

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 30 (1974)

**Artikel:** Spitalpflege : Probleme und Erfahrungen

**Autor:** Appert, O.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-307992>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 01.05.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

St. Francis Hospital, Ifakara, Tanzania

## **Spitalpflege: Probleme und Erfahrungen**

O. APPERT

Die Probleme, die sich heute in der medizinischen Entwicklungshilfe im Rahmen eines Spitals stellen, lassen sich am besten darlegen und verstehen, wenn wir kurz einen Blick auf die Geschichte des Spitalwesens werfen.

Ich gehe dabei von der Situation aus, wie sie sich in dem ostafrikanischen Land Tanzania darstellt; ich bin mir dabei im klaren, dass daher das hier Gesagte nur eine relative Gültigkeit besitzt.

Die Entwicklung des Spitalwesens in Tanzania wurde geprägt von den Bedürfnissen der ehemaligen Kolonialherren und der christlichen Missionen. Es ist verständlich, dass die im Kolonialdienst tätigen Beamten Anspruch auf medizinische Betreuung erhoben, und dass daher die Kolonialbehörde in den grössern Verwaltungsstädten Spitälerr errichtete. Ähnliche Überlegungen veranlassten eine Reihe grosser Gesellschaften (Minenindustrie, Zucker- und Sisalplantagen) eigene Spitaldienste aufzubauen. Ein etwas anderes Konzept stand schliesslich hinter den zahlreichen Spitalbauten, welche von den Missionaren errichtet wurden. Das Resultat war, abgesehen von graduellen Unterschieden, in allen Fällen gleich: es wurde ein Spitaldienst aufgebaut, der für ganz bestimmte Zielpersonen gedacht war. Damit kamen kleine privilegierte Gruppen in den Genuss ärztlicher Hilfe, während die grosse Masse leer ausging. Gewiss war diese offensichtliche Diskriminierung nicht die primäre Absicht weder der Kolonialmacht noch der Mission; die zur Verfügung stehenden Mittel an Personal und Material erlaubten oft nicht mehr. Das ist die Situation, welche die herausgehenden Ärzte in den 60er Jahren in vielen eben unabhängig gewordenen Entwicklungsländern antrafen.

Diese Ärzte, welche zum grössten Teil aus westlichen Industrieländern stammen, haben aber ebenfalls eine sehr spezifische Anamnese, die bei der Besprechung von Spitalproblemen nicht unberücksichtigt bleiben darf. Sie alle haben eine Ausbildung durchlaufen, die in erster Linie das Wohl des Individuums zum Ziele hatte. Diese Ärztegeneration ist durch die harte Wirklichkeit westlicher Intensivabteilungen gegangen, sie hat um das Leben schwer missgebildeter Kinder gerungen, sie hat die Möglichkeiten terminaler Karzinombehandlung bis in ihre Tiefen ausgelotet und sie hat – oft vielleicht

nur als kleines Rad im Getriebe – an den phantastischen Leistungen der Transplantationschirurgie teilgehabt. Es erstaunt nicht, dass diese Ärzte nach der eben beschriebenen beruflichen Vorgeschichte nicht selten geneigt sind, mehr Zeit zu verwenden für den interessanten Einzelfall als für die etwas langweiligen Bedürfnisse der breiten Masse.

Soviel zur Geschichte des Spitalwesens und zur Anamnese der in diesen Spitälern tätigen Ärzte. Wenn wir uns nun, unbelastet von dieser Vorgeschichte, Gedanken zu den eigentlichen Aufgaben der Spitaldienste in einem Entwicklungsland machen, scheint ein Grundpostulat ohne weiteres gegeben: jedes Individuum sollte im Krankheitsfalle dasselbe Anrecht auf ärztliche Hilfe beanspruchen dürfen. Dieses Postulat, das von der ärztlichen Ethik her gesehen durchaus nichts Ungewöhnliches beinhaltet, muss nun allerdings auf dem Hintergrund der Realitäten eines Entwicklungslandes gesehen werden. In Tanzania zum Beispiel trifft es auf 30 000 Einwohner nur einen Arzt, in ländlichen Gegenden steht oft 3000 Einwohnern nur ein Spitalbett zur Verfügung. Wie soll da jedes Individuum im Krankheitsfalle wirksame ärztliche Hilfe erhalten?

Zunächst ist es wohl unumgänglich, dass zur Verwirklichung dieses Postulates eine Spitalorganisation geschaffen wird, die das vorhandene Personal und Material optimal ausnützt. Das heisst praktisch, dass all jene Aufgaben an Hilfspersonen delegiert werden, die nicht unbedingt dem Arzt vorbehalten bleiben müssen. Vielleicht lässt sich am Beispiel unserer Poliklinik aufzeigen, was damit gemeint ist. Die Poliklinik am St. Francis Hospital wird täglich von ungefähr 800 Patienten aufgesucht. Dazu kommen je ca. 100 Kleinkinder und Schwangere, die die Präventivdienste der Poliklinik in Anspruch nehmen. Die Patienten werden zunächst durch einen Rural Medical Aid gesehen. Dieser hat nach seiner Primarschule eine dreijährige Ausbildung in Diagnostik und Therapie durchlaufen und ist in der Lage, die häufigen und einfachen Krankheiten zu erkennen, und zu behandeln. Unklare Fälle, die etwa 10–15% ausmachen, überweist er an die nächsthöhere Stelle, die beiden Medical Assistants. Diese kommen in ihrer beruflichen Kompetenz unserem Allgemeinpraktiker schon recht nahe. Von den an sie überwiesenen Fällen bleiben im Durchschnitt noch 20–30 Fälle pro Tag, die vom Poliklinik-Arzt gesehen werden müssen. Dieses System, das im Prinzip auch im spital-internen Betrieb angewendet wird, ermöglicht eine «Medizin der Massen». Eine weitere Voraussetzung ist allerdings, dass auch der Arzt bereit ist, auf einige seiner zeitraubenden medizinischen – oder noch öfter – chirurgischen «Hobbies» zu verzichten. Es muss zugegeben werden, dass er damit oft vor Entscheide gestellt wird, die von der medizinischen Ethik her gesehen nicht leicht zu fassen sind.

Über die Wirksamkeit dieses Systems der Delegation und der ärztlichen Selbstbeschränkung kann vielleicht die Spitalstatistik des letzten Jahres einige Auskunft geben: das 350 Betten umfassende Spital hatte einen Personalbestand von 139. Davon sind 5 Ärzte, 2 Medical Assistants, 1 Rural Medical Aid und 32 diplomierte Schwestern. 5858 Patienten wurden statio-

när behandelt, die Poliklinik zählte rund 240 000 Konsultationen. Grössere Operationen wurden 1138 durchgeführt, kleinere Eingriffe beliefen sich auf 3564. 1539 Mütter wurden im Spital entbunden.

Mit organisatorischen Massnahmen allein lässt sich aber das erhobene Grundpostulat der Medizin für alle nicht erfüllen. Ein Blick auf die Morbiditätsstatistik Tanzanias zeigt, dass 1972 30% der Patienten wegen einer verhütbaren Krankheit hospitalisiert wurden. Diese Tatsache weist einen weitem Weg, wie ein Spital seine meist spärlichen Mittel sinnvoll einsetzen kann: das Spital muss eine aktive Rolle in der Prävention übernehmen. Da in der Regel eine medizinische Infrastruktur im Sinne von Hausärzten oder genügend dicht gestreuten Gesundheitszentren fehlt, hat das Spital diese Aufgabe zu akzeptieren und sich ihr unter Einsatz aller Möglichkeiten zu stellen. Das Spital in einem Entwicklungsland kann mit andern Worten nicht darauf warten, bis ihm die Kranken gewissermassen franko ins Haus geliefert werden, es muss vielmehr die Initiative ergreifen und die Zahl der anzuliefernden Fälle möglichst klein halten. Das kann erreicht werden durch den Einsatz von mobilen Health Teams. Sie haben die Aufgabe, die Präventivmassnahmen zu den Leuten hinauszutragen, die ausserhalb des unmittelbaren Spitaleinzugsgebiets wohnen. Die Health Teams beschränken sich nicht nur auf Impfprogramme, sondern versuchen auch durch Gesundheits-erziehung die verhütbaren Krankheiten langsam zu eliminieren. Obwohl das Health Team unseres Spitals nur eine kleine Gruppe medizinisches Hilfspersonal, ausgerüstet mit einem Landrover, umfasst, sind seine Leistungen über die letzten 5 Jahre beträchtlich: über 100 000 Einwohner wurden gegen Tuberkulose geimpft und damit praktisch die ganze Bevölkerungsgruppe unter 15 Jahren erfasst; auch die Impfungen gegen Poliomyelitis, Pocken, Diphtherie, Pertussis, Tetanus und Masern wurden sukzessive ins Arbeitsprogramm des mobilen Health Teams aufgenommen. So ist es beispielsweise gelungen, die Poliomyelitis zum Verschwinden zu bringen, das gleiche gilt für Diphtherie und Pocken.

Die Gesundheitsprobleme in einem Entwicklungsland lassen sich aber nicht allein durch Organisation und Prävention lösen. Im Vorausgegangen wurde mehrfach auf den Mangel an Ärzten hingewiesen, der sich gerade auch im Spitalbetrieb empfindlich auswirkt. Es wäre naiv, zu hoffen, dass dieser Mangel durch die einheimischen Universitäten im Laufe der nächsten Jahrzehnte behoben werden könnte. Die jährlichen Diplomierungen an der medizinischen Fakultät in Dar-es-Salaam beispielsweise liegen unter 20. Wenn wir in Tanzania eine jährliche Bevölkerungszunahme von 300 000 Menschen annehmen – in Wirklichkeit ist sie vielleicht noch höher – so würden die neudiplomierten Ärzte nicht einmal ausreichen, die jährlich hinzukommende Bevölkerung zu versorgen, von den bereits vorhandenen 15 Millionen Menschen ganz zu schweigen. Wenn es einer Spitalleitung wirklich ein Anliegen bedeutet, die medizinische Betreuung der Gesamtbevölkerung zu verbessern, muss sie notwendigerweise aktiv bei der Ausbildung medizinischer Kader mitwirken. Das sind die Überlegungen, die uns bewogen haben, in Ifakara

zusammen mit dem Schweizerischen Tropeninstitut eine Schule für Medical Assistants zu eröffnen. (Näher auf diese Tätigkeit einzugehen erübrigt sich, da dies bereits von kompetenter Seite geschehen ist.)

Ich habe im Vorausgegangenen versucht, unsere Spitalkonzeption darzulegen. Sie ist notwendigerweise auf die Verhältnisse in Tanzania zugeschnitten, dürfte aber in mancher Hinsicht über die Grenzen dieses Landes hinaus Gültigkeit haben. Es ist offensichtlich, dass ein Spital in einem Entwicklungsland nicht nur kurative Aufgaben zu erfüllen, sondern auch bei der Lösung einer Reihe von andern Gesundheitsproblemen aktiv mitzuwirken hat. Diese Verschiedenheit gegenüber einem hiesigen Spitalkonzept sollte auch von den Planern und Geberorganisationen in der Heimat zur Kenntnis genommen werden. Sie sollten bei der Planung und Auswahl der zu unterstützenden Projekte mehr als bis anhin prüfen, ob das in Frage stehende Projekt alte Diskriminierungen verschärft, oder ob es darauf gerichtet ist, einer bis jetzt vernachlässigten oder gar vergessenen Bevölkerungsgruppe zu helfen. Es sollte darauf geachtet werden, ob Bauten und Einrichtungen mehr dem Prestige der Regierung und der beruflichen Eitelkeit der Spitalärzte oder den wirklichen Bedürfnissen der breiten Masse dienen. Schliesslich sollte ganz allgemein die Frage geprüft werden, ob in bestimmten Fällen die Investition in Fachpersonal nicht wirkungsvoller wäre als eine Investition in Bauten und Apparate.

Wir alle müssen uns diesen Fragen offen und unbelastet von uns liebge gewordenen Mustern stellen, wir, die draussen in den Spitälern der dritten Welt arbeiten, aber auch jene Fachgremien, die zu Hause an der Planung und Ausarbeitung von Konzeptionen teilhaben. Nur wenn wir in gegenseitiger Zusammenarbeit den Mut zu neuen Lösungen aufbringen, besteht Aussicht, dass die medizinische Entwicklungshilfe das Los möglichst vieler Menschen erträglicher gestalten kann.

### **Zusammenfassung**

Spitaldienste in Entwicklungsländern dienen nicht selten vorwiegend privilegierten Gruppen. Eine oft aufwendige Medizin macht es bei der Beschränktheit der insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel noch schwieriger, allen Einwohnern eines Landes wenigstens ein Minimum an medizinischer Versorgung zu gewährleisten. Um dieses Minimum sicherzustellen, müssen die Spitäler ihr Personal und ihre Mittel ökonomisch einsetzen, was durch Delegation von Aufgaben an Hilfspersonen erreicht wird; sie haben Präventivmöglichkeiten in ihrem Einzugsgebiet wahrzunehmen und auszunützen und schliesslich müssen sie aktiv bei der Ausbildung von Kadern mitwirken.

### **Résumé**

Les services hospitaliers dans les pays en voie de développement ne sont la plupart du temps qu'au service de classes privilégiées. Une médecine très

compliquée rend encore plus difficile, avec les moyens limités à disposition, d'assurer à tous les habitants d'une contrée même un minimum de soins médicaux. Afin de réaliser ce minimum, les hôpitaux sont obligés d'être économes avec leur personnel et leurs moyens, ce qui ne peut se faire qu'en déléguant des fonctions à du personnel auxiliaire; celui-ci doit s'occuper des possibilités de prévention dans leur région et doit en outre participer activement à la formation de cadres.

### Riassunto

Non è raro che le cure ospedaliere nei paesi in via di sviluppo servano soprattutto a dei gruppi privilegiati. La carenza di mezzi finanziari disponibili rende ancora più difficile ad una medicina spesso costosa di assicurare a tutti gli abitanti di un paese almeno un minimo di cure mediche. Per ottenerlo, gli ospedali devono organizzare in modo economico il loro personale ed i loro mezzi; ciò può essere ottenuto delegando certi compiti a del personale ausiliario; inoltre essi devono trovare ed utilizzare le possibilità di una medicina preventiva nelle regioni che essi disservono; infine devono partecipare attivamente alla formazione del personale dirigente.

### Summary

The hospital services in the underdeveloped countries often turn out to be serving mainly privileged groups. A frequently extravagant form of medicine, practised where there is a very limited amount of available medical care, makes it still more difficult to provide the whole population of a country with at least a minimum of medical attention. To ensure this bare minimum, the hospitals must use their personnel and material economically, which can be achieved by the delegation of many tasks to helpers, who should recognise the preventive possibilities in their region and make use of them, and also work actively to train teams of helpers.

Adresse des Auteurs: Prof. O. Appert, M. D., F. S. C. S., Director of the St. Francis Hospital, P. O. Box 97, Ifakara, Tanzania.