

Ein humanitärer Einsatz in Tibet – Einblick in eine faszinierende fremde Welt

H. Marty

Seit dem Jahr 2001 ist die Stiftung «Nima – Sozialprojekte in Tibet» in der osttibetischen Stadt Ganzi tätig, indem sie dort ein Altersheim und eine mobile Poliklinik betreibt. Der Artikel gibt Einblick in eine medizinische Tätigkeit mit bescheidenen Mitteln und in ungewohntem Umfeld.

«Gesucht wird für Kham-Hochland in Ostt Tibet (3500 m) ein Arzt in abgelegene Dörfer ohne medizinische Versorgung, zu Fuss oder auf Pferd erreichbar mit Yaks als Träger.» So stand es vor einiger Zeit in einem Inserat dieser Zeitschrift, und der Text liess mich nicht mehr los: Tibet? Yaks? In Gedanken sah ich mich schon hinter einem zotteligen Yak durch die unendliche Weite Tibets von einem Nomadenzelt zum anderen ziehen, ganz in der verklärten Vorstellung, die wir uns vom Schneeland auf dem Dach der Welt machen. Das UNO-Jahr der Berge gab mir

in Tibet» zu lindern sucht. Neben dem Bau und Betrieb eines Altersheims gehört dazu auch eine ärztliche Hilfe im Sinn einer poliklinischen Tätigkeit, wie ich beim Vorgespräch erfuhr.

So reisten wir denn nach Zusammensuchen des voraussichtlich notwendigen Materials, von Gipsbinden bis zum Mikroskop, Anfang Juli 2002 nach Tibet, zuerst mit dem Flugzeug in die smoggeplagte chinesische Millionenstadt Chengdu und weiter in anstrengender zweitägiger Busfahrt über Pässe von 4000 m Höhe nach Ganzi. Wir, das sind die Krankenschwester Monika Wieland und ich als Allgemeininternist, beide mit langjähriger Berufserfahrung, aber ohne spezifische Ausbildung für den bevorstehenden Einsatz. Ganzi, eine teils chinesisch, teils tibetisch geprägte Stadt von rund 12 000 Einwohnern, liegt auf 3400 m.ü.M. in einem breiten grünen Tal voller Gerstenfelder am prachtvoll mäandrierenden Fluss Yalung, einem Nebenfluss des Yangtse. In dem lebhaften Flecken mit vielen, vorwiegend chinesischen Geschäften erinnert nichts mehr an die schrecklichen Ereignisse, die sich beim Einmarsch der chinesischen Besetzer ab 1950 hier ereignet haben, wie in dem erschütternden Buch der Tibeterin Ama Adhe nachzulesen ist [1]. Nördlich davon erstreckt sich eine hügelige Weidelandschaft zwischen 3500 und 4500 m.ü.M., übersät mit weissen und schwarzen Punkten, den Schafen und Yaks der Nomaden, die von Frühling bis Herbst in ihren dunklen Zelten aus Yakwolle auf den Bergen hausen. Im Süden erhebt sich eine Kette zackiger und schneebedeckter Berge bis über sechstausend Meter. Die Landschaft ist für uns von ungewohnter und wohlthuender Weite und Stille. Im Altersheim, das für die nächsten elf Wochen unsere Heimat darstellen sollte, wurden wir von Insassen und Betreuern freudig begrüsst. Zurzeit wohnen dort 13 betagte mittellose Menschen, deren Betreuung auch zu unseren Aufgaben gehörte (Abb. 1). Zur Hauptsache aber boten wir der Bevölkerung von Ganzi und dessen weiterer Umgebung eine medizinische Grundversorgung an, vor allem jenen Patienten, für die das bestehende medizinische Angebot, bestehend aus einem chinesischen und tibetischen Spital sowie mehreren Ambulatorien, unerschwinglich ist.

Abbildung 1

Im Altersheim Ganzi wohnen überwiegend Frauen.



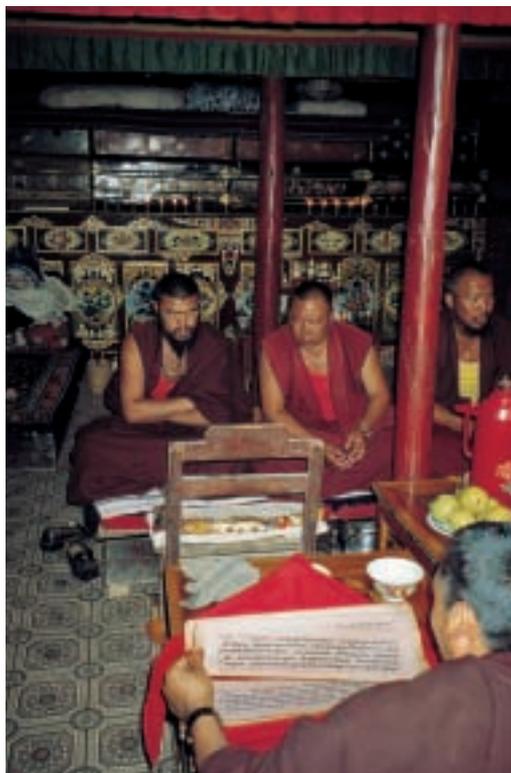
1 Adhe A. Doch mein Herz lebt in Tibet. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder; 2001.

Korrespondenz:
Dr. med. Hans Marty
Im Gruebenacher 4
CH-3303 Jegenstorf

dann den Anstoss, den Traum in ein konkretes Vorhaben umzusetzen. Ich meldete mich beim Initianten des ausgeschriebenen humanitären Projekts, Lobsang Nima Soghatsang in Zürich, der als Exiltibeter bei mehreren Besuchen in seiner osttibetischen Heimatstadt Ganzi die Not der dortigen Bevölkerung erkannt hatte und mit Hilfe der Stiftung «Nima – Sozialprojekte

Abbildung 2

Im Haus einer Patientin mit schwerem zerebrovaskulärem Insult führen buddhistische Mönche eine «Puja» (Opferzeremonie) durch.



Medizinische Leistungen müssen nämlich sofort und teuer bezahlt werden, was für ein kommunistisches System, dem Tibet als annektierter Teil Chinas angehört, erstaunlich ist. So beträgt die Eintrittsgebühr in das chinesische Spital von Ganzi 1000 Yüen, ein Thoraxröntgenbild kostet 40 Yüen, ein tibetischer Arbeiter im Strassenbau verdient aber pro Tag lediglich 12 bis 15 Yüen. Zum Glück konnten wir bei unserer Ankunft in Ganzi auf die Hilfe von Dr. Brigitte Rutz zählen, die bereits 2001 während zweier Monate mit einfachsten Mitteln den kranken Menschen der Region geholfen und seit Mai 2002 ihre Tätigkeit in Tibet fortgeführt und ausgebaut hatte, diesmal unterstützt durch die Krankenschwester Ramona Pou-Bruch. Während dreier Wochen konnten wir gemeinsam unsere medizinische Tätigkeit ausüben, ab Anfang August arbeiteten wir dann nach Heimkehr der ersten Equipe zu zweit weiter. Dabei lernten wir trotz der grossen sprachlichen Schwierigkeiten die einheimische tibetische Bevölkerung gut kennen: Menschen von kindlicher Vertrauensseligkeit und Neugier, die gerne lachen und es mit dem Zeitplan nicht so genau nehmen. Uli Franz nennt sie in seinem Buch «Gebrauchsanweisung für Tibet» wilde, grosse Kinder [2]. Die Ausübung

der buddhistischen Religion gehört selbstverständlich zum Tagesablauf, bestehe dies nun im Drehen einer Gebetsmühle, in stundenlangen Dankgebeten im Altersheim oder in der Durchführung der Puja, einer Opferzeremonie für schwerkranke Menschen durch Mönche aus einem Kloster der Umgebung (Abb. 2).

In den folgenden acht Wochen selbständiger Tätigkeit habe ich über unsere Arbeit in Ganzi Buch geführt, einerseits, um über die vordringlichen medizinischen Probleme der dortigen Bevölkerung Klarheit zu gewinnen, andererseits, um besser Rechenschaft über den Sinn unserer Tätigkeit ablegen zu können. Im folgenden seien einige gewonnene Erkenntnisse kurz dargestellt.

Unsere ambulante Tätigkeit bestand in einer frei zugänglichen Sprechstundentätigkeit einerseits in Ganzi selber, andererseits in verschiedenen Dörfern der Umgebung, von welchen uns der örtliche Sozialarbeiter mitgeteilt hatte, dass dort ein dringender Bedarf an medizinischer Grundversorgung bestehe. Einzelne schwerkranke Patienten (vor allem mit Tuberkulose) nahmen wir für einige Wochen im Altersheim auf, um sie dort «stationär» zu behandeln. Die offene Sprechstunde in Ganzi war offiziell auf einen Tag pro Woche beschränkt, doch kamen Patienten auch an allen anderen Tagen. Einige Dörfer der Umgebung besuchten wir in ein- bis viertägigen Einsätzen, allerdings meist nicht zu Fuss, sondern im Jeep auf zum Teil holperiger, nur knapp befahrbarer Strasse. Als Fahrer, Organisator vor Ort und Übersetzer stand uns Nima Soghatsang zur Verfügung, unterstützt von einer jungen tibetischen Lehrerin mit guten Englischkenntnissen. Insgesamt führten wir in den acht Wochen 625 Konsultationen durch. Bei den angetroffenen medizinischen Problemen handelte es sich zum grösseren Teil um Bagatellen, hauptsächlich aus dem Gebiet der Magen-Darm-Krankheiten, der Atemwegserkrankungen und des Bewegungsapparates (Tab. 1). Auffallend häufig waren Klagen über Magenschmerzen, bei denen wir einen Zusammenhang mit der Ernährung vermuteten. Viele Tibeter leben hauptsächlich von Tsampa, einer Speise, bei der

Tabelle 1
Konsultationsgründe.

Beschwerden am Magen-Darm-Trakt	170	27,2%
Beschwerden der Atemwege/Lunge	144	23,04%
Beschwerden am Bewegungsapparat	134	21,44%
andere Gründe	177	28,32%
Total	625	100%

2 Franz U. Gebrauchsanweisung für Tibet. München: Piper Verlag GmbH; 2000.

Abbildung 3
Gibbusbildung bei tuberkulöser Spondylitis.



in einer Schale gezelter Tee mit einem grossen Stück Butter und geröstetem Gerstenmehl vermischt und geknetet wird, die mit der rechten Hand geformten Ballen werden dann mit Buttertee genossen. Auch wenn für mich selber diese Nahrung zuträglich war, dachten wir doch, dass besonders die reichliche Butterzufuhr zu Magenbeschwerden führen könnte. Am Bewegungsapparat standen bei der hart arbeitenden ländlichen Bevölkerung degenerative Leiden von Wirbelsäule und Gelenken im Vordergrund, doch diagnostizierten wir auch viermal eine chronische Polyarthrit, einen Fall von fortgeschrittenem Morbus Bechterew und eine Apophysenlösung des Trochanter major bei einem Dreizehnjährigen. Dazu gehörten aber auch Fälle von tuberkulöser Arthritis und vor allem Spondylitis (Abb. 3). Ohnehin stellten wir fest, dass die Tuberkulose in ihren verschiedenen Manifestationen eine relativ häufige Erkrankung in Ganzi und Umgebung ist.

Wir machten deshalb die Betreuung Tuberkulosekranker zu einem Schwerpunkt unserer Arbeit, indem wir einen Tag pro Woche für diese Aufgabe einsetzten. Insgesamt betreuten wir während der acht Wochen 35 Kranke, bei denen mit Hilfe der wenigen verfügbaren Mittel (Anamnese, Klinik, Röntgenbild im chinesischen Spital und Sputumdirektpräparat, falls möglich)

eine Tuberkulose angenommen wurde, die wir dann als gesichert betrachteten, wenn mikroskopisch säurefeste Stäbchen nachweisbar waren. Über die Hauptmanifestation der Krankheit zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns gibt Tabelle 2 Auskunft, in der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um eine Tuberkulose im Bereich der Lunge bzw. Pleura, in sechs Fällen lag eine Spondylitis bzw. tuberkulöse Arthritis vor. Bei einem schwerkranken Mönch (Abb. 4 und 5) stellten wir neben einer bilateralen kavernösen Lungentuberkulose auch einen Nierenbefall mit passagerer Niereninsuffizienz fest, bei einer jungen Nonne vermuteten wir wegen chronischer Heiserkeit eine Larynxtuberkulose. Ein Nomade, ein junger Familienvater aus dem Dorf Datamba, war an einer tuberkulösen Meningitis erkrankt, leider kam es zu einer Defektheilung mit erheblichem psychoorganischem Syndrom. Zum Teil war die Krankheit bei der Erstkonsultation in unserer Sprechstunde noch nicht bekannt, zum Teil schon diagnostiziert, aber ungenügend behandelt. Leider war es nicht möglich, in den Fällen mit möglicher Resistenzentwicklung eine mikrobiologische Abklärung mit Resistenzprüfung durchzusetzen, doch führten wir bei allen Patienten einen HIV-Test durch, immer mit negativem Ergebnis. So mussten wir uns in allen Tuberkulosefällen darauf beschränken, eine vollständige Therapie nach den Richtlinien der WHO durchzusetzen. Säumige Patienten suchten wir zu Hause auf, trotzdem verloren wir 5 der 35 Patienten aus den Augen. Für die Zeit nach unserer Heimkehr bereiteten wir die weitere Betreuung vor, indem wir organisierten, dass die minutiös bereitgestellten Medikamente durch den Altersheimleiter abgegeben werden, unterstützt durch eine chinesische Ärztin.

Trotz der beschränkten Abklärungsmöglichkeiten konnten wir an verschiedenen Kollektiven aufschlussreiche Beobachtungen machen. So bestimmten wir bei 100 unausgewählten Patienten, die unsere Sprechstunde in Ganzi aufsuchten, Body Mass Index und Blutdruck und verglichen diese Werte mit denjenigen eines Pa-

Tabelle 2

Hauptmanifestation der Tuberkulose bei Therapiebeginn.

Anzahl behandelter Patienten	35
<i>Lokalisation</i>	
– Lunge und Pleura	28
– Wirbelsäule (Spondylitis)	4
– Gelenke (Knie, Handgelenk)	2
– Zentralnervensystem (Meningitis)	1
Aus der Behandlung verloren	5 (14,3%)

Tabelle 3

Medianwerte von Alter, Blutdruck und Body Mass Index (BMI).

	Alter (Jahre)	Blutdruck (mm Hg)	BMI
Patienten aus Ganzi und Umgebung (N = 100)	49,5	130/85	21,8
Patienten aus Datamba (N = 100)	54	125/80	21,1
Patienten mit Tuberkulose (N = 32)	31,5	110/70	18,1

Tabelle 4

Patienten mit einem Blutdruck über 140/90 mm Hg.

	Anzahl (= %)	Blutdruckmedianwert
Patienten aus Ganzi und Umgebung (N = 100)	26	167/105
Patienten aus Datamba (N = 100)	8	157/105

tientenkollektivs aus Datamba und dem Kollektiv der Tuberkulosepatienten (Tab. 3). Datamba ist ein typisches Nomadendorf auf 3800 m.ü.M. ungefähr 100 km nördlich von Ganzi, auf schwieriger Strasse über einen Pass von 4500 m Höhe und durch ein wundervolles, grünes Hochtal voll weidender Tiere und Nomadenzelte erreichbar. Zu unserem Erstaunen bestanden bei gut einem Viertel der Patienten in Ganzi hypertone Blut-

Abbildung 4

Schwere Kachexie bei einem Patienten mit Lungen- und Nierentuberkulose.



Abbildung 5

Das Röntgenbild desselben Patienten bestätigt eine bilaterale kavernöse Lungentuberkulose.



druckwerte (definiert als Wert über 140/90 mm Hg in mindestens zwei Messungen) mit zum Teil massiv erhöhtem Blutdruck (Medianwert 167/105 mm Hg). Hingegen wiesen im Nomadendorf Datamba nur 8% der Patienten eine Hypertonie auf, mit einem Medianwert von 157/105 mm Hg (Tab. 4). Auffallend war weiter, dass die Tuberkulosepatienten einen deutlich tieferen Body Mass Index (minimal 12,3 beim Patienten auf Abb. 4) als das übrige Kollektiv aufwiesen, eine Bestätigung der alten Synonyme «Schwindsucht» und «Auszehrung» für die Tuberkulose. Wer sich in unserer Sprechstunde wegen chronischem Husten meldete und einen Body Mass Index von unter 20 aufwies, war für uns somit sehr verdächtig, an einer aktiven Tuberkulose zu leiden. Fünf der 107 Patienten in Datamba fielen uns durch eine Hepatomegalie mit derben Knoten auf (Abb. 6), gemäss der dortigen tibetischen Ärztin handelte es sich am ehesten um einen Leberbefall mit *Echinococcus granulosus*, der in dieser an Schafen und Hunden reichen Gegend endemisch sein soll. Dementsprechend leiteten wir eine Behandlung mit Albendazol ein, wie so oft gelang es uns nicht, Angaben über den weiteren Verlauf zu erhalten. Eine der vielen Situationen, die bei uns ein un gutes Gefühl hinterliessen!

Nach elf Wochen Arbeit in Ganzi durchqueren wir das riesige Land auf abenteuerlicher Reise über 5000 m hohe Pässe und durch tiefe Flusstäler von Ost nach West bis zur Hauptstadt Lhasa in Zentraltibet. Kurz bevor der Potala, ehema-

Abbildung 6

Groteske Hepatomegalie bei einem achtjährigen Knaben mit Verdacht auf eine Infestation durch *Echinococcus granulosus*.



3 «China Daily» (chinesische Tageszeitung aus Peking in englischer Sprache), 30. und 31. Oktober 2002.

liger Winterpalast der Dalai Lamas und Wahrzeichen Lhasas, vor unseren Augen erschien, kam es zu unserem letzten medizinischen Einsatz: auf

Schneematsch war ein Bus ins Rutschen gekommen und umgekippt, zum Glück gab es nur wenige Leichtverletzte, die wir mit unserem letzten Verbandmaterial so gut wie möglich versorgten.

Mit der Rückkehr in die gewohnten Verhältnisse zu Hause war auch der Zeitpunkt gekommen, um sich kritische Gedanken über die geleistete Arbeit zu machen: brachte die Tätigkeit in Tibet, für uns ein Abenteuer mit bereichernden Einblicken in eine fremde Welt, den Menschen, welchen sie galt, wirklich eine nachhaltige Hilfe? Zwar verabschiedeten uns die Tuberkulosekranken mit einem berührenden Dankesbrief, doch erlebten wir viele unserer Bemühungen als ungenügend, zum Beispiel das Fehlen einer konsequenten Umgebungsuntersuchung im Umfeld der Tuberkulosekranken oder die vor allem aus sprachlichen Gründen nur sporadische Zusammenarbeit mit dem lokalen Gesundheitswesen. Schwierig waren auch die Situationen, wo wir uns der eng gesteckten Grenzen unserer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bewusst wurden, wie beim Knaben mit der schweren Lebererkrankung. Ein grosses Problem sind die sehr beschränkten Ressourcen im tibetischen Gesundheitswesen. Es gab uns deshalb Hoffnung, als wir bei der Heimreise in Peking lesen konnten, dass die chinesische Regierung die medizinische Unterversorgung ländlicher Gebiete erkannt und die dringend notwendigen Verbesserungen in Aussicht gestellt hat, vor allem auch in der Tuberkulosebekämpfung [3].