

Zomba aktuell

Mai 2004

Ein paar Gedanken zu Jena, zu Entwicklungshilfe und zu Zomba

von Peter Hellmold, März 2004

In Jena bin ich noch niemals gewesen in meinem Leben und in Zomba habe ich drei Jahre meines Lebens verbracht und dennoch erscheint mir Jena und vor allem nicht wenige Menschen dort so vertraut, dass ich mich immer wieder und jedes Mal gern an sie erinnere. Wie übrigens auch an viele Menschen in Zomba. Für mich gehören beide Erinnerungen zusammen, denn mein Engagement als Arzt für die Menschen in Zomba wäre ohne die Hilfe aus Jena so nicht möglich gewesen oder hätte zumindest sehr viel anders und nüchterner ausgesehen: Jena war stets ein wesentliches und belebendes Element meiner ärztlichen Tätigkeit am „Zomba Central“: viele der Aktivitäten wie Aus-/Weiter- und Fortbildung der malawischen klinischen Mitarbeiter, Infrastrukturverbesserungsmassnahmen, Akquirierung von medizinischem Gerät und Materialbeschaffung, Aushilfe mit Medikamenten und interkultureller Austausch stehen synonym für Jena.

JEZOHA gewinnt sein intrinsisches Profil, wenn man bedenkt, dass man auf Seiten der „policy maker“ deutscher staatlicher Entwicklungszusammenarbeit von Tätigkeit auf der sog. Implementierungsebene grundsätzlich nicht mehr viel hält. Das heisst, mit Menschen in Entwicklungsländern vor Ort konkret zusammenzuarbeiten, das ist für diese Leute Schnee von gestern. Vor wenigen Tagen habe ich mit dem Leiter eines Länderbüros eines grossen deutschen staatlichen Entwicklungsdienstes gesprochen, der, nachdem er nicht der erste war, der mir den stereotypen Satz vorbetete: „Da haben wir doch schon dreissig Jahre lang Ärzte hingeschickt und es hat nichts gebracht!“, auf seine Konsequenz aus diesem Satz hinwies: nämlich praktisch alle auslaufenden klinisch – ärztlichen Stellen in seinem Verantwortungsbereich nicht neu zu besetzen. Ausnahmslos hätten sich die deutschen Ärzte seines Dienstes in ihren Abschlussgesprächen über die „Unzuverlässigkeit der Afrikaner; ihre Trägheit, die Lückenbüsserfunktion, die ihnen, den deutschen Ärzten, damit zukam etc.“ beklagt.

Meine Erfahrung in 10 Jahren Afrika ist eine andere: die engeren afrikanischen Mitarbeiter nehmen bis in Nuancen das Verhalten ihrer z.B. unmittelbaren europäischen Vorgesetzten wahr und oft passen sie ihr eigenes Verhalten an. Würde ein afrikanischer Mitarbeiter beispielsweise in gleicher Weise über seine Dienst- und Freizeit disponieren, wie es jeder Europäer für sich als selbstverständlich in Anspruch nimmt, so wäre er „faul“.

Besagter Landesbüroleiter hat nun - wie andere Erfahrene schon zuvor -, erkannt, dass, soweit es „den deutschen Beitrag“ angeht, im Grunde nur Stellen mit beratendem Charakter im administrativen/ Management-Bereich entwicklungsrelevant sind. Er fühlt sich dabei bestätigt durch ein „positives feed back“ der Afrikaner. Afrikaner sind natürlich unglaublich viel bessere Diplomaten als z.B. alles, was ich an deutschen Vertretern im Ausland bis jetzt kennengelernt habe, und wissen selbstverständlich sehr genau, was die deutsche Seite hören möchte und wie man Entwicklungshilfegeldfluss in Gang setzt und unterhält.

Tatsächlich aber ist allein die sozioökonomische Kluft zwischen Administratoren der Entwicklungshilfe, sog. Entwicklungsexperten, Regierungsberatern aller Ebenen und Consultants (inklusive der einheimischen Eliten, die wir uns geschaffen haben) und den Menschen im Lande, den eigentlichen Zielgruppen, derart grotesk, dass eine gemeinsame Ebene in dem Sinne, dass die eine Seite die andere wirklich versteht, schon von daher verbaut ist. So stellt sich denn auch der praktische Niederschlag von Beratung im Entwicklungs-

zusammenarbeitskontext im wesentlichen in Form von sich stapelnden Papieren dar (so ersparen wir uns wenigstens weitgehend den Umgang mit Menschen).

Die Administratoren, die in allen relevanten gesellschaftlichen Feldern das Primat richtungweisender Entscheidungen haben, würden den gesamten Entwicklungshilfebereich am liebsten auf budget support reduzieren (= die Bundesregierung überweist dem Finanzministerium des entsprechenden Entwicklungslandes einen definierten Geldbetrag): Zusammenstreichen der gesamten personellen Entwicklungszusammenarbeit, mit Ausnahme der Infragestellung der eigenen administrativen Posten natürlich. Das inzwischen ungefähr Schlimmste, was man in diesen Kreisen sagen kann, ist, dass man als Arzt in einem Entwicklungsland klinisch tätig ist oder das allerschlimmste: gar operiere. Dass die grauen Herren mit Aktenkoffer und in Schlips und Kragen nicht die Kompetenz haben zu beurteilen, welchen potentiell wertvollen praktisch – anschaulichen Ausbildungswert bedside –teaching und Operationsdemonstrationen im Vergleich zum hundertundsovielten ermüdenden Workshop haben, das interessiert sie wenig: sind sie es doch, die die Ressourcen zuweisen.

Dabei will ich in keiner Weise bestreiten, dass administrative und Management-Strukturen in Afrika in vergleichbarer Weise Effektivität und Effizienz entbehren mögen wie – sagen wir – z.B. deutsche Arbeitsämter. Aber auch für den klinischen Bereich kann ich sagen: es gibt rein nominell inzwischen fast alles in einem Lande wie z.B. Tanzania: im Regionalhospital in Tanga zum Beispiel eine „ICU“. Sieht man sie sich an, so findet man einen Raum mit sechs Betten und sonst nichts. Kein einziges Überwachungsschema, kein einziges Gerät im ganzen Raum. Ein Patient nach Operation einer inkarzerierten Hernie: alleingelassen, weit und breit keine Schwester zu finden. Als weiteres (von ungezählten) Beispielen sei die komplett irrationale, schon absurd zu nennende Pharmakotherapie genannt, die in weiten Bereichen der Dritten Welt praktiziert wird. Auch auf diesem Gebiet besteht m.E. ein immenser Ausbildungsbedarf. Alles das können die Aktenkofferherren nicht beurteilen, weil sie in diesen Dingen keine Sachkenntnis haben. Sie tun es aber. Ich bin davon überzeugt, dass ein guter Finanzverwalter für ein Hospital genauso wichtig ist wie ein engagierter Arzt. Nur: ein guter Finanzverwalter verhilft einem Patienten noch nicht zu einer guten Anamnese, Diagnostik und Therapie. Im übrigen verlangen die Entwicklungshilfeadministratoren ignorant etwas von den Entwicklungsländern, was kein einziges postindustrielles Land je erreicht hat noch vermutlich je erreichen wird: dass die Krankheitslast mit promotiven und präventiven Gesundheitsmassnahmen allein zu kontrollieren ist. Natürlich sollen Gesundheitspromotion und – prävention Eckpfeiler medizinischer Entwicklungskooperation sein. Nur sollte man akzeptieren, dass Kranksein Teil der menschlichen Lebenserfahrung ist und voraussehbar bleiben wird. Würden beide Konzepte der Krankheitsvorbeugung in Postindustrieländern effektiv sein, so könnten wir grosse Teile aller psychiatrischen, internen, gefäss-, thorax- und unfallchirurgischen Abteilungen genauso schliessen wie Kliniken für Stoffwechselkrankheiten, Kurkliniken etc. Hat in Deutschland je einer die Existenzberechtigung kurativer und rehabilitativer klinischer Einrichtungen infrage gestellt?

Vor diesem Hintergrund gewinnt das sehr praktische Engagement der Leute aus Jena in Zomba seinen echten Stellenwert: hier kann man in einem Mikrokosmos sehen, wie etwas entsteht, das trägt und Bindungen wachsen lässt: ein exzellentes Beispiel nämlich für kulturellen und fachlichen Austausch vor Ort, für konkrete bedarfsorientierte Unterstützung und für Kooperation in gegenseitigem Respekt füreinander. Deshalb bin ich dankbar, die Leute von JEZOHA und aus Jena kennengelernt- und es hat mir Spass gemacht mit ihnen zusammengearbeitet zu haben.