

EINSATZ IN AFRIKA

Kinderchirurgen helfen in Eritrea

Wie versorgt man die Menschen medizinisch in einem Land, das zwar seine Unabhängigkeit feiert, aber trotzdem bitterarm ist? „ARCHEMED – Ärzte für Kinder in Not e.V.“ handelt und hilft vor Ort.

Zehn Stunden Flug, Ankunft um Mitternacht, eine kurze Nacht im Hotel. Früh am Morgen beginnt der Hilfseinsatz von deutschen Kinderchirurgen in Asmara (Eritrea). Aus dem ganzen Land kommen Patienten mit kinderchirurgischen Fragestellungen. Eine riesige Sprechstunde mit bis zu 100 Patienten ermöglicht es den Ärzten, erst einmal in zu operierende oder weiter zu diagnostizierende Fälle einzuteilen. Parallel zur Sprechstunde wird das OP-Programm bestückt. Es wird ein langer Tag.

Unter den Patienten sind Fälle wie Michael. Der sieben Jahre alte Junge war mit einer Aganglionose des Dickdarmes, einem Morbus Hirschsprung, geboren worden. Diese Diagnose führte zur Resektion des beinahe gesamten Colons. Ausgeprägte Infektionen im kleinen Becken waren die Folge und machten die Anlage eines endständigen Ileostomas erforderlich – damals mit wenig Aussicht auf eine spätere Wiederherstellung der Darmkontinuität. Wegen des Stomas, für das es keinerlei Beutelversorgung gibt und dessen Ausscheidungen in einem Leibtuch aufgefangen werden, wird der Junge für nicht schulfähig erklärt und sozial ausgegrenzt. In Eritrea ist das kein Einzelfall.

Das Land, nördlich des Horns von Afrika, ist eines der jüngsten Staaten des afrikanischen Kontinents. Nach einem 30 Jahre andauernden Unabhängigkeitskampf gegen Äthiopien siegte 1991 schließlich die eritreische Volksbefreiungsfront, und Eritrea wurde am 24. Mai 1993 als unabhängiger Staat ausgerufen. In dem Land leben neun, friedlich nebeneinander existierende ethnische Gruppierungen. Es gibt in Eritrea eine Vielzahl an Sprachen, Religionen und Lebenskulturen. Doch wirtschaftlich geht es den Eritreern sehr



Fotos: Team Kinderchirurgie Bremen



Bild oben: Anna Seibert (in Weiterbildung zur Fachärztin für Kinderchirurgie) und Henner Kolb (ehemaliger Leiter der Oberarzt und Initiator der Bremer Einsätze in Asmara) bei einer postoperativen Patientensite.

Bild links: Ausgegrenzt von Schule und Gesellschaft. Der siebenjährige Michael vor seiner Operation 2010.

schlecht. Mit einem Bruttoinlandsprodukt von 423 US-Dollar pro Kopf (nach Schätzungen des Internationalen Währungsfonds 2010) belegt Eritrea im Ländervergleich einen der untersten Plätze: Etwa 50 Prozent der Bevölkerung leben unterhalb der Armutsgrenze.

Die medizinische Versorgung in der Breite ist unzureichend entwickelt, doch haben die armen Einwohner immerhin einen kostenfreien Zugang zu den Krankenhäusern in den größeren Städten. Während in Deutschland 252 Einwohner auf einen Arzt kommen, sind es in Eri-

trea 20 000. Der Bedarf an qualifizierter medizinischer Versorgung ist immens angesichts eines Durchschnittsalters von 18,7 Jahren bei etwa fünf Millionen Einwohnern. Neben der geringeren Lebenserwartung (Männer 60,4 Jahre, Frauen 64,7 Jahre) erklärt sich dieser Wert durch den hohen Anteil an Kindern bis 14 Jahre, der bei 42 Prozent liegt. Deshalb ist es nachzuvollziehen, warum gerade der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ebenso wie der entsprechenden Aus- und Weiterbildung eritreischer Kinderärzte eine große Bedeutung zukommt.

Hier setzt das Engagement des Vereins ARCHEMED – Ärzte für Kinder in Not e.V. an. Der Verein wurde im Juli 2010 gegründet. Sein Kernprojekt ist im Orotta-Hospital in Asmara angesiedelt. Die Philosophie von ARCHEMED beschreibt der Internist Dr. med. Peter Schwidtal, Mitbegründer und Vorsitzender, so: „Wir wollen eritreische Fachkräfte ausbilden und sie begleiten, um es ihnen zu ermöglichen, künftig selbst, ihre Patienten qualifiziert zu versorgen.“

In Asmara ist eine gut funktionierende neonatologische Station vor einigen Jahren bereits aufgebaut worden. Die Intention war, zusammen mit der Geburtshilfe vor Ort, das peri- und neonatologische Referenzzentrum für ganz Eritrea zu sein. Parallel dazu läuft ein weiteres Projekt in Keren, der zweitgrößten Stadt des Landes. 2012 sollen auch in den Provinzstädten Mendefera und Barentu Hilfsprojekte anlaufen.

Für chirurgische Disziplinen ist in Asmara das IOCCA (International Operation Center for Children in Asmara) der wesentliche Anlaufpunkt. Es umfasst einen OP-Trakt mit drei OP-Sälen, eine Intermedi-



Ein halbes Jahr nach seiner Operation kann Michael wieder spielen und lachen.

Spendenadresse:
 ARCHEMED-Ärzte
 für Kinder in Not e.V.,
 Sparkasse Soest,
 Bankleitzahl:
 414 500 75,
 Konto: 88203,
 www.archemed.org

ate Care – (ohne Beatmung) und eine Wachstation. Hier agieren mittlerweile mehrere internationale Teams, die nach einem festen Jahresplan operative Eingriffe bei Kindern mit den Schwerpunkten Herzchirurgie, Urologie, Orthopädie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie und allgemeine Kinderchirurgie durchführen. Die Teams kommen aus Deutschland, Österreich, Italien und der Schweiz.

Auch Ärztinnen und Ärzten der Bremer Kinderchirurgie wird es im Rahmen ihrer Weiterbildung zum

Facharzt für Kinderchirurgie ermöglicht, an diesem Projekt aktiv mitzuwirken. Unterstützt werden sie durch den Kinderanästhesisten Dr. med. Klaus Gattner aus Lippstadt und führen in einem zwei- bis dreiwöchigen Aufenthalt zweimal jährlich je etwa 40 bis 50 operative Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen durch. Dabei werden sie von einheimischem OP-Personal sowie von einem auf Kindernarkosen spezialisierten eritreischen Anästhesieassistenten unterstützt. Einheimische Chirurgen und Kinderärzte vor Ort werden außerdem für die Versorgung gängiger kinderchirurgischer Fragestellungen qualifiziert.

Neben der Versorgung häufiger kinderchirurgischer Krankheitsbilder stehen auch immer wieder anspruchsvolle Eingriffe zur Korrektur angeborener Fehlbildungen (Analatresie, Bauchwanddefekte, resektable oberflächliche Tumoren) an. In Eritrea konnten im vergangenen Jahr erstmals zwei Neugeborene mit Ösophagusatresie erfolgreich operiert werden. Bei einem

reif geborenen Kind erfolgte der Eingriff nach Eintreffen des Teams am achten Lebenstag. Ein bei Geburt 1 700 g schweres Frühgeborenes wurde im Alter von zwölf Tagen mit 2 200 g operiert.

Michael geht inzwischen zur Schule. Nach nochmaliger Diagnostik konnte ihm im Herbst 2010 im Rahmen einer umfangreichen Relaparotomie das Stoma beseitigt und die Darmkontinuität wiederhergestellt werden. Schon ein halbes Jahr später konnte er sich über einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität freuen. Man sollte sich jedoch weiterhin fragen, wo man ansetzen müsste, um der nach wie vor hohen perinatalen und Säuglingssterblichkeit Herr zu werden. Das Engagement der internationalen Teams, die in enger Kooperation mit den einheimischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern und mit der Unterstützung von Regierungsstellen agieren, ist schon mal ein Schritt in die richtige Richtung.

Dr. med. Anna Seibert, Dr. med. Henner Kolb, Prof. Dr. med. Christian Lorenz

RECHTSREPORT

Nachbesetzung von Arztstellen binnen sechs Monaten

Die Nachbesetzung einer Arztstelle bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 103 Absatz 4 a Satz 5 (jetzt Satz 3) Sozialgesetzbuch (SGB) V darf nicht beliebig hinausgezögert werden. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Die Bestimmungen der §§ 99, 101, 103, 104 SGB V regeln die Bedarfsplanung, die Rechtsfolgen von Überversorgung sowie die Anordnung von Zulassungssperren, und sie enthalten Ausnahmen von den Zulassungsbeschränkungen und Vorgaben zum Abbau der Überversorgung. Dort, wo Zulassungssperren angeordnet sind, kommt dem Ziel, Überversorgung abzubauen, ein hoher Rang zu. Dies gilt besonders im Hinblick auf Neubewerber, die durch Zulassungsbeschränkungen in ihrem Grundrecht aus Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz betroffen sind. Deshalb müssen in Planungsbereichen Vertragsarztsitze entweder, wenn sie ausnahmsweise fortgeführt werden dürfen, für andere Bewerber zur Verfügung stehen oder sie müssen weg-

fallen. Eine Regelung, wonach frei werdende Arztstellen nicht für außenstehende Bewerber zur Verfügung gestellt werden, sondern nach eigener Auswahl des MVZ nachbesetzt werden dürfen, muss eng ausgelegt werden. Ein MVZ darf eine frei werdende Arztstelle nicht auf Vorrat vorhalten und nach seinem Belieben erst später oder gar nicht wiederbesetzen. Dies wäre auch aus Sicht sachgerechter Bedarfsplanung und realitätsnaher Berechnung des Versorgungsgrades schwerlich tolerabel. Aus diesem Gesichtspunkt folgt, dass das Recht auf Nachbesetzung einer Stelle eines MVZ nur für eine begrenzte Frist nach dem Freiwerden der Stelle bestehen kann. Als Frist, binnen derer die Nachbesetzung noch möglich ist, ist von sechs Monaten auszugehen. Dies ergibt sich in Anlehnung an den in § 95 Abs. 6 Satz 3 SGB V bestimmte Sechsmonatsfrist. Gewahrt ist die Sechsmonatsfrist, wenn der Antrag auf Nachbesetzung binnen dieser Frist dem Zulassungsausschuss in vollständiger Form zugegangen ist

und auch alle materiellen Voraussetzungen erfüllt sind. Allerdings bestehen bei der Zulassung und Besetzung einer Arztstelle im Umfang von nur einem Viertelversorgungsauftrag Besonderheiten. Während die Bedarfsplanung sich auch mit Viertelstellen befasst, ist dies bei den Regelungen des SGB V und in der Ärzte-ZV nicht der Fall. So ist nach dem Abbau der Überversorgung mit einer „Entsperrung“ eine neue Zulassung nur möglich, wenn es sich mindestens um eine halbe Arztstelle handelt. Zulassungen sind nur im Umfang eines zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags vorzusehen. Diese Vorgabe, dass erst Vakanzen im Umfang einer nur hälftigen Zulassung beziehungsweise Arztstelle für die Zulassung und deren Entziehung relevant sind, gilt in der entsprechenden Anwendung auch im Rahmen der Nachbesetzungsregelung des § 103 Abs. 4 a Satz 5 (jetzt Satz 3) SGB V. Auch hier bleiben Vakanzen im Umfang einer Viertelarztstelle grundsätzlich sanktionslos, so dass das Recht auf Nachbesetzung einer vakant gewordenen Viertelarztstelle nicht zeitlich begrenzt ist. (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011, Az.: B 6 KA 23/11 R)

RAin Barbara Berner