

den (zum Beispiel die Situation im Entlassungsmanagement), es könnten aber auch mit anderen Methoden (zum Beispiel Versorgungskettenforschung mit Routinedaten der Kassen) oder disziplinären Sichtweisen (zum Beispiel Betriebswirtschaft oder Organisationswissenschaft) zusätzliche Analysen durchgeführt werden.

Eine Begleitforschung, die erst kurz vor dem Ende des von ihr zu begleitenden Prozesses beginnt, hat an Qualität und Einwirkungsmöglichkeiten verloren. Selbst wenn sie also im Verlauf des Jahres 2008 in die Gänge kommen sollte, muss überlegt werden, den bisher zum Teil verschlafenen Lern- und Anpassungsprozess zu verlängern. In der Selbstverwaltung herrscht jedoch eine Patt-situation. Dies ist nachvollziehbar, weil alle beteiligten Akteure kein Interesse verspüren, sich parallel zur betriebswirtschaftlichen Umstellung auf das DRG-System zu sehr mit Qualitätsfragen befassen zu müssen. Selbst der Gesetzgeber erweckt den Anschein, sein eigenes Werk in dieser Hinsicht nicht richtig ernst zu nehmen, da er von der Ersatzvornahme keinen Gebrauch macht, sodass sein eigener Sachverständigenrat ihn in seinem letzten Gutachten hierzu ermuntert hat.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2008; 105(14): A 732–5

LITERATUR

1. INEK: Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 – Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen, Teil I: Projektbericht vom 14. 12. 2007; Siegburg.
2. Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Team der DRG-Research-Group Universitätsklinikum Münster: Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft Münster, Mai 2007.
3. Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung (www.bmg.bund.de/nr_600148/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Krankenhaeuser/drg-langfassung_template=raw.property=publicationFile.pdf/drg-langfassung.pdf).

Anschrift für die Verfasser

Dr. Bernard J. M. Braun
c/o Zentrum für Sozialpolitik
der Universität Bremen
Parkallee 39, 28209 Bremen
E-Mail: bbraun@zes.uni-bremen.de

FISTELN IN DER GYNÄKOLOGIE

Leben in Scham und Einsamkeit

Fisteln entstehen meist bei der Geburt und führen oft zu ständiger Inkontinenz. Zwei Millionen Frauen sind weltweit betroffen, vor allem in Afrika.



Weltweite Kampagne:
Seit 2003 widmet sich der UN-Bevölkerungsfonds in Entwicklungsländern dem Kampf gegen Fisteln. Betroffen sind vor allem junge Erstgebärende auf dem Land.

Keine Frau in Afrika müsste als Ausgestoßene leben“, sagt Kees Waaldijk. Der niederländische Chirurg weiß, wovon er spricht. Seit 24 Jahren operiert er im Norden Nigerias Frauen, die an einer vesicovaginalen oder rektovaginalen Fistel leiden. Mehr als 18 000 Betroffene hat er nach eigenen Angaben operiert. Je nach Verletzung verliert die Frau ihren Urin oder ihren Stuhl, in etwa zehn bis 15 Prozent der Fälle auch beides.

Zwei Millionen Frauen sind weltweit betroffen. Das zumindest schätzt der UN-Bevölkerungsfonds UNFPA. Die weitaus meisten Frauen leben in Afrika, aber auch in einigen arabischen und asiatischen Ländern. Einer kürzlich erschienenen UNFPA-Studie zufolge kommen jährlich mindestens 75 000 neue Fälle hinzu. Waaldijk hingegen spricht eher von bis zu 150 000 Frauen. Seiner Ansicht nach wird die Zahl der Betroffenen weiter steigen, denn die Bevölkerung in den afrikanischen Ländern nehme zu, aber die geburtshilfliche Vor- und

Nachsorge halte weder quantitativ noch qualitativ Schritt. Und genau da liege das größte Problem.

In den Industrieländern kommen Fisteln dank moderner Geburtshilfe seit Beginn des 20. Jahrhunderts kaum noch vor. In vielen ländlichen Regionen Afrikas hingegen gibt es keine geburtshilflichen Einrichtungen, geschweige denn ausgebildetes medizinisches Personal, das einen Kaiserschnitt durchführen könnte. Bei einem Geburtsstillstand liegt die Frau daher nicht selten mehrere Tage in den Wehen. Da der Kopf des Kindes konstant auf das mütterliche Gewebe drückt, wird es nicht mehr richtig durchblutet und nekrotisiert; es bildet sich eine Fistel. In weit über 90 Prozent aller Fälle stirbt das Kind unter der Geburt.

Die betroffene Frau muss nach der Entbindung nicht nur mit dem Tod ihres Kindes fertig werden, sondern auch mit schweren intravaginalen Verletzungen, neurologischen Störungen oder Infektionen. Kann die Frau postpartal ihre Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren,

beginnt der wahre Schrecken: Nicht selten verstößt der Ehemann sie, da sie so streng nach Urin riecht. Auch Familienangehörige, manchmal sogar die ganze Dorfgemeinschaft, kehren der Betroffenen den Rücken. Völlig isoliert leben viele dieser Frauen aufgrund des Stigmas in großer Armut und Scham. Sie entwickeln Depressionen und Angstzustände, manchmal sehen sie nur in der Selbsttötung einen Ausweg.

„Eine meiner Patientinnen hat rund 50 Jahre mit einer Fistel gelebt. Ein halbes Jahrhundert hat sie als Aussätzige verbracht, bevor sie zu mir kam“, erklärt Kees Waaldijk. „Diese Frau war nach dem erfolgreichen Eingriff unglaublich wütend, weil ihr all die Jahre niemand gesagt hatte, dass eine Fistel operiert werden kann.“ Der Weltgesundheitsorganisation zufolge liegt die Heilungsrate immerhin bei über 90 Prozent.

Fünf Jahre lang hat die UNFPA in 29 Ländern weltweit die soziokulturellen und wirtschaftlichen Aspekte geburtshilflicher Fisteln erforscht. Die typische Patientin ist demnach jung, erkrankt bei ihrer ersten Geburt an einer Fistel und lebt in einer ländlichen Region. Stark gefährdet sind auch Frauen, die bereits mehr als vier Kinder geboren haben.

Die meisten dieser Mädchen und Frauen entbinden ihr Kind zu Hause. Der niedrige gesellschaftliche Status der Frau, ihre geringe Entschei-

gungsmacht innerhalb der Familie und große Unwissenheit darüber, welche Komplikationen bei einer Geburt auftreten können, verhindern oft, dass die Frau bei einem Geburtsstillstand in ein Krankenhaus gebracht wird. Hinzu kommt, dass es häufig keine Transportmittel gibt oder das Geld dafür fehlt, die nächste Klinik weit entfernt liegt und bisweilen auch dort niemand einen Kaiserschnitt durchführen kann.

Die Studie zeigt auch Vorurteile auf, die verhindern, dass eine betroffene Frau Hilfe erhält. So gilt eine schwierige Geburt, die zu einer

Fistel führt, vielerorts als Fluch oder Strafe für die Untreue der Frau gegenüber ihrem Ehemann. Einige Dorfgemeinschaften in Kenia und Tansania erachten vorgeburtliche Hilfe oder einen Kaiserschnitt gar als unweiblich. Für andere kommt nur eine Hausgeburt infrage, zu der Fremde keinen Zutritt haben.

Wie wichtig es ist, insbesondere die traditionellen Hebammen über Fisteln aufzuklären, weiß der Gynäkologe Jürgen Wacker aus eigener Erfahrung. Der Chefarzt der Bruchsaler Frauenklinik arbeitete in den 80er-Jahren als Entwicklungshelfer für den Deutschen Entwicklungsdienst in Burkina Faso. Damals wurde er erstmals mit Fistelpatientinnen konfrontiert. Seit 2002 organisiert er jährlich einen einwöchigen Fistelworkshop in Dori, im Norden von Burkina Faso. Sein interdisziplinäres Team aus Urologen, Chirurgen und Gynäkologen operiert rund 15 Patientinnen in dieser Woche. Dabei arbeitet er eng mit den traditionellen Hebammen zusammen. „Wir haben für sie das einfach zu verstehende Sonnenpartogramm entwickelt, damit sie genau wissen, wann sie eine Gebärende ins Krankenhaus überweisen müssen.“

Auch Wackers Patientinnen in Burkina Faso sind oft jung. Aicha ist eine von ihnen. Mit 13 Jahren heiratet sie und gebiert mit 15 Jahren ihr erstes Kind. Da ihr Becken so

mit einer vesicovaginalen Fistel. Vom Ehemann verstoßen, lebt sie zwei Jahre lang wie eine Ausgestoßene. Als sie irgendwann zufällig hört, dass in Dori Fisteln operiert werden, schöpft sie erstmals Hoffnung. Kees Waaldijk, der als Experte von Jürgen Wacker zum ersten Workshop 2002 eingeladen wird, behandelt das Mädchen erfolgreich.

„Aicha steht für viele andere Mädchen und Frauen mit ähnlichem Los“, sagt Chefarzt Jürgen Wacker. Der Gynäkologe will in Dori ein Fistelzentrum mit zehn Betten eröffnen. Vorreiter hierfür sind die neun Zentren, die Kees Waaldijk in Nigeria und Niger betreut, und das Fistelkrankenhaus des australischen Ehepaars Hamlin in Äthiopien, das bereits landesweit drei kleinere Ableger hat. Die Kosten je Patientin liegen laut UNFPA bei 300 Dollar: für die Operation selbst, die nachoperative Pflege und die unverzichtbare Krankengymnastik, um die Beckenbodenmuskulatur wiederaufzubauen.

Die UNFPA-Studie weist neben den geburtshilflichen Fisteln auch auf solche hin, die durch Verletzungen entstehen. Denn in Bürgerkriegsländern, in denen (Massen-)Vergewaltigungen zur Kriegsstrategie gehören, sind Fisteln keine ungewöhnliche Folge. Schließlich werden die Frauen auch mit Stöcken, Flaschenhälsen oder Gewehrläufen penetriert. Die Datenlage ist zwar schlecht, doch gibt es Berichte über traumatische Fisteln aus diversen afrikanischen Ländern, wie dem Tschad, Äthiopien, Ruanda, Sierra Leone, Uganda, Sudan oder der Demokratischen Republik Kongo. Die US-amerikanische Organisation Heal Africa ließ in der ostkongolesischen Stadt Goma innerhalb von zwei Jahren 600 Fisteloperationen durchführen. 68 Prozent der Patientinnen waren zuvor vergewaltigt worden. ■

Petra Meyer

Eine Patientin war nach dem erfolgreichen Eingriff unglaublich wütend, weil ihr 50 Jahre lang niemand gesagt hatte, dass man eine Fistel operieren kann.

LITERATUR

1. UNFPA: Living Testimony: Obstetric Fistula and Inequities in Maternal Health, 2007.
2. Jürgen Wacker: Die verlorenen und verstoßenen Frauen von Dori. In: Kultur und Gerechtigkeit, S. 223–34, Nomos Verlag 2007.
3. Kees Waaldijk: Handout. Step-by-step surgery of the vesicovaginal fistula, 2006.
4. Catherine Hamlin: The Hospital by the river, Monarch Books, 2004.