten Ländern
der Dritten Welt

1973

- Nr. 2 Zulassung von ausländischen Studienbewerbern
in NC-Fächern,
Visa für ausländische Studenten
- Nr. 3 Numerus Clausus in anderen Ländern
Rückzahlung von Stipendien
- Nr. 4 ZVS-Ausländerverfahren
- Nr. 5 Dokumentation: Struktur und Aufgabenstellung
des Akademischen Auslandsamtes und Modelle

1972

- Nr. 2 Reintegration ausländischer Hochschulabsolventen
Stellenwert des Ausländerstudiums
- Nr. 3 Neue Rahmenordnung für deutsche Sprachprüfung
ausländischer Studienbewerber
- Nr. 4 Grundsätze zum Studium von Ausländern
in der BRD, einschliesslich Berlin (West)
Dokumentation zum Studienkolleg
- Dok 2 Probleme de Ausländerstudiums
Bildungspolitische Grundlagen von Partnerschaften
mit Hochschulen in Entwicklungsländern
- Dok 3 Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen
- Dok 4 Deutsch für Ausländer
- Dok 1/1971 Dokumentation zur Aktion Studienkolleg

Dok 1/1970 Der Sudan zwischen Afrika und Arabien

Dok 2/1970 Indonesien

Dok 5/1969 Numerus Clausus

Bezugsadresse: WORLD UNIVERSITY SERVICE

DEUTSCHES KOMITEE E. V.

Kurt Schumacher Ring 18

6200 Wiesbaden

Tel.: 06121/494 135

06121/494 125