

Medizinischer Erfahrungsbericht JU-LMU Exchange SS2024 Pädiatrie

Dank des bilateralen Austauschprogramms des MeCuMs der LMU München mit der äthiopischen Jimma University hatte ich die Möglichkeit den Pädiatrie-Block des Moduls 5 in der Hauptstadt des äthiopischen Bundesstaates Oromia zu absolvieren. Der Austausch konnte mir viele neue Einblicke in ein fremdes Gesundheitssystem geben und hat mir geholfen Verständnis für einen mir gänzlich neuen Kulturraum zu entwickeln.

Das University Hospital in Jimma ist gleichzeitig das einzige Krankenhaus der Stadt, das in öffentlicher Hand liegt und stellt damit den wichtigsten medizinischen Anlaufpunkt nicht nur der Stadtbewohner, sondern auch weiter Teile der Bevölkerung des Umlandes dar. Bereits bei der ersten Hausführung, die wir am Tag unserer Ankunft von äthiopischen Studierenden erhielten, wurde uns klar, dass die Schwerpunkte des äthiopischen Gesundheitssystems ganz andere sind als wir aus Deutschland gewohnt waren: während die Innere Medizin und die Chirurgie vergleichsweise wenig Platz in der Klinik einnahmen, fiel ein großer Teil der Stationen im Haus auf die vielen pädiatrischen und gynäkologischen Abteilungen. Ein Umstand, der auf die verschiedenen demographischen Rahmenbedingungen und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen epidemiologischen Herausforderungen zurückzuführen ist – während die alternde Bevölkerung in DE zunehmend unter Alterserkrankungen und lifestyle diseases leidet, ist die jüngere Bevölkerung Äthiopiens in erster Linie von Infektionskrankheiten, höherer Kindersterblichkeit und Komplikationen im Rahmen der Schwangerschaft, bzw. Geburt betroffen. So liefen denn auch beispielsweise im Kreissaal immer mindestens fünf Entbindungen plus Kaiserschnitte gleichzeitig, die pädiatrische Notaufnahme war von Patienten durchgehend überlaufen und es gab Einrichtungen wie die Nutritional Unit (NRU), die rein für primäre und sekundäre Unterernährung von Kindern vorgesehen war und mir natürlich komplett neue Eindrücke bot. Viele Bereiche mussten im Vergleich mit deutschen Standards mit sehr wenig technischen Mitteln auskommen, so waren z.B. die einzigen zwei Ultraschallgeräte der Klinik der Radiologie zugeteilt, EKGs gab es für pädiatrische Patienten überhaupt keine und Patienten mussten auf weiterführende Diagnostik insgesamt oft länger warten, wenn sie denn überhaupt möglich war. Dementsprechend standen in der klinischen Entscheidungsfindung Anamnese und körperliche Untersuchung im Vordergrund und äthiopische Kommilitonen verbrachten den Großteil ihrer Zeit mit der Praxis dieser

Tätigkeiten. Das Ganze fand dann auch oft genug über Sprachbarrieren zwischen Ärzten und Patienten hinweg statt, da Amharisch zwar die Verkehrssprache Äthiopiens darstellt (die auch die meisten der Ärzte neben Englisch als Dienstsprache nutzen) aber viele Patienten beherrschen ausschließlich die kuschitische Lokalsprache Oromo. Darüber hinaus schien es oft so, dass Ärzte grundsätzlich mit relativ wenig Partizipation der Patienten nach einem paternalistischen Modell arbeiten. Ich denke v.a. das ist ein Punkt, bei dem die äthiopischen Austauschstudierenden auch von Eindrücken aus Deutschland profitieren könnten. Auf der anderen Seite war ich immer wieder beeindruckt von der Fähigkeit der äthiopischen Ärzte bei Material-Knappheit zu improvisieren, so war ich begeistert zu sehen wie auf der Päd. z.B. in Ermangelung geeigneter Inhalatoren Salbutamol-Applikatoren aus Plastikflaschen geschnitzt werden.

Unser klinischer Alltag fing meist mit der studentischen Morgenbesprechung an, in der interessante oder typische Fälle der letzten Nachtschicht durch Studierende vorgestellt und unter Moderation durch Oberärzte diskutiert wurden, danach fand in Kleingruppen entweder bedside-Unterricht statt oder wir nahmen an der Visite unserer jeweiligen pädiatrischen Station teil. Um möglichst viele verschiedene Krankheitsbilder zu sehen rotierten wir dabei in der Pädiatrie durch die Kindernotaufnahme, die Neonatale Intensivstation (NICU), die pädiatrische Allgemeinstation sowie die Nutritional Unit. Vereinzelt fanden Seminare statt, in denen Krankheitsbilder entsprechend Lehrbuch theoretisch abgehandelt wurden. Auch kurze Einblicke in den Kreissaal und die Kinderchirurgie waren möglich. Zusätzlich dazu, dass viele Infektionskrankheiten, die ich zu sehen bekam in Deutschland nicht oder seltener vorkommen wie z.B. Malaria, Masern und Tuberkulose, war es für mich ungewohnt manche Krankheitsbilder in einem außerordentlich fortgeschrittenen Stadium zu sehen: beispielsweise werde ich den soporösen 4-jährigen Patienten, der mit einem bereits die gesamte Peritonealhöhle ausfüllenden Lymphom von seinem Vater in die Notaufnahme getragen wurde, nicht so schnell vergessen. Viele Patienten vom Land haben in Äthiopien nicht die ärztliche Anbindung und medizinische Betreuung, die sie eigentlich bräuchten und werden deutlich später mit schweren Krankheiten vorstellig, so auch dieser kleine Patient, der auf eine bessere medizinischen Versorgung und Diagnostik auf dem Land angewiesen gewesen wäre. Aufgrund der fehlenden Ressourcen für Diagnostik und Therapie ist außerdem die Prognose für einige Krankheitsbilder schlechter als in Deutschland.

Während die ungleichen Ressourcen Anlass zu produktiver Wut geben und in mir den Wunsch auslösen langfristig an Lösungsmöglichkeiten für globale Disparitäten in Gesundheitssystemen mitzuarbeiten, hat die Zusammenarbeit mit den äthiopischen Kollegen, die aus mangelnden Ressourcen das Beste herausholen, angesichts Unterbezahlung und Überarbeitung aufopferungsvoll für ihre Patienten sorgen und ihre fachliche Kompetenz täglich unter Beweis stellen großen Respekt in mir hervorgerufen. Ich durfte Äthiopien als unglaublich gastfreundliches Land voller starker, interessierter und selbstbewusster Menschen kennenlernen und bin dankbar um die vielen Erfahrungen – nicht nur auf professioneller, sondern auch auf kultureller und nicht zuletzt menschlicher Ebene.