



Das gesamte Spektrum der operativen Medizin: Kaiserschnitt im Ampipal Hospital

## Als Unfallchirurg in Nepal

# Eine Alternative zum Vorruhestand

Nach mehr als 20-jähriger Tätigkeit als leitender Unfallchirurg in einem deutschen Krankenhaus ging ich auf eigenen Wunsch mit 59 Jahren in den vorzeitigen Ruhestand. Zum Nichtstun aber fühlte ich mich zu jung. Durch zahlreiche Trekkingtouren im Himalayagebiet war mir dieser Teil der Erde besonders ans Herz gewachsen.

Ein nepalischer plastischer Chirurg lud mich ein, ihn auf ein Camp zur Behandlung von Lippspalten nach Ampipal zu begleiten. Ich hatte von diesem Ort im südwestlichen Gorkha-Distrikt noch nie gehört. Nepal ist eines der ärmsten Länder der Welt. In den ländlichen Gebieten herrscht ein absoluter Ärztemangel. Die Verdienstmöglichkeiten sind schlechter als in den großen Städten und im Katmandu-Tal; außerdem sind die Lebensbedingungen sehr einfach.

Im Ampipal Hospital angekommen, traf ich auf einen älteren Mann mit pertrochantärem Oberschenkelbruch. Seit zwei Wochen wurde er mittels „skin traction“ behandelt. Ich beschloss, ihn am nächsten Tag zu operieren. Als Implantate fand ich lediglich einige Dreilamel-

lennägel mit zugehörigen Laschen vor. Röntgenbilder gab es nicht. Zum Bohren wurde mir ein Handbohrer angereicht. Umso überraschter war ich von den exzellenten Fähigkeiten des OP-Personals; jede deutsche Klinik wäre froh, solch qualifizierte Mitarbeiter zu haben. Die OP verlief glatt, der Patient läuft wieder und ist zufrieden. Hier war der Platz, an dem ich wirklich gebraucht wurde. So beschloss ich, mein Wissen und Können dem Ampipal Community Hospital zur Verfügung zu stellen.

Das Krankenhaus wurde vor circa 35 Jahren von United Mission to Nepal gebaut. Der amerikanische Chirurg Thomas Hale lebte und arbeitete hier viele Jahre. Das Haus liegt in einer „remote area“ in 1 100 Meter Höhe. Zurzeit existiert noch immer keine Straße, die das Hospital mit anderen Orten verbindet. Der Aufstieg dauert drei bis fünf Stunden. Alle Waren und Güter für das Krankenhaus müssen zu Fuß durch Menschen heraufgetragen werden. Im Einzugsgebiet leben rund 200 000 Einwohner.

Die Anmarschwege der Patienten betragen in der Regel ein bis vier Stunden für den einfachen Weg, im Extremfall drei

oder vier Tage. Nicht gehfähige Patienten müssen diesen Weg mittels Ein- beziehungsweise Zweimann-Ambulanzen getragen werden. Eine Einmann-Ambulanz nimmt den Patienten huckepack, die Zweimann-Ambulanz trägt ihn wie in einer Hängematte.

Die gesamte Region ist auch für nepalische Verhältnisse äußerst arm. Viele Patienten können die vergleichsweise geringen Behandlungskosten nur zum Teil oder gar nicht aufbringen. Für die Ärmsten existiert ein Fonds, der aus deutschen Spenden finanziert wird.

Im Herbst 2001 verließ United Mission „Hals über Kopf“ das Krankenhaus. Aus welchen Gründen ist noch immer nicht geklärt. Nur dem Einsatz ehemaliger Mitarbeiter, die das Krankenhaus in Betrieb hielten und lange Zeit keinen Lohn bekamen, ist es zu verdanken, dass das Hospital überlebte.

Zurzeit hat das Krankenhaus 46 Betten, davon sechs für Tuberkulose-Patienten. Es ist dem Ministry of Health unterstellt im Rang eines Distrikthospitals. Seit kurzem wird es von einem lokalen „board“ verwaltet, das weitgehende Befugnisse hat. Zwei nepalische Ärzte sind offiziell im Kran-

kenhaus von der Regierung angestellt. Aus verschiedenen Gründen sind diese aber oftmals abwesend. 35 weitere Mitarbeiter sind im Ampipal Hospital tätig. In die OPD (outpatient department), einer deutschen Ambulanz vergleichbar, kommen täglich zwischen 40 und 60 Patienten, gelegentlich bis zu 120. Vorherrschend sind internistische Probleme wie zum Beispiel COPD, Tuberkulose, Diabetes, Hypertonie, psychosomatische Erkrankungen und gastrointestinale Infekte. Bei den neurologisch-psychiatrischen Fällen überwiegen Depressionen und Epilepsie, aber auch Schizophrenie. Pädiatrisch stellt die Neugeborenen-Septikämie, oft nach Hausgeburten, ein besonderes Problem dar.

Neben gynäkologischen, dermatologischen und urologischen Erkrankungen gibt es viele unfallchirurgische Patienten. Frakturen, Luxationen und Bandverletzungen sind häufig. Bei dem zahnärztlichen Patiententum bleibt oftmals nur die Extraktion von Zahnruinen oder Wurzelresten. Für die Diagnostik stehen ein Einkanal-EKG, ein Sonographiegerät (leider nur mit Sektorscanner) und ein Röntgengerät zur Verfügung. Das Labor ist vergleichsweise bescheiden in seinem Untersuchungsangebot (Blutbild, HIV, Zucker, Kreatinin, Urin, Stuhl, Punktate, Sputum). Histologische Untersuchungen werden nach Katmandu geschickt. Es dauert in der Regel zwei Monate, bis das Ergebnis vorliegt.

**Wir werden mit dem gesamten Spektrum der Medizin konfrontiert und müssen mit relativ bescheidenen diagnostischen Mitteln und einer begrenzten Medikamentenauswahl auskommen.** Wenn man Augen, Ohren, Nase und Hände gebraucht, ist eine exakte Diagnose auch ohne viele moderne Geräte erstaunlich oft möglich.

Da meine ärztlichen Kollegen oft abwesend sind, war ich vielfach der einzige Arzt im Krankenhaus. Im ambulanten Bereich obliegt es normalerweise dem Paramedic, auch CMA (Community Medical

Assistant) genannt, die Patienten zu untersuchen und auch Medikamente zu verordnen. Nur besondere Fälle werden dem Arzt vorgestellt. Von Deutschland her war ich es gewohnt, immer die entsprechenden Fachkollegen hinzuzuziehen. Hier musste und muss ich mich mit einem großen Krankheitsspektrum auseinander setzen und vieles hinzulernen. Glücklicherweise existiert eine Bibliothek, in der es viele circa 20 Jahre alte Fachbücher gibt. Auch im operativen Bereich heißt es umzudenken, da vieles einfacher und aufgrund der allgemeinen hygienischen Verhältnisse anders als gewohnt zu handhaben ist. Im OP-Bereich haben wir einen Raum für größere, in der Regel aseptische Eingriffe und zwei kleinere Räume für kleinere septische OPs und Verbände. Eine Schleuse gibt es nicht. Das Instrumentarium ist alt, abgenutzt und zum Teil kaum noch funktionsfähig. Einmalhandschuhe werden gewaschen, gepudert, resterilisiert und wieder verwendet. Trotzdem ist unsere postoperative Infektionsrate erstaunlich niedrig, bei aseptischen Eingriffen durchaus mit deutschen Verhältnissen vergleichbar.

Die durchschnittlichen Liegezeiten sind extrem kurz: nach unkomplizierter Geburt maximal 24 Stunden; nach Sectio caesarea oder Cholezystektomie gehen die Patienten spätestens am fünften postoperativen Tag nach Hause. Unser hervorragender Anästhesist-CMA hat leider das Krankenhaus verlassen. **So heißt es jetzt oft, die Anästhesie selbst durchzuführen, ehe die Operation be-**

**ginnt. Der Operateur ist auch für die Überwachung und Steuerung der Narkose zuständig.** Zur Anwendung kommen Spinal- und infraklavikuläre Plexusanästhesie, Ketamin-Kurzarkosen und Intubationsarkosen, die wir mittlerweile ebenfalls mit Ketamin unter manueller Beatmung durchführen.

Viele Patienten kommen erst in weit fortgeschrittenem Krankheitsstadium zur Auf-

Nicht nur beruflich, sondern auch persönlich heißt es sich umzustellen. Ich bewohne ein Haus auf dem Krankenhausgelände. Es gibt meistens fließend kaltes Wasser. Eine „Didi“ (ältere Schwester) putzt, wäscht und kocht für mich. Auf dem Speiseplan steht immer Daal Bhaat (Reis mit Linsensoße und Gemüse), selten auch Fleisch. Während der feuchten Jahreszeit (Juni bis Oktober)

Dafür kann ich, sofern die Sicht klar ist, von meinem Fenster auf die Schneeberge der Annapurna-Range sehen und auf dem Weg zur Klinik hinunter auf Manaslu, Himalchhuli und Boudha Himal. In meinem Garten wachsen Maulbeeren, Litschi, Mangos und Birnen.

Über den deutschen Hilfsverein „Nepalmed“, der durch Spendengelder die medizinische Versorgung besonders armer Patienten ermöglicht, kommen mittlerweile regelmäßig Famulanten nach Ampipal. Die Studenten werden auch für den Transport von Sachspenden aus Deutschland genutzt.

Für die Zukunft ist der Bau einer Verbindungsstraße geplant. Daneben steht die Neuorganisation der Krankenhausaapotheke einschließlich der Schaffung eines Medikamentengrundstocks an.

**Für das Überleben des Krankenhauses und somit der einzigen medizinischen Behandlungsmöglichkeit im größeren Umkreis wäre es wichtig, dass ein erfahrener deutscher unfallchirurgischer oder chirurgischer Kollege meine Nachfolge im Ampipal Community Hospital antreten könnte.**

Wenn ich auch durch meinen vorzeitigen Ruhestand einen nicht unbeträchtlichen finanziellen Verlust in Kauf nehmen musste, so habe ich doch viel gewonnen – an medizinischer und vor allem auch an menschlicher Erfahrung.

Meinen Entschluss habe ich zu keiner Zeit bereut. Der Verzicht auf manche Annehmlichkeiten ist durch die Dankbarkeit der Mitarbeiter und der Bevölkerung, durch neue Freundschaften, die gewonnenen Erfahrungen und die Besinnung auf das Wesentliche des menschlichen Daseins mehr als belohnt worden.

**Informationen im Internet unter:** [www.nepalmed.de](http://www.nepalmed.de) und [www.ampipal.de](http://www.ampipal.de). Spendenkonto: Sparkasse Muldental, Konto-Nr. 1 010 052 086, BLZ 860 502 00.

Dr. med. Wolfhard Starke



Fotos: Wolfhard Starke



Oben: „Zweimann-Ambulanz“ statt Krankenwagen  
Links: Bei zahnärztlichen Patienten bleibt oft nur die Extraktion.  
Unten links: OP ohne Schleuse. Trotzdem ist die postoperative Infektionsrate gering.  
Unten rechts: „Aufbereitung“ der Einmalhandschuhe



nahme. Oft werden Patienten, insbesondere Alte und Säuglinge, gegen ärztlichen Rat von Familienangehörigen nach Hause mitgenommen. Hier denken die Nepalis zum Teil recht pragmatisch: Warum für eine Behandlung viel Geld ausgeben, wenn der Patient doch nicht mehr arbeiten und zum Familienunterhalt beitragen kann?

lauern überall zahllose hungrige Blutegel. Auf der Sperrholzdecke über mir tummeln sich nachts die Ratten. Je zweimal hatte ich im Haus Besuch von Skorpionen und Schlangen. Licht gibt es abends nur bis circa 21 Uhr, dazu muss der Generator betrieben werden. Anderenfalls muss eine Kerze genügen.