

Chirurgische Versorgung in einem Distrikt- krankenhaus im südlichen Afrika

E.-P. Mues, Ph. Langenscheidt

Einleitung Das Spektrum der Gesundheitsversorgung im südlichen Afrika reicht von hochtechnisierter Medizin in den überwiegend von Weißen bewohnten Gebieten der Republik Südafrika und Namibias, über ein dezentralisiertes System von Distriktkrankenhäusern und den dazu gehörenden Gesundheitsstationen, wie es beispielhaft in Zimbabwe und Lesotho etabliert ist, bis hin zum völligen Fehlen jeder medizinischen Versorgung aufgrund kriegerischer Auseinandersetzungen in Teilen Angolas und Mozambiques.

Die Gesundheitsausgaben pro Einwohner und Jahr variieren dabei erheblich. So beträgt das Bruttosozialprodukt in der Republik Südafrika 2.470 \$ und in Mozambique 80 \$. Die Kindersterblichkeit (in Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborener) bis zum 5. Lebensjahr variiert zwischen zwölf bei der weißen Bevölkerung Südafrikas und 200 in Mozambique (9).

Die Qualität der chirurgischen Versorgung der Bevölkerung hängt von der zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Infrastruktur ab. Die wenigen Mittel müssen zunächst für die Bekämpfung der wesentlichen Gesundheitsprobleme wie Infektionskrankheiten (Malaria, Tuberkulose, in den letzten Jahren auch HIV), Durchfallerkrankungen im Kindesalter und die Ursachen der hohen Müttersterblichkeit eingesetzt werden.

Darüber hinaus wird das Gesundheitswesen im südlichen Afrika aufgrund sozialer und politischer Spannungen mit einer ungewöhnlich hohen Zahl chirurgischer (traumatologischer) Patienten konfrontiert.

Am Beispiel des Regierungskrankenhauses von Leribe/Lesotho wird exemplarisch gezeigt, daß über eine Integration des operativen Bereiches in die Struktur des „Primary-Health-Care“-Systems auf der Ebene des Distriktkrankenhauses auch mit beschränkten Mitteln eine suffiziente chirurgische Versorgung gewährleistet werden kann.

Der Gesundheitsdistrikt von Leribe/Lesotho

Der Gesundheitsdistrikt von Leribe (Leribe Health Service Area) im Nordwesten Lesothos umfaßt eine Fläche von ca. 1.500 km² mit einer Bevölkerung von rund 190.000 (Stand 1990). Neben dem in der Distrikthauptstadt Hlotse lokalisierten staatlichen Distriktkrankenhaus existieren insgesamt 18 „Health Centres“ sowie zahlreiche „Village Health Posts“, mit deren Hilfe die medizinische Versorgung auf den verschiedenen Ebenen sichergestellt werden kann.

Das Distriktkrankenhaus selbst wurde in den Jahren 1989 bis 1991 von 107 auf 208 Betten erweitert und umfaßt die Abteilungen Frauenstation (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie), Männerstation (Innere Medizin, Chirurgie), Pädiatrie, Geburtshilfe, Psychiatrie u. Tuberkulosestation. Im Durchschnitt waren am Krankenhaus jeweils drei bis vier Ärzte (Medical Officers) angestellt. Das gesamte Jahresbudget des Gesundheitsdistriktes belief sich im Jahre 1990 auf zwei Millionen Maloti (rund 1,3 Mill. DM), das entspricht einem Gesundheitsbudget von 6,80 DM pro Einwohner pro Jahr.

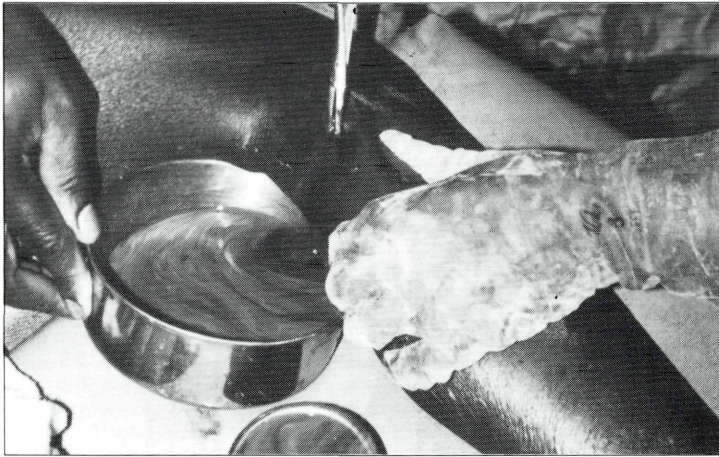


Abbildung 1 a:
Abszeß (Pyomyositis)



Abbildung 1 b:
Pyosalpinx

Das Spektrum chirurgischer Krankheitsbilder

Von den insgesamt rund 21.000 stationären Aufnahmen in den Jahren 1987 bis 1990 erfolgten ca. 20% aufgrund chirurgisch relevanter Krankheitsbilder (3). Dazu kamen 5.917 Entbindungen mit 598 Kaiserschnitten und ca. 650 stationäre Aufnahmen mit gynäkologischen Erkrankungen, die eine operative Intervention erforderlich machten.

Im gleichen Zeitraum wurden von den insgesamt 136.000 ambulanten Patienten rund 12% nach Verletzungen behandelt.

Das Spektrum der chirurgischen Krankheitsbilder umfaßte dabei den gesamten Bereich der operativen Medizin. Abbildung 1a bis 1d zeigen häufig auftretende chirurgisch relevante Erkrankungen.

Einen Schwerpunkt der chirurgischen Tätigkeit stellte die Versorgung traumatologischer Patienten dar. So wurden zwischen 1987 und 1990 insgesamt 3.909 Patienten nach Verletzungen stationär behandelt. Bei den Patienten der Männerstation entsprach dies nahezu der Hälfte aller stationären Aufnahmen.

Operative Eingriffe

Die Mehrzahl der operativen Eingriffe im stationären Bereich entfiel auf die Durchführung von Kaiserschnitten, Laparotomien wegen rupturierter Extrauterin gravidität, Tubenligaturen, Laparotomien bei Stich- und Schußverletzungen, Schädeltrepanationen und Hautverpflanzungen (3). Darüber hinaus wurden zahlreiche diagnostische und therapeutische Kürettagen durchgeführt.

Im ambulanten Bereich ergab sich ein ähnliches Bild, wobei hier insbesondere die Wundversorgung, die konservative Frakturbehandlung, das Spalten von Abszessen sowie

die Durchführung von Zirkumzisionen zu den häufigsten Eingriffen zählten. Die Art und Zahl der operativen Eingriffe sowie die dazu erforderliche Narkoseform sind der Abbildung 2 (a bis d) zu entnehmen.

Diskussion

Wie in den meisten Entwicklungsländern ist auch in weiten Teilen des südlichen Afrika die operative Tätigkeit durch die Diskrepanz zwischen der hohen Anzahl an chirurgischen Patienten mit häufig weit fortgeschrittenen Krankheitsbildern einerseits und den begrenzten personellen und apparativen Möglichkeiten andererseits gekennzeichnet.

In Übereinstimmung mit Beobachtungen anderer Autoren (4) kommt der Chirurgie gesundheitspolitisch in den „Least-developed-countries“, zu denen auch Lesotho gehört, keine Priorität zu. Die häufigsten Krankheitsursachen in Lesotho sind in den Bereichen „Atemwegserkrankungen“ und „Geschlechtskrankheiten“ zu finden (5). Die Schwerpunkte der präventiv orientierten Projekte liegen hier bei der Mutter-Kind-Fürsorge, der Tuberkulosebekämpfung und in den letzten Jahren der Aids-Aufklärung.

Abbildungen 1a bis 1d:
Häufige chirurgisch relevante Krankheitsbilder.
(Leribe Government Hospital, Lesotho, 1987 - 1990)

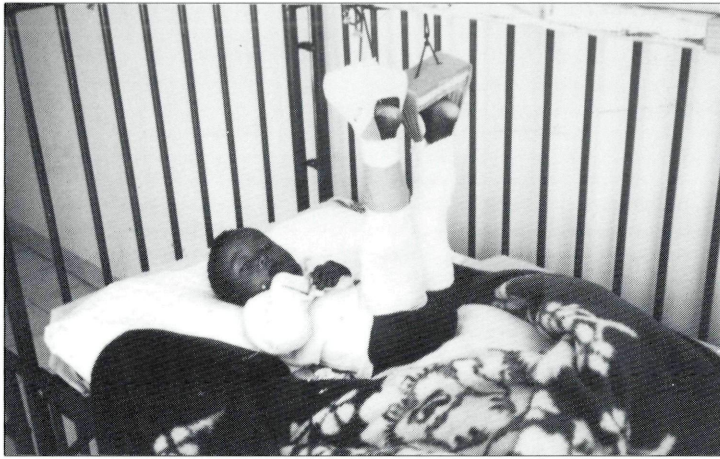


Abbildung 1c:
Kindliche Femurfraktur



Abbildung 1d:
Femurfraktur des Erwachsenen

Trotzdem kommt der chirurgischen Versorgung der Bevölkerung aus verschiedenen Gründen eine wichtige Bedeutung zu (4). Die effektive und erfolgreiche chirurgische Behandlung trägt wesentlich zur Akzeptanz der bestehenden Gesundheitseinrichtungen und der von ihnen angebotenen rein präventiven Dienste wie z. B. Impfmaßnahmen bei.

Tatsächlich besteht auch gerade im traumatologischen Bereich gesundheitspolitisch ein steigendes Interesse an einer suffizienten chirurgischen Therapie. Im Jahre 1988 wurden in Lesotho rund 30.000 Patienten aufgrund von Verletzungen ambulant behandelt. Das entspricht ca. 5% aller ambulanten Behandlungen in diesem Zeitraum (5). Gemäß einer Studie von WATTERS et al. (7) wurden in Sambia ca. 20% aller Operationen aufgrund von Verletzungen durchgeführt. Eine unzureichende Behandlung hat in vielen dieser Fälle eine bleibende Behinderung mit katastrophalen Auswirkungen für den Einzelnen und einer erheblichen Belastung für die betroffenen Familien zur Folge.

Während insbesondere in den städtischen Gebieten des südlichen Afrika sowie in den vom Bürgerkrieg heimgesuchten Gegenden von Angola und Mozambique die Versorgung traumatologischer Patienten eine zunehmende Rolle spielt, erfolgt dennoch die Mehrzahl der operativen Eingriffe im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe (ca. 35% aller operativen Eingriffe [7]), als Laparotomien bei akutem Abdomen, Hernienoperationen und Abszeßspaltungen.

Den Distriktkrankenhäusern kommt dabei die entscheidende Rolle in der chirurgischen Versorgung zu. Eine Untersuchung in Kenia zeigte, daß weit über 80% aller operativen Eingriffe auf der Ebene der Distriktkrankenhäuser durchgeführt wurde (2).

Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, muß das diagnostische und therapeutische Vorgehen den limitierten personellen und materiellen Voraussetzungen angepaßt werden.

Die sorgfältige Auswahl und Indikationsstellung zur Operation, die Beachtung der Grundsätze der Asepsie und Sterilität (8), die Anwendung risikoarmer Anaesthesieverfahren und chirurgischer Techniken (z. B. konservative Frakturbehandlung statt innerer Osteosyntheseverfahren) (1), und nicht zuletzt eine an den besonderen Gegebenheiten orientierte Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal (6, 7) stellen auch unter den Bedingungen eines Distriktkrankenhauses die operative Versorgung der Bevölkerung sicher.

Zusammenfassung

Am Beispiel eines Distriktkrankenhauses in Lesotho im südlichen Afrika wird aufgezeigt, daß eine adäquate chirurgische Versorgung der Bevölkerung auch mit limitierten Mitteln möglich ist. Dabei umfaßt die chirurgische Tätigkeit insbesondere die Notfalleingriffe nahezu aller operativen Fachdisziplinen sowie kleinere Wahleingriffe. Die Chirurgie ist dabei integraler Bestandteil des „Primary-Health-Care“-Konzeptes.

Schlüsselwörter

Chirurgie, Distriktkrankenhaus, Entwicklungsländer.

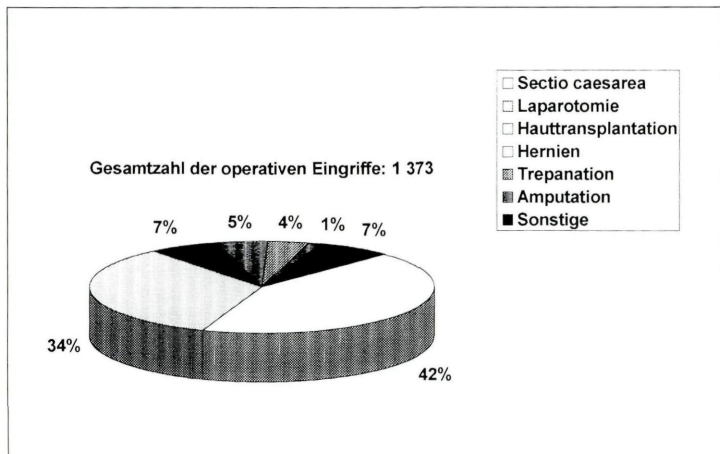


Abbildung 2a:
Größere operative Eingriffe

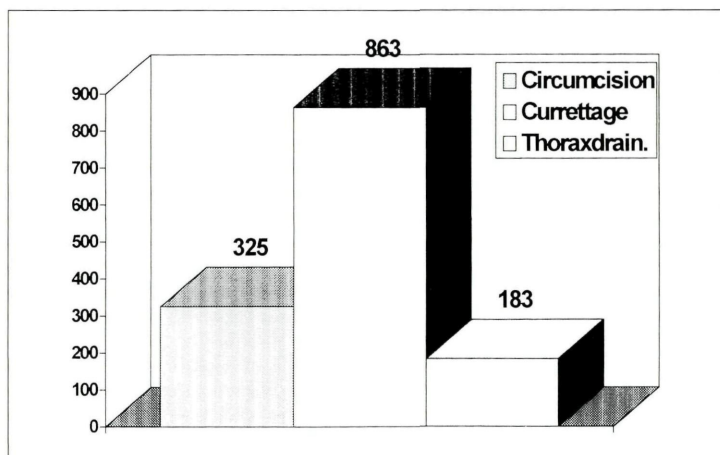


Abbildung 2b:
"Intermediate Operations"

Abbildungen 2a bis 2d:
Verteilung operativer Eingriffe und Narkoseverfahren.
(Leribe Government Hospital, Lesotho, 1987 - 1990)

Summary

Surgical care in a District Hospital in Southern Africa

The district hospital of Leribe/Lesotho in Southern Africa is exemplary for securing adequate surgical care with limited resources. Under these circumstances surgery includes mainly the emergency operations of almost all surgical fields as well as minor elective procedures. In this context surgery is an integrated part of the "Primary-Health-Care"-concept.

Key words

Surgery, District Hospital, Developing countries.

Literatur

1. BEWES, P. (1987): Management of fractures in adverse circumstances. *Tropical Doctor* 17, 67-73.
2. KING, M., BEWES, P., CAIRNS, J., THORNTON, J. (1993): *Primary Surgery, Volume One, Non-Trauma*. 2. Aufl., Oxford University Press, GTZ, Oxford, Dehli, Kuala Lumpur.
3. KOHLER, U., MUES, P., OLUSOLA, E., SCHMIDT, W. (1987-1990): *Annual Reports Leribe Government Hospital*.
4. POST, S. (1992): Die Rolle der Chirurgie im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung. Vortrag anlässlich des „2. Workshops für angepaßte traumatologische Methoden in Entwicklungsländern“ in D-66421 Homburg.
5. RAMATLAPENG, T. (1989): *Lesotho Epidemiological Bulletin*. Vol. 4, Nr. 2, 32-33.
6. ROY, D. (1978): Who does the surgery? *British Medical Journal* 2, 1474-1475.
7. WATTERS, D. (1987): Training doctors and surgeons to meet the surgical needs of Africa. *British Medical Journal* 295, 761-763.
8. WESTON, P. (1986): Simple resources for essential surgery. *Tropical Doctor* 16, 25-30.
9. *World Health Statistics*. Vol. 42, No. 4, 1989.

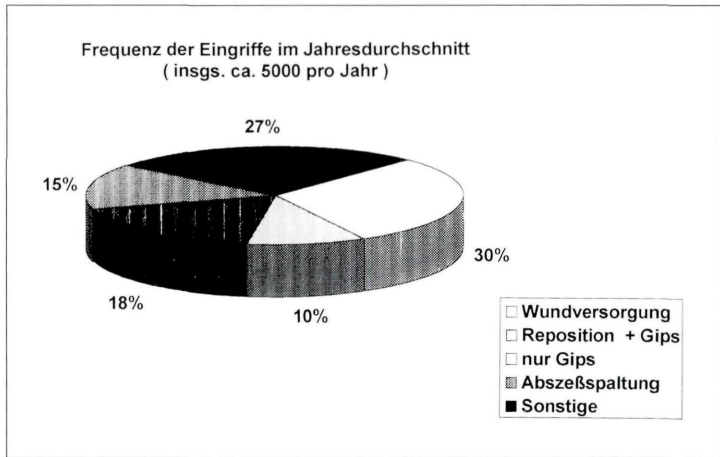


Abbildung 2c:
Ambulante Eingriffe

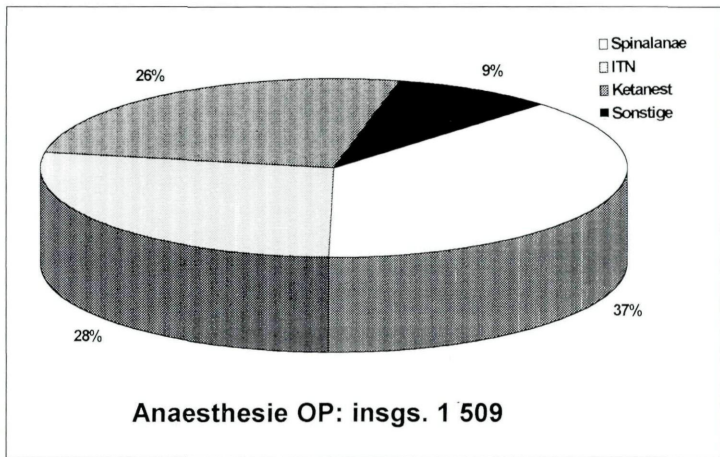


Abbildung 2d:
Anaesthesieverfahren

Korrespondenzadresse: Dr. Ernst-Peter Mues
Chirurgische Universitätsklinik
Oscar-Orth-Straße 57
D-66421 Homburg · Bundesrepublik Deutschland

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1995

Band/Volume: [17](#)

Autor(en)/Author(s): Mues Ernst-Peter, Langenscheidt Philipp

Artikel/Article: [Chirurgische Versorgung in einem Distriktkrankenhaus im südlichen Afrika. 209-214](#)