

PJ-Bericht Jimma University, 2022
Bericht von Julia Högl

Liebe Leserinnen und Leser,

aufgrund einer seit bereits über 20 Jahren bestehenden Partnerschaft der Medizinischen Fakultät der LMU München mit der Jimma University hatte ich die Möglichkeit einen Teil des chirurgischen Tertials meines Praktischen Jahres in Äthiopien zu absolvieren.

Nach einigen Vorbereitungstreffen zu den Themen der medizinischen Versorgung, Kultur, Religion und Geschichte Äthiopiens, welche durch die LMU und äthiopischen Austauschstudenten organisiert wurden, machte mich im Juni 2022 auf den Weg von München nach Jimma in Äthiopien, Afrika.

Jimma ist eine Kleinstadt in der Provinz Oromia, südwestlich von Addis Abeba, der Hauptstadt von Äthiopien. Das „Jimma University Hospital“ ist eine Klinik für die Versorgung von etwa 16.000 stationären und 220.000 ambulanten Patienten, sowie etwa 12.000 Notfällen pro Jahr. Der Fokus in der Patientenversorgung liegt auf den Fachbereichen Gynäkologie und Geburtshilfe, Allgemeinchirurgie, Pädiatrie, Innere Medizin sowie Orthopädie und Unfallchirurgie.

Die medizinische Versorgung in der Klinik unterscheidet sich in vielen Bereichen von der Patientenversorgung in Deutschland: Zum Einen existierten keine elektronischen Patientenakten, sondern alle Dokumente wurden handschriftlich verfasst und in einem Ordner gesammelt. Zum anderen mussten die Patienten die notwendigen Materialien für die laborchemische Untersuchungen, chirurgische Versorgung und Medikamente nach Ausstellung eines Rezeptes durch den behandelnden Arzt selbst in der Apotheke besorgen und in die Klinik mitbringen. Im Krankenhaus gab es keine Vorräte von Verbandsmaterial und Medikamenten, das Wissen und die Einleitung einer akuten Therapie basierend auf klinischer Diagnostik mit begrenzten Ressourcen stand im Fokus. Somit waren sämtliche diagnostische Entscheidungen wie beispielsweise die Kontrolle bestimmter Laborparameter nach Abwägung der finanziellen Möglichkeiten der Familie des Patienten und Notwendigkeit der Diagnosesicherung und Einleitung einer geeigneten Therapie geprägt. Eine komplexe Operation kann somit die Grundversorgung der ganzen Familie des Patienten gefährden.

Zudem waren die diagnostischen Mittel in der Radiologie der Klinik sehr beschränkt, sodass lediglich die Durchführung einer Röntgen- und CT-Bildgebung möglich war. Für die Abklärung eines Befundes mittels MRT wurden die Patienten in eine externe Klinik überwiesen. Somit war der Fokus der Klinik auf die akute Versorgung von Traumata und Notfällen ausgerichtet, komplexere Fälle mit der Notwendigkeit spezieller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wurden teilweise in die Hauptstadt nach Addis Abeba weitergeleitet.

In der Allgemeinchirurgie führte ich mit Hilfe äthiopischer Ärzt:innen und Student:innen Anamnesegespräche, körperliche Untersuchung und Laborkontrollen durch. Die Kommunikation unter den Ärzt:innen erfolgte in Englisch, lediglich Patientengespräche wurden in der Landessprache wie „Oromic“ oder „Amharic“ geführt. Trotz vorliegender Sprachbarriere beim täglichen Messen der Vitalparameter (Temperatur, Blutdruck, Herzfrequenz und Atemfrequenz) lernte ich mich mit Gestik zu verständigen und betreute sehr freundliche und dankbare Patienten. Es zeigte sich ein breites Spektrum an Schilddrüsenerkrankungen sowie akuter Entzündungen von Bauchorganen. Auch durfte ich bei Operationen, wie beispielsweise einer Leistenhernien-Operation oder Appendektomie assistieren.

Einen weiteren Teil meines Tertials absolvierte ich aufgrund meines großen Interesses in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie. Dort wurde ich von den Ärzten und Studenten ebenso sehr freundlich in das Team mitaufgenommen und durfte bei der Vorbereitung und Durchführung der Operationen mitwirken. In der täglichen Morgenbesprechung wurden Notfälle des Dienstes besprochen. Zudem wurden regelmäßig Fortbildungen durch die Ärzte gehalten, welche aktuelle Therapieempfehlungen sowie Falldiskussionen beinhalteten. Im Anschluss erfolgte die Visite der Patienten in der Notaufnahme, sowie auf der peripheren Station. Die Patienten wurden von Assistenzärzten jeweils vorgestellt und von „Senior Residents“, den Oberärzten bezüglich weiterer Diagnostik und Therapie beraten. Zudem wurden Fragen zu den Krankheitsbildern und Therapiemöglichkeiten gestellt. Die Ärzte zeigten großes Interesse an der den

verschiedenen Therapiemöglichkeiten von Frakturen in Deutschland im Vergleich zu Äthiopien. Somit wurde ich auch hier sehr in das Team miteinbezogen. Insgesamt wurden bis zu 70 Patienten täglich visitiert. Nachmittags nahm ich an der „OPC“ (**O**utpatient **C**are) teil. Hierbei handelt sich um die ambulante Versorgung von Patienten im Rahmen postoperativer Komplikationen sowie initialen Beschwerden des Bewegungsapparates. Dort konnte ich viele Krankheitsbilder sehen, welche in Europa aufgrund unserer privilegierten medizinischen Versorgung sehr selten sind, jedoch global eine große Bedeutung haben. Hierzu gehören zahlreiche Fälle tuberkulöser Herde im Bereich der Knochenmatrix, sowie eine hohe Rate an postoperativen Wundkomplikationen mit schlechter Frakturheilung, Wundinfektionen und Osteomyelitis. Auch im Bereich der Tumororthopädie konnte ich einige komplexe Fälle wie beispielsweise zahlreiche Patienten mit Osteosarkomen, sowie anderen benignen und maligne Knochentumoren sehen.

Auch nahm ich an Nachtschichten in der Notaufnahme teil und durfte dort eigenständig unter Aufsicht Wunden chirurgisch mittels Naht oder Frakturen durch die Anlage eines Gipsverbandes versorgen, sowie an Notoperationen teilnehmen.

Im Eingangsbereich des orthopädischen Saales war ein Plakat mit der Aufschrift „Never give up“ angebracht, welches sowohl die Patienten als auch die Ärzte und mich täglich positiv stimmte und motivierte, die bestmögliche Versorgung der Patienten bei begrenzten Ressourcen zu gewährleisten. Im OP wurde zur Reinigung der Wunde vor der Durchführung des Wundverschlusses eine Spülung mit sogenanntem verdünntem „Bleach“ (siehe Foto) durchgeführt, welches normalerweise laut Hersteller für die Reinigung von Toiletten oder Küchen verwendet wird, jedoch als kostengünstige Alternative zu Wasserstoffperoxid gilt. In der Aus- und Weiterbildung der „Interns“ und „Residents“ steht allgemein im Vergleich zu Deutschland eine sehr detaillierte Klassifikation der Frakturen, sowie die Therapie akuter Traumata und weniger eine endoprothetische Versorgung degenerativer Gelenkveränderungen im Vordergrund.

Im Rahmen von Diensten, welche 36 Stunden umfassen, habe ich großen Respekt vor den Ärzt:innen im „Jimma University Hospital“. Mit einigen dieser „Interns“ und „Residents“ der Orthopädie und Unfallchirurgie bin ich weiterhin in Kontakt und freue mich, in ihnen großartige zukünftige Kollegen und Freunde zu sehen und Erfahrungen auszutauschen.

Im Rahmes meiner Nachtdienste in der Notaufnahme erlebte ich einige chirurgische und internistische Patientenfälle, welche mich sehr prägten und zum Nachdenken anregen: Nach der frustranen Durchführung einer CPR (Kardiopulmonalen Reanimation) eines jungen Erwachsenen mit Herzinsuffizienz im Rahmen einer genetisch assoziierten Kardiomyopathie wurde uns mitgeteilt, dass die Familie des Patienten nicht über ausreichend finanziellen Mittel verfügte, um kreislaufstabilisierende Notfallmedikamente zu besorgen, welche möglicherweise zum Überleben des Patienten beigetragen hätten. Vorkommnisse dieser Art sind in einem Land des „Globalen Südens“ wie Äthiopien nicht selten.

Diese Erlebnisse haben mich zum Nachdenken über unser privilegiertes medizinisches System sowie die ungleichmäßige Ressourcenverteilung weltweit angeregt. Ich stelle mir die Frage welche Ressourcen und Strukturen für eine optimale medizinische Basisversorgung essenziell notwendig und somit mortalitätssenkend sind- selbst im Rahmen unserer Möglichkeiten einer Maximalversorgung.

Die Dankbarkeit der Patienten bleibt mir besonders im Gedächtnis und erinnert mich an meine Motivation, in Zukunft im Bereich der Medizin zu arbeiten.

In Äthiopien habe ich meine freie Zeit an den Wochenenden sehr gerne mit Freunden aus der Klink auf dem „Mercato“, dem Markt in Jimma verbracht. Dort gab es ein großes Angebot an lokalem Obst und Gemüse, sowie Geschirr und traditionelle äthiopische Kleidung, sogenannter „Habesha“- Kleider. Wir gingen oft zusammen Kaffeetrinken und ich kann als große Kaffee-Liebhaberin bestätigen, dass ich in Äthiopien den bisher besten Kaffee getrunken habe. Auch besuchten wir den Palast des ehemaligen Königs von Jimma, welcher sich auf einem Berg am Stadtrand befand. Mein Morgenlauf war jeden Tag ein kleines oder auch großes Abenteuer: manchmal wurde ich von freilaufenden Pferden, Kühen und Schafherden begleitet und von Äthiopiern freundlich begrüßt und angefeuert. Auch gewöhnte ich (und mein Magen ☺) mich im Laufe meines Aufenthaltes in Jimma immer mehr an die äthiopischen Spezialitäten, vor allem an „Injera“. Hierbei handelt es sich um gesäuertes Fladenbrot aus Teffmehl, welches mit verschiedenen Beilagen wie passierten Kichererbsen und anderem Gemüse serviert mit den Händen gegessen wird.

Ich freue mich sehr, dass ich im Rahmen der Partnerschaft zwischen der Medizinischen Fakultät der LMU und der Jimma University all diese diese prägenden und bereichernden Erfahrungen tollen Erlebnisse machen durfte. Besonders möchte ich mich bei „MeCum International and Center for international Health“ der LMU für die Organisation und Unterstützung bedanken.

