

Auslandseinsatz Urogynäkologie im Irak

„Weniger ist manchmal mehr“

von PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester

Meinen ersten Flug nach Erbil im irakischen Kurdistan im Frühjahr 2012 habe ich einem Kollegen aus dem Libanon zu verdanken, der in unser interdisziplinäres Beckenbodenzentrum, das IBBZ Berlin, kam – auf der Suche nach einer weiblichen Urogynäkologin. So wirklich ernst genommen habe ich diesen Ausflug in eine völlig andere Welt zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Mal sehen, was da so los ist, ja. Aber wie kommt man ansonsten schon als Ärztin in den Irak? Aus einem Mal sind mittlerweile regelmäßige Einsätze geworden.

Von Mai bis Ende 2012 hatten wir inzwischen rund 1 400 Patienten gesehen und ambulant versorgt sowie 250 Patienten operiert. Inzwischen fliege ich auch nicht mehr allein, sondern mit dem gesamten Team des IBBZ, also mit Proktologen, plastischen Chirurgen, Urologen, Gynäkologen, Urogynäkologen, Neurochirurgen und natürlich unseren Arzthelferinnen und Krankenschwestern. Aber am besten der Reihe nach.

Das Volk in Erbil

Die Stadt und Provinz Erbil wurden zwischen 2112 und 2004 v. Chr. erstmals unter dem Namen Orbilem oder Erbilem erwähnt. Erbil – in den assyrischen Texten als Aria-Ilo oder Arba-Ilo bezeichnet – bedeutet übersetzt so viel wie die „vier Götter“. Die Stadt Erbil zählt zu den ältesten, noch heute bewohnten Städten der Welt, da sie seit etwa 6000 v. Chr. besiedelt wurde. In Erbil leben verschiedene ethnische Gruppen zusammen: Laut Informationszentrum der UNO in Erbil wird der Anteil der Kurden auf 98,5 Prozent und der Assyrer auf ein Prozent geschätzt, während die übrigen Ethnien heute etwa 0,5 Prozent ausmachen (United Nations Joint Humanitarian Information Center (JHIC) 2002). Die Geschichte der Stadt Erbil ist mit ihren Zitadellen verbunden, welche die Basis der Besiedlung Erbils darstellen. Die Wurzeln der Stadt liegen tief in der Geschichte der assyrischen Zeiten. Erbil erlebte einige wenige Epochen der Blüte, von denen die letzte noch andauert. So



Die Zitadelle von Erbil (kurdisch: Qelay Hewlêr) im Nordirak erhebt sich inmitten der Altstadt.

gesehen kann die Geschichte Erbils in insgesamt drei blühende Epochen eingeteilt werden.

Erste Epoche (705-681 v. Chr.): Erbil war eine militärische Stadt der Assyrer und gleichzeitig das Zentrum der mesopotamischen Gottheit Ashtar im Nordirak.

Zweite Epoche (1167-1233 n. Chr.): Als eine der ältesten Städte des Irak mit einem reichen kulturellen Hintergrund war Erbil zu dieser Zeit ein wichtiges Herrschaftszentrum. Unter der Herrschaft von Muzaffar ad-Din Kawkabry blühten die Wirtschaft und die Wissenschaft auf.

Dritte Epoche (ab 1921): In dieser Epoche wurde der Irak als ein souveräner Staat anerkannt und der Nordirak als kurdische autonome Region definiert. Die Stadt Erbil ist die Hauptstadt der heutigen föderalistischen Region des Iraks. Neuerdings erlebt Erbil einen starken Aufschwung in demografischer, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht sowie in ihrer städtebaulichen Struktur.

Entsprechend der historischen Entwicklungen im Zweistromland, das über Jahrtausende von einer deutlich dichotomisierten Gesellschaft – urbane Zentren und rurale Bevölkerungen – geprägt war, ist es nicht verwunderlich, dass sich auch die heutigen

Kurden in diese beiden Substrate unterteilen lassen. Einerseits gibt es also eine gebildete urbane Schicht, die offen für moderne politische Ideologien ist, während andererseits die rurale Basis von einem starken tribalen Milieu geprägt ist, das sich gegen jegliche Einmischung durch eine zentrale Regierung stemmt. Die beiden Schichten sind allerdings nicht voneinander getrennt. (Bruinessen 1986).

Patienten reisen 1 000 Kilometer weit an

Wir vom Team des IBBZ Berlin arbeiten vor Ort im „German-Kurdish Medical Centre Erbil“ – die Idee eines Exilirakers, Basim Izac Hermes, der nach 29 Jahren Exil aus London zurückgekehrt ist (Abb. 1 und 2). Seine restliche Familie lebt in Schweden, sein Vater war der Konkurrent von Saddam Hussein. Inzwischen haben wir dieses Zentrum nach deutschen Krankenhausstandards eingerichtet (Abb. 3) und Mitarbeiter aus der Stadt gefunden, die uns in der ambulanten Tätigkeit unterstützen. Es gibt außerdem eine Telekommunikation zwischen dem German-Kurdish Medical Centre Erbil und dem IBBZ Berlin via Internetvideofonie. Die Operationen in Erbil werden in einer Privatklinik weit des Zentrums unter schwierigsten hygienischen und technischen Bedingungen durchgeführt.



Abb. 1 und Abb. 2: Das Portal des German-Kurdish Medical Centre Erbil (links) und das dortige Einsatzteam vor dem Eingang des Zentrums (rechts)

Wenn wir Fachärzte in Erbil eintreffen – man fliegt direkt mit Austrian-Airline oder Lufthansa – stehen bereits viele Menschen in Schlangen vor dem Zentrum. Die Patienten kommen sogar aus Bagdad und damit 1 000 km Entfernung, um sich Hilfe zu holen. Die häufigsten Vorstellungen sind „veroperierte“ Patienten: mehrfache Hypospadiekorrekturen bei Kindern, fortgeschrittene Karzinome ohne adäquate Behandlung, Sterilität (häufig als Folge einer Azoospermie), Verbrennungen aus dem Krieg, Patienten nach Unfällen mit Tetra- oder Hemiplegie, die keine Akuthilfe bekommen konnten, männliche Patienten mit Dauerkatheter bei vorliegender Prostatahyperplasie, häufig Urethra- oder Ureterstenosen nach schlecht durchgeführten Eingriffen oder Steinanamnesen bis hin zu Schussverletzungen mit undenkbaren Begleitfolgen, welche wir hier in Deutschland nie sehen würden.

Überraschend wenige Tabus bei Inkontinenz

Immer häufiger stellen sich aber auch ganz „normale“ Patienten wegen Harninkontinenz, Analinkontinenz oder einer Senkung vor; Patienten mit Hernien, Gallensteinen oder zur Beseitigung einer Faszialisparese oder eines Möbiussyndroms. Die Menschen in Erbil sind aufgeschlossen, meist sehr gut ausgebildet und damit sehr differenziert. Es ist also kein Problem, über Krankheiten und Tabuthemen zu sprechen, was ja selbst in Deutschland – für den Bereich beispielsweise des Beckenbodens – doch häufig nicht so gut möglich ist.

Eine konkrete Altersgruppe sehen wir bei den Erkrankungen des Beckenbodens in

Erbil nicht. Das Patientenbild ist bunt gemischt. So wurde mit Blick auf gynäkologische Patientinnen von uns auch eine junge Frau im Alter von 28 Jahren nach der Geburt von drei Kindern mit einer Bänderinlage und Botoxinjektion behandelt. Die Diagnose bei dieser Patientin: Mischharninkontinenz mit austherapierter überaktiver Blase und einer Blasenkapazität von 150 ml, ohne anatomische Defekte des Beckenbodens. Dies ist lediglich ein Beispiel für häufige Diagnosen – nicht nur bei uns in Deutschland, sondern eben auch in Erbil. Und das gleiche therapeutische Vorgehen wie bei dieser Patientin hätten wir einer Frau im Zentrum in Berlin ebenfalls angeboten.

Menschliche Gleichheit: Berlin – Irak

Damit wird deutlich, dass wir natürlich versuchen, die Therapie nach unseren in Deutschland gängigen Standards und Indikationsstellungen auch im kurdischen Irak anzubieten, was aufgrund der vorliegenden Bedingungen selbstredend nicht immer zu 100 Prozent funktioniert. Vor allem die Rezidivpatienten sind hier die schwierigsten Fälle, wobei es auch diesbezüglich keine wesentlichen Unterschiede im Patientengut zwischen Erbil und Berlin gibt. Interessant ist, dass sich in Deutschland ein Rezidiv häufig sogar wesentlich schwieriger in der Behandlung gestaltet,



Abb. 3: Mithilfe des IBBZ Berlin wurde in Erbil im irakischen Kurdistan ein modernes Behandlungszimmer eingerichtet.



Männlicher Patient in Erbil, Irak, mit zwei Inguinalhernien: Der Darm ist in den Hoden gerutscht.

da die Meshinterponate eine Korrektur nicht einfach machen und auch in vielen Fällen irreversible Schäden hinterlassen können. Da es solche Implantate im Irak kaum gibt, sind Rezidive in der Regel gut zu rekonstruieren.

Die Patienten aus unserer heimische Region wissen eigentlich gar nicht, wie gut es ihnen geht. Sie bekommen jegliche medizinisch notwendige Diagnostik und Therapie. Etwas mehr Bescheidenheit bei den Ärzten aber auch bei den Patienten wäre aus meiner Sicht angebracht. Die Bedingungen hier in Deutschland sind gar nicht so schlecht, wie es immer wieder dargestellt wird. Es geht auch mit weniger und einfacheren Mitteln als gedacht. Nicht immer muss es eine MRT-Aufnahme sein oder eine teure aufwändige konservative Behandlung. Weniger ist manchmal mehr, das haben wir im Irak gelernt.

Wer nicht zahlen kann, stirbt

Leider ist das Gesundheitssystem im Irak sehr schlecht strukturiert. Die Ärzte verdienen an Medikamenten und Laborleistungen. Demzufolge kommt jeder Patient in unser Zentrum mit diversen, verschriebenen Medikamenten und unzähligen Laboruntersuchungen für nicht relevante Parameter. In den irakischen Gesundheitszentren sitzen häufig auf nur wenigen Quadratmetern mehrere Ärzte in einem Raum und behandeln zwei bis drei Patienten gleichzeitig. Zeit für echte Untersuchungen und zum Sprechen, geschweige denn zu einer ausführlichen Beratung, bleibt da in der Regel nicht. Es zählt nur das Geldverdienen.

Die medizinischen Bedingungen im German-Kurdish Medical Centre Erbil

sind nicht vergleichbar mit denen hier in Deutschland. Das offizielle regionale Gesundheitssystem im kurdischen Irak befindet sich in einer eindeutig feststellbaren Entwicklung, allerdings auch in einem schwer kontrollierbaren, chaotischen und von Konkurrenz geprägten Zustand. Eine Krankenversicherung gibt es nicht, jeder bezahlt seine Behandlung selbst. Wer das Geld für eine Chemotherapie nicht aufbringen kann, der stirbt.

Fazit für die Praxis

Das Ziel des German-Kurdish Medical Centre Erbil ist der Aufbau eines eigenen kleinen Operationssaales und 10 stationären Betten; mit Bedingungen, die annähernd so sind wie hier in Europa. Einige Sponsoren und Investoren konnten wir inzwischen finden, jedoch bleibt das Projekt Erbil nach wie vor spannend. Und wir freuen uns sehr über jeden, der das Team des IBBZ, sei es finanziell oder mit aktiven medizinischen Einsätzen, unterstützen möchte. Wenn Sie Mut haben und neugierig geworden sind, dann laden wir Sie zu einem Besuch in unser neues, kleines Zentrum im Irak ein. Oder auch zu unserem nächsten Interdisziplinären Beckenbodenkongress (IBK) am 13. und 14. September 2013 in Berlin, auf welchem Sie die Gelegenheit haben werden, Mitarbeiter und Künstler aus der Region Erbil zu erleben. ■

Korrespondenzadresse:



PD Dr. med.
Annett Gauruder-Burmester
Interdisziplinäres Beckenboden-
zentrum
Friedrichstr. 134, 10117 Berlin
E-Mail: a.gauruder@googlemail.com

Auflösung der Kasuistik S.10: Verhütung bei Morbus Behçet

Welche Kontrazeption würden Sie empfehlen?

Bei einer 27-jährigen Patientin aus dem Mittelmeerraum stellt sich bei bekanntem Morbus Behçet die Frage einer Kontrazeption. Verhütet wurde bisher lediglich mit Kondom. Die Patientin hat rezidivierende Aphten im Mundbereich mit zyklusabhängiger Verstärkung, gelegentlich Zusatzblutungen, ansonsten keine weitere, bei der Behçet-Krankheit bekannte Symptomatik; auch keine Augenerkrankung oder Thrombophlebitiden. Die infrage kommende Option ist grün hervorgehoben:

1. Kupfer-IUD
2. Hormonspirale
3. Estrogenfreier Ovulationshemmer
4. OC mit Estradiol
5. Vaginalring
6. OC mit 20 µg Ethinylestradiol

Kompakt: Die Entscheidungsgrundlage zum Fall

- Orale Kontrazeptiva (OC) einschließlich oraler Gestagene sind aufgrund der Aphten nicht geeignet, da die betroffenen Patientinnen möglichst wenig orale Medikationen zu sich nehmen sollten.
- Cerazette® und OC mit 20 µg Ethinylestradiol sowie die Hormonspirale und Kupfer-IUD sind wegen der beklagten Zusatzblutungen nicht geeignet.
- Cerazette® oder eine Hormonspirale haben keinen Einfluss auf den Morbus Behçet.
- Demgegenüber ist der Vaginalring aus folgenden Gründen gut geeignet:
 - a. Vermeiden oraler Applikation (Aphten),
 - b. Erreichen von Zyklusstabilität (weniger Zusatzblutungen),
 - c. Langzeitanwendung des Vaginalrings möglich: Unterdrücken zyklischer Erkrankungen,
 - d. eine Estrogen- und Gestagenkombination kann zur Remission klinischer Symptome des Morbus Behçet führen.