

3/2021

ZEISS

GLOBAL VISION

INTERNATIONALE OPHTHALMOLOGIE



Frauenpower im OP



↑ Neue und bekannte Gesichter: Der geschäftsführende Vorstand des DKVB: v. l. n. r. Dr. David Kupitz, Dr. Heiko Philippin, Charlotte Ellendorff.

DKVB-Vorstand im Wandel

Seit einigen Monaten lenkt ein neues Führungsteam das Deutsche Komitee zur Verhütung von Blindheit e.V. (DKVB). Dr. David Kupitz ist der gewählte Vereinsvorsitzende, Dr. Heiko Philippin sein Stellvertreter und Charlotte Ellendorff kümmert sich wie bisher um Finanzen und Mitglieder.

Der in Bünde/Westfalen niedergelassene David Kupitz war ebenso wie Heiko Philippin, Freiburg, bereits an verschiedenen Augenkliniken im Ausland tätig. „Wir bringen unsere Auslandserfahrungen und Expertise direkt in die Projektarbeit des DKVB ein. Gemeinsam werden wir die wichtige Arbeit des Komitees stärken und ausbauen – und so weiterhin weltweit Sehbehinderung und Erblindung verhindern“, betonen die beiden Augenärzte.

DKVB unterstützt aktuell zwölf Projekte

Aktuell engagiert sich das DKVB für zwölf Projekte u. a. in Kamerun, Kenia, Malawi, Tansania und dem Südsudan. „Ende 2021 werden wir eine u. a. von uns geförderte neue kleine Augenklinik in Nzara/Südsudan eröffnen. Solche Erfolge motivieren uns sehr in unserem Engagement gegen Blindheit“, sagt Charlotte

Ellendorff. „In den letzten drei Jahren haben wir gut eine halbe Million Euro Fördergelder vergeben und Sachspenden im Wert von rund 30.000 Euro u. a. über unsere knapp 400 Mitglieder vermittelt“, so die Finanzverwalterin.

Engagement ausbauen

Das 1980 gegründete DKVB fördert in einkommensschwachen Ländern vor allem die Aus- und Weiterbildung von augenärztlichem Fachpersonal, Kurzeinsätze von Augenärztinnen und -ärzten in Projekten sowie den Aufbau von Augenkliniken.

Dieses Engagement wird laut Vorstandsteam noch weiter ausgebaut. Ehrgeizige Pläne, für die Kupitz, Philippin und Ellendorff mit weiteren zehn, ebenfalls ehrenamtlich tätigen Vorstandskolleginnen und -kollegen zusammenarbeiten. Darunter ist auch der ehemalige, langjährige Vorstandsvorsitzende des DKVB, Augenarzt Dr. Raimund Balmes, dessen Vorgänger wiederum Professor Dr. Wolfgang Leydhecker und Professor Dr. Volker Klauß waren.

Weitere Informationen: www.dkvb.org



← In den CBM-Partnerländern sind manchmal batteriebetriebene, portable Mikroskope die passendere Wahl für Katarakt-OPs, stellt Dr. Heiko Philippin (Mitte) fest.

Kurz und bündig:

Phako versus SICS

Bei Operationen am Grauen Star sind zwei Varianten der extrakapsulären Kataraktextraktion (ECCE) gängig: die Phakoemulsifikation (kurz Phako) und die Small Incision Cataract Surgery (kurz SICS). Dr. Heiko Philippin und Dr. Karin Knoll waren für die Christoffel-Blindenmission (CBM) in verschiedenen Projektländern tätig. Auf Basis ihrer Erfahrungen schildern sie die Vor- und Nachteile der beiden Methoden aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Aus Sicht der Patientin/des Patienten

ist die Erholungszeit nach einem Eingriff mit Phako meist kürzer gegenüber der SICS. Auch der Astigmatismus (Hornhautverkrümmung) ist nach einer Phako-Operation überwiegend geringer. Im Allgemeinen sind die Ergebnisse jedoch vergleichbar.

Aus Sicht der Chirurgin/des Chirurgen

ist die Phako ein eleganter Eingriff: Der Linsensackinhalt wird mittels Ultraschall zerkleinert und dann abgesaugt. Es sind nur kleine Schnitte von zwei bis drei Millimetern Breite nötig, das Auge wird entsprechend geschont. Eine Ausnahme bilden fortgeschrittene Trübungen mit hartem Linsenkern, wie sie in ressourcenschwachen Ländern häufig auftreten. Sie können je nach Gerät mit Phako oft nur schwer entfernt werden. Die SICS-Methode eignet sich hingegen gut dafür, benötigt aber einen größeren Zugang, um die Linsenteile aus dem Auge zu entfernen.

Aus Sicht der lokalen Krankenhausverwaltung

unterscheiden sich die Verfahren erheblich in Kosten und Aufwand. Stromversorgung, Raumtemperatur und -feuchtigkeit müssen dem Phako-Gerät gerecht werden, das Operationsteam benötigt größere technische Grundkenntnisse. Die Instandhaltung und Reparatur sind deutlich aufwendiger, sie können oft nur durch eingeflogene Techniker erfolgen. Das Verbrauchsmaterial für das Phako-Gerät muss eventuell teuer aus dem Ausland importiert werden.

In großen Augenkliniken sind das weltweit zunehmend Routineaufgaben. Für Augenstationen in weniger gut versorgten Regionen sieht das anders aus. Mit entsprechender chirurgischer Erfahrung sind dort aber einfach sterilisierbare Kataraktsets und batteriebetriebene Operationsmikroskope durchaus ausreichend, um gute Ergebnisse mit der SICS zu erzielen.



↑ Der Bau der kleinen Augenklinik in Nzara/Südsudan wurde von Ambroise Soungouza (rechts) und Dr. Andreas Dittrich organisiert. Die Klinik ist die einzige augenärztliche Versorgungsquelle für rund eine Million Menschen.

Wie plant man eine Augenklinik im Südsudan?

Interview mit Augenarzt Dr. Andreas Dittrich/Neuenbürg

Mitte der 90er Jahre arbeitete Augenarzt Dr. Andreas Dittrich aus Neuenbürg zwei Jahre in einem Augenprojekt in der Zentralafrikanischen Republik (ZAR). In dieser Zeit lernte er den Augenchirurgen und -krankenschwester Ambroise Soungouza kennen und schätzen. Der Kontakt zueinander brach nie ab und gemeinsam planten sie eine Augenklinik im Südsudan. November 2021 wird sie eröffnet.

Herr Dr. Dittrich – wie entstand dieses Projekt?

Dr. Dittrich: Ambroise hatte in seiner Heimat, im Südosten der ZAR eine Augenstation aufgebaut. Sie wurde im Bürgerkrieg zerstört und Ambroise siedelte in den benachbarten Südsudan über. Dort gab es gar keine augenmedizinische Versorgung. Das ließ ihm keine Ruhe. Er kontaktierte eine vor Ort tätige spanische Augenärztin, sie gründeten einen Verein und legten mit Untersuchungen und Operationen los.

Wie kamen Sie dazu?

Dr. Dittrich: Ambroise bat mich um finanzielle Hilfe – die ich ihm privat und als Vorstandsmitglied des Deutschen Komitees zur Verhütung von Blindheit (DKVB) ermöglichte. Bei einem Treffen mit der spanischen Kollegin, Ambroise und mir entstand dann die Idee für

die kleine Augenklinik. Doch dann kam die Pandemie, der spanische Verein zog sich aus dem Projekt zurück.

Was ging Ihnen da durch den Kopf?

Dr. Dittrich: Das war ein Schock! Ambroise macht so gute Arbeit vor Ort und setzt sich grenzübergreifend für die Patienten ein. Das war für mich auch aus christlicher Sicht der Ruf, etwas zu tun.

Was haben Sie unternommen?

Dr. Dittrich: Ich habe meinen Kontakt zum katholischen Krankenhaus St. Therese in Nzara erneuert, das ist circa 20 Kilometer nördlich der Regionhauptstadt Yambio. Plan war, auf dem dortigen Gelände die Augenklinik aufzubauen. Der zuständige Diözesan-Bischof Eduardo Hiiboro Kussala war gleich einver-

standen und hat uns sehr unterstützt. Im Februar 2021 war die Grundsteinlegung, Ende Juni waren die Bauarbeiten bereits fast abgeschlossen – übrigens alles per Handarbeit!

Was braucht man für ein solches Projekt?

Dr. Dittrich: Geld (lacht) – im Ernst, man braucht vor allem Partner. Vor Ort jemanden, der zuverlässig, engagiert und gut vernetzt ist. Der die Landessprache spricht und die Menschen kennt. Das ist der Part von Ambroise. Außerdem starke „offizielle“ Partner wie Bischof Kussala und natürlich Geldgeber wie zum Beispiel das DKVB. Für den Bau waren rund 50.000 Euro nötig, das war aus privaten Mitteln nicht zu machen.

Sind besondere Probleme aufgetreten?

Dr. Dittrich: Schwierig war und ist z. B. der Geldtransfer. Überweisungen in den Südsudan dauern Monate. Auch da hat uns die Diözese geholfen. Derzeit ist die Geldentwertung im Land problematisch, sie wird das Projekt deutlich verteuern.

Was sollte man unbedingt vermeiden?

Dr. Dittrich: Einfach loszulegen. Man muss prüfen, ob der Bedarf für das Projekt wirklich gegeben ist. Es macht keinen Sinn, wenn einige Kilometer weiter ein ganz ähnliches Angebot vorhanden ist oder entsteht.

Welche persönlichen Eigenschaften sind nötig?

Dr. Dittrich: Niemand sollte zu blauäugig an ein solches Projekt gehen. Man braucht viel Geduld, Beharrlichkeit und auch Gottvertrauen.

Wann werden Sie wieder im Projekt sein?

Dr. Dittrich: Im November zur Einweihung – dann ist hoffentlich auch der Container mit medizinischer und technischer Ausrüstung angekommen. Wir haben ihn im Juli auf die lange und sehr teure Reise geschickt. Allein der Transport kostet rund 13.000 Euro!

Wie geht es weiter?

Dr. Dittrich: Wir brauchen vor allem medizinisches Personal. Das ist nicht einfach zu finden. Vielleicht können wir bereits im Krankenhaus St. Therese



↑ Links: Die Klinik entstand fast ausschließlich in schweißtreibender Handarbeit. Rechts: Heiß wurde es auch für Dr. Dittrich und seine Helfer, als sie im Juli den Seecontainer mit Equipment für die Klinik beluden.

vorhandenes Personal fortbilden. Diese Fachkräfte könnten dann die Patientinnen und Patienten für Ambroise vorsondieren.

Wie ist die langfristige Finanzierung geplant?

Dr. Dittrich: Die Klinik soll sich möglichst bald selber tragen. Zunächst unterstützt das DKVB noch. Jeder Patient wird einen Beitrag zahlen, je nach Einkommen unterschiedlich hoch. Im Solidaritätsprinzip wird dann die Gesamtfinanzierung erfolgen.

Planen Sie Arbeitsaufenthalte im Projekt?

Dr. Dittrich: Ja, spätestens wenn ich in Rente gehe. Ich freue mich darauf, wieder mit Ambroise zu arbeiten und möglichst oft Augenlicht zu retten!

Helfen Sie mit!

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende Dr. Dittrich in seinem Engagement für die Augenklinik in Nzara:

Deutsches Komitee
zur Verhütung von Blindheit
IBAN: DE91 7904 0047 0692 2223 00
BIC: COBADEFFXXX

Kennwort: Nzara



↑ Die Augenärztin Dr. Mchikirwa Msina ist eine von nur 28 Augenärztinnen in ganz Tansania. Sie hat sich auf Kinderophthalmologie spezialisiert.

So gleich und doch anders

In Deutschland praktizieren rund 7.900 Augenärzte. Knapp die Hälfte davon ist weiblich. Das Geschlechterverhältnis ist in Tansania ähnlich. Allerdings gibt es im gesamten Land mit 56 Millionen Einwohner/-innen nur 76 Augenärzte, darunter 28 Frauen. Eine von ihnen ist Dr. Mchikirwa Msina. Sie hat sich auf Kinderophthalmologie spezialisiert und behandelt gemeinsam mit ihrem Team rund 4.700 Kinder jährlich, Tendenz steigend – ein Powerjob für eine Powerfrau.

Dr. Msinas Tage sind lang und anstrengend. Typischer Klinikalltag, wie ihn auch die meisten hiesigen Medizinerinnen und Mediziner kennen. Und doch sind die Herausforderungen an ihrem Arbeitsplatz im Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) in Moshi nochmal anders.

Kinder kommen zu spät in die Klinik

„Zu uns kommen viele Kinder erst, wenn ihre Augenerkrankung sehr weit, oft zu weit fortgeschritten ist“, bedauert Dr. Msina. Denn die Eltern haben meist kein Geld für die Fahrt in die Klinik, geschweige denn für die Behandlung „Dabei ist das kein Problem: Wer sich die Therapie nicht leisten kann, erhält finanzielle Unterstützung“, z. B. von der Christoffel-Blindenmission, erzählt die Ärztin, die selbst dreifache Mutter ist.

700 Operationen pro Jahr

Das KCMC ist eine moderne 630-Betten-Klinik mit einer gut ausgestatteten Augenabteilung. Von den insgesamt neun Ophthalmolog/-innen sind drei auf Kinder spezialisiert. „Pro Jahr behandeln wir rund 4.700 Kinder und führen etwa 700 Augenoperationen durch“, so Dr. Msina. Katarakt, Glaukom und Retinoblastome gehören zu den häufigsten Diagnosen, dazu kommen refraktive Sehfehler, Amblyopie, Augeninfektionen u. a.

Routine und Herausforderung

„Die Katarakt- und Glaukomoperationen sind bei uns Routine und wir erzielen sehr gute Erfolge“, berichtet Dr. Msina. „Die Eltern meiner Patienten haben generell wenig Wissen über Krankheiten, wie z. B. Tumore. Wenn sie hören, dass wir ihrem Kind ein Auge entfernen müssen, um es zu retten, laufen viele



↑ Gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen führt Dr. Msina (links) rund 700 Augenoperationen jährlich durch.

von ihnen davon. Und sie kommen gar nicht oder erst dann wieder, wenn der Tumor schon gestreut hat. Das ist schwer zu verkraften“, fährt sie sichtlich betroffen fort.

Chancengleichheit für Ophthalmologinnen?

Neben Dr. Msina arbeiten drei weitere Augenärztinnen im KCMC. Haben sie die gleichen Chancen wie ihre männlichen Kollegen? „Ja, das ist hier im KCMC gegeben, wir werden auch gleich bezahlt, je nach Erfahrung und Können, unabhängig vom Geschlecht“, meint Dr. Msina. „Es sind eher die Patienten, die Vorbehalte haben. Sie meinen, dass die Männer die Ärzte sind – und alle Frauen Krankenschwestern“.

Leitungspositionen männlich dominiert

Und wie steht es mit Frauen in Leitungspositionen? „Da ist noch Luft nach oben. Auf dem Papier haben wir die gleichen Chancen – doch wenn es um gut bezahlte Leitungspositionen geht, erhalten meist Männer den Zuschlag“, sagt die Augenärztin nachdenklich. „Dabei wäre es sinnvoller, nur nach fachlicher Kompetenz zu entscheiden. Ich glaube, dass Frauen viel besser gefördert werden müssen, weil von uns die Zukunft abhängt“.

In dieser Hinsicht ist die Lage in Tansania also ganz ähnlich wie in Deutschland – in anderen Aspekten aber auch ganz anders. Unabhängig vom Geschlecht gilt jedoch: Viel Engagement braucht das gesamte augenmedizinische Team im KCMC, um die Flut der jährlich rund 38.000 Augenpatientinnen und -patienten zu bewältigen.

Gemeinsame Initiative



**CBM Christoffel-Blindenmission
Christian Blind Mission e.V.**

Stubenwald-Allee 5

64625 Bensheim

Tel.: (0 62 51) 131-131

E-Mail: info@cbm.de

Spendenkonto CBM

IBAN: DE46 3702 0500 0000 0020 20

BIC: BFSWDE33XXX



DKVB

c/o Deutsches Blindenhilfswerk

Schulte-Marxloh-Straße 15

47169 Duisburg

E-Mail: info@dkvb.org

Spendenkonto DKVB

IBAN: DE91 7904 0047 0692 2223 00

BIC: COBADEFFXXX

Die Herausgeber von Global Vision bedanken sich für die freundliche Unterstützung von Dr. Reinhard Kaden und dem Kaden Verlag.

Redaktion: Dr. H. Philippin, Dr. R. Balmes, C. Ellendorff, Prof. Dr. V. Klauß, H. Hantel, U. Loos. Layout: I. Kreis, F. Zimmermann

Hinweis: Bilder ohne Mund-Nasen-Schutz wurden i.d.R. vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie erstellt.



Internationale Ophthalmologie