



## Interview mit Saidi M. Egwaga über den Kampf gegen die Tuberkulose in Tansania

Dr. Egwaga, was erwartet das tansanische «Tuberkulose und Lepra-Programm», das Sie leiten, von der Tuberkulose-Kampagne, die Sie jetzt lanciert haben?

Wir verfolgen drei Ziele: Das Wichtigste ist, dass die Leute lernen, die Symptome der Tuberkulose zu erkennen, damit sie sich so früh wie möglich untersuchen und im Krankheitsfall behandeln lassen. Indem sie den Menschen beibringt, dass Diagnose und Therapie kostenlos sind und deshalb kein Grund besteht, darauf zu verzichten, soll die Kampagne die Zahl der behandelten TB-Fälle erhöhen.

**Können Sie das in Zahlen ausdrücken? Derzeit wird in Tansania nur etwa jeder zweite Tuberkulose-Fall entdeckt; die WHO erwartete für 2005 70 Prozent.**

Das ist in der Tat ein grosses Problem. Trotzdem können wir nicht abschätzen, wie sich die neue Kampagne auswirkt. Wir wären froh, wenn wir 20 Prozent Zuwachs erreichen könnten. Das brächte uns immerhin in die Nähe des vorgegebenen Ziels.

**Das würde die Lage aber erst in drei Distrikten verbessern.**

Ja. Dort sammeln wir Erfahrungen und beobachten die Wirkung der Sozialmarketing-Methoden. Falls wir erfolgreich sind, wollen wir die Kampagne so weit ausdehnen, wie es unsere finanziellen und personellen Mittel erlauben.

**Was ist der Grund, dass so viele Tuberkulose-Fälle unentdeckt und unbehandelt bleiben?**

Es gibt nicht nur einen Grund, sondern ein ganzes Bündel von Ursachen. Oft übersieht das medizinische Personal die Anzeichen der Krankheit. Es denkt nicht an Tuberkulose. Wir wissen, dass es manchmal bis zu fünf Konsultationen braucht, bevor die richtige Diagnose gestellt wird. Wir müssen also Ärzte, Medizinalassistenten und Pflegerinnen sensibilisieren. Ein zweiter Punkt ist die fehlende Diagnosekapazität. An den meisten Orten ist nur die mikroskopische Untersuchung von Sputum-Abstrichen möglich. Damit werden nur etwa 60 Prozent der Fälle erfasst. Und als Drittes kommt die HIV-Pandemie dazu: Die Immunschwäche verändert die Symptomatik der TB. Die Patienten

husten zum Beispiel nicht; es gibt keinen Auswurf, der untersucht werden könnte.

**Wie stellt sich die Sache von Seiten der Patienten dar?**

Da sehen wir grosse Wissenslücken. Die Leute kennen die TB-Symptome zu wenig. Wenn sie nachts Schweissausbrüche haben oder husten, gehen sie nicht in eine Klinik, sondern, wie gewohnt, zuerst zum traditionellen Heiler, wo sie dann leider oft auch bleiben – bis es zu spät ist.

**Oft ist zu hören, die Kranken gingen zum Heiler, weil sie die rüde Behandlung in den staatlichen Kliniken fürchteten.**

Auf diesem Gebiet haben wir zweifellos Nachholbedarf. Wir müssen unseren Leuten beibringen, die Patienten immer ernst zu nehmen. Bei vielen geht das nicht ohne grundsätzliche Einstellungsänderung – nicht nur aus menschlichen, sondern auch aus medizinischen Gründen! Die Tuberkulose-Behandlung verlangt sehr viel von den Patienten. Sie müssen verstehen, dass sie sechs Monate lang durchhalten müssen – auch wenn sie nach zwei Wochen finden, es gehe ihnen schon wieder gut. Das funktioniert nicht, wenn zwischen den Behandelnden und den Patienten kein Vertrauensverhältnis besteht.

**Früher galt Tansanias Tuberkulose-Programm weltweit als vorbildlich. HIV/Aids, so scheint es, hat alle Erfolge zunichte gemacht. Es erstaunt deshalb, dass das Engagement gegen die sogenannten Zwillingen-Krankheiten nicht besser koordiniert wird.**

Ich muss einräumen, dass der Kampf gegen Aids und gegen TB lange unkoordiniert erfolgte. Inzwischen ist aber allen klar, dass eine enge Zusammenarbeit nötig ist. Denn wir haben in demselben Patienten gleichzeitig zwei Krankheiten zu behandeln. Die Koordination kommt gut voran.

**Inwiefern?**

Zum Beispiel, indem die Tuberkulose-Patienten über den Zusammenhang der beiden Krankheiten aufgeklärt werden und man ihnen einen Aids-Test anbietet.

**Am gleichen Ort?**

Ja, am gleichen Ort. Bei den meisten kommt das Angebot sehr gut an. Ist der Befund positiv, bleiben die Kranken während sechs Monaten in der Obhut der TB-Klinik, bevor sie zu den Aids-Spezialisten wechseln. Dieses Vorgehen wirkt sich auch auf unsere Dokumentation aus. In den Krankengeschichten wird der Status beider Krankheiten auf demselben Erfassungsblatt festgehalten.

**Wie weit ist die Umstellung bereits fortgeschritten?**

Das funktioniert jetzt in zwei Distrikten, in 20 weiteren ist die Einführung im Gang.

**Warum geht es nicht schneller?**

Leider braucht eine solche Umstellung Geduld. Vor allem müssen wir das Personal gründlich vorbereiten. Wir müssen aber auch die Infrastruktur der Polikliniken, die sich bisher nie besonders um Vertraulichkeit kümmern mussten, an die diskrete Betreuung von HIV-Infizierten und Aids-Patienten anpassen. Es braucht Beratungszimmer, Räume für HIV-Tests und für die sichere Lagerung von Medikamenten.

**Funktioniert die Zusammenarbeit auch in der umgekehrten Richtung? Werden in HIV-Kliniken auch TB-Tests gemacht?**

Ja, das ist wegen der Ansteckungsgefahr enorm wichtig. Wir müssen unbedingt verhindern, dass HIV-Patienten mit ihrem geschwächten Immunsystem mit Tuberkulose infiziert werden. Wer Tuberkulose hat, wird in eine TB-Klinik verlegt.

**Könnte eine Behandlung nicht auch in der Umgebung des Patienten erfolgen, zu Hause, unterstützt vom lokalen Gesundheitsnetz?**

Das ist das Ziel, ganz klar. Aber all dies braucht Zeit. Gerade sind wir dabei, eine nationale TB/HIV-Politik zu formulieren. Bis Mitte Jahr, hoffe ich, verfügen wir über ein Grundlagenpapier, das landesweit für alle, die mit HIV/Aids- und Tuberkulose-Patienten zu tun haben, verbindlich ist – für die Regierung ebenso wie für öffentliche sowie private Institutionen und für Einzelpersonen.

**Ist vorgesehen, die Datenbanken über Tuberkulose- und HIV/Aids-Patienten zusammenzuführen?**

Auch daran wird gearbeitet. Wir unternehmen alles, um die Zahl der unentdeckten TB-Infektionen zu reduzieren und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

**Reden wir noch über Geld: Alle diese Programme, nicht zuletzt flächendeckende Informationskampagnen, Personalausbildung, Umbau von Krankenhäusern und Laboratorien kosten viel Geld. Ihr Programm, das sich mit dem Kampf gegen Tuberkulose und Lepra befasst, ist, wie auch das HIV/Aids-Programm, bis zu 80 Prozent von externen Geldgebern abhängig.**

Das stimmt leider. Geld ist unser grösstes Problem. Und es ist unbestritten, dass wir auf Hilfe angewiesen sind. Andererseits ist der Regierung anzurechnen, dass sie die Betriebs- und Personalkosten für unser Programm samt Diagnose und Behandlung der Tuberkulose finanziert. Als ich vor zehn Jahren im NTLP zu arbeiten begann, standen uns pro Jahr 7000 Dollar aus der Staatskasse zur Verfügung. Jetzt sind es immerhin zwei Millionen. Leider ist das nicht genug. Aber man darf nicht übersehen, dass weitere Gesundheitsprobleme existieren: Malaria und Aids, zum Beispiel. Die sind noch grössere Killer als die Tuberkulose.

**Gleichwohl: Die Abhängigkeit von Sponsoren, die immer auch ihre eigenen Interessen pflegen, muss auf die Dauer nur schwer zu ertragen sein.**

Das will ich gar nicht bestreiten. Im Moment kommen wir aber ohne sie nicht aus. Die Beiträge internationaler Organisationen, von Hilfswerken und NGOs verschaffen uns Verschnaufpausen. Die zunächst auf fünf Jahre angelegte Spende modernster Tuberkulose-Medikamente von Novartis, ermöglicht uns zum Beispiel, die Behandlung von mehreren Hunderttausend Patienten zu sichern und sie wählen zu lassen, wo sie sich behandeln lassen wollen. Dafür sind wir dankbar.

**In der internationalen Entwicklungspolitik ist die projektbezogene Unterstützung allerdings ein Auslaufmodell. Unter dem Titel «Selbstverantwortliche Regierungsführung» stellen viele Geber auf Budgethilfe um. Die Politiker sollen selbst entscheiden, wie sie ihre Mittel einsetzen.**

Das ist auch bei uns so. Wir haben deshalb begonnen, den gesamten Aufwand für die Tuberkulose-Bekämpfung zusammen zu zählen. Im Hinblick auf die Erstellung des mittelfristigen Finanzplans wollen wir der Regierung unseren Bedarf umfassend dokumentieren können. Ich habe keinen Zweifel, dass sie ihr bisher bewiesenes Engagement auch in Zukunft fortsetzen wird.

*Interview: Jürg Bürgi*

*Bild © Jürg Bürgi, Journalist BR, 4125 Riehen*

Saidi M. Egwaga, 54, ist Chef des tansanischen Tuberkulose- und Lepra-Programms. Der Mediziner machte nach seiner Ausbildung zum Spezialisten für Sozial- und Präventivmedizin (Public Health) im öffentlichen Gesundheitswesen Karriere. Er war zuerst Amtsarzt in einem Distrikt, leitete dann ein regionales Aids-Programm, bevor er zum Regional-Koordinator aufstieg. Ende der achtziger Jahre ging er auf die Uni zurück und promovierte mit einem Pionierprojekt über die integrierte Behandlung von Kinderkrankheiten (Integrated Management of Childhood Illness, IMCI) in Epidemiologie.