

Reisemedizin im Wandel: z.B. Indien

Symposium für Reise- und Impfmedizin 2007

Gunther von Laer, Regionalarzt des Auswärtigen Amts, New Delhi

Wo stehen wir in der Entwicklung der Reisemedizin?:

Reisemedizin ist immer noch ein neues, ein unreifes Fach, ein Fachgebiet in seiner Pubertät: Kaum richtig auf dem „Markt“ ist das Fach schon zu schnell aufgeschossen. Etwas tapsig in den Aktivitäten wird hier und da etwas probiert und versucht (*Zusammenarbeit mit etablierten Fachgesellschaften*), das Eine festgeschrieben vor der Zeit (*keine klinischen Anteile*), das Andere zu rasch verwässert (*Ausbildungsinhalte, Grenzen des Fachgebietes, und essentielles Wissen*). Und das alles findet statt immer auf der Suche nach Orientierung, nach einem weltweit anerkannten Zentrum, einer Person oder einer Institution, die fundiertes Fachwissen, weltweite Expertise und flexible Grundhaltung verbindet zu einer vorbildlichen „beispielhaften“ Autorität. Kein Wunder, dass das schwierig ist.

Denn seit wir Menschen sesshaft wurden, gab es „schon immer“ Reisende, und diese hatten schon immer einen höheren Bedarf an Medizinischem Wissen und medizinischer Versorgung. Reisen war ja schon immer gefährlicher als zu Hause zu bleiben.

Die Betreuung der Reisenden beschränkte sich aber in der Regel auf *die Reichen unterwegs*, sowie auf „*unfreiwillige*“ *Dienstreisende* / Militärs / Missionare und Diplomaten. Und es gab praktisch keine Präventivmedizin, die momentan noch den größeren Teil unserer jungen Reisemedizin ausmacht. Die Gewichte werden sich verschieben, u.a. mit den Abrechnungsmöglichkeiten, den Interessen der Mitspieler und der Effizienz bzw. der Kosten-Nutzen-Relation, so wie bei allen Fachgebieten.

Was ändert sich in der Reisemedizin:

Änderungen in der Reisemedizin sind in diesem und vielleicht auch noch im nächsten Jahrzehnt in erster Linie laufende **Anpassungsprozesse**:

- (1) *an den Bedarf*, der vielfach noch gar nicht einschätzbar ist (z.B. medizinische Begleitung von Kranken unterwegs);
- (2) *an neue technische Möglichkeiten* (Telemedizin),
- (3) *an die Verdienstaussichten der beteiligten Industrie*, und
- (4) - last but not least - *an die personellen Ressourcen* bzw. die Verdienstmöglichkeiten der *Profis im System*.

Änderungen in der Reisemedizin sind zuzuordnen

dem Reisenden (I), seinen Eigenschaften und Möglichkeiten, seinem finanziellen, physiologischen und intellektuellen Status. Das wird wohl immer eine Mischung bleiben: low budget-Touristen mit Rucksack, oder arme „all inclusive Reisende (Hartz-IV)“, andere mit belastbaren Kreditkarten im Leichtgepäck, und wiederum andere mit unendlich belastbaren Firmenkassen im Rücken. Aber die prozentuale Verteilung ändert sich. So hat die Anzahl unfreiwillig (= **dienstlich**) **Reisender** stark zugenommen. Und Pauschalverträge zwischen medizinischen Drittwelt(!)-konzernen und entsendenden Erstweltfirmen werden immer „moderner“, häufiger und entlasten die Verantwortlichen in der Heimat, ohne dass man später als Einzelner oder Firma seine Rechte wirklich durchsetzen können, wenn Rechtsstaatlichkeit fehlt. Wir können die *Zusammensetzung der Gruppe der Reisenden* insgesamt nicht beeinflussen, wir müssen sie hinnehmen, aber wach registrieren und auf den differenzierten Bedarf reagieren.

das **Ziel der Reise (II)**, die „große Unbekannte“, mit der fremden oder fehlenden medizinischen Infrastruktur und den befremdlichen Vorgehensweisen: von Vorkasse bis zum dominanten und schweigsamen Rollenverhalten des Arztes; vom Fehlen von Mitleid bis zum Fehlen von Pflege oder Hygiene!

Gefahr droht dem Patienten bzw. dem reichen Reisenden aus Europa dabei durch

- **Überdiagnostik**: Nach dem Motto: *jedem sein MRI!* In New Delhi gibt es jetzt ein Privatkrankenhaus, das jeden (!) Patienten in der Aufnahmestation einer Ganzkörper-Scan-Untersuchung unterzieht! Derzeit ist das noch umsonst, aber das ist natürlich ein Werbegag: wann hat man je ungefragt sein Inneres so vollständig (und so überflüssig) nach außen gekehrt; -und was für eine wunderbare Studie für die Geräte-Firma!. Nicht mehr lange, und ein frischer Ganzkörper-Scanbefund gehört zu den Bewerbungsunterlagen wie der Lebenslauf.
- **Übertherapie**: so billig bekommt man kaum irgendwo einen Zahn implantiert in guter Qualität (das stimmt, aber vielleicht tut`s ja auch eine Brücke); und beim akuten Abdomen lohnt das Zuwarten nicht, auch wenn sich alles konservativ beherrschen ließe, so lautet vielfach die Ideologie und Vorgehensweise. Gerade hier haben sich aber großartige qualitative Verbesserungen ergeben auf dem Indischen Subkontinent: wenn ich heute in New Delhi notfallmäßig einen Stent brauchte: ich würde die Intervention am Ort und nicht etwa unbedingt eine Flugrettung nach Bangkok, Singapur, oder Europa wählen. Denn die alltägliche Routine vor Ort ist in diesen Zentren sehr groß, und die sehr guten Ergebnisse sind nachprüfbar. Nebenbei ist der Preis beachtlich niedrig, auch bei erster Qualität.
- **Überbezahlung**: Im Notfall können einzelne unseriöse Kollegen so richtig zulangen beim Reisenden in Not, auch in Deutschland, nicht nur in tropischen Ländern. Und die Versicherungen hierzulande versuchen vielleicht, die Rechnungen aus dem tropischen Ausland nicht nur formal überprüfen. Wie das gelingen soll, bleibt ein Rätsel. Misstrauen ist vielfach angebracht, wie bei anderen Geldgeschäften über weite Distanzen. Denn was (?) wer (?) wann (?) für (oder gegen) den reisenden Patienten getan hat, ist ja nur in den seltensten Fällen im Einzelnen wirklich belegbar oder überprüfbar. Ich zweifle, ob die Träger unseres Gesundheitssystems und insbesondere die Kostenträger ausreichend globale Kompetenz besitzen und sich vorbereiten auf die Herausforderungen eines Medizintourismus per Billigflieger, in dem die Selbstbedienung der Beteiligten kaum zu drosseln ist. Hausbackene Konzepte ohne international qualitätskontrollierte Evaluierungsinstrumente öffnen jedenfalls dem Mißbrauch Tür und Tor.

Das alles soll ja auch in deutschen Medizinsystem ähnlich sein, mehr oder weniger . . .

Und weitere Änderungen in der Reisemedizin ereignen sich bei den reisemedizinischen **Beratungsfirmen (III)**: fast alle schreiben ja von anderen ab. Es traut sich nur kaum jemand, das auch zu sagen, - außer vielleicht so ein beamteter Arzt vom Auswärtigen Amt. Es geht dabei manchmal zu wie bei der Presse allgemein: wenn es nichts Neues gibt, gibt`s nichts Neues zu verdienen, weil keiner hinschaut: **good news are no news!** So werden Seuchenmeldungen auf dem internationalen Markt solange hin- und herbewegt, bis sie als Meldung taugen, auch wenn Substanz völlig fehlt. Und wohl dem, der sich beim Abschreiben an die Richtigen hält, z.B. an CRM, denn diese Vorlage stimmt. Dr. Volkmer dort ist auch der einzige, der mich als Arzt vor Ort regelmäßig zum Indischen Subkontinent reisemedizinisch direkt befragt und abgleicht. So genannte Spezialisten für Reisemedizin und reisemedizinischen Verdienst auf der Welt mit eigener perfekter „Web-Performance“ glauben leider vielen Web-Auftritten der Privatkrankenhäuser in heißen Ländern: diese sind

außen schön und ganz aus Marmor. Aber drinnen ist es oft gefährlich. Auch hier zeichnet sich aber Besserung ab, die im Vortrag erwähnt wird.

Was muss sich also ändern in der Reisemedizin:

In der Konsequenz müssen **weltweit verbindlich** werden

- *einfache Evaluierungssysteme,*
- *WHO-zertifizierte Qualitätskontrollmethoden und*
- *telemedizinische Ist-Zeit-Kontrollen. Und es braucht*
- *ein Netz von lokalen Vertragskrankenhäusern oder doch Kontrollärzten.*

Sonst laufen mit dem System auch unsere Patienten zunehmend in die Arme von Fälschern, quacksalberischen Imponierärzten und Geschäftemachern, die es auch unter dem Dach internationaler Konzerne gibt.

Unsere Reisenden sind als Patienten in den armen Ländern „**Reiche in Not**“.

Wir selber müssen Fragen beantworten, die unter den Nägeln brennen:

- *Welcher Teil der Reisemedizin ist wirklich ärztliche Arbeit?*
- *Abgesehen von schon Geregelterm: Was rechnen wir wofür ab? Zeittakt? ohne Abrechnung keine Leistung, ohne gute Abrechnung keine gute Leistung! Unsere Qualitätsbestrebungen laufen sonst ins Leere!*
- *Wollen wir alle Reisenden beraten? D.h. zum Beispiel: Gibt es ethische Grenzen oder bleibt das jedem / jeder selber überlassen, am Gelingen etwa einer kriminellen oder unsauberen Reise ärztlich mitzuwirken? (Söldner? Organempfänger von zum Tode Verurteilten, die zur Exekution anreisen, weil das Gewebe so gut passt, und dann ist ja auch alles ganz frisch? Päderasten auf Sextour?*

Vielleicht ist aber die Reisemedizin nur eine *selbst-limitierende Bewegung* (??), die alsbald in ihrem ärztlichen Kern von den fachärztlichen Kollegen aufgesaugt wird. Und die andererseits mehr und mehr ärztlichen Laien überlassen bleibt im Bereich der Datenermittlung, Datenverarbeitung und Datenvermittlung an den Kunden (der ja *kein* „Patient“ ist): der Kunde kauft freundlich aufgemachte Datenpakete sowieso lieber als all das Hässliche, auf das wir Ärzte hinweisen müssen und wollen. Mindestens ein reisemedizinischer Dienst in Deutschland verfolgte wohl schon diese Linie, und schaltet den telefonisch Anfragenden gleich weiter in ein *Call-Center*, in dem deutsche Standardtexte von Damen mit freundlicher Stimme verlesen werden, und das kostet dann sogar auch noch Geld.

Zu einigen der o.a. Stichworte wird im Vortrag Bezug genommen und an konkreten Beispielen der Reisemedizin für Indien und in Indien versucht aufzuzeigen, wo wir stehen, was wir vor uns haben. Und Überlegungen werden angestellt, ob wir uns nicht besser rein ärztlich dem einzelnen Patienten zuwenden in Praxis und Klinik, um diesen Einzelfall . unterwegs virtuell zu begleiten als Arzt: mit Rat und Tat und Telemedizin.

Gunther von Laer