

Gesa Eberl

aus Deutschland



Stipendien-Aufenthalt in Tansania

vom 20. Januar bis 4. März 2001

Open your eyes
Die augenmedizinische Situation in Tansania:
Augenärzte im Kampf gegen den Grauen Star

Von Gesa Eberl

Tansania vom 20.01. bis 04.03.2001,
betreut von der Heinz-Kühn-Stiftung

Inhalt

1. Zur Person	30
2. Video ergo sum - Ich sehe, also bin ich	30
3. Aus den Augen, aus dem Sinn	33
4. Die „heilende“ Operation: Eine Frage der Perspektive	38
5. Nur wer den Durchblick hat, hat auch die Übersicht	41
6. Auge in Auge mit der Gesundheitspolitik Tansanias	43
7. Ein neues Leben vor Augen	45
8. Die schwarzen Schafe unter den Afrikanern: Albinos	47
9. Asante Sana – Herzlichen Dank	49

1. Zur Person

Gesa Eberl, geboren am 28. Juni 1971 in Frankfurt a.M. 1990 bis 1995 Studium der angewandten Psychologie mit dem Nebenfach Journalistik/Kommunikationswissenschaft. Parallel dazu absolvierte sie Hörfunk- und TV-Praktika bei RTL, ZDF, BR, WDR, Radio FFH und Brainpool, sowie in den USA bei KOVR-13, einer CBS-Affiliate. Während ihres Studiums freie Reporterin bei RTL-Regional. 1995 bis 1996 redaktionelle Mitarbeiterin beim ZDF in der Unterhaltung. 1996 bis 1998 Volontärin bei der Deutschen Welle in Köln, Bonn und Berlin. Dann Nachrichtendakteurin bei DW-TV. Seit 1999 als Nachrichtenredakteurin bei RTL-Aktuell. Schwerpunkt: Medizin. Immer wieder längere Aufenthalte in den USA und Reisen nach Asien. Tansania war ihre Afrika-Premiere.

2. Video ergo sum – Ich sehe, also bin ich

Es ist mein zweiter Tag in Tansania. Gestern erst bin ich in der brütenden Hitze Dar-es-Salaams angekommen, heute schon stehe ich vor einer Klasse mit 60 blau-weiß gekleideten Schülern der Ilala Primary School im Süden Dar-es-Salaams. Und obwohl wir – die Direktorin, ein Sozialarbeiter und ich – mitten in den Unterricht platzen, sagen die Jungen und Mädchen wie auf Kommando ihre eingeübte Begrüßung auf: „Good Morning teacher“. „Good morning class, how are you?“, wäre mein Part gewesen, noch übernimmt ein Sozialarbeiter. „We are fine, how are you?“ fragt die Klasse im Chor. „I am fine, thank you, sit down“. „We are sitting down“. Die Kinder grinsen, flüstern, starren mich an. Es passiert nicht jeden Tag, dass eine „Mzungu“ (Weiße) zu Besuch kommt. Für mich ist die Situation ebenso ungewöhnlich. Aber auch die Klasse, vor der ich stehe, ist keine gewöhnliche Klasse. Sie ist Teil eines Integrationsprogramms: Hier sitzen sehende, sehschwache und blinde Kinder zusammen an den Schultischen.

In der dritten Reihe links sitzt Said. Er ist mit seinen 16 Jahren ein wenig älter als seine Klassenkameraden und es gibt noch etwas, was ihn von den anderen unterscheidet: Dort, wo andere ihr Schulheft liegen haben, hat Said eine Schreibmaschine stehen. Sie hat gerade mal sieben Tasten. Said ist seit seiner Geburt blind. Mit seiner Schreibmaschine kann er Braille-Schrift schreiben. Vor vier Jahren hat er das Gerät mit finanzieller Unterstützung der TSB (Tanzania Society for the Blind) bekommen, seitdem kann er geradezu virtuos darauf tippen und im Unterricht endlich mithalten.

Die speziellen Schulbücher in Blindenschrift werden zufälligerweise auf dem gleichen Gelände gedruckt, wie ich ein paar Minuten später erfahre. Die

Schuldirektorin ist sehr bemüht, dass ich als deutsche Journalistin Einblick in sämtliche Arbeitsbereiche der Schule bekomme. So sitze ich plötzlich dem Geschäftsführer der Druckerei gegenüber, der mich, wie ich später bemerke, wegen seiner finanziellen Schwierigkeiten gerne als Sprachrohr für die westliche Welt benutzen würde.

Die Fabrik für Braille-Schrift ist einzigartig in Tansania, gewöhnlich arbeiten hier rund 20 Angestellte an den antiquarisch anmutenden Original Heidelberger Druckmaschinen aus dem Jahr 1961. Als ich zu Besuch komme, ist es totenstill in der Fabrik. „Unsere Maschinen sind seit zwei Wochen kaputt“, sagt mir der Geschäftsführer, „meine Angestellten sind gegangen, weil ich keine Arbeit für sie hatte. Jetzt hoffen wir auf Unterstützung aus Skandinavien. Wir würden gerne auf Computer umstellen“. An diesem Tag, in diesem Moment, scheint mir das eher wie eine Vision.

Rund fünf Millionen Kinder unter 15 Jahren sind in Ländern der Dritten Welt blind oder stark sehbehindert und haben in der Regel keine Chance, eine Schule zu besuchen. Etwa 90 Prozent aller blinden Kinder wird diese Möglichkeit für immer verschlossen bleiben. Eine gründliche Schulausbildung ist aber eine wichtige Voraussetzung, um später einen Beruf auszuüben. Die Christoffel-Blindenmission geht davon aus, dass 80 Prozent aller blinden Erwachsenen aufgrund fehlender Schulungs- und Ausbildungsmöglichkeiten ohne Arbeit und daher nur schwer in der Lage sind, ein selbständiges Leben zu führen. In immer mehr Ländern der „Dritten Welt“ fördert die Christoffel-Blindenmission daher die integrative Schulerziehung blinder Kinder. Die noch vor Jahren typische Blindenheimschule barg die Gefahr, dass die Schüler isoliert wurden, nur wenig Kontakt über die Schule hinaus fanden und zudem in der Regel von ihren Familien lange getrennt waren. Bei der integrativen Erziehung sind auch die Ergebnisse in den einzelnen Schulfächern ermutigend. In vielen Klassen zählen blinde Schüler zu den besseren, da sie überdurchschnittlich motiviert sind.

In Saids Klasse sitzen noch zwei andere Kinder mit Augenproblemen. Sie können zwar sehen, allerdings nur schwach auf die Entfernung, deshalb teilen sich beide eine Bank direkt vor der Tafel. Kinder mit Sehbehinderung benötigen eine Zusatzbetreuung, die meisten Lehrer sind mit durchschnittlich 60 Kindern in einer Klasse längst überfordert. Damit ein sehschwaches bzw. blindes Kind den Unterricht nicht zusätzlich aufhält, gibt es „itinerant teacher“ (Wanderlehrer) wie Damson Kamala. Mindestens dreimal die Woche besucht er an drei bis vier Schulen im Distrikt die sogenannten „visually impaired children“ (sehbehinderte Kinder), korrigiert ihre Hausaufgaben, gibt ihnen neue Übungen auf, fragt nach ihrem Befinden.

An der Ilala Schule wurde für die Sehbehinderten eine Ganztagschule eingerichtet. So kommen hier mittags um 12 Uhr aus allen Klassen und Alters-

gruppen Kinder zum Essen zusammen, die ähnliche, visuelle Beschwerden haben. Die Gruppe stärkt das Individuum, unter ihresgleichen fühlen sie sich selbstsicherer. Wer Probleme hat, wendet sich an seinen Sozialarbeiter. Damson Kamala ist bei der TSB angestellt. Er hat eine dreijährige Ausbildung als Lehrer und rund vier Jahre Praxis hinter sich. Im Anschluss hat er sich für ein 3-monatiges Spezialtraining im Bereich Augen beworben, seitdem ist er für die TSB tätig. „Sehbehinderten muss geholfen werden“, meint er, „sie sind zwar langsamer im Lesen, aber geistig sind die meisten sehr flink und ebenso ehrgeizig. Mein Herz sagt mir, dass ich diese Menschen unterstützen will“. Diese Einstellung ist ganz im Sinne seines Vorgesetzten. „Das Ziel der TSB ist die Verhütung und die Behandlung von Blindheit durch Ausbildung und Rehabilitation Sehbehinderter“, erklärt mir Eliyuko Mnyone, „Deputy Director“ der TSB, am Nachmittag. Die Organisation hat es sich zur Aufgabe gemacht, in sechs von insgesamt 20 tansanischen Regionen Kinder aufzuspüren, die Augenprobleme haben. Das erfordert viel, viel Arbeit und vor allem viel Feingefühl. Tansanische Familien sind groß, im Durchschnitt haben Eltern sechs bis acht Kinder, und durch die teilweise chaotischen Haus- und Hüttenkonstruktionen ist es, wie ich finde, schwierig, in den Dörfern eine Übersicht zu bekommen. Sozialarbeiter, die im Feld arbeiten, wenden sich meist an den Dorfvorsteher, eine Art Bürgermeister, oder aber an Kirchen und Moscheen, um sehbehinderte Menschen zu finden. Oft leistet aber auch Mund-zu-Mund-Propaganda ihren Teil. Charles Tupa, ein Kollege von Damson Kamala, spricht manchmal auch Familien direkt an, wenn sie gerade beim Kochen vor ihrem Heim sitzen. Doch die Erwachsenen, die Eltern sind verunsichert und zurückhaltend, wenn sie Charles Tupa begegnen. Mit dem Augenproblem ihrer Kinder oder ihrem eigenen haben sie sich entweder noch nicht beschäftigt oder aber wissen nicht um die Möglichkeiten der Heilung. Sie scheuen einen Besuch beim Augenarzt aus Angst vor den Kosten oder aus Angst vor der Behandlung an sich. So werden die Kinder zu Hause behalten, werden nicht gefördert und verkümmern mit ihrer Sehbehinderung. Es bedarf der Aufklärung und der speziellen Ausbildung solcher Kinder. In ganz Tansania leben nach Angaben des Gesundheitsministeriums rund 300.000 Blinde. Die Dunkelziffer dürfte weit höher liegen. „Das Land ist weiträumig. Es wäre eine Illusion“, so Eliyuko Mnyone, „mit unserer Arbeit, das gesamte Land abdecken zu können“. Momentan reicht das verantwortliche Gebiet der TSB vom Morogoro-Distrikt im Süden über Singida im Westen bis hin zur Tanga-Region im Norden – das entspricht ungefähr einem Drittel des Landes. In den sechs ausgesuchten Regionen betreut die TSB derzeit rund 800 Kinder. Was das restliche Tansania betrifft, so hofft Mnyone auf die Qualität des Augen-Netzwerkes. Jeder Distrikt verfügt über eine Augenklinik und mindestens einen Augenarzt. Aber die Distrikte sind

groß und insgesamt arbeiten in diesem ostafrikanischen Staat gerade mal 30 Augenärzte. Bei 30 Millionen Einwohnern heißt das: Ein Augenarzt für eine Million Menschen. Zum Vergleich: In Deutschland praktizieren 7.000 Augenärzte – einer für jeweils rund 13.000 Patienten.

3. Aus den Augen, aus dem Sinn

Bahati Lyimo, 15 Jahre alt, Grauer Star. Shabani Chuvaka, 12 Jahre alt, Grauer Star. Pili Omary, 62 Jahre alt, Grauer Star. Harub Hassan, 80 Jahre alt, Grauer Star.

Wir sind am Mkuranga District Hospital, 60 Kilometer südwestlich von Dar-es-Salaam. Wir, das sind ein dreiköpfiges, mobiles Team des CCBRT-Hospitals (Comprehensive Community Based Rehabilitation Tanzania) für Augen und Orthopädie und meine Wenigkeit. Alle vier Wochen organisiert Cornelius Sabiyumva, der Koordinator, einen Besuch an einem der bis zu 300 Kilometer entfernten Krankenhäuser anderer Distrikte, die keine eigene Augenabteilung haben. Das Ziel ist die Identifikation von Patienten mit Grauem Star. Vor zwei Wochen hatte Cornelius unseren Besuch bei der Krankenhausverwaltung in der Hoffnung angekündigt, durch Mund-zu-Mund-Propaganda, Radio-Werbung und Flugblätter möglichst viele Patienten zu erreichen. Der Distrikt umfasst mehrere tausend Einwohner, an diesem Morgen kommen etwa 100 als Cornelius sich mit Arztkittel auf das sandige Hospitalgelände unter Mangobäume stellt und anhand einiger Schautafeln die Entwicklungsstadien des Grauen Stars und der heilenden Operation erklärt.

Grauer Star ist die häufigste Erblindungsursache in Tansania, jeder zweite Blinde leidet darunter, ohne es zu wissen. In Tansania benötigen mehr als 200.000 Menschen eine Kataraktoperation, aber es werden im Durchschnitt weniger als 10.000 solcher Operationen pro Jahr durchgeführt. Das Ziel liegt bei mindestens 90.000 pro Jahr.

Der Graue Star (Katarakt) ist eine Augenerkrankung, die durch eine Trübung der Augenlinse bedingt ist. Die Aufgabe der Augenlinse entspricht der Aufgabe eines Objektivs beim Fotoapparat. Im Normalfall ist die Linse durchsichtig und klar. Beim Grauen Star verliert die Linse allmählich ihre Durchsichtigkeit und wird trüb. Dadurch erscheint im fortgeschrittenen Stadium die Pupille nicht mehr schwarz, sondern eher grau. Es fällt dann nicht mehr ausreichend Licht auf die Netzhaut. Als Folge davon sieht der Betroffene verschwommen, wie durch einen Nebelschleier. Erstes Anzeichen dieser Erkrankung ist eine erhöhte Blendeempfindlichkeit. Die Betroffenen sehen dann paradoxerweise bei schwachem Licht besser als im Hellen. Wissenschaftlich ist die Entstehung des Grauen Stars noch nicht umfassend geklärt,

bekannt ist jedoch, dass die häufigste Ursache der Altersstar ist, meist hervorgerufen durch Stoffwechselerkrankungen und Alterung des Gewebes.

Forscher des Londoner „International Centre For Eye Health“ haben einen Zusammenhang zwischen infektionsbedingtem hohem Wasserverlust (Durchfall, Hitzschlag und Mangelernährung) und früher Starbildung in der „Dritten Welt“ festgestellt. In Tansania zum Beispiel leiden Menschen oft schon mit vierzig Jahren, also weit früher als in Europa, unter Altersstar.

„In welchem Maße hohe Dosen von ultravioletten Sonnenstrahlen, unter anderem bedingt durch Schäden der Ozonschicht, Gefahr für das Auge bergen, weisen erste Untersuchungen in Indien und Australien eindeutig nach. In Gebieten mit zwölf Sonnenstunden täglich tritt Grauer Star weit häufiger auf als in Gegenden mit nur sieben Sonnenstunden. Als erheblicher Risikofaktor für Katarakt erwies sich bei einer Untersuchung der Harvard Universität das Rauchen. Danach sind Raucher doppelt so stark gefährdet, am Grauen Star zu erkranken. Auch erhöhter Alkoholkonsum, vermutet man, schade der Augenlinse“ – CBM Online, Aktionen, Grauer Star – Was sind die Ursachen? Grauer Star kann auch durch eine Verletzung des Auges verursacht werden und ist fast unvermeidlich, wenn Fremdkörper in die Linse eindringen. Grauer Star ist bei Menschen mit Diabetes mellitus sehr verbreitet und kann in der Jugend bei sehr hohem Blutzuckerspiegel auftreten.

Die bisher einzige, wirklich hilfreiche Behandlung ist die Operation, die nur etwa 15 bis 20 Minuten dauert. „Es gibt mehrere Operationstechniken: Bei der älteren Methode wird die Funktion der entfernten Linse durch eine Starbrille ersetzt. Millionen von Starblinden wurden und werden wohl auch in den kommenden Jahrzehnten auf diese Weise erfolgreich operiert. Es gibt jedoch gravierende Nachteile der Starbrillen-Korrektur: Die Spezialbrillen sind in der Dritten Welt nicht überall vorhanden, können leicht brechen, zerkratzen oder verlorengehen. Ohne Starbrille ist der Operierte jedoch faktisch wieder blind. Die in der industrialisierten Welt längst schon Routine gewordene Methode, bei der unter örtlicher Betäubung die trüb gewordene Linse durch eine künstliche Linse (Intraokular-Linse) ersetzt wird, war in der Dritten Welt bislang nur wenigen vorbehalten. Haupthindernisse: Der Ausbildungsstand der Augenärzte und der Preis der Operation. Außerdem war die künstliche Linse jahrelang zu teuer. Nachdem diese Linsen nun auch in Entwicklungsländern kostengünstig und in hervorragender Qualität hergestellt werden können, wird diese moderne IOL-Operation immer häufiger angewandt“. – CBM-Online, Aktionen, Grauer Star – Sieben Fragen zum Thema. Pro Operation wird nur ein Auge behandelt, falls das zweite Auge ebenso betroffen ist, wird dies erst einige Tage später operiert. Meist bleibt der Patient noch einige Tage zur Nachuntersuchung im Krankenhaus.

Cornelius Sabiyumva ist diplomierter Krankenpfleger. Er hat sein Handwerk in London gelernt und in Dar-es-Salaam im Bereich der Augenheilkunde spezialisiert. Im Auftrag der CBM (Christoffel-Blindenmission), die das private CCBRT-Hospital in Dar-es-Salaam größtenteils finanziert hat, ist er jetzt als Koordinator des Mobile Eye Services und Augenpfleger unterwegs. Mit Taschenlampe, Ophthalmoskop (Instrument zur Untersuchung des Augenhintergrundes) und Augendruckmessgerät ausgestattet, kann er Grauer-Star-Patienten identifizieren und sie zur Operation ins CCBRT-Hospital weiterleiten. Immer mit von der Partie ist sein Kollege Herr Hamisi, Augenoptiker und Regalatus, Mädchen für alles vom Fahrer bis zur Sprechstundenhilfe. Zur Behandlung bekommen sie in der Regel eines der Krankenzimmer zugeteilt, wenn sie Glück haben mit Ventilator und abgedunkelten Fenstern, um die Kontraktion der Pupillen besser beobachten zu können. Heute am Mkuranga Hospital ist das Zimmer ca. neun Quadratmeter groß, gerade Platz genug, damit immer zwei Patienten parallel kostenfrei behandelt werden können. Cornelius schafft 56 Patienten in fünf Stunden – eine gute Bilanz. Nur ein Viertel allerdings leidet unter Grauem Star. Wie viele davon letztlich zur Operation am CCBRT-Hospital erscheinen, ist unklar, obwohl Cornelius mit verbilligten Operationen oder gar kostenlosen Eingriffen in besonders armen Fällen lockt.

Ein Preisbeispiel:

Am Empfang des CCBRT-Hospitals prangt eine Preistafel mit drei Kategorien:

1.000 TSH (1,20 US\$) für eine Grundbehandlung.

Die Wartezeit kann mehrere Stunden betragen.

5.000 TSH (6 US\$) für eine Express-Behandlung.

Wer sich nicht ins Wartezimmer setzen möchte, sondern vor den anderen an die Reihe kommen möchte.

25.000 TSH (30 US\$) für eine Privat-Behandlung.

Jeweils Donnerstag mittag nimmt sich der Augenarzt Zeit nur für Privatpatienten.

Eine Operation des Grauen Stars kostet eigentlich rund 50.000 TSH, das entspricht derzeit rund 60 US-Dollar. Bei einer Operation im CCBRT-Hospital zahlt der Patient bestenfalls soviel er kann. Ein privates Zweibett-Krankenzimmer kostet 40.000 TSH (48 US-Dollar). Wird der Patient außerhalb Dar-es-Salaams durch die Mobile Eye Clinic operiert, zahlt er in der Regel 10.000 TSH, das entspricht derzeit 12 US-Dollar. Die restlichen Kosten übernimmt die CCBRT. Ist ein Patient nachweislich völlig mittellos, wird er dennoch operiert, kostenlos.

Am CCBRT-Hospital erscheinen täglich rund 150 Patienten, die sich nur die Grundbehandlung leisten können für 1.000 TSH. Langfristig gesehen wäre das für ein Privatkrankenhaus wie das CCBRT-Hospital kein lukratives Geschäft. Die Ausgaben müssen ja irgendwie durch die Einnahmen gedeckt

werden. So versucht das CCBRT-Hospital durch schnelleren Service, Qualität von Zimmer und Essen bei längerem Aufenthalt, und daraus resultierende verschiedene Preiskategorien auch die Mittelklasse anzulocken, um das Krankenhaus finanzieren zu können.

Noch vor 20 Jahren hat es in Tansania eine solche Mittelklasse kaum gegeben. 90 Prozent der Bevölkerung gehörte zur untersten, zur ärmsten Schicht. Zur gleichen Zeit waren 90 Prozent des Gesundheitsservice staatlich, nur 10 Prozent waren privat organisiert. Zur Jahrtausendwende hat sich dieses Gefüge stark gewandelt: mittlerweile beträgt die wachsende Mittelschicht in den Großstädten Tansanias bis zu 35 Prozent. Und fast 90 Prozent aller Patienten in diesen Städten wurden in privaten Gesundheitsorganisationen behandelt.

Für das CCBRT-Hospital bedeutet das: Je mehr wohlhabendere Patienten für ihre Behandlung zahlen, desto mehr arme Patienten können durch subventionierte Leistungen behandelt und operiert werden. Die Qualität der Behandlung für Arm und Reich ist dabei die gleiche. Die drei praktizierenden Augenärzte machen keine Unterschiede zwischen den gesellschaftlichen Schichten.

So ist also der Zulauf von Mittelklasse-Patienten gleichzeitig Qualitätskontrolle. Solange genügend wohlhabende Patienten erscheinen und zahlen, solange ist die Behandlung für arme Patienten finanziell, aber auch qualitativ ebenso gewährleistet.

Alle Einnahmen fließen automatisch in die Kassen des Hospitals, wo sie in die Augenarbeit reinvestiert werden. Damit erhält sich das Unternehmen von selbst.

Aber die Rechnung des Krankenhaus-Direktoriums ist noch eine andere. „Jeder Patient, der hier erfolgreich behandelt wurde, ist die beste Werbung, die beste Publicity für unsere Arbeit hier“, erklärt mir Geert Vanneste, der Projektleiter der CCBRT. Das Krankenhaus ist erst seit März 2000 in Betrieb, und schon jetzt ist spürbar, dass immer mehr Einheimische weit über die Stadtgrenzen Dar-es-Salaams hinaus von dem Krankenhaus erfahren. Das war die Idee, die Strategie zeigt Wirkung.

Doch die CCBRT will auch außerhalb des Einzugsgebietes mehr Patienten erreichen. Vor allem die, die sich eine Reise in die Großstadt nicht leisten können.

Dass die Arbeit des mobilen Augenteams allerdings beschwerlich ist und nur langsam wächst, ist eine Erfahrung, die wir nur ein paar Wochen später in Pangani machen, an der Nordküste Tansanias gelegen, fünf Stunden Autofahrt von Dar-es-Salaam entfernt. Diesmal sind wir zu siebt mit zwei Autos unterwegs. Mobile Augenklinik nennt sich das. Auch hier hat Cornelius Sabiyumva vor zwei Wochen unseren Besuch angekündigt, sogar am kleinen Fährhafen kann ich von der CCBRT ein Flugblatt hängen sehen. Wir sind gespannt, wie viele in dieser

Tanga-Region von dem Angebot des weißen Augenarztes Marc Wood profitieren werden.

Es ist Montag morgen 8 Uhr, als wir das Pangani Hospital betreten. Der Operationssaal ist weder aufgeräumt noch gesäubert oder vorbereitet. Die gleiche Situation im Schlafsaal: Dem Ärzteteam war versprochen worden, dass genügend saubere Betten für die Patienten nach der Operation zur Verfügung stehen würden. Die Krankenhausleitung entschuldigt sich und schickt sofort eine Putzkolonnie in die Räume. Meiner Ansicht nach ändert das nicht viel, in allen Zimmern wuchert der Schimmel, die Wände sind feucht, vor Krankheitskeimen muss es hier nur so wimmeln. Draußen auf den Gängen kochen Besucher für ihre Verwandten Reis mit Bananen, Hühner laufen frei herum und auf der Wiese neben der gynäkologischen Abteilung grasst sogar eine Kuh. In dem Operationssaal, in dem Marc Wood seine Behandlungen vornehmen soll, werden gewöhnlich Kaiserschnitte durchgeführt. Auf dem Geburtstisch liegt nicht einmal ein Laken, dreckiger Schaumstoff quillt unter dem Plastikbezug hervor. Es dauert einen Vormittag, bis unser Team den Raum gereinigt und desinfiziert hat.

Die angereisten Augenpatienten bekommen von der schlechten Organisation in dem Hospital nichts mit. Sie sitzen auf den offen gebauten Gängen des Krankenhauses und warten auf den weißen Arzt, der ihnen besseres Augenlicht in Aussicht stellt. Marc Wood bekommt ein Behandlungszimmer zugeteilt. Der Raum erinnert mich an das Mkuranga Distrikt Hospital, nur dass wir diesmal nicht einmal einen Ventilator haben – bei der hohen Luftfeuchtigkeit eine wahre Tortur. Von seinem Assistenten bekommt Marc Wood graue Pappblätter gereicht, auf dem Name, Alter, Geschlecht und die Sehschärfe des entsprechenden Patienten geschrieben stehen. Marc Wood ruft sie nacheinander auf, immer zwei auf einmal dürfen auf den provisorischen Behandlungsstühlen Platz nehmen. Dann wird per Taschenlampe die Pupillenkontraktion beobachtet und gegebenenfalls der Augeninnendruck gemessen. Alleine das erfordert viel Gespür, denn jeder zweite Patient zuckt bereits aus Angst vor Augentropfen zusammen, das Gerät zur Messung des Augeninnendrucks erscheint ihnen geradezu wie Folter. Die wenigsten hier waren schon einmal beim Augenarzt, noch überwiegt ihr Misstrauen und ihre Angst. „Es ist ein kultureller Glaube in Afrika, dass der Arzt das Auge herausnimmt, um es zu operieren und danach wieder in seine Augenhöhle zurücksetzt“, erklärt mir Cornelius Sabiyumva. Um so wichtiger ist es, dass Marc Wood gute Arbeit leistet. „Ein schlechtes Ergebnis, und die Patienten bleiben für immer weg“, weiß er zu berichten. An diesem Tag kann er offensichtlich ihr Vertrauen gewinnen. Von 60 Patienten diagnostiziert er bei 25 Grauen Star, die er noch am gleichen Nachmittag und am Folgetag operieren will. Alle bleiben da, keiner verlässt aus Angst das Krankenhaus – und: fast alle können die geforderten 10.000 TSH (12 US-Dollar) für die Operation aufbringen. Das klingt erfolgreich,

doch die Bilanz ist eher ernüchternd. „Ich hätte gerne mehr Patienten gehabt“, sagt mir der Augenarzt. „Unter 50 Katarakt-Operationen lohnen sich Aufwand und Kosten der „Mobile Eye Clinic“ nicht. In Dar-es-Salaam kann ich schon alleine 30 Patienten an einem Tag operieren“. Im CCBRT-Hospital zahlen die Patienten außerdem in der Regel mehr. Am Dienstag zur Mittagszeit ist die Arbeit getan, Marc Wood hat den ersten Patienten die Verbände abgenommen und von seinem Assistenten Method das Auge analysieren lassen. Er macht den obligatorischen Test: „Wie viele Finger sehen Sie?“ Im Abstand von einem bis drei Metern zum Patienten hält Method immer wieder seine Hand hoch und streckt ein bis fünf Finger hoch. Er wird es auch sein, der in den nächsten Tagen als Krankenpfleger und Ansprechpartner die Patienten betreuen wird, bis sie entlassen werden können. So sorgt die CCBRT auch für eine komplette Nachbetreuung, keiner der Patienten wird mit seiner Angst oder seinen Schmerzen alleingelassen.

Am Dienstag Nachmittag fahre ich mit Marc Wood zurück Richtung Dar-es-Salaam, auf dem Rücksitz eine Tansanierin mit Baby. Ihre Tochter kam vor vier Monaten mit Grauem Star auf die Welt. Kinder in diesem Alter brauchen eine Spezialoperation, die so nur am CCBRT-Hospital möglich ist. Da sie sich den Transport nicht leisten kann, bietet Marc Wood ihr an, sie kostenfrei mitzunehmen. Er muss dringend zurück, am Mittwoch Morgen erwartet er am Flughafen eine Lieferung von frischen Augenhornhäuten aus Missouri. Dort nämlich existiert die USA-weit einzige Augenbank. Die sechs bis acht Hornhäute will er noch am gleichen Tag Patienten transplantieren, da sie nur 24 Stunden frisch bleiben.

4. Die „heilende“ Operation: Eine Frage der Perspektive

Hadijia ist 12 Jahre alt. Auf ihrem linken Auge kann sie schon lange nichts mehr sehen, sagt sie, sie leidet unter Grauem Star. Hadijia hat dennoch Glück, denn sie wird operiert werden – noch heute. Morgen schon wird sie wieder sehen können. Als ich den großen Schlafsaal der Patienten im CCBRT-Hospital betrete, liegt Hadijia ganz hinten links, zusammengekauert auf ihrer Schaumstoffmatratze. Ihr Vater hat sie heute morgen hierher gebracht. Ein zweites Bett neben ihr konnte er sich nicht leisten, so lässt er sie alleine zurück, verspricht ihr aber jeden Tag zu Besuch zu kommen. Hadijia wimmert, als sie mich sieht, die „Mzungu“ macht ihr Angst, vor allem hier im Krankenhaus, an einem ihr völlig fremden Ort, und die Operation im Nacken macht sie zusätzlich nervös. Ich traue mich nicht näher an sie heran, sie klammert sich ängstlich an den Pfleger, der für sie in den kommenden Tagen Familienersatz sein wird. Er übersetzt meine Fragen in Kiswahili und antwortet mir in Englisch. Ich bleibe nur fünf Minuten, will

Hadijia nicht noch mehr verschrecken. Sie wisse ungefähr, was sie erwarte, meint sie zwar. Der Pfleger hätte ihr von der Operation erzählt, dennoch, wirklich glücklich wirkt sie nicht auf mich in diesem Moment. Ich wünsche ihr alles Gute für die Operation und verlasse den Raum. Als ich am Abend wiederkehre, liegt sie mit verbundenem Auge wieder auf ihrem Bett, diesmal schläft sie vor Erschöpfung. Ich störe sie erst wieder am nächsten Morgen, wieder erschrickt sie und versteckt sich hinter der schützenden Schulter des Pflegers. Ihr Verband ist abgenommen, das Auge geöffnet. Ob sie wieder sehen könne, frage ich sie, und ob sie sich darüber freuen würde. „Ja“, antwortet sie sehr neutral, sehr unemotional. Eine Reaktion, von der auch Marc Wood, der Augenarzt, mir immer wieder berichtet. „Man würde denken, die Patienten würden vor Euphorie juchzen oder durch den Raum springen, wenn sie endlich wieder sehen können. Statt dessen schauen sie einen einfach nur unberührt an und klagen darüber, dass sich der Verband komisch angefühlt hat“, erzählt Marc Wood.

Der verantwortliche Mann für Augenarbeit im Gesundheitsministerium, Dr. Edward Kirumbi, schätzt, dass 75 Prozent der Grauer-Star-Patienten in Tansania gänzlich ihr Augenlicht verlieren, weil sie entweder nichts von ihrer Erkrankung ahnen oder nicht darüber aufgeklärt wurden, dass ihre langsame Erblindung heilbar ist – solange sie frühzeitig erkannt wird. Und genau dort soll die Arbeit der Organisationen wie CBM, TSB, CBR (Community Based Rehabilitation) ansetzen. Die CBR ist eine Tochter der CCBRT. Sie verfolgt erstens das Ziel, mit derzeit 20 Feldarbeitern Blinde, die nicht heilbar sind, in den Dörfern ausfindig und dann möglichst mobiler zu machen. Und zweitens wollen sie die Erblindeten finden, die heilbar sind, erklärt mir der Projekt-Koordinator, Augusto Zambaldo. Die dritte Zielgruppe bezieht sich auf die sogenannten „multiple disabled“ (mehrfachbehindert).

Dabei spielen die betroffenen Kinder die größte Rolle, sie sind die Zielgruppe der Augenärzte. „Natürlich helfen wir auch den älteren und alten Patienten“, sagt Richard Hess, Geschäftsführer des Augenhospitals in Dar-es-Salaam, „aber wenn wir bei den Kindern anfangen, bei den Babys, dann können wir es schaffen, Blindheit, die durch Grauen Star verursacht wird, auf lange Sicht vorzubeugen, zu vermeiden“. Das macht Sinn für mich. Kinder haben ihr Leben noch vor sich und berauben sich vieler Berufs- und Entwicklungschancen, wenn sie unnötig erblinden. Gewöhnlich ist Grauer Star bei älteren Menschen verbreitet, aber in Entwicklungsländern wie Tansania werden häufig schon Babys mit Grauem Star geboren. Diese angeborene Linsentrübung, der sogenannte kongenitale Graue Star, kann durch eine Infektionskrankheit der Mutter in früher Schwangerschaft entstehen, besonders durch Röteln-Virus oder aufgrund der schädigenden Wirkung von Medikamenten, die während der Schwangerschaft eingenommen wurden.

Dennoch ist der Großteil der Grauer-Star-Patienten, die während meines Aufenthaltes in Dar-es-Salaam einen Augenarzt aufsuchen, über 50 Jahre alt, erstaunlich viele sogar weit über 80 Jahre, wie Sophia Saloum. Wir, d. h. Sozialarbeiter Charles Tupa von der TSB und ich, werden bei einer unserer Fahrten durch ein Dorf auf sie aufmerksam. Sie sitzt mit ihrer Tochter und ihrer Enkelin vor der Tür ihres steinernen Hauses und starrt ins Leere. Charles Tupa kennt diesen Blick, er hat Hunderte dieser Patienten gesehen und ihnen tief in die Augen geschaut. Als er Sophia fragt, seit wann sie nichts mehr sehen könne, kann sie sich nicht erinnern. Es hätte langsam angefangen auf dem einen Auge, berichtet sie uns, dann irgendwann hätte sie auf beiden Augen immer weniger gesehen. Es scheint mir, als hätte sie sich an ihren Zustand gewöhnt, sich damit abgefunden. Das Haus verlässt sie schon lange nicht mehr, und wenn sie schlafen gehen möchte, dann stützt sie ihre Tochter oder ihre Enkelin auf dem Weg zum Bett. Sophia Saloum leidet unter Grauem Star, nur wusste sie von dieser Krankheit bis heute nichts. Ihre Linsen sind milchig, aber immer noch lichtdurchlässig wie Charles Tupa beim Beleuchten ihrer Augen zu erkennen meint. Das bedeutet, dass einige ihrer Sehnerven noch aktiv sind und sie geheilt werden kann. Der Sozialarbeiter erklärt ihr den Sachverhalt und beschreibt ihr den Weg zum CCBRT-Krankenhaus für die rettende Operation. Sophia Saloum reagiert kritisch, nicht sehr überzeugt, eher überrascht. Ihr ist anzumerken, dass ihr die Situation äußerst fremd ist, in ihrem langen Leben hat sie niemals einen Augenarzt konsultiert. Ich erinnere mich an den kulturellen Glauben der Afrikaner, von dem mir schon Cornelius Sabiyumva erzählt hatte: Die Angst vor Ärzten, die Unsicherheit vor Operationen. Sophia Saloum wird niemals im CCBRT-Krankenhaus erscheinen. Für uns aus westlichen Gefilden eine unvorstellbare Entscheidung: Wie kann jemand, der blind ist und wieder sehen könnte, ein Leben in Dunkelheit bevorzugen? Oder anders gefragt: Wie kann eine solche Patientin davon überzeugt werden, dass eine Operation ihre Lebensqualität verbessern könnte? Und kann sie das wirklich?

Wenn Geert Vanneste davon nicht überzeugt wäre, dann könnte er seinen Job an den Nagel hängen. Er ist Projektleiter der CCBRT und seit 14 Jahren in Afrika tätig. Er hat das Krankenhaus maßgeblich mitgeplant, mitaufgebaut. Er sieht es als Verpflichtung, diesen Patienten ihr Augenlicht wiederzugeben. Er ist aber auch überzeugt davon, dass eben soziale, kulturelle und organisatorische Barrieren existieren, die die Akzeptanz von Augenbehandlungen erschweren und dadurch begrenzen. Die größten Hemmnisse macht Geert Vanneste im Patienten und dessen persönlichem Umfeld fest. Und genau hier sollen die Sozialarbeiter mit ihrer Arbeit ansetzen: „Community based rehabilitation“ (Gemeinde-gestützte Rehabilitation) nennt sich das Konzept. Und dort, wo Sozialarbeiter nicht verfügbar sind, müssen Krankenhäuser und

Augenpraxen Hilfe leisten, um Betroffene wie Sophia Saloum zu überzeugen, dass sich ihr Leben mit zurückgewonnener Sehfähigkeit positiv verändern wird.

5. Nur wer den Durchblick hat, hat auch die Übersicht

30 Augenärzte für 30 Millionen Tansanier – das ist bei weitem zu wenig. „Es mangelt uns an Geld“, sagt Dr. Edward Kirumbi, der koordinierende Minister für Augenarbeit, „es mangelt an Interesse“, erzählt mir Peppy Machange hingegen. Sie arbeitet im Auftrag der CBM in Moshi, im Norden Tansanias. Die CBM und Sight Savers haben zusammen mit dem nationalen Komitee zur Blindheitsverhütung Ausbildungsprogramme für augenmedizinische Assistenten, sowie Augenkrankenschwestern und -pfleger gestartet. So koordiniert Peppy Machange, wie diese Personen grundlegende Augendienste leisten können, und wie sie Patienten, die eine Augenoperation benötigen, an einen Augenarzt oder Kataraktchirurgen vermitteln.

Da es nur sehr wenige Augenspezialisten gibt und die zum großen Teil ländliche Bevölkerung sehr weit verstreut wohnt, wird der Schwerpunkt auf die Ausbildung von paramedizinischen Kräften gesetzt, die in Gesundheitszentren in ländlichen Gebieten Augendienste anbieten sollen. Tansania hat vier Augenkliniken. Sämtliche Medizinstudenten des Landes, die sich im Augenbereich spezialisieren möchten, werden entweder am Muhimbili Krankenhaus in Dar-es-Salaam oder hier am KCMC Hospital (Kilimanjaro Christian Medical Centre), eines der besten Krankenhäuser Tansanias, ausgebildet.

Bislang sind mehr als 250 Augengesundheitshelfer ausgebildet worden: Einer pro 100.000 Einwohner. Mehrere Augenkliniken verfügen über optische Werkstätten, welche die Patienten mit günstigen Brillen versorgen. Peppy Machange hat ein Seminar organisiert mit dem Ziel, in Missions- und regionalen Krankenhäusern Stätten zur lokalen Herstellung von Augenmedikamenten einzurichten, um dadurch preisgünstige Medikamente ständig zur Verfügung zu haben.

Ich bin froh, dass ich endlich Peppy Machange in Moshi im Café gegenüber sitze. Es war eine halbe Odyssee, bis ich sie erreichen konnte. Da ich nur eine E-mail-Adresse von ihr in der Hand hatte, war ich plötzlich wieder auf die Technik angewiesen, und das ist in Tansania nicht wirklich günstig. Vor allem außerhalb Dar-es-Salaams muss man dankbar sein, ein Internet-Café zu finden. Da Moshi zu den Touristenmetropolen des Landes zählt, habe ich zwar Glück und finde gleich an meinem ersten Tag eines, aber keiner der Computer funktioniert – der Provider ist schuld. In Moshi wählen sich die Betreiber der Internet-Cafés noch über Telefon ins Netz ein. Das birgt zwei Risiken:

Erstens sind die Telefonleitungen oft überlastet und brechen gerne mal zusammen, und zweitens ist der Provider eben offensichtlich auch nicht der zuverlässigste. So warte ich also geschlagene drei Stunden in dem Café. Nachdem dann immer noch nichts funktioniert, mache ich mich auf die Suche nach der nächsten Internet-Möglichkeit. Aber natürlich sind die Cafés auf den gleichen Provider angewiesen, und so habe ich auch hier Pech. Erst am nächsten Tag kann ich Peppy Machange mein Anliegen schreiben, sie zu einem Interview treffen zu wollen. Und ein weiterer Tag vergeht, bis ich von ihr eine positive Antwort erhalte.

Vor der Hauptpost, unserem vereinbarten Treffpunkt, stehe ich dann einer Frau gegenüber, die voller Engagement und Arbeitseifer erscheint – ein wahres Energiebündel. Seit 1969 ist sie im medizinischen Bereich tätig und hat in all den Jahren nichts von ihrer Motivation eingebüßt. „Ich muss hier einmal sagen, dass die CBM tolle Arbeit für augenranke Menschen leistet, und wir alle haben es gemeinsam geschafft, ein gutes Netzwerk zwischen Augenärzten, Schwestern, mobilen Teams und Krankenhäusern in Tansania aufzubauen“.

Dennoch: „Um mehr Augenärzte zu gewinnen, müssen wir Medizinstudenten konkret für Augenarbeit motivieren. Ab Tag eins muss der Student bearbeitet und an die Möglichkeiten eines solchen Berufs herangeführt werden“. Peppy Machange erzählt mir, dass die meisten Medizinstudenten Augenarbeit aber uninteressant fänden, zu speziell, zu einseitig. Die Mehrheit träume von einer Karriere als Chirurg. Im Gesundheitsministerium erklärt mir Dr. Edward Kirumbi zudem, dass die Abschlussexamen im Bereich Augenarbeit an der Universität sehr schwer seien. „Außerdem ist das Gehalt von Augenärzten in Tansania gering, deshalb ist dieser Berufszweig für Mediziner unattraktiv“. Training und Ausbildung empfindet auch er als wichtigsten Aspekt, um mehr Arbeitskräfte in diesem Bereich zu gewinnen: „Wir benötigen finanzielle Hilfe, am besten einen Fonds für die Ausbildung“.

Solange es den nicht gibt, ist auch Peppy Machange nur vorsichtig optimistisch, was die Akquisition an der Universität betrifft. So versucht sie sich mehr und mehr auf die Ausbildung von Assistenzärzten zu konzentrieren. „Schwestern und Pfleger können fast genauso wichtig sein wie Augenärzte, denn bis auf das Operieren können sie eigentlich alles leisten, von der Untersuchung bis hin zur Injektion“. Das Interesse für diese berufliche Ausbildung versucht sie durch Radiowerbung oder Zeitungsannoncen zu wecken. „Langsam aber sicher zeigt die Werbung Wirkung. Wir bekommen mehr Zulauf, die Leute kennen mich und unsere Arbeit mittlerweile – aber es geht langsam voran. Ich bin trotzdem sehr zuversichtlich, dass wir immer mehr junge Leute für diesen Job motivieren können“.

6. Auge in Auge mit der Gesundheitspolitik Tansanias

„Zu Zeiten der sozialistischen Regierung in Tansania war die Gesundheitsvorsorge kostenlos. Das Modell ist gescheitert. Die Regierung hat mit Unterstützung der internationalen Geberschaft Anfang der 90er Jahre eine umfassende Reform des Gesundheitssektors eingeleitet, die durch eine Dezentralisierung des Gesundheitswesens, stärkere Einbeziehung der nichtstaatlichen Anbieter, Einführung von Gebührensystemen und wirksameren Managementmethoden eine effizientere Gesundheitsversorgung erreichen soll. In den großen Krankenhäusern in den Städten, die für viele allerdings unerreichbar und unbezahlbar sind, sind jetzt also Gebühren üblich. Die Einnahmen dürfen in eigener Regie direkt für die Krankenstationen und die Ausstattung der Häuser verwendet werden. (...) Neue Verwaltungsstrukturen alleine schaffen jedoch noch keinen besseren Gesundheitsdienst. Ein neues Finanzverwaltungssystem, eine straffere Personal- und eine verbesserte Buchführung sollen künftig eine korrekte Mittelverwendung sicherstellen.“ (Michael Ruffert, *Die Distrikt-Therapie*, akzente 1/99, S. 24)

Der Anteil des Gesundheitssektors am Haushalt, der 1992 schon mal auf vier Prozent gesunken war, ist 2000 immerhin auf 12 Prozent gestiegen. „Das macht umgerechnet pro Person im Jahr 9 US-Dollar für die Gesundheitsversorgung, was immer noch zu wenig ist“, fügt Dr. Edward Kirumbi an, „aber im Moment haben wir keine Möglichkeit, diesen Betrag zu erhöhen. Dazu fehlen uns die Mittel.“ Trotzdem steht das Land im afrikanischen Vergleich mit seiner Zahl an Gesundheitsdiensten noch gut da. Dr. Kirumbi erhofft sich einen Fonds, der beispielsweise von den finanziell sehr wichtigen nichtstaatlichen Organisationen (NGO's) eingerichtet werden könnte. Seit der Gesundheitsreform und dem damit verbundenen Gebührensystem für den Patienten sind es vor allem die NGO's (z. B. Kirchenverbände) und die privaten Institutionen, welche die Ausgaben des Staates im Gesundheitssystem kompensieren. Private Krankenhäuser wie das CCBRT fangen viele der Patienten auf und verlangen zwar Geld für die Behandlung, finanzieren damit aber auch wiederum kostenfreie Behandlungen für arme und nicht zahlungsfähige Patienten – das nennt sich „costsharing“. „Hilfe bekommt also jeder, wir haben keine 2-Klassen-Behandlung“, sagt Richard Hess, der Geschäftsführer des CCBRT-Krankenhauses. Was hat die Reform solchen privaten Institutionen im Gegenzug gebracht? „Die Gesundheitsreform gilt ja nur für die Regierungshospitäler, und das CCBRT-Hospital ist privat. Was die Gesundheitsreform gebracht hat, ist das größere Verständnis für unseren Kostenplan.“

„Aus staatlicher Sicht ist der Nachteil aber, den eine solche Reform unweigerlich mit sich bringt, dass die Armen einmal mehr die Opfer sind“, findet Dr.

Kirumbi wiederum. Denn grundsätzlich müssen unterprivilegierte Patienten einen Beweis für ihre Zahlungsunfähigkeit erbringen. „Und dieser Nachweis ist schwer zu erbringen“, bestätigt mir auch Dr. Helmut Görden, Arzt für öffentliches Gesundheitswesen bei der GTZ (Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit). Die Überprüfung des Lebensstandards ist auch ein Problem, mit dem Richard Hess am CCBRT-Hospital täglich konfrontiert ist. Er erklärt mir ein Beispiel: „Wenn ein Patient uns sagt, er könne nicht zahlen, dann aber von einem dicken Auto abgeholt wird oder eine goldene Uhr trägt, dann weisen wir ihn schon darauf hin, dass er bezahlen muss, aber da schalten sich dann auch die anderen Patienten ein und beschweren sich.“

Damit dieses System klarer strukturiert wird, soll ein Konzept erarbeitet werden, an dem auch die GTZ mitarbeitet. „Natürlich muss es Ausnahmen geben für besonders Benachteiligte. Aber der Gesundheitssektor kann nicht die wirtschaftlichen Probleme des Landes ausgleichen, eigentlich sollte die Gemeinde für die Behandlung armer Menschen aufkommen.“ Seit viereinhalb Jahren arbeitet Dr. Helmut Görden im Auftrag der GTZ an einem umfassenden, tansanischen Gesundheitssystem auf Distriktebene. Dabei spielen vor allem angepasste Gebührensysteme eine große Rolle: „Man kennt ja die ganz einfachen, wo man dem Doktor in die Hand bezahlt, bis hin zu Versicherungssystemen, wie sie in Europa üblich sind. Dazwischen gibt es natürlich eine Menge Zwischenformen, Vorauszahlungsformen. Und da sind wir gerade mittendrin, auszuprobieren, was in Tansania geht und was nicht.“

Aber es gibt noch etliche Probleme zu bewältigen. Dr. Helmut Görden kritisiert vor allem die mangelhafte Qualität innerhalb der Gesundheitsversorgung. Das fängt bei der Hygiene in den Behandlungszimmern an und hört bei der schlechten Arbeitsmoral der Angestellten auf. „Die Tansanier sind das Hauptproblem. An der Entwicklung ihrer persönlichen „Settings“ oder des der Gemeinde oder der Gesellschaft sind sie oft nicht interessiert, oder das kommt nur unter ferner liefen. Wir leiden unter dem Mangel an „Human Resource Capacity.“

Um diese Bereiche zu verbessern, schlägt Dr. Helmut Görden eine fachliche Betreuung vor. Aber das ist nur ein Aspekt. Total Quality Management ist das Stichwort, das Dr. Görden immer wieder erwähnt. Die Bewertung der Dienste, wie z.B. die Prämierung des besten Gesundheitsdienstes im Distrikt, ist der Vorschlag der GTZ-Projektmitarbeiter. Langfristig lässt sich die Qualität in Krankenhäusern nur durch eine verstärkte Mitarbeitermotivation verbessern, und die kann zum Beispiel durch Leistungsanreize wie Lob oder Belohnung wachsen. „Aber auch durch Druck und Konkurrenz entsteht bessere Qualität.“ Das kann Richard Hess nur unterstützen. Auch er sieht viele der Probleme im Personal. Es ist schlecht ausgebildet, und häufig stellen auch die kulturellen Unterschiede zwischen Weißen und Schwarzen eine Barriere in der Zusammenarbeit

dar. „Die Leute sind unwahrscheinlich nett und freundlich, und man kann unglaublich viel Spaß mit ihnen beim Arbeiten haben. Aber sie sind nicht bereit, einem zu sagen: „Ich kann das nicht“ oder „Das ist nicht in meinem Sinne“. Sie würden statt dessen dann eher „Ja“ sagen oder „Das ist gemacht“ – und dann merkt man eben, dass es nicht gemacht ist.“

Aber Richard Hess versucht als Manager die Verbindung herzustellen, zwischen afrikanischer Kultur und europäischer Denkweise. Er will Einheimische zu Ophthalmologen (Augenärzte) ausbilden lassen und nicht weiße Ärzte nach Tansania holen. Um das zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass die Hilfsorganisationen in ständigem Dialog untereinander und mit den verantwortlichen Behörden stehen, damit die vorhandenen Mittel bestmöglich genutzt werden.

Im Zusammenhang mit der Distrikttherapie bietet die Muhimbili Universitätsklinik in Kooperation mit der Uniklinik Heidelberg und der GTZ ein MPH Programm an – „Master of Public Health“. Hier werden seit 1999 Studenten ein Jahr lang zu Gesundheitsmanagern ausgebildet, um Konzepte und Programme im Gesundheitswesen zu erarbeiten und damit den Aufbau einer kontinuierlichen Gesundheitsarbeit zu fördern. Auch für diesen Studiengang wird in Zeitungen geworben. Als ich mir eine der wöchentlichen Ausgaben des „The East African“ kaufe, sticht mir auf Seite vier eine fast ganzseitige Anzeige ins Auge.

Die Reform hat tatsächlich im tansanischen Gesundheitswesen einen Stein ins Rollen gebracht. Seitdem scheinen sich von allen Seiten Behörden, Institutionen, Ärzte und Krankenhäuser mit neuen Ideen um eine bessere Versorgung zu bemühen. Der Wille ist da, nur in manchen Bereichen mangelt es eben noch an der schnellen Umsetzung.

7. Ein neues Leben vor Augen

„Jambo, Habari?“ begrüßt mich Frau Lyimo, die Mutter des 15-jährigen Bahati, auf dem Sandboden vor ihrem kleinen steinernen Haus. „Nzuri sana – es geht mir gut“, antworte ich. „Karibu“ sagt sie, während sie uns in den dunklen Flur bittet. „Asante sana“ – herzlichen Dank. Es sind die typischen Begrüßungsfloskeln in Tansania, aber gleichzeitig so freundlich gemeint wie sie klingen. Wir sitzen im Schlafzimmer der Familie – es dient auch als Aufenthalts- bzw. Wohnzimmer. Zwei große Doppelbetten, ein Schrank, eine kleine abgessene Couch und das alles auf 12 Quadratmeter, ziemlich klein für eine fünfköpfige Familie. Bahati ist der einzige Sohn von Frau Lyimo und das älteste ihrer vier Kinder. Er ist auch der einzige in der Familie, der Augenprobleme hat.

Hery, der Sozialarbeiter der TSB und ich, lernen Bahati in seiner Schule kennen. Er besucht die Kawawa Primary School in Dar-es-Salaam. Seinen Lehrern ist er durch seine Sehschwäche aufgefallen, erzählt er uns. Erst hätten sie ihn in die erste Reihe gesetzt, später dann hätten sie ihm eine Brille verpasst. Die Brille ist viel zu klein für den Jungen, die Bügel reichen kaum hinter seine Ohren und die Gläser scheinen viel zu dick und schwer zu sein. Hery schaut sich Bahatis Augen an und stellt fest, dass der Junge auf einem Auge Grauen Star hat. Auf diesem Auge, sagt Bahati, könne er schon länger nichts mehr sehen. Als Hery ihn fragt, ob er schon von der heilenden Operation gehört hätte, die das CCBRT Krankenhaus durchführt, bejaht er, aber seine Eltern würden ihm die Operation wegen der Kosten nicht gestatten. Ein typischer Fall, wie Hery ihn fast jeden Tag an den Schulen, denen er einen Besuch abstattet, erlebt. Und es sind die Barrieren, von denen mir auch schon Geert Vanneste zu berichten wusste: Mangelnde Aufklärung und Angst vor den Kosten einer Behandlung. So vereinbaren wir einen Gesprächstermin bei Bahatis Mutter, sein Vater lebt nicht mehr. Hery will Frau Lyimo davon überzeugen, dass der Sohn eine Operation nötig hat, und dass im Notfall auch die Klinik die Kosten übernehmen werde. Gesagt, getan, und so sitzen wir am nächsten Tag im besagten Schlafzimmer der Familie.

Frau Lyimo berichtet uns, dass ihr Sohn schon seit mehr als 11 Jahren Probleme mit den Augen hat, und dass er deswegen auch schon einmal am Muhimibili Hospital operiert worden sei. Eine Tatsache, die uns Bahati bislang verschwiegen hatte. Seit diesem Eingriff hätte der Junge Angst vor Augenärzten und Operationen, abgesehen davon, dass seine Sehfähigkeit sich kurz nach der Behandlung wieder verschlechtert habe. Sie aber, die Mutter, würde ihren Sohn sehr gerne operieren lassen, und sie hätte auch schon eines dieser Flugblätter des CCBRT Krankenhauses von Bahati nach Hause mitgebracht bekommen, aber bislang hätte sie die Kosten gescheut. So hat der 15-jährige uns zwar nicht ganz die Wahrheit gesagt, aber doch auch nicht wirklich gelogen. Hery bietet Frau Lyimo an, ihren Sohn kostenfrei behandeln zu lassen, vorausgesetzt, sie kann einen Nachweis über ihre Zahlungsunfähigkeit erbringen. Schon am Donnerstag in der darauffolgenden Woche soll der Operationstermin stattfinden. Ein Erfolg für alle Seiten, vor allem für Bahati, selbst wenn der es noch nicht ganz glauben möchte.

8. Die schwarzen Schafe unter den Afrikanern: Albinos

Sie ist weiß, weißer als ich es bin und sitzt inmitten einer Klasse von 60 schwarzen Schulkindern. Ihr Gesicht ist eingehüllt in ein Kopftuch und zeigt keine Regung als ich den Raum betrete. Sie wird mir von der Schullektorin präsentiert als eines der Mädchen aus dem Integrationsprogramm für Sehbehinderte, aber es ist nicht ihre Sehschwäche, die mir auffällt, es ist ihre Hautfarbe. Das Mädchen ist ein Albino. Sie ist eine von 170.000 Albinos in Tansania.

Albinos gibt es bei allen Rassen gleichermaßen, aber in Afrika fallen sie einem eher ins Auge. Albinismus ist eine genetische Krankheit, charakterisiert durch den Mangel an Melanin, einem Pigment, das der Haut, den Haaren und den Augen ihre Färbung verleiht. Das Albinismus-Gen ist rezessiv. Nur wenn beide Elternteile ein solches Gen in sich tragen, ist die Wahrscheinlichkeit eines Albino-Kindes gegeben, aber auch dann beträgt die Chance nur 1:4. Diese Art der Vererbung nennt sich autosomal rezessiver Vererbungsgang.

Albinos haben allesamt Augenprobleme, da die Netzhaut, die das Licht im Auge auffängt, sich vor der Geburt und in der Kindheit nicht normal entwickelt. Die Nervensignale, die von der Netzhaut in das Gehirn gesendet werden, folgen nicht mehr den gewöhnlichen Nervenbahnen. Und im Bereich der Iris, der Regenbogenhaut, können aufgrund des fehlenden Pigments, Lichtstrahlen nicht mehr absorbiert werden.

Alle Betroffenen leiden demnach an Photophobie (extremer Lichtempfindlichkeit), anormaler Nystagmus (unwillkürliche Augenbewegungen) und in aller Regel an Schielen und Myopie (Kurzsichtigkeit). Fast immer sind getönte oder dunkel gefärbte Brillen vonnöten, doch die Sehschwäche können sie meist nicht korrigieren. Albinos sind sehr empfindlich bei Helligkeit, halten sich aber gleichzeitig ungern im Dunkeln auf. Schon im frühen Alter sollte sorgfältige fachärztliche Behandlung erfolgen.

Die schwerste Komplikation beim Albinismus rührt vom Mangel an Melanin her, das die Haut normalerweise vor dem schädlichen Anteil des Sonnenlichts schützt. Die Haut kann nicht bräunen, altert vorzeitig und ist anfällig gegen Hautkrebs an den Stellen, die dem Sonnenlicht ausgesetzt sind. Vermeiden können sie Hautkrebs nur, indem sie sich an strenge Regeln halten: Vor allem in der starken Sonne Tansanias sollten Albinos es vermeiden, zwischen 9 und 16 Uhr das Haus zu verlassen. Tun sie dies doch, dann nur in langer Kleidung, mit Kopfbedeckung und entsprechendem Sonnenschutz, ab Faktor 20. Die meisten aber sind über diese Bedingungen nicht aufgeklärt und riskieren damit gesundheitliche Schäden.

Mental mindestens ebenso strapazierend für die Albinos ist ihre soziale Isolation. Bis heute sind viele Tansanier der Überzeugung, dass ein Albino ein Produkt einer sexuellen Beziehung zwischen einer Schwarzen und einem wei-

ßen Mann ist. So gelten Albinos als Fluch oder personifizierte Sünde, und es kommt nicht selten vor, dass ein schwarzer Ehemann sich nicht als biologischer Vater begreifen kann, sondern sich hintergangen fühlt und seine Frau samt Albino-Kind verlässt.

Albinos sind gesellschaftliche Außenseiter, die schnell lernen müssen, dass sie nur durch Leistung und Fleiß von ihrem Umfeld akzeptiert werden. Dieses Mädchen in der dritten Klasse ist auf dem besten Wege. Sie hat sich durchgesetzt und durch gute Noten den Respekt ihrer Mitschüler gewonnen, auch dank der Unterstützung der Sozialarbeiter der TSB, die sie dreimal wöchentlich betreuen. Zu Beginn saß sie noch alleine in der ersten Reihe, erzählt mir die Schullektorin, jetzt sitzen links und rechts von ihr ihre zwei besten Freundinnen, und die sind beide schwarz – so wie sie eigentlich auch, sagt sie.

All diese Erlebnisse mit sehbehinderten Kindern oder Erwachsenen sind für mich der Beweis sinnvoller Augenarbeit in Tansania. Es gibt meiner Meinung nach viele Ideen, viele gute Ansätze, die aufgrund einer guten Vernetzung der Institutionen schnell realisierbar sind. Nur durch die Kooperation der einzelnen Instanzen ist es überhaupt möglich, Augenkranke ausfindig zu machen und ihnen zu helfen. Die augenmedizinische Situation in Tansania, wie ich sie kennengelernt habe, umfasst folgende vier Bereiche:

- a) *Behandlung von heilbar Erblindeten (z.B. Grauer Star);*
- b) *Behandlung von Personen mit Augenkrankheiten (z.B. Trachom, Glaukom);*
- c) *Verhütung von Augenkrankheiten und Erblindung durch Aufklärung;*
- d) *Angemessene Bildungs- und Rehabilitationsprogramme für unheilbar Erblindete.*

Die Angebote im Augenbereich sind also da, jetzt ist es an den Betroffenen, sie zu akzeptieren und zu nutzen, und das wird seine Zeit brauchen.

Am 18. Februar 1999 wurde in Genf eine weltweite Kampagne zwischen Weltgesundheitsorganisation, dem Internationalen Verband zur Verhütung von Blindheit und anderen zahlreichen Hilfswerken und Organisationen eröffnet, um Geld für den Bau von Augenkliniken und eine bessere Medizinausbildung zu sammeln: VISION 2020 – Das Recht auf Augenlicht. Erstmals in der Geschichte des Gesundheitswesens gibt es damit ein weltweites Aktionsprogramm zur Eliminierung vermeidbarer Blindheit bis zum Jahr 2020. Ziel: Die Zahl der Blinden soll in den nächsten 20 Jahren von derzeit 45 auf 25 Millionen Menschen reduziert werden.

9. Asante Sana – Herzlichen Dank

Mein besonderer Dank für diese sechs interessanten, herausfordernden, lehrreichen, motivierenden und einfach wunderbaren Wochen gilt zu allererst der Heinz-Kühn-Stiftung. Durch ihr Angebot an Arbeits-Stipendien bin ich eigentlich erst auf die Idee gekommen, journalistisch in einem Entwicklungsland tätig zu werden. Meine Reise nach Tansania hat mir genau die neuen Impulse gegeben, die ich mir von einem solchen spannenden Abenteuer erhofft hatte. Jetzt hat mich auch beruflich das Reisefieber gepackt ...

Ein herzliches Dankeschön an die Mitarbeiter der Christoffel-Blindenmission in Bensheim und in Dar-es-Salaam. Ohne die Betreuung der CBM wäre mein Projekt womöglich immer wieder ins Stocken geraten.

Für die wunderbare Unterstützung in Tansania und die überwältigende Gastfreundschaft möchte ich mich vor allem aber bei Richard Hess, Geschäftsführer des Augenhospitals, bedanken. Rund um die Uhr stand er mir zu meinem Recherche-Thema mit Rat und Tat zur Seite, hat mir interessante Kontakte ermöglicht und fuhr mich, wenn nötig, sogar zu meinen Interview-Terminen. Danke auch an seine Frau Helga und seiner Tochter Ghennet, die mir während meiner Zeit dort (und auch heute noch) das Gefühl vermittelten, eine Familie in Dar-es-Salaam zu haben. „Asante sana“ außerdem an Geert Vanneste, Projektleiter CCBRT. Dank seiner blitzschnellen Organisationsfähigkeit und seiner Großzügigkeit kam ich fast durchgehend in den Genuss eines eigenen Arbeitszimmers inklusive eines Computers mit Internet-Anschluss. So konnte ich einen Teil dieses Berichtes bereits an meinen letzten Abenden in Dar-es-Salaam zu Papier bringen.

Cornelius, Immanuel und Joseph, Joshua und Safi möchte ich dafür danken, dass sie nicht müde wurden, mir die Besonderheiten des Landes, die „cultural beliefs“, die Essgewohnheiten oder die Einstellung gegenüber Frauen immer wieder näherzubringen. Durch ihre Offenheit und Sympathie haben sie Tansania für mich zu einem unvergesslichen Erlebnis gemacht.