Wenn Sehen nicht selbstverständlich ist

Ein augenärztlicher Projektbericht aus Tansania

von Said Bahloul

Im Februar 2026 durfte ich im Auftrag der Stiftung Augenlicht für mehrere Wochen Teil eines augenärztlichen Projekts am St. Benedict Ndanda Referral Hospital im Süden Tansanias sein. Für mich war es der erste humanitäre Einsatz als Augenarzt – und zugleich ein Vorhaben, das ich schon lange einmal umsetzen wollte. Meine bestandene Facharztprüfung war schließlich der Anlass, mir diesen Wunsch zu erfüllen.

Dr. med. Said Bahloul, FEBO
said-bahloul@web.de

Der erste Anstoß dazu kam durch einen Vortrag einer Augenärztin über ihre insgesamt 25-jährige Tätigkeit in Afrika. Mich beeindruckte damals, wie viel augenärztliche Hilfe mit vergleichsweise einfachen Mitteln bewirken kann. Da ein solcher Einsatz schon lange auf meiner persönlichen Wunschliste stand, fragte ich sie anschließend, wie man zu einem solchen Projekt kommt. Über diesen Kontakt entstand die Verbindung zur Stiftung Augenlicht – und später meine Reise nach Tansania. Der Einsatz bestand aus zwei Teilen: Der Arbeit direkt an der Augenklinik in Ndanda und einem Outreach-Einsatz in der Region Mangaka. In Ndanda ging es darum, neue Behandlungsmöglichkeiten einzuführen und die Kolleginnen und Kollegen vor Ort so zu schulen, dass sie diese langfristig selbstständig anwenden können. In Mangaka sollte augenärztliche Versorgung für einige Tage dorthin gebracht werden, wo es sonst keinen Augenarzt gibt.

Vor der Reise hatte ich viele Fragen: Was genau würden meine Aufgaben sein? Welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten stehen zur Verfügung? Wie funktioniert die Verständigung ohne Swahili-Kenntnisse? Und nicht zuletzt: Bringe ich überhaupt die passenden fachlichen Fertigkeiten für einen solchen Einsatz mit? In mehreren Telefonaten wurde ich von Dr. med. Raimund Balmes, dem Vorsitzenden des Stiftungsrats der Stiftung Augenlicht, begleitet. Als erfahrener „Senior Expert“ für Auslandseinsätze mit Schwerpunkt Afrika bereitete er mich medizinisch, organisatorisch und mental auf die Bedingungen vor Ort vor.

Neue Behandlungsmöglichkeiten in Ndanda

Am St. Benedict Ndanda Referral Hospital standen zwei Behandlungsmöglichkeiten im Mittelpunkt. Die erste war die Einführung eines COCO-Geräts, also der kontrollierten transskleralen Zyklophotokoagulation zur Behandlung des Glaukoms. Das primäre Offenwinkelglaukom ist in der Region der häufigste Konsultationsgrund beim Augenarzt und zugleich die häufigste Erblindungsursache. In Deutschland stehen uns dafür mehr als 20 Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung: Augentropfen, Laserverfahren und zahlreiche operative Verfahren. Dadurch sind Erblindung oder schwere Seheinschränkungen durch ein Glaukom hier vergleichsweise selten geworden. In Ndanda ist die Situation eine andere. In der Region selbst sind weder Glaukomlaserbehandlungen noch Glaukomoperationen verfügbar. Diese werden nur an großen Zentren durchgeführt. Das nächstgelegene Zentrum ist etwa 12 Stunden mit dem Bus entfernt. Für viele Patientinnen und Patienten ist dieser

Weg kaum zu bewältigen: Wegen der Anreise, der möglichen Unterbringung und vor allem wegen des Zeitaufwandes, der sie von Familie, Arbeit und der Versorgung ihrer Felder fernhält. Auch wenn den Augeninnendruck senkende Augentropfen theoretisch verfügbar sind, können viele Patientinnen und Patienten nur einen Teil der möglichen Therapie dauerhaft nutzen. Meist wird maximal eine lokale Zweifachtherapie verordnet, häufig Timolol und Latanoprost. Hinzu kommt, dass Gesichtsfelduntersuchungen oder OCT vor Ort nicht verfügbar sind. Für viele Menschen ist der Verlust des Augenlichts daher keine entfernte Möglichkeit, sondern eine reale Gefahr. Genau hier kann die COCO-Behandlung eine wichtige Lücke schließen. Sie senkt den Augeninnendruck effektiv, kann wiederholt werden, ist vergleichsweise kostengünstig und erfordert nur eine begrenzte Nachsorge. Gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen vor Ort führten wir die Behandlung durch, etablierten Abläufe und schulten das Team in der Anwendung. Viele Patientinnen und Patienten konnten bereits in den ersten Tagen behandelt werden – etwas, das zuvor in dieser Form vor Ort nicht möglich gewesen wäre.

Medical Officer Dr. Kazibure, Chefarzt Dr. Mjaliwa, Dr. Said Bahloul (Autor) sowie zwei Pflegekräfte vor dem ersten Einsatz des COCO-Geräts (v. l. n. r.)

Durchführung der ersten COCO-Behandlung in Ndanda gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen vor Ort.

Der zweite medizinische Schwerpunkt war das korneale Crosslinking zur Behandlung schwerer infektiöser Hornhautulzera. Viele Menschen arbeiten in der Landwirtschaft oder in Berufen, bei denen Augenverletzungen häufiger vorkommen. Aus kleinen Verletzungen können schwere Infektionen entstehen. Bei okulären Beschwerden werden häufig zunächst lokale Heiler aufgesucht. Diese sind leichter erreichbar, günstiger und für viele Menschen vertrauter. Nicht selten werden pflanzliche Säfte oder andere traditionelle Mittel direkt ins Auge appliziert. Das ist in der Regel gut gemeint, kann aber problematisch sein. Der Augenarzt wird häufig erst dann aufgesucht, wenn der Befund bereits weit fortgeschritten ist. In manchen Fällen bleibt am Ende nur noch die Entfernung des Auges. Im Jahr 2025 wurden am St. Benedict Ndanda Referral Hospital 159 Kataraktoperationen mittels Kleinschnitttechnik durchgeführt, gleichzeitig aber 59 Eviszerationen. Auch wenn die Indikation zur Kataraktoperation vor Ort deutlich zurückhaltender gestellt wird als in Deutschland, ist dieses Verhältnis eindrücklich. Das korneale Crosslinking setzt dort an, wo Augentropfen und Augensalben allein nicht mehr ausreichen. Hornhauttransplantationen stehen vor Ort nicht zur Verfügung. Ziel ist es, die Progression schwerer infektiöser Hornhautprozes-

se zu bremsen und im besten Fall eine Eviszeration zu vermeiden. Da ich selbst zuvor weder mit dem COCO-Gerät gearbeitet noch korneale Crosslinking-Behandlungen durchgeführt hatte, wurde ich im Vorfeld von Prof. Dr. med. Paul-Rolf Preußner an der Universitätsaugenklinik Mainz in beiden Verfahren geschult.

Outreach in Mangaka

Der zweite Teil des Einsatzes führte uns nach Mangaka. Dort wurde im örtlichen Krankenhaus für mehrere Tage eine mobile Augenklinik aufgebaut. Das Krankenhaus verfügt über keine konstante Stromversorgung, kein fließendes Wasser und keinen eigenen Augenarzt. Unsere gesamte mobile Klinik passte in einen Geländewagen: OP-Mikroskope, OP-Liege, Untersuchungsmaterial, Augentropfen, Instrumente und Geräte zur Refraktionsbestimmung. Vor Ort entstand daraus innerhalb kurzer Zeit eine funktionierende Augenklinik. Die Bedingungen waren allerdings deutlich einfacher als in einer deutschen Klinik. Stromausfälle traten immer wieder auf – auch während laufender Operationen. Dadurch dauerten selbst kurze Eingriffe deutlich länger. Besonders eindrücklich waren die Stromausfälle am Abend: Plötzlich war es im OP-Saal fast vollständig dunkel, bis alle im Raum sofort ihre Handys zückten, um zumindest etwas Licht zu schaffen. In solchen Momenten wurde sehr deutlich, wie abhängig selbst scheinbar einfache Abläufe von einer stabilen Infrastruktur sind.
An einem anderen Abend regnete es so stark, dass Wasser durch die undichte Decke in den OP-Saal lief – teilweise sogar auf die sterilen Tische. Das bedeutete, dass Material erneut autoklaviert werden musste, bevor weiteroperiert werden konnte. Unter solchen Bedingungen eine sichere Versorgung aufrechtzuerhalten, war zeitaufwendig und organisatorisch anspruchsvoll. Gleichzeitig beeindruckte mich die Ruhe, mit der das Team auf solche Situationen reagierte. „Hakuna matata“ – Swahili für „kein Problem“ – fiel in diesen Momenten nicht selten. Nicht, weil die Probleme klein gewesen wären, sondern weil man gelernt hatte, pragmatisch zu bleiben und weiterzumachen. Die Tage begannen früh und endeten oft spät. Häufig verließen wir bereits gegen 8 Uhr morgens unsere Unterkunft und kehrten erst nach 22 Uhr zurück. Die vorhandenen Untersuchungsmöglichkeiten waren begrenzt. Für alle Patientinnen und Patienten stand nur eine Spaltlampe zur Verfügung. Um die vielen wartenden Menschen bewältigen zu können, ging einer der Augenärzte mit einer einfachen Untersuchungsleuchte durch das Wartezimmer und suchte gezielt nach Patientinnen und Patienten mit maturen Katarakten. Bei entsprechendem Befund wurde direkt eine Biometrie durchgeführt. Anschließend gingen die Patientinnen und Patienten ohne weitere Untersuchung an der Spaltlampe weiter in den OP. Für mich war das zunächst ungewohnt, zeigte aber eindrücklich, wie sehr sich Abläufe an die vorhandenen Mittel anpassen müssen.
Für viele Menschen in der Umgebung ist eine Fahrt in die nächste größere

Patientinnen und Patienten im Wartebereich des Mangaka District Hospital. Das Bild zeigt nur einen Teil der Menschen, die während des Outreach-Einsatzes untersucht und behandelt wurden.

Der Geländewagen, in dem die gesamte mobile Augenklinik transportiert wurde – inklusive OP-Mikroskope, OP-Liege, Untersuchungsmaterial, Instrumente und Augentropfen.

Stadt kaum möglich. Wer mehrere Tage unterwegs ist, riskiert, wichtige Arbeit auf dem Feld zu verpassen, Ernte einzubüßen oder die Versorgung der Familie zu gefährden. Medizinische Versorgung ist deshalb nicht nur eine Frage der Verfügbarkeit, sondern auch der Frage, ob sie in den Alltag der Menschen passt. Damit die Menschen über den Einsatz informiert wurden, fuhr einige Tage zuvor ein Geländewagen der Klinik durch die umliegenden Dörfer. Über einen Lautsprecher auf dem Dach wurde angekündigt, dass ein augenärztliches Team vor Ort sein würde. Getragen wurde der Einsatz von einem engagierten Team: Einem Facharzt aus Ndanda, einem auf Kinder spezialisierten Augenarzt aus der Hauptstadt, zwei Optometristen, mehreren Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Medizintechnikern, Fahrern, weiteren Helferinnen und Helfern und mir. Am Ende standen Zahlen, die für mich sehr eindrücklich waren: 360 behandelte Patientinnen und Patienten und 57 operierte Augen – bei Gesamtkosten von insgesamt etwa 9.000 Euro. Im Vordergrund standen Kataraktoperationen. Zusätzlich wurden Glaukombehandlungen mittels COCO, eine Schieloperation bei einem Kind sowie Tumorentfernungen durchgeführt. Gemessen daran, wie viele Menschen dadurch untersucht, behandelt oder operiert werden konnten, waren die Gesamtkosten verhältnismäßig gering. Für mich wurde daran sehr konkret sichtbar, dass man vor Ort schon mit vergleichsweise wenig sehr viel erreichen kann. Möglich wurde dieser Einsatz durch die Stiftung Augenlicht, die solche Outreach-Einsätze plant, ausstattet und unterstützt – mit Personal, Transport, Verbrauchsmaterial, Medikamenten, OP-Instrumenten und der notwendigen logistischen Vorbereitung.

Der provisorisch eingerichtete OP-Bereich mit den Instrumenten und Materialien, die für die Operationen während des Outreach-Einsatzes mitgebracht wurden.

Warum sich solche Einsätze lohnen

In Erinnerung geblieben ist mir vor allem die Dankbarkeit der Menschen vor Ort – und die Professionalität des lokalen Teams, selbst wenn der Strom ausfiel, Material improvisiert werden musste oder sich der Tagesplan mehrfach änderte. Unter solchen Bedingungen trotzdem zuverlässig zu behandeln, verdient großen Respekt. Für mich war nach diesen Wochen klar: Schon gezielte Unterstützung kann vor Ort viel verändern. Es geht nicht nur um einzelne Operationen, sondern darum, Behandlungsmöglichkeiten verfügbar zu machen, Wissen weiterzugeben und lokale Kolleginnen und Kollegen zu stärken. Ich möchte deshalb Kolleginnen und Kollegen – gerade auch jüngere Ärztinnen und Ärzte – ermutigen, solche Projekte in Betracht zu ziehen. Man muss dafür nicht am Ende seiner Laufbahn stehen und auch nicht mehrere Monate freinehmen. Je nach Projekt können bereits Einsätze von zwei Wochen sehr sinnvoll sein. Wichtig sind eine gute Vorbereitung, eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und die Bereitschaft, sich auf andere Arbeitsbedingungen einzulassen. Für uns ist das Sehen oft selbstverständlich. In Ndanda und Mangaka habe ich wieder gemerkt, dass das längst nicht überall so ist. Genau deshalb lohnt sich dieses Engagement – fachlich, menschlich und auch persönlich.

Dr. Mjaliwa untersucht Patientinnen und Patienten im Rahmen des Screenings während des Outreach-Einsatzes.

https://stiftung-auge.de/spenden-sie/

Weitere Informationen zur Unterstützung der Stiftung Auge können über www.stiftung.auge.de abgerufen werden.