

Einbeziehung von Kulturmaßnahmen in die Entwicklungszusammenarbeit nur sehr schwer möglich

BOTSCHAFTER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND IN TANSANIA,

DR. ENNO BARKER, IM GESPRÄCH

Herr Botschafter, Sie sind jetzt über 3 Jahre im Land. Wie würden Sie Tansania aus Ihrer beruflichen Sicht charakterisieren?

Es ist klar, dass Tansania als eines der ärmsten Länder der Welt besonderer Unterstützung durch westliche Länder bedarf. Dies bedeutet eine etwas schwierige Balance zwischen einem Maximum an Unterstützung im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ und der Vermeidung von Fremdbestimmung. Es besteht immer die Gefahr, dass die Geber genau wissen, was für Tansania gut ist. Ich glaube, Tansania ist in solchen Fällen gut beraten, zu sagen: „Wir haben schon die nötige Expertise, wir wollen gerne mit euch darüber diskutieren, was wir auf welchem Gebiet mit welchen Prioritäten und mit welchem Tempo machen.“

In Tansania fand gerade erst wieder das jährliche Konsultativtreffen der Weltbank statt, das einen großen Dialog zwischen den Vertretern der Geber und den Vertretern der verschiedenen tansanischen Behörden darstellt und an dem sich auch der tansanische Präsident mit seinem gesamten Kabinett beteiligt hat.

Tansania ist grundsätzlich ein armes Land und ein lohnendes Ziel unserer Bemühungen um eine Steigerung des Lebensniveaus für den Durchschnittstansanier, und das sind immerhin über 30 Millionen Menschen. Tansania ist auch ein sehr großes Land, mehr als zweieinhalb Mal so groß wie Deutschland. Tansania ist ein vielfältiges, ein touristisch attraktives Land. Viele Deutsche kennen zwar die Serengeti, wissen aber nicht unbedingt, dass die Serengeti in Tansania liegt. Dies gilt auch für den Ngorongoro-Krater und für Sansibar.

Und wie beurteilen Sie Ihren Aufenthalt in Tansania ganz persönlich?

Ich bin seit über 3 Jahren hier, ich habe mir Tansania als Dienort selbst gewünscht. Dies habe ich bislang noch nie bereut, und ich finde, dass es eine spannende Aufgabe ist, in einem Land wie Tansania als Deutscher Botschafter tätig zu sein - zumal es hier ja eine präsente Erinnerung an die deutsche Kolonialzeit gibt, die (anders als bei uns) nicht negativ besetzt ist, sondern einen positiven Anknüpfungspunkt darstellt.

Können sie uns eine kurze Zustandsbeschreibung der kulturellen Beziehungen zwischen Tansania und Deutschland geben?

„Kulturelle Beziehung“ ist eine relativ pauschale Etikettierung. Wir haben sehr aktive bilaterale Beziehungen und zu diesen gehört natürlich auch eine kulturelle Komponente.

Wir haben z.B. einen Wissenschaftler- und Studentenaustausch. Ich sage ganz bewusst: Austausch. Es geht nicht nur darum, dass wir Stipendien für ein Studium hier in Tansania oder in Deutschland vergeben, sondern wir erleben zu unserer Freude auch umgekehrt, dass deutsche

Studenten hierher kommen um Praktika zu absolvieren oder im Rahmen einer deutsch-tansanischen Hochschulpartnerschaft die Universität Dar es Salaam zu besuchen. Die medizinische Universität Muhimbili hat auch solche Partnerschaften. Es gibt also angehende deutsche Mediziner, die in Tansania ihr Praktikum absolvieren. Das ist sicher eine Facette des kulturellen Austausches.

Eine andere Facette ist die jährliche Präsentation der europäischen Staaten als filmproduzierende Nationen im Rahmen von europäischen Filmwochen.

Wir erleben von Zeit zu Zeit auch umgekehrt, dass sich Tansanier in Deutschland produzieren. Wir hatten schon Theater und Tanzgruppen aus Tansania in Deutschland - leider viel zu selten. Ich finde, dass es zu wenig Austausch in den Bereichen Malerei, Darstellende Kunst und Musik gibt. Kultur ist allerdings ein Gebiet, wo man als Regierung oder Behörde (und eine Botschaft ist eine Behörde) eigentlich nur Anregungen geben kann im Vertrauen darauf, dass irgend jemand den Ball aufgreift.

Deutschland ist als ehemalige Kolonialmacht in Tansania weniger präsent als Großbritannien, das bekanntlich bei der Gründung des Staates Tansania Geburtshilfe geleistet hat. Ich habe den Eindruck, dass sich Deutschland bei der Auseinandersetzung mit seiner kolonialen Vergangenheit stark zurückhält. Dies sieht bei anderen europäischen Ländern ganz anders aus. So nimmt z.B. Spanien in Lateinamerika (obwohl dort als ehemalige Kolonialmacht gar nicht so beliebt wie die Deutschen in Tansania) eine ganz andere, positive Haltung ein.

Ich teile Ihre Prämisse nicht, dass sich Deutschland in Tansania nicht als ehemalige Kolonialmacht zu erkennen gibt. Erstens: Die britische Kolonialzeit (1916 de facto bis 1961) hat viel länger gedauert als die deutsche (1887 bis de facto 1916). Zweitens: Es waren nicht die Deutschen, sondern die Briten, die Tanganyika in die Unabhängigkeit entlassen haben. Sie stehen daher auch in einem viel direkteren Verhältnis zum tansanischen Staat.

Ich brauche Ihnen aber als Architekten und Kenner dieses Land sicher nicht zu sagen, dass Deutschland z.B. architektonisch in diesem Land viel mehr vertreten ist als Großbritannien. Es gibt viel mehr prägende und prominente Bauten aus der deutschen als aus der britischen Kolonialzeit.

Die Behauptung, wir Deutsche versuchten uns von unserer kolonialen Vergangenheit zu distanzieren, hat einen richtigen und einen taktischen Hintergrund: Der richtige Hintergrund ist der, dass wir ja alle damit aufgewachsen sind, dass Kolonialismus etwas Negatives ist. Auch wenn Deutschland im europäischen Vergleich nur eine sehr kurze koloniale Geschichte gehabt hat, dann legen wir dieses Kapitel eher in die Schmutzdecke unserer historischen Tradition. Wir sind nicht stolz darauf, dass wir in Ostafrika etwas aufgebaut haben, zumal die Art und Weise, wie wir uns in den Besitz bestimmter Territorien gebracht haben, nicht ganz lupenrein war. Der taktische Hintergrund ist der, dass die Tansanier uns ganz gerne mit dem Vorwurf des Nicht-Bekennens zur Kolonialvergangenheit konfrontieren - damit aber meinen, dass wir nicht jedes mal in die Tasche greifen, wenn ein ehemaliges deutsches Gebäude renovierungsbedürftig ist. Ich muss ganz schlicht sagen, dass wir dazu nicht in der Lage sind.

Stichwort „Kolonialarchitektur“: Sie haben persönlich im März 2000 das Ocean Road Hospital wiedereröffnet, dessen Renovierung aus Deutschland finanziert worden ist. Mir wurde berichtet,

dass Sie damals sehr deutlich darauf hingewiesen haben, dass nach der Übergabe die Tansanier die Verantwortung für den laufenden Betrieb und die zukünftige Instandhaltung hätten. Können Sie nach nunmehr fast drei Jahren schon einen Bilanz ziehen?

Ich habe in der Tat das Ocean Road Hospital in Dar es Salaam nach erfolgter Renovierung, die sich über die Amtszeiten mehrerer Botschafter hingezogen hat, persönlich an den tansanischen Präsidenten übergeben. Die Übergabe war mit der Mahnung verbunden, dass nunmehr die deutsche Verantwortung endet und die tansanische Verantwortung beginnt. Denn das Hospital ist äußerst liebevoll renoviert worden, mit einer großen Liebe zum Detail und in dem Bemühen, den ursprünglichen Zustand wieder herzustellen. Sogar die wurmstichigen ursprünglichen Dachbalken von 1897 wurden nicht etwa ersetzt, sondern sorgfältig mit Insektenvernichtungsmitteln behandelt. Die ursprünglichen Fliesen sind weitgehend durch alte Fliesen aus derselben Zeit ergänzt worden. Wir fanden hierzu in den Deutschen Kolonialarchiven eine Korrespondenz zwischen der deutschen Kolonialverwaltung in Dar es Salaam und dem Reichskolonialministerium über die zweckmäßige Form der Bodenfliesen, ob viereckig, sechseckig, achteckig. Mein Appell an die Bewahrung des Gebäudes hatte dann auch einen prompten Erfolg insofern, als mir der tansanische Gesundheitsminister bei der Eröffnung erwiderte: "Seien Sie unbesorgt, wir haben für den Bauhalt und für laufende Renovierungsarbeiten sogar schon Mittel in unserem Haushalt bereitgestellt". Noch Monate später sagte der Staatspräsident jedes Mal, wenn er mich sah: "Seien Sie unbesorgt, Ocean Road Hospital strahlt noch immer!" Ich war seitdem öfter im Gebäude und kann sagen, dass dies zwar vielleicht kein exemplarischer, aber ein erfolgreicher Fall von Renovierung ist.

Die französische Botschaft engagiert sich mit ihren Fachorganisationen schon längere Zeit in Kilwa für die Erhaltung der dortigen Kulturdenkmäler. Die schwedische Botschaft und SIDA (Swedish International Development Aid) konzipieren gerade mit dem tansanischen Department of Antiquities ein 3-Jahres-Programm für die integrierte Entwicklung von Bagamoyo, der ersten Kolonialhauptstadt von Deutsch-Ostafrika. Die Arbeit der Schweden in Bagamoyo hat dabei schon Tradition: SIDA hat z.B. vor wenigen Monaten ein Notsanierungsprogramm unterstützt, das sechs historische Gebäude ausbesserte und mit einem Dach versah: Die alte deutsche Boma (die vor weiterem Einsturz gesichert wurde), das alte deutsche Postamt, das Büro des District Commissioners, die Karawanserei, das alte deutsche Zollhaus (das von der über-wuchernden Vegetation befreit wurde) und die in deutscher Zeit erbaute Sewa Haji Schule (jetzt Mwambao Primary School). Andere Länder und andere Botschaften und Organisationen sind also bereit, sich mittelfristig und auch längerfristig in diesen Bereichen zu engagieren.

Auf deutscher Seite ist dies offenbar schwierig, von punktuellen Projekten wie das Museum in Bagamoyo oder das Ocean Road Hospital abgesehen. Worin besteht das Problem, in diesen Bereichen ebenfalls mittel- oder langfristige zu planen?

Natürlich gibt es Probleme mit der Finanzierung. Als Deutsche Botschaft haben wir bzgl. weiterer Gebäuderestaurierungen von deutschen Behörden mehrmals die Antwort bekommen: "Wir haben uns mit der Renovierung des Ocean Road Hospitals völlig verausgabt, ähnliche Projekte dieser Größenordnung sind bis auf weiteres mit Sicherheit nicht möglich."

Auf der anderen Seite könnten wir natürlich eine mittelfristige Vorstellung davon entwickeln, welche Gebäude in welchem Zustand gebracht werden und welchem Zweck sie dienen sollen. Die Frage ist allerdings: Wäre dies nicht ein kolonialer Rückfall? Mit welcher Berechtigung zerbrechen wir uns nach über 40 Jahren Unabhängigkeit an Stelle der Tansanier den Kopf darüber, welches Gebäude in welchem Komplex welche Funktion haben soll? Was hat dies mit Selbstbestimmung der Tansanier zu tun?

Auch wenn es um eine bescheidene Unterstützung von Renovierungsmaßnahmen geht, dann steht und fällt dies damit, dass die Tansanier in der Lage sind, uns zu beschreiben, was denn mit dem renovierten Gebäude anschließend passieren soll - Bürokraten nennen dies ein Nutzungskonzept. Ein solches Konzept kann oft leider nicht vorgelegt werden.

Im Übrigen: Ich finde nicht, dass wir gegenüber anderen westlichen Nationen - Sie haben die Schweden und die Franzosen genannt, man könnte auch noch die Niederländer hinzufügen, die sich auch in Bagamoyo engagiert haben - sehr abfallen. Was wir in die Renovierung des Ocean Road Hospital gesteckt haben, ist wirklich ein großer Brocken gewesen. Wir reden von fast 7 Millionen DM, die diese Maßnahme den deutschen Steuerzahler gekostet hat! Wir haben inzwischen - zugegeben in wesentlich bescheidenerem Rahmen - auch noch das sogenannte Schwesternhaus der Missionsstation von Bagamoyo renoviert. Ich habe dies im September 2001 dem katholischen Bischof von Morogoro als rechtmäßigen Eigentümer nach erfolgter Renovierung übergeben. Da gab es das Nutzungskonzept eines landeskundlichen und historischen Museums, liebevoll aufgebaut von dem deutschen Pater Johannes Henschel, der leider inzwischen nach Deutschland zurückgekehrt ist.

2002 haben wir mit ziemlichem Aufwand ein deutsches Gebäude in Tanga, nämlich die Bombo Primary School renoviert. Teilweise wurde der alte Zustand wieder hergestellt, teilweise die Schule ausgebaut, damit sie ihrer Bestimmung besser gerecht wird.

Noch einmal zur Finanzierung: Es gibt bilaterale Regierungsverhandlungen zwischen Deutschland und Tansania, die alle zwei Jahre stattfinden, demnächst wieder im Frühjahr 2003. Da werden die großen Finanztöpfe verteilt, da einigt man sich auf Prioritäten natürlich vor allem bei den vorrangigen „harten“ Themen wie Gesundheit, Armutsbekämpfung, Infrastruktur, Erziehung usw.

Wäre es nicht denkbar, auch einmal das Thema „Kultur“ mit spezifischen Programmen und Vorstellungen in diese Regierungsverhandlungen einzubringen? Mit dem Ziel größerer Mittel und größerer Kontinuität in diesem Bereich? Ist das so undenkbar - oder liegt das daran, dass die Tansanier nicht selbst Vorschläge auf den Tisch legen? Sehen Sie irgendeine Chance, das Thema „Kultur“ im Rahmen dieser Verhandlungen zu konkretisieren und Projekte in die Wege zu leiten?

Es ist richtig, dass wir voraussichtlich wieder im Frühjahr 2003 diese Regierungsverhandlungen durchführen werden. Wir haben inzwischen verabredet, zukünftig einen Drei-Jahres-Rhythmus einzuführen, d.h. im nächsten Frühjahr verabreden wir die bilaterale Zusammenarbeit für die Jahre 2003, 2004 und 2005.

Ihre Vorstellung einer Einbeziehung von Kulturmaßnahmen in die mittelfristige Zusammenarbeit verkennt zwei Dinge: Bei diesen Regierungsverhandlungen geht es um Prioritäten und Finanzierungen in der entwicklungspolitische Zusammenarbeit. Diese Gelder kommen aus dem

Etat des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Nach der deutschen Kameralistik hat das BMZ natürlich keine Mittel zur Verfügung, die für kulturelle Projekte in Anspruch genommen werden können. Die auswärtige Kulturpolitik ist beim Auswärtigen Amt angesiedelt. Deshalb haben wir uns z.B. die Mittel für die Renovierung des Schwesternhauses in Bagamoyo vom Auswärtigen Amt geholt. Schon aufgrund dieser administrativen Einschränkungen können wir also bei den Regierungsverhandlungen nicht über Kultur und kulturelle Zusammenarbeit reden.

Außerdem ein etwas ketzerischer Gedanke: Ist in einem Land wie Tansania, in dem so viele Leute unterhalb der Armutsgrenze leben, das Geld in der Gesundheitsvorsorge nicht besser untergebracht als bei der Renovierung eines 120 Jahre alten Gebäudes?

Kulturförderung muss ja nicht immer nur als Renovierung alter Gebäude begriffen werden, dies wäre ein sehr enges Verständnis von Kultur. Immer mehr Länder, vor allem die skandinavischen, sehen Kultur inzwischen als integrativen Bestandteil von „Community Development“, d.h. es gibt keine Fortschritte in der Landwirtschaft oder in der Wirtschaft, wenn es nicht gleichzeitig eine Entwicklungsmöglichkeit für die Menschen im kulturellen Bereich gibt. Selbst die Weltbank hat inzwischen das Thema „Kultur“ stärker in ihre Development Programme einbezogen. Ich glaube, man muss da nur die Perspektive ändern und erkennen, dass Kultur nicht nur die Restaurierung von Gebäuden bedeutet, sondern ein umfassenderer Begriff ist und mit lokalen Entwicklungsprozessen kombiniert werden kann. SIDA macht das in Bagamoyo vor: es gibt dort kein Programm, das Geld nur in die Gebäude steckt (was natürlich eine wichtige Komponente sein kann), sondern das Programm der Schweden ist viel umfassender. Es ist ein Community Development Programme, zu dem z.B. auch Armutsbekämpfung gehört. Bei den großen Töpfen, die ein Land wie die BRD zur Verfügung stellt, ist doch eine Summe von 1-3 Millionen EUR für einen Zeitraum von drei Jahren absolut zu verkraften und schadet auch nicht anderen Schwerpunkten wie z.B. dem Gesundheitswesen. Dies ist doch alles nur eine Frage der richtigen Integration, der Förderung des Entwicklungsprozesses insgesamt!

Ich verstehe schon, was Sie meinen. Wahrscheinlich sind wir gegenüber den Schweden, die Sie hier mehrfach angeführt haben, gehandicapt.

Zum einen dadurch, dass es bei uns eine sehr starke Aufteilung der verschiedenen verfügbaren Budgets gibt, was dazu führt, dass das BMZ nur sehr eingeschränkt auf kulturelle Zielsetzungen ansprechbar ist.

Zum anderen sind wir dadurch gehandicapt, dass wir bekanntlich ein föderal strukturierter Staat sind, in dem (so steht es im Grundgesetz) Kultur eigentlich Sache der Bundesländer ist. Sie wissen, dass sich die Bundesregierung recht mühsam eine kulturpolitische Zuständigkeit sichert, dass es mittlerweile immerhin einen Staatsminister für Kultur beim Bundeskanzler mit sozusagen gesamtstaatlicher Zuständigkeit gibt. Dies ist eine neue Entwicklung.

Dass es eine Zuständigkeit des Auswärtigen Amtes für auswärtige Kulturpolitik gibt, bedeutet nun aber nicht, dass das Auswärtige Amt ein Kulturministerium mit einem großen einschlägigen Etat wäre. Die Mittel sind hier sehr beschränkt. Schon die Mittel für die Renovierung des Schwesternhauses in Bagamoyo in Höhe von ca. 250.000 DM konnten wir nur mit einem Haushaltstrick, nämlich der Verteilung auf mehrere Haushaltsjahre, bereitstellen. Anders wäre es nicht gegangen. Das gibt Ihnen eine Vorstellung davon, in welchem engem Gehäuse wir operieren.

Das bestätigt meine Auffassung, dass hier der Kulturbegriff politisch sehr eng definiert wird. In Zusammenhang mit Entwicklungshilfe sollte er erweitert und neu überdacht werden. Natürlich haben Sie Recht in Ihrer Schilderung der verschiedenen Töpfe, aber letztendlich ist es ja eine politische Entscheidung, wie die Gelder verwendet und welche Strategien gewählt werden.

Sie haben Recht, wenn Sie sagen dass dies eine politische Entscheidung ist - und zwar eine Entscheidung, die mit Sicherheit nicht die Botschaft und auch nicht der einzelne Minister des Auswärtigen oder die Bundesregierung treffen. Die Haushaltsmittel werden in ihrer Zweckbestimmung vom Bundestag definiert. Es ist schwierig, Traditionen in dem Sinne zu verändern, wie Sie das skizziert haben.

Ein ganz konkreter Vorschlag, wie man neue Impulse in diese Diskussion vor allem in Tansania bringen könnte - Impulse für die Tansanier, aber auch für uns: Es gibt ICOMOS (International Council on Monuments and Sites), eine internationale NGO, sozusagen der weltweite Dachverband der Denkmalpflege, eine Organisation, die die UNESCO berät, z.B. in Fragen des Weltkulturerbes. In den vergangenen vier Jahren war der Präsident von ICOMOS ein Deutscher, nämlich Professor Petzet aus München. Im Dezember 2002 fand in Madrid die letzte Generalversammlung statt, auf der er sich für die nächsten vier Jahre zur Wiederwahl gestellt hat...

...er ist wiedergewählt worden.

Prima, freut mich sehr. Ich habe schon vor eineinhalb Jahren Prof. Petzet vorgeschlagen, er möge doch einmal nach Tansania kommen, um den Tansaniern Anregungen zu geben bzgl. ihrer Kulturverwaltung und ihrer Kulturarbeit. Andererseits könnte er hier auch mit eigenen Augen die koloniale deutsche architektonische Vergangenheit kennen lernen. Die ist ihm nämlich ziemlich unbekannt. Und natürlich könnte sein Besuch Impulse geben und den kulturellen Austausch fördern, z.B. durch Vorträge. Ich habe auch mit dem Director of Antiquities, Donatius Kamamba, darüber gesprochen, der auch ICOMOS-Mitglied ist, und der sehr gerne bereit ist, Prof. Petzet zu empfangen. So eine Reise würde mit sehr großer Wahrscheinlichkeit von ICOMOS oder ICCROM (International Centre for the Study of Preservation and Restoration of Cultural Property, Rom) finanziert werden, d.h. ein großer Kostenaufwand wäre damit nicht verbunden. Aber wir bräuchten eben eine offizielle Einladung vom Department of Antiquities, vielleicht in Zusammenarbeit mit der Deutschen Botschaft. Vielleicht könnte ja die Botschaft signalisieren, dass sie gerne behilflich wäre beim Arrangement, beim Organisieren der Vorträge und der Diskussionsveranstaltungen, bei der Begleitung während seiner Rundreise in Tansania. Man könnte mit dem ICOMOS-Präsidenten sehr viele Dinge vor Ort diskutieren, Meinungen austauschen und quasi eine „Gratis-Expertise“ bekommen - er arbeitet ja ehrenamtlich und ist einer der welt-besten Experten, auch ein hervorragender Vertreter des kulturellen Lebens in Deutschland. Durch so einen Besuch mit einem solchen Programm könnten hier sehr viele Impulse kommen!

Mit der Vorstellung, dass wir bei einem solchen Besuch Hilfestellung leisten, habe ich überhaupt keine Schwierigkeiten. Es ist ein vorzüglicher Anknüpfungspunkt, dass der Präsident von ICOMOS ein Deutscher ist. Natürlich können wir zusammen mit den Tansaniern einen solchen

Besuch auf die Beine stellen - unter einer Voraussetzung: zusammen mit den Tansaniern. Es ist meine ständige Erfahrung, dass solche Dinge nicht klappen, wenn sie den Tansaniern sozusagen von außen aufs Auge gedrückt werden. Mit andern Worten: Ich möchte zu-nächst einmal wissen, ob das tansanische Interesse an einem solchen Besuch mindestens ebenso groß ist wie unseres.

Wir erleben leider immer wieder, dass Tansanier uns mit irgendwelchen Wünschen konfrontieren und sehr fordernd sind, bis sich herausstellt, dass sie eine Reise organisieren, einen förmlichen Antrag stellen, eine Kostenaufstellung oder was auch immer machen müssen - dann herrscht plötzlich Funkstille, und sie sind über ein Jahr lang nicht in der Lage, auf ihrer Seite die Voraussetzungen zu schaffen.

Deswegen sage ich vorsorglich: Wenn die Tansanier ehrlich interessiert sind an diesem Besuch, dann wird er an dieser Botschaft nicht scheitern.

Gegenwärtig läuft mit der Unterstützung Schwedens ein Verfahren, Bagamoyo auf die UNESCO-Liste des Weltkulturerbes zu bekommen, und zwar nicht Bagamoyo als isolierter Ort, sondern als Bestandteil des umfassenden Themas „Sklavenroute“.

Auch hier taucht wieder das Problem auf, dass es mehr die Schweden sind, die dieses wollen, als die...

...Deutschen, wollen Sie sagen?

Nein, als die Tansanier.

Voilà! Dann sind wir auf der gleichen Wellenlänge. Die Tansanier haben eine eher diffuse Vorstellung davon, a) was es bedeutet, in das UNESCO-Weltkulturerbe aufgenommen zu werden und b) was sie selber dazu beitragen müssen. Das ist einer der Fälle, wo ich finde, dass wir gefährlich an der Grenze zur Fremdbestimmung balancieren.

Ich bin da vollkommen mit Ihnen einig, ich sehe das genauso. Auf der anderen Seite sehe ich aber auch die Notwendigkeit dieses Verfahrens. Ich habe in Bagamoyo gelebt, ich habe gespürt, wie das Erbe der Sklaverei in den Knochen der Leute steckt, ich habe das tagtäglich erlebt. Ich weiß auch: Wenn sie sich mit dem Thema nicht beschäftigen, ihrer Vergangenheitsbewältigung, wenn man so will, dann werden sie nie aus dieser Mentalität herauskommen. Von daher sehe ich diesen Ansatz, bei allen Gefahren die damit verbunden sind, auch als Notwendigkeit. Die Tansanier müssen sich mit diesem Thema auseinandersetzen, und es ist eine Chance, die man nutzen sollte. Ich meine, Deutschland sollte das Verfahren schon unterstützen, aber man sollte natürlich auch genau hinsehen, wie die Dinge laufen.

Der Freundeskreis Bagamoyo e.V. diskutiert seit kurzem auch den Gedanken, eventuell ein Haus in Bagamoyo zu übernehmen, es als Projekt zu restaurieren und gleichzeitig auch für eigene Zwecke oder auch als Kulturbegegnungsstätte (z.B. als Treffpunkt für den deutsch-tansanischen Kulturaustausch oder als Kommunikationszentrum für die über 800 NGOs, die es in Deutschland zum Thema Tansania gibt) zu etablieren. Ist es denkbar, dass so eine Initiative,

wenn das Konzept überzeugt und mit allen Beteiligten abgestimmt ist, mit der Koordination und Unterstützung der Deutschen Botschaft rechnen kann?

Grundsätzlich ist das denkbar, natürlich. Aber auch dafür gilt, dass das Ganze nicht leben wird, wenn die deutschen Organisationen und ihre tansanischen Partnerorganisationen es nicht wollen. Wenn es darum geht, eine Art Plattform dafür zu bieten, dass sich die verschiedenen Interessenten, die verschiedenen Organisationen, auf ein Konzept verständigen, dann steht selbstverständlich die Deutsche Botschaft für so etwas zur Verfügung. Wenn Sie mit „Unterstützung“ aber meinen, dass die Deutsche Botschaft dieses Projekt auf einer kontinuierlichen Basis finanziert, da kommen wir sehr schnell an den Punkt, wo wir sagen müssen: Dazu werden wir nicht in der Lage sein. Das Auswärtige Amt, diese Erfahrung machen wir immer wieder, ist nach Haushaltslage bereit, „Einmalspritzen“ zu geben, also Zuschüsse für konkrete Projekte, aber es ist sehr sehr zurückhaltend, wenn es darum geht, eine neue ständige finanzielle Verpflichtung zu etablieren. Mit anderen Worten: Eine institutionelle Förderung ist so gut wie aussichtslos.

Stichwort „Deutsche Kulturwochen in Tansania 2003“: Können Sie sich vorstellen, dass sich der Freundeskreis Bagamoyo e.V. aktiv an diesen Kulturwochen beteiligt? Er hat ja z.B. hervorragende deutsch-tansanische Kindermusical-Produktionen inszeniert, die ein großer Erfolg in Deutschland und in Tansania geworden sind...

Sie brauchen bei mir nicht dafür zu werben! Wir finden das prima, wenn die sich da einschalten wollen.

Eine letzte Frage, die einmal nichts mit Kultur zu tun hat: Es ist davon die Rede, dass im Zuge der Regierungsverhandlungen mehr Entwicklungshilfegelder als direkte Budgethilfe an die tansanische Regierung gehen sollen. Warum macht man das, wie funktioniert das und welche Vor- und Nachteile hat das?

Deutschland ist insofern nicht typisch für westliche Geberländer, als wir sehr restriktiv sind, wenn es darum geht, direkte Budgethilfe zu gewähren. Um es genauer zu sagen: Wenn „direkte Budgethilfe“ bedeutet, dass mit einem Betrag von x-Millionen Euro Löcher im Staatshaushalt gestopft werden sollen, dann tun wir dies aus Prinzip nicht. Wir betreiben keine Defizitfinanzierung in Entwicklungsländern. Wir haben lange Zeit überhaupt keine direkte Budgetfinanzierung betrieben, und wir haben erst vor zwei Jahren beschlossen, dass wir in einem Punkt von diesem Prinzip abgehen - und dieser eine Punkt ist das Gesundheitswesen.

Wir zahlen aber auch hier nicht direkt in den tansanischen Staatshaushalt ein, sondern jährlich einen bestimmten Betrag in einen gemeinsamen Topf, einen sogenannten „basket-fund“. In diesen Topf zahlen meines Wissens fünf verschiedene Geberländer ein, und über die Verwendung dieser Gelder für konkrete gesundheitliche Bedürfnisse wird einvernehmlich und selbstverständlich zusammen mit der tansanischen Regierung entschieden. Was gemeinsam finanziert wird, z.B. ein neuer Operationstisch im Krankenhaus X oder eine Impfkation im Distrikt Y, das läßt sich dann nicht mehr zuordnen als Ergebnis deutscher finanzieller Leistungen, sondern ist nun eine kollektive Leistung.

Wir haben uns mit diesem Verfahren schwer getan, denn wir legen eigentlich schon Wert darauf, dass wir sagen können, dass z.B. diese Fabrik mit soundsoviel Euro deutscher Hilfe gebaut worden ist. Wir sind in diesem Fall trotzdem vom gewohnten Prinzip abgewichen, weil es uns überzeugt hat und weil es ja auch einleuchtend ist, dass bei einer Zusammenführung aller verfügbaren Mittel verschiedener Geber viel mehr bewirkt werden kann - in einem Land, in dem das Gesundheitswesen noch eine Menge Unterstützung braucht.

Herr Botschafter Dr. Barker, vielen Dank für das Gespräch!

(Das Gespräch führt Ulrich Malisius für den Freundeskreis Bagamoyo e.V. und für Tanzania-Network.de am 20.12.2002 in der Deutschen Botschaft in Dar-es-Salaam)

Dr. Enno Barker, Studium der Politischen Ökonomie, Russisch, Englisch und Politik. Tätigkeit u.a. an den Deutschen Botschaften in Moskau, Jakarta und Washington sowie im Bundeskanzleramt und im Auswärtigen Amt. Seit Oktober 1999 Botschafter in Tansania.

Ulrich Malisius, Dipl.-Ing. Architekt und Stadtplaner, Gutachter und Berater, 1981-87 Stone Town Conservation Zanzibar (DED), 2000-01 Boma Conservation Bagamoyo (DED), z.Zt. in Sucre, Bolivien, Mitglied des Freundeskreises Bagamoyo e.V.
Veröffentlichung: „The Stone Town of Zanzibar“, 1985

Tanzania Coalition on Debt and Development Semi-Annual Report January-June 2003

Chamba Max Kajege (Coordinator Tanzania Coalition on Debt and Development)

The Tanzania Coalition on Debt and Development (TCDD) is a national coalition of Civil Society Organizations which have jointed together to form a forum to coordinate Civil Society participation in lobbying for deeper and faster debt relief or total debt cancellation. Since the HIPC initiatives was launched in late 2000, TCDD has actively involved itself in the process of formulation, implementation and monitoring of the Poverty Reduction strategy Paper (PRSP).

This briefs report covers activities done so far by TCDD in context of engagement in the PRSP Process, particularly those related to PRSP monitoring and between January and June 2003. The activities carried out this year have been financed through a grant from Misereor, a German Catholic Development agency.

Activities Done

The grant from Misereor was awarded last year in September, but the funds were dis-

bursed and ultimately accessed through Evangelical Lutheran Church in Tanzania, Northwestern Diocese, who functions as chair of TCDD no earlier than January 2003 due to bank and transfer problems. Before the funds were received, the Chair, Dr. Fidon Mwombeki continued to mobilize the members of TCDD as the year 2002 was largely inactive due to lack of funds. There was no longer a coordinator for about a year, and the first activity was to find a new coordinator. During the time of no-coordinator, the chair continued to put more time into TCDD affairs, including coordinating the search for the new coordinator. TCDD members after a long and transparent process agreed to contract Mr. Chamba Kajege as a coordinator on a part-time basis. Mr. Kajege, who is affiliated with Hakikazi Catalyst (which is one of the most ardent members of TCDD) resumed his functions in January 2003. Since then an implementation of our planned activities started and significant achievements have been realized.

Formulation of Monitoring Teams

On 7-8th February 2003, TCDD organized a two days seminar on PRSP monitoring and Budget Tracking Awareness. The main objective was to acquaint participants with knowledge and skills for PRSP monitoring and Budget Tracking. Participants were drawn among the TCDD members.

At the end of the seminar participant formed three groups for the PRSP monitoring at both macro (national) and district levels. Group one is responsible for the preparation of PRSP Monitoring Training Manual, group two for the District Training Team on PRSP Monitoring and Budget Tracking Skills, and group three for Data and Information Analysis.

The seminar resolved to conduct PRS-Monitoring in Kinondoni and Kiteto District

located in Dar es Salaam and Manyara Region respectively. While the original plan was to conduct the study in Mbozi district, the seminar found it less feasible due to different reasons, and therefore decided to replace it with Kiteto. Kiteto has a strong Civil Society presence associated with TCDD, which was more ready to conduct the study.

District seminar on PRSP monitoring and Budget Tracking

Seminars were organized for Kinondoni and Kiteto Districts on 27-28th May. A total of ten participants from each district attended. The main objective was to raise awareness of the participants on the PRSP-Processes and impart them with knowledge and skills for poverty monitoring and budget tracking for education and health sectors at district level. Ten wards were selected from each district within which monitoring will be carried out. District monitoring teams were formed.

Field Work at Macro-Level

Data collection, interviews and other documentation processes have been done. Desk work on data presentation and analysis will be done this week, under the leadership of Women Research and Documentation Project (WRDP).

National Activities

Two TCDD Steering Committee meetings were conducted in January and April. The meeting hailed the different activities being done by the coordinator to enhance TCDD leadership role in issues of debt and PRSP. Unfortunately, TCDD continued to be plagued by lack of adequate office space. TACOSODE offered some space for some months, but it was not sufficient. But due to

the resumption of the activities, and the excellent work of the coordinator which puts it a new life in our activities, Oxfarm Ireland agreed to extend assistance to TCDD for financing the acquisition of Desktop Computer, Printer, Communication requirements and topping-up the coordinator's allowance which was low. Due to lack of office and computer, it was difficult for the coordinator to operate a list serve as expected and coordination was not smooth. So, it was decided for TCDD to rent a small room for office, at Sido Building located along Bibi Titi Mohamed Road. This new development led TCDD to start soliciting funds for office lease, renovation and other charges.

Forthcoming Activities

TCDD intends to go ahead rather faster in implementing its own monitoring plan as expected, now that our early impediments have been largely overcome. We plan to finance the feed-back sessions in the two districts we have monitored, as well as a national Civil Society Forum in the later part of this year. We hope as we proceed with the activities, TCDD will reclaim its leadership role in Civil Society monitoring of debt and PRSP.

We want to continue tracking the national debt. We are pushing harder the government to come out open about the new debts incurred since we entered the HIPC. There is information that in fact, the national debt has actually increased since then. We will push to know the real profile of the national debt, both the pre and post HIPC. We are aware that the World Bank has extended a new loan to finance the Primary Education Development Plan. We are also aware they wanted also to extend another loan for HIV campaigns, which the government allegedly refused. We are increasingly concerned at the extensive debates in public which claim that the divide between the rich and the poor is outrageously widening. So, we want to stay engaged.

The intended activities are being implemented as planned. However timing of activities has been difficult due to unavoidable circumstances.

<p>Chamba Max Kajege Tanzania Coalition on Debt and Development Sido Building, Bibi Titi Mohamed Rd Dar es Salaam, tcdd@yahoo.com</p>

Schröder soll den weltweiten Kampf gegen AIDS zur Chefsache machen

Michael Hanfstängl (Nordelbisches Missionszentrum Hamburg)

Zwei wichtige Ereignisse im weltweiten Kampf gegen AIDS stehen kurz bevor:

- Am 16. Juli die Geberkonferenz in Paris in Nacharbeit zum G8 Gipfel von Evian
- Vom 10. bis 14. September 2003 die Ministerkonferenz der Welthandelsorganisation WTO in Cancún, Mexiko.

Im Juli wird abgeklärt, wie die Bereitschaft der einzelnen Länder aussieht, sich angemessen an der Finanzierung zu beteiligen. Die bisherigen gesamten Einzahlungen in den Globalen Fonds gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria von rund 1,1 Milliarden Dollar seit 2001 bleiben deutlich hinter dem Bedarf zurück. Beim G 8 Gipfel in Evian haben die Staats- und Regierungschefs der wirtschaftlich mächtigsten Industrieländer einen G8-Aktionsplan Gesundheit verabschiedet. Darin heißt es: *„Wir begrüßen die verstärkten bilateralen Verpflichtungen im Kampf gegen HIV/AIDS und erkennen gleichzeitig an, dass noch erhebliche zusätzliche Mittel erforderlich sind. Die G8-Mitglieder sind entschlossen, gemeinsam mit den Empfängerländern ihre gemeinsamen Verpflichtungen zu erfüllen, wie sie in der Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS für die Sondertagung der UN-Generalversammlung 2001 niedergelegt sind.“* Dies ist ein wichtiges politisches Signal. Da sich das bundesweite „Aktionsbündnis gegen AIDS“ an der Umsetzung der UN-Verpflichtungserklärung orientiert, können wir die Politiker beim Wort nehmen, damit zumindest das umgesetzt wird, was schon 2001 beschlossen wurde, darunter die schrittweise Aufstockung der jährlichen Ausgaben bis 2005 auf 7 bis 10 Milliarden Dollar in den Ländern mit niedrigen und mittlerem Einkommen.

Die neueste Schätzung von UNAIDS geht davon aus, dass der Bedarf eher bei 10,5 Milliarden Dollar im Jahr liegt und dass in diesem Jahr nur 4,7 Milliarden Dollar für den weltweiten Kampf gegen AIDS in den

Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ausgegeben werden. Die G8 sind sich der Finanzierungslücke bewusst. Im Rahmen des G8 Gipfels in Evian haben die USA angeboten, jährlich 1 Milliarde Dollar in den Global Funds einzuzahlen, wenn mindestens 2 Milliarden Dollar jährlich durch andere Geber eingezahlt werden. Der französische Gastgeber Präsident Chirac hat daraufhin 1 Milliarde von den Mitgliedern der europäischen Union versprochen, wovon 200 Millionen EURO aus dem Europäischen Entwicklungsfonds EDF genommen werden sollen, falls dies von den AKP-Staaten befürwortet wird. Von den restlichen 800 Millionen EURO will Frankreich jährlich 150 Millionen EUR betragen (18,75%). Präsident Chirac hat damit verbindlich eine Verdreifachung des französischen Beitrags zugesagt nach den bisherigen Einzahlungen von jeweils 50 Millionen EURO in den Jahren 2002 und 2003.

Was ist mit Deutschland? Trotz des internationalen Drucks im Umfeld des G8 Gipfels und der wachsenden Aktivitäten des „Aktionsbündnis gegen AIDS“ hat die Bundesregierung bislang keine neuen Zusagen gemacht. Deutschland hat bisher insgesamt 200 Millionen EURO zugesagt und zwar für den Fünfjahreszeitraum 2002 bis 2006. Doch wirklich eingezahlt hat Deutschland im Jahr 2002 nur 12 Millionen EURO. Für das Jahr 2003 wurden 32,5 Millionen EURO versprochen. Doch überwiesen wurde bis 30.5.2003 noch nichts, wie aus der Übersicht des Globalen Fonds hervorgeht. (siehe: www.globalfundatm.org)

Wenn Deutschland gemessen an seiner Wirtschaftskraft das einzahlen würde, was Frankreich künftig zahlt, müsste Deutschland jährlich 212 Millionen EURO einzahlen.

Land	Bruttonationaleinkommen 2001 in Mrd. Dollar (Weltentwicklungsbericht 2003, S. 286ff)	Einzahlung in den Global Fund im Jahr 2002	Angebot im Rahmen des G8 Gipfels in Evian Juni 2003
Frankreich	1377	50 mio EUR	150 mio EUR jährlich (Chirac will die EU insgesamt mit jährlich 1 Milliarde Dollar beteiligen)
Deutschland	1948	12 mio EUR (2002) (nur 6% aus der Gesamtzusage von 200 mio EUR für die Jahre 2002 bis 2006)	32,5 mio EUR (Zusage 2003, kein Angebot über die 200 mio EUR für 2002-06 hinaus.)
USA	9901	275 mio Dollar	1000 mio Dollar jährlich, falls Europa ebenso viel gibt

Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Bundesregierung auf, mindestens 100 Millionen EURO in diesem Jahr in den Global Fund einzuzahlen. Einschließlich bilateraler Projekte im Rahmen der Entwicklungshilfe soll die Bundesregierung 350 Mio. EUR jährlich an zusätzlichen (!) Mitteln bereitstellen.

In einem offenen Brief an Bundeskanzler Gerhard Schröder vom 27.6.2003 (s. auch das gelbe Mittelblatt in dieser Ausgabe) protestiert der Sprecher des „Aktionsbündnis gegen AIDS“, Karl-Heinz Heino Rothenbücher, gegen den unzureichenden deutschen Beitrag zum Globalen Fonds: *„Mit Bestürzung haben wir von der Weigerung der deutschen Bundesregierung auf dem EU-Gipfel erfahren, ihren Anteil an den europäischen Zahlungen zu leisten. Dadurch blockiert die Bundesregierung nicht nur die Zahlung der EU, sondern gefährdet in der Folge auch diejenige der USA. Durch dieses unfassbare Vorgehen setzt die Bun-*

desregierung die Fortsetzung der unersetzlichen und erfolgreichen Arbeit des Globalen Fonds aufs Spiel. Sie macht sich damit mitverantwortlich für den Tod von Millionen von Menschen in den ärmeren Ländern. Wir erwarten von Ihnen: Machen Sie die Bekämpfung von AIDS zur Chefsache Ihrer Regierung! Folgen Sie dem Beispiel Frankreichs und erhöhen Sie den deutschen Beitrag zum Globalen Fonds bis zur Geberkonferenz in Paris am 16. Juli 2003 massiv!“

Im September steht die ungelöste Frage der letzten Welthandelskonferenz von Doha vom November 2001 auf der Tagesordnung, wie die ärmsten Länder preisgünstige Medikamente erhalten können, wenn sie keine eigene Pharmaindustrie haben und somit vom Recht auf Zwangslizenzen keinen Gebrauch machen können, um preiswerte Generika herzustellen. Eigentlich hätte diese Frage bis Ende 2002 im sogenannten TRIPS Council der WTO gelöst werden sollen.

Doch Streitereien, welche Länder mit welchen Medikamenten für welche Krankheiten von einem Handel mit Generika profitieren dürfen, haben bisher keinen Kompromiss möglich gemacht. Der G8 Aktionsplan verspricht, „*dass die Verfügbarkeit und die Akzeptanz verbilligter Medikamente für die Ärmsten in gerechter, effizienter und nachhaltiger Weise erleichtert*“ werden soll. Die Regierungschefs weisen ihre Minister und Beamten an, „*dringlich mit ihren WTO-Partnern vor dem Ministertreffen in Cancún eine multilaterale Lösung im Rahmen der WTO zu erarbeiten, um die Probleme in den Griff zu bekommen*“, vor denen die Länder stehen, die keine oder nur unzureichende Produktionskapazitäten haben. Viele G8 Länder verzichten einstweilen darauf, „*gegen WTO-Mitglieder vorzugehen, die unter Zwangslizenz hergestellte Medikamente an ein bedürftiges Land liefern wollen, um öffentliche Gesundheitsrisiken zu bewältigen*.“

Auch in der Frage des Medikamentenzugangs ist aus EU-Kreisen zu hören, dass Deutschland eine bremsende Rolle eingenommen hat. Die EU-Kommission hat im Herbst des letzten Jahres einen Entwurf präsentiert, dass Pharmakonzerne lebensnotwendige Medikamente wie für den Kampf gegen AIDS entweder zu 20% des europäischen Marktpreises exportieren sollen oder zu ihren realen Produktionskosten plus einem Aufschlag von 10%. Vertreter von „Ärzte ohne Grenzen“ machten darauf aufmerksam, dass Deutschland versuche, die 20% auf 30% hochzutreiben. Verabschiedet wurde schließlich auf EU-Ebene der Kompromiss, dass entweder 25% des Marktpreises verlangt werden dürfen oder die Produktionskosten plus einem Aufschlag von 15%. Dabei haben die Pharmafirmen durchgesetzt, dass ihre Produktionskosten zum

Betriebsgeheimnis gehören und deshalb nur in der Weise überprüft werden dürfen, dass weder die EU noch andere Pharmafirmen die Daten erhalten dürfen. Insgesamt handelt es sich bei dieser EU-Verordnung um einen Rahmen für freiwillige Aktionen der Pharmafirmen, die im Gegenzug einen Schutz gegen den Reimport von verbilligten Medikamenten erhalten. Die Regelung dürfte in der Praxis kaum relevant werden, da das Preisniveau nach dem erzielten Kompromiss von den ärmsten Ländern nicht bezahlt werden kann und manche Firmen wie Glaxo Smith Kline in Einzelfällen auf freiwilliger Basis schon Rabatte von 90% eingeräumt haben. Hinzu kommt noch, dass nur die Länder Subsahara-Afrikas und die am wenigsten entwickelten Länder (LDC) in den Nutzen dieser Regelung kommen können, während für stark betroffene Regionen Asiens und der früheren Sowjetunion mit hohen HIV-Wachstumsraten dieses Angebot nicht gilt.

Im Interessenskonflikt zwischen dem Menschenrecht auf Gesundheit und damit dem Recht auf Behandlung und Zugang zu Medikamenten einerseits und den Interessen der Pharmakonzerne andererseits, geht es um die ethische Frage einer Güterabwägung. Was ist wichtiger? Der Schutz der Patente der Originalhersteller und damit das Verbot des Handels mit nachgemachten Generika-Produkten oder das Überlebensinteresse der Betroffenen? Falls die politische Entscheidung der WTO-Ministerkonferenz zu Gunsten der Behandlung der Erkrankten ausgeht, ist die Frage der Finanzierbarkeit der pharmazeutischen Forschung mitzulösen. Denn die Pharmakonzerne machen geltend, dass sie die Einnahmen aus den hohen Medikamentenpreisen benötigen, um ihre Forschungs- und Entwicklungskosten bezahlen zu können. Und es könnte die

Frage der Krankenkassen in den Industrieländern auftauchen, wieso sie für ihre Versicherten so hohe Preise für Originalprodukte zahlen, wenn dieselben Hersteller diese Medikamente mit Rabatten von 75% bis 90% an ärmere Länder liefern oder Generika aus Indien mit denselben Wirkstoffkombinationen noch günstiger zu bekommen sind. Diese Interessenskonflikte sind nicht leicht zum Ausgleich zu bringen. Die Lobbyarbeit des „Aktionsbündnisses gegen AIDS“ versucht, die Interessen der Ärmsten zu Gehör zu bringen, damit nicht einfach die

Reichsten und Mächtigsten die Regeln zu ihren Gunsten bestimmen.

Weitere Informationen unter www.aids-kampagne.de
Dort findet sich auch ein Formular, um den Appell des Aktionsbündnisses online zu unterschreiben.

Michael Hanfstängl, NMZ Agathe-Lasch-Weg 16, 22605 Hamburg, T 040 – 88181 – 321, F – 310,
m.hanfstaengl@nmz-mission.de

Behold I create a new Africa ***Statement from a Pan-African Ecumenical Consultation*** ***on NEPAD***

I am about to do a new thing; now it springs forth, do you not perceive it? I will make a way in the wilderness and rivers in the desert. [Isaiah 43:19]

We, the participants of the Pan-African Ecumenical Consultation on the New Plan for Africa's Development (NEPAD), have gathered at the Eskom Conference Centre in Johannesburg from 23rd to 26th of March 2003 under the theme "Behold I Create a New Africa" to consider how we are called to renew our beloved continent, transform our social and political institutions, reassert African values and ensure that all of Africa's people enjoy abundant life. In particular, we have come together to recognise NEPAD as a vision embodying Africa's yearning toward total emancipation and to develop ways of increasing public awareness of NEPAD, enhancing popular involvement in its implementation, and enriching the spiritual and cultural dimensions of its vision.

We recognise that

NEPAD is a framework and vision as well as a programme of action drawn up by African heads of states. It is one of the major visions that African countries have been looking forward to. The church welcomes such an initiative. However, the church needs to consider this initiative in a constructive and critical manner in light of the gospel. NEPAD seeks to enhance sustainable development by eradicating poverty and promoting democracy and good governance. It also encourages mobilisation of resources from both home and external sources to support integrated projects and programmes.

We take into consideration the problems that the African continent faces:

- Despite immense natural and human resources, African people still live with abject poverty, war, conflict, HIV/AIDS and their attendant consequences.
- There is a lack of effective accountable leadership, democracy and respect of human dignity and rights.
- There is poor communication between leaders and the people they should be accountable to.
- Most of the institutional structures of governance available hinder involvement of ordinary citizens in decision-making.
- There have been limited efforts made by African states to create infrastructure that can enable easy movement of goods as well as people.
- This has hindered information exchange and promotion of trade that would have contributed to the eradication of poverty.
- New knowledge and creativity for transformation of resources have been hindered for too long.

In this global situation, where Africa is affected by crisis, the Church has not done enough to engage African people and States to affirm their dignity and promote their skills, sense of responsibility and creativity to overcome poverty.

In terms of the ecumenical commitment, we recognise that there are four levels of interaction: continental, sub-regional, national and local levels. At each of these levels, there should be permanent/regular dialogue and interaction between and among churches/ecumenical bodies with states, and other civil society organizations about NEPAD.

Now, therefore,

1. The All Africa Conference of Churches (AACC) in conjunction with other ecumenical bodies should formulate the African Ecumenical Charter, which shall be the framework of our vision, actualization and realization of our commitment.
2. The AACC should establish a desk working on NEPAD issues. This should work hand in hand with other bodies that promote ecumenical action and understanding.
3. Churches, theological institutions and ecumenical bodies should work together to continue to:
4. promote a theology and a spirituality that enhances a holistic development of human being created in the image of God; and
5. explore and highlight the rich and positive dimensions of African culture, which are necessary for development
6. The NEPAD vision challenges churches to promote incarnated and contextualised theology for a new society in Africa.

We call on the NEPAD Secretariat to:

1. Work with the AACC and other ecumenical bodies at different levels, to establish a working relationship that enhances implementation of NEPAD in ways that promote faith, order, dignity, peace, gender equality and justice.
2. Develop and/or facilitate strategies that enable Africa to avoid negative consequences of investment, privatization, commodification of public goods (such as water, electricity, telephone). Investment should encourage and take into account empowerment of African businesspersons.
3. Facilitate formulation of strategies that ensure justice, fairness and equity in Africa's dealings with international trade.
4. Work with ecumenical bodies to mobilise resources within and outside the African continent, including Africans in the Diaspora.

We, the participants, commit ourselves to:

1. Take further action on consultation, and implementation of the NEPAD through the attached plan of action.
2. Disseminate the results of this consultation to our respective churches, ecumenical bodies and networks.
3. Dialogue with people of goodwill of other faiths in furthering this vision and commitment.
4. We acknowledge with appreciation the support and prayers of those who made this timely consultation possible. Nothing can happen if there is no dream. And when we dream together our dreams become reality.

Johannesburg, 26 March 2003

Ausschnitte aus dem Plan of Action: What to do ?

1. Formation of Ecumenical Charter. The Charter will formulate what constitutes spiritual emancipation to accompany economic emancipation in NEPAD.
2. Capacity building on issues of NEPAD.
 - Awareness raising.
 - Information packaging
 - Dissemination
 - Skills training in analysis and advocacy
 - Gender needs analysis in NEPAD
3. Resource mobilisation and fundraising on NEPAD.
4. Monitor the implementation of NEPAD. Follow through the NEPAD program of action to ensure the desired outcomes are achieved including gender concerns.
5. Advocate for the approval by African states for the establishment of institutions and protocols outlined in NEPAD:
 - Peace & Security Council
 - Pan African Parliament
 - Criminal Court
 - Peer Review to enforce NEPAD principles.
6. Facilitate gender research analysis and indicators to enhance the gender perspective in NEPAD. Initiate and promote programs that involve the youth.

7. Advocate for the upholding of positive African values that enhance dignity for all in the NEPAD. (Refer and include in Ecumenical Charter).

Phasing out of negative culture.

8. Bridging the gaps.

Communicate with governments and influence them on NEPAD.

9. Conduct proper economic analysis and research to avail information for advocacy work on NEPAD.

Research on commodification of public goods.

It is our hope that this plan of action will not remain on paper but will be implemented by all of us, our councils and churches. It is our belief that the seeds we have sown together have fallen on fertile ground.

(Der vollständige Plan of Action kann bei Interesse angefordert werden: ks@tanzania-network.de
T 0521 – 560 46 78)

Dar moves to privatise water supply

The EastAfrican (Kenya), 23. June 2003

Finnigan Simbeye

Until 1997, Tanzania's water supply and sanitation business was managed by the National Urban and Water Authority (NUWA), a state-owned institution established by an Act of Parliament in the early 1980s. When the law establishing NUWA was repealed, the Dar es Salaam Water and Sewerage Authority Act was enacted as part of the government's economic liberalisation programme.

A new water policy was also adopted to give more powers to people, especially in rural Tanzania, to start and manage their own water supply projects. The earlier policy had placed that responsibility on the government. "The new policy will help us improve the water supply system in urban centres such as Dar es Salaam by allowing private enterprise to invest in the sector," Water and Livestock Development Minister Edward Lowassa said. Most sewerage sys-

tems in the country are dilapidated due to years of neglect caused by lack of foreign currency to import spare parts. The situation has been worsened by the rapidly increasing population. "The problem of water in Dar es Salaam is mainly caused by population growth. The current infrastructure was meant to serve not more than a million people; today there are more than over two million people in Dar es Salaam. It's evident that the current system is over-stretched," said Dar es Salaam Regional Commissioner Yussuf Makamba. The Dar es Salaam Water and Sewerage Authority (Dawasa) can supply 60 million gallons of clean water per day, which falls far short of the 90 million gallons needed daily by the city.

The new law and water policy recognises the vital role that the public and private sectors can play in improving water and sanitation services in the country. Most regions have al-

ready established water boards and authorities similar to Dawasa to manage water resources by giving more responsibility to the public. Dawasa, now converted into the Public Granting Authority, has granted Biwater International of UK a 10-year lease to manage water supply services jointly with Gauff Ingenieure of Germany. Over \$164 million has been provided by international financiers and the private sector to upgrade the water supply and sanitation system in the city. A separate

regulatory body, Energy and Water Utilities Regulatory Authority (EWULA), was established by an Act of parliament in 2001 to take over the role formerly played by Dawasa. Many private companies have already been licensed to run water supply and sanitation businesses. Trucks owned by individuals and private companies deliver clean water to city residents, while others empty sewerage tanks, a task formerly monopolised by Dawasa.

*Einladung zum Studientag
des TANZANIA-NETWORK.DE e.V.*

am Samstag, den 22. November 2003 in Köln

„Die Privatisierung der Wasserversorgung in Tanzania“

Die weltweite Privatisierung von Wasser hat auch Tanzania erreicht. Welche Auswirkungen hat eine profitorientierte Unternehmensphilosophie von Privatfirmen auf den Zugang zu einem menschlichen Grundrecht - zu Wasser ? Was bedeutet die Privatisierung der Versorgung mit der lebenswichtigen Ressource Wasser an mehrheitlich ausländisch kontrollierte Firmen ? Welche Entwicklungen kommen zukünftig auf ein Land wie Tanzania zu, das die Grundversorgung seiner Bevölkerung mit den Dienstleistungen Wasser, Gesundheit und Bildung unter dem Druck der Abkommen der Welthandelsorganisation (WTO) zunehmend einem privaten Markt öffnen muss (General Agreement on Trade in Services GATS)? Welche Alternativen gibt es, die den Zugang zu Wasser für alle Menschen soziale gerecht und ökologisch nachhaltig gewährleisten ?

Diesem komplexen Themenbereich möchten wir uns mit Unterstützung kompetenter Referentinnen und Referenten aus Tanzania und Deutschland annähern. Ziele des Seminars sollen sein, die Zusammenhänge zwischen internationalen Vereinbarungen und den konkreten Auswirkungen in Tanzania zu verstehen, Alternativen zu diskutieren und konkrete Ansätze und Argumente für Lobby- und Advocacy-Arbeit vor allem im Kontext der weltweiten Liberalisierung der Wasserversorgung zu stärken.

Siehe auch die ausführliche Ankündigung auf Seite 55 in diesem Heft.

The Efforts of the German Partners in the Promotion of Health Services in Tanzania A Tanzanian's Point of View

Lucas Komba (Maastricht)

What is the Partner's Motive?

I have been asking myself this question: What is the motive behind all this co-operation from the side of the German Partner? According to my reflection, the answer is "You help us because this act of helping is worthwhile in itself". This is the highest motive one could have in helping his or her neighbour. In a Christian context this is interpreted as "The Neighbour's Love". The motive of an act is not something to be underestimated because the motive determines the merit of an act. Given certain circumstances, one could refuse to accept a precious gift simply because, the motive behind this gift is not clear.

Ladies and Gentlemen, just in case you have forgotten – I am happy to remind you that, your efforts, especially in the promotion of health services in Tanzania, is very much appreciated. I think I am even justified, on behalf of my fellow beneficiaries, to sincerely thank you for your love and concern – Asante sana.

My reflection will be like a double-edged sword. First, I will talk about the role of recipients, as a stumbling block in the promotion of health services in Tanzania. Secondly, I will talk about what the recipients expect from their German partners. In my explanation, I will not differentiate the types of efforts. I know there are drugs assistance, education assistance, machinery or equip-

ment assistance, personnel assistance, exchange programs, means of transport, construction assistances, to mention but few.

Intermediation

The distribution systems are in such a way that the German Partner gives donation and this donation goes to the beneficiaries somewhere in Tanzania. It goes through a middleman. This middleman could be anybody, the Ministry of Health, the Regional or District administrators, the Christian Social Services Commission (CSSC), an NGO Chairperson, a Bishop etc. The integrity of the middleman is a key issue.

My experience tells me that, the German Partner gives a complete trust to their middlemen. They prefer to have direct contact with a physical person rather than with a group, which is a moral person, and in this case intangible. This becomes even more dangerous when the middleman can speak the language of the partner. There is a great need of taking precautions.

Sometimes the salary of the middleman who has to handle these donations is too low. In such circumstances we need a person who is able to forget oneself for the sake of the community. We need a person who is able to offer sacrifice.

Examples: There are cases whereby NGOs have been formed, based e.g. in Dar es Salaam, using the name of a village in one of

the remotest areas of Tanzania, without even having gone to that village !

Uneven Distribution and Delay of Funds

Although I am not told to talk about the Health Sector Reform, which is underway in Tanzania, I want just to mention it by passing. Among important strategies in the implementation of the Health Sector Reform are the Cost Sharing System, the Community Health Fund, the Drug Indent System, the Sector Wide Approach (SWAp), the cross-sectoral approach, reproductive health, and the combat of HIV/AIDS.

The problem is the poor relationship between the Government and the Private Sector when it comes to finance. As we know, Churches cover about one third of primary and more than a half of secondary and tertiary health services in Tanzania. All the project funds come through the Local Government at the District level. In the distribution of these funds, there is an obvious tendency to discriminate the private health units, and in this case the diocesan health units. The CHF-funds are used to repair government health units, to provide means of transport to the government medical staff, and to finance further studies of the medical staff. The church health units are provided with funds only to cater for drug expenses, and it costs the whole litany to get these funds. We had to seat with the local government authorities to solve this problem. Fortunately, we managed to reach a compromise.

I am very much impressed to learn that in the whole process of promotion of health services, the preference is given to geographical remote areas like Lindi and

Mtwara in the southern part of Tanzania. The gap between the have and the have-nots is widening in a tremendous speed. Some places of Tanzania look attractive to everybody – attractive to the government, attractive to the tourists, attractive to the donors. As a result some parts of the country are very developed, while some parts are still in the pre-colonial African societies.

Inaccurate Financial Reports

It is very difficult to account for the use of funds. Perhaps it is easier to deal with bigger projects such as: District Health Support- Tanga GTZ, Aids Control Mbeya Region, GTZ, District Health Improvement Mtwara Region etc.

My experience tells me that, the core of this problem is lack of knowledge about record keeping.

Example: If I have to compile a financial report from twenty dispensaries, there is a danger of data cooking. First, not all reports will come in time so as to give me a ample time to compile them. Secondly, the majority of the data I am going to receive will be just cooked data. It goes without saying that this chain of cooked data will influence my final report to the German partner. Sometimes I am forced to massage the data to fit my report. I am told, there are about 100 ways to doctor a report. In any case, reading figures only in a financial report is not enough. One has to read between and even behind the figures.

Untrustworthiness and Selfishness

The efforts of our Hospital Management Teams to do a good work are sometimes hindered by a few untrustworthy individuals. Because of selfishness, some people

would like to use projects funds for their selfish ends. Sometimes, the partner does not know whom to trust. This is aggravated by a failure of one to account for the use of funds procured from the donors. Consequently, the donors would commit a fallacy of generalization and put all people of this hospital or health unit in one basket – “There are no trustworthy people”.

Example: One applies for funds to procure a Land Rover 110 for his or her health unit. After getting the money, he or she ends up buying a motor-bike.

Centralized Finance Administration

The speed of the implementation of the various programs is sometimes too slow. A program cannot draw its funds when the boss is absent. Meetings are being postponed just because the boss is not around. In this way, the project finish time must be sometimes extended. Finish time extension has always financial implications. Much time is being lost in making appointments to see the finance people rather than executing a project.

Here we need to decentralize finance administration: Every program could have its own separate account. The program manager together with two committee members could take the signing function of this account. Together with the program committee, the program manager could prepare program narratives and financial reports on quarterly basis, and submit them to the board of directors, even before sending them to the donors. Decentralization will give program managers a fair degree of autonomy in decision making, and hold them accountable for profit as well as asset

utilization. The decentralization of finance administration will solve the problems of inefficiency, lack of delegation of power and the omnipotence of the top boss in financial matters. Not only that, but also decentralization will change the hearts of the donors and convince them to increase funds to our health units.

Hierarchical and Bureaucratic Leadership

Hierarchical and bureaucratic leaders have a tendency to control every action of their subordinates. This is however, feasible and effective only when top managers know what desirable actions occur or what undesirable actions do not occur. It is very difficult for the top boss to know what is happening everywhere. As a result, the distance between the top boss and his co-workers keeps on widening.

Lack of Management Control System

There are two basic questions. First, why is management control needed? Second, how should management respond to the possible sources of control problems? We distinguish three types of management controls: Personnel and cultural controls, behavioral controls, and output controls. One must ask a number of questions: Do employees in the health unit know what is expected of them? Are they properly motivated to do what is expected or needed? Are they properly trained? Is the work properly designed? Is the hospital culture supportive in controlling individual and group behavior? In short, in our German-Tanzania partnership, in our health units, we work more on trust basis, and overlook the need of control.

Demand-driven Assistance

Sometimes the assistance we receive is not demand-driven. To put it in other words – it is not the priority of the target group. Out of a blue, one wants to donate to a certain dispensary spectacles. The middleman will not refuse this offer, because he or she fears to make the donor unhappy.

This is a cultural phenomenon which is often overlooked. The whole issue is about power distance. In Germany the power distance is small – a subordinate can say “No” to his boss. In Tanzania, the power distance is big – it is very difficult for a subordinate to say “No” to his or her boss, or even to give negative criticism.

Example: In my tribe instead of saying “No, I don’t like it”, one would say “I don’t understand it”.

Example. UNICEF wanted to build a Day Care Center somewhere in East Africa. The target group did not see this as pressing need, but the UNICEF-representative insisted that, the funds are for a DAY CARE CENTER project.

Funds without Overhead Costs

Sometimes you get funds for a given health unit without operational costs. When that health unit cannot cover the operational cost, the danger is obvious. The funds for drugs will have to cover also operational costs. The idea of local contribution is a very good idea, but if this local contribution means cash, then it is sometimes not easy to implement this idea.

The Ability of Expatriates to work with the Local Counterparts

There are many expatriates from German Development Service (ded), Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ), AGEH, German Foundation for International Development (DSE), Christian Social Services Commission (CSSC), and other private partnership representatives.

There are problems from both sides. What I have found out is that, the two don’t show, or to put it drastically, don’t realize that they need one another. Each one of them has his own competitive advantage. The counterpart has got experience while the expatriate has got expertise.

The Role of Patients in the Promotion of Health Services

In the developed world, the concept of “customer satisfaction” in healthcare industry is increasingly drawing attention. The basic question which is being asked is, how to measure customer satisfaction? Particularly the concern is, how to measure patient satisfaction. In our Tanzanian context, the voice of the patient is simply ignored. The quality of healthcare focuses entirely on internal quality assessments made by the health professionals who operate the system. Consideration of the voice of a patient in matters pertaining to healthcare activities such as admission, nursing, medical staff, daily care, and ancillary staff will best promote health services in Tanzania. Sometimes I am tempted to think that, the traditional healers are closer to their customers than the professional nurses and doctors.

Conclusion

Ladies and Gentlemen, the general health status of the population of Tanzania is still very poor. Just try to think about the infant mortality rate of 95,27 ‰, the life expectancy of 48 years, high mortality rate due to Malaria, Aids, respiratory tract infection and diarrhea diseases. Epidemics like cholera and meningitis are very rampant. The quality of our health services is often poor due to a number of reasons: lack of trained personnel, lack of motivated personnel, lack of drugs and medical supply, lack of functioning equipment etc.

I thank you Ladies and Gentlemen for your concern and the spirit of charity. I thank the churches, the government, the different charity organizations, and private donors, who commit their efforts to assist Tanzania.

I thank the management group, which made my presence with you here possible. God bless the innocent people in Iraq, God bless us all!

Asante sana! Leipzig, 22nd of March, 2003

Lukas Komba Endepolsdomein 150 NL – 6229 EP Maastricht komba@msm.nl
--

Gesundheit!

Die Einbindung des Themas Gesundheit in die allgemeine Partnerschaftsarbeit

Martin Breiwe (MISEREOR Aachen)

Eine persönliche Erfahrung vorweg...

Diskussionsabend in einer deutschen Gemeinde, die seit über 20 Jahren eine Tansania-Partnerschaft unterhält.

Aktivitäten:

- Gegenseitige Besuche
- Containerlieferungen (Altkleider, Betten für Krankenhaus, Medikamente,...)
- Finanzielle Unterstützung von Einzelvorhaben

„Hilfe zur Selbsthilfe“?

- Für die Initiatoren handelt es sich um „Hilfe zur Selbsthilfe“.
- Die Partnerschaft ist „ihr Lebenswerk“.
- Aber das Muster in der Korrespondenz: „Problem in Tansania - Brief nach Deutschland - Geld nach Tansania...“
- Vermutlich ist der Selbsthilfewille und die Selbsthilfefähigkeit dort eingeschlafen...

Beobachtungen & Erfahrungen: Gesundheit & Partnerschaften

Gesucht: Medikamente

- „Wir wollen wieder Medikamente nach Tansania schicken ... Bitte geben Sie Medikamente, die mindestens noch ein Jahr brauchbar sind, bei Willi Müller ab.“
- Altes Röntgengerät: „Ich schenke Ihnen das Röntgengerät, welches ich in meiner Praxis nicht mehr verwenden kann, für ein soziales Projekt in Tansania.“ (Dr. K. aus H.)
- Julia, 19 Jahre: „Ich möchte gerne für drei Monate bis zu meinem Studienbeginn in einem Krankenhaus in Tansania arbeiten und mithelfen...“
- Ein Brunnen für Tansania! „Die Menschen werden wegen dem schlechten Wasser krank. Wir wollen jetzt einen Brunnen in unserer Partnergemeinde anlegen. Bitte helfen Sie uns mit Spenden!“
- „Wir bauen eine Gesundheitsstation in Tansania in unserer Partnergemeinde. Dafür suchen wir ganz dringend Unterstützung. Jeder Euro zählt.“

Dann Anfrage an MISEREOR:

„Der Bau unserer Gesundheitsstation in Tansania steht fast. Leider haben wir kein Geld mehr, um das Dach zu bauen. Wir brauchen nur noch 5.000 Euro.“

Einige Gedanken ...

... zu Partnerschaft ... und Partnerschaftsarbeit

Immer mehr ...

- Pfarrgemeinden, Verbände, Gruppen haben direkte Kontakte und Beziehungen zu Gemeinden in der „Dritten Welt“.
- Motive, Zielsetzungen, Arbeitsweisen sind unterschiedlich.
- Fast alle Kontakte / Beziehungen firmieren unter dem Begriff „Partnerschaft“.

Anlässe

- Persönlicher Kontakt durch Reisen in die Dritte Welt
- Briefkontakte
- Persönliche Kontakte zu Missionaren / Entwicklungshelfern
- Ein Bittgesuch / Projektantrag...
- Der Priester der Gemeinde war zu Besuch in Deutschland
- Vermittlung über Diözese / Verband
- Kontakt über Hilfswerk

Motive

- Wir wollen direkte und persönliche Kontakte
- Wir wollen voneinander lernen
- Wir wollen miteinander glauben
- Wir wollen nicht „anonym“ helfen, sondern konkret
- Wir wollen wissen, wo unsere Spenden bleiben

Chancen

- Partnerschaften: ein Lernfeld für solidarisches Leben in der Einen Welt
- „Betroffenheit“ und Engagement durch persönliche Begegnungen im Rahmen der Partnerschaft
- Eine Gemeinde übernimmt konkret weltkirchliche Verantwortung
- Integration in das Leben der Gemeinde
- Neue Leute ansprechen...

Stärken

„Durch unsere Partnerschaft mit der Gemeinde in Tansania sehe ich die Welt mit anderen Augen. Ich lese die Zeitung „anders“. Das Schuldenproblem ist für mich konkret geworden. Wir müssen nicht nur Geld sammeln, sondern uns hier politisch einsetzen. Deshalb machen wir bei der Erlassjahrkampagne mit.“

Risiken

- Bei vielen „Partnerschaften“ handelt es sich im Grunde um „Projektfinanzierungen“
- Eine Gemeinde spielt „kleines Hilfswerk“
- Dominanz des Geldes...
- „Partnerschaft“ - das Hobby einiger reisefreudiger Gemeindemitglieder?

Gefahren

- „Wir lassen uns nicht in die Karten gucken...“
- „Wir wissen, was gut für unsere Partnergemeinde ist...“
- „Bei uns kommen die Spenden 100%ig an“
- Hilfe zur Selbsthilfe kann erlahmen...
- „Wohlstandsinseln“ - bzw.: Wie steht es um die Nachbargemeinden, die keine Kontakte nach Deutschland haben?

Partnerschaft: Anspruch

- Gegenseitigkeit
- Herrschaftsfreiheit
- Gleichberechtigung

HABARI 2 / 2003

- Voneinander lernen
- Miteinander glauben
- Füreinander einstehen

Gesundheit & Partnerschaften

Das Recht auf Gesundheit

„Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens (...).“ (WHO-Verfassung von 1948)

Welche ist die Leitfrage ?

„Wie bringen wir
Arzneimittel nach
Tansania?“

ODER „Was muss und kann getan werden, um den Menschen in unserer Partnergemeinde dabei beizustehen, einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten?“

Spontan oder mit Planung?

„Es werden dringend Medikamente benötigt ... Das stand doch im letzten Fax aus Tansania.“

ODER Im offenen Dialog mit den Partnern in Tansania sich einen Überblick über die Gesundheitssituation verschaffen - als Grundlage für die Planung von einzelnen Maßnahmen.

Über den Tellerrand...

Unsere Partnergemeinde in Tansania

ODER Gesundheitssituation

- in der Partnergemeinde
- in den Nachbargemeinden
- im Distrikt
- in der Region
- in der Diözese

Solange es für die Partner in Tansania „einfacher“ ist einen Brief nach Deutschland mit der Bitte um Hilfe zu schreiben, statt sich um Zugang zu lokalen Ressourcen zu bemühen, läuft etwas falsch in den partnerschaftlichen Beziehungen.

Gesundheitsarbeit im Rahmen der Partnerschaften: Ja, auf alle Fälle.

Aber nicht an der Krankheit „Projektitis“ erkranken, sondern orientiert am „Zugang zum Grundrecht auf Gesundheit“ den Austausch mit anderen suchen und fachlichen Rat einholen.

Fachlicher Austausch und Rat...

In Tansania: z.B. Abstimmung von Projektvorhaben mit den Diözesanen Entwicklungsbüros,

In Deutschland (z.B.):

- DIFÄM (Deutsches Institut für Ärztliche Mission)

- Missionsärztliches Institut Würzburg
- Action Medeor
- MISEREOR
- FAKT
- Tanzania-Network.de e.V.
- ...

Leipzig, 22. März 2003

Adressen:

action medeor e.V., Deutsches
Medikamenten-Hilfswerk
St. Töniser Str. 21, 47918 Tönisvorst
T 021 56 - 97 88-0, F 021 56 - 97 88-
88, www.medeor.org

**Deutsches Institut für Ärztliche
Mission (DIFÄM)**, Postfach 1307,
72003 Tübingen, Paul-Lechler-Straße
24, 72076 Tübingen, T 07071 - 206512
F 07071 – 206510 info@difaem.de
www.difaem.de

FAKT Fördergesellschaft für
Angepasste Technik, Gänsheidestr. 43,
70184 Stuttgart, T 0711 – 21095 – 0

Misereor, Mozartstraße 9, 52064
Aachen, T 0241 - 442-0,
www.misereor.de

Missionsärztliches Institut Würzburg
Katholische Fachstelle für internationale
Gesundheit, Salvatorstr. 7, 97074
Würzburg, T 0931 - 791-2900
F 0931 - 791-2801
mi.gf@mail.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/missio/

Wichtige Medien:

- Leitlinien für Arzneimittelspenden (20 Seiten, kostenlos zu beziehen bei DIFÄM)
- Leitlinien für Gerätespenden (20 Seiten, kostenlos zu beziehen bei FAKT)
- Faltblätter Arzneimittel spenden, aber wie ? (Zu bestellen bei DIFÄM oder zum Herunterladen)
 - Ein Ratgeber für Aktionsgruppen (http://www.difaem.de/Publikationen/Prospekt_Arzneimittelhilfe.pdf)
 - Ein Ratgeber für Privathaushalte (http://www.difaem.de/AMH-Dateien/prospekt_haushalt.pdf)
 - Ein Ratgeber Ärztinnen und Ärzte (http://www.difaem.de/AMH-Dateien/prospekt_arzt.pdf)

Medikamentenspenden und Medizintechnik

Kornelia Kilian (Berlin)

In unserer Gruppe auf dem Seminar in Leipzig ging es um die Themen Technik, Hygiene und Medikamentenspendungen. Zuerst erzählte uns Herr Gernhardt anhand von Bildern und Schilderungen über die Projekte der „Afrikahilfe Schondorf“ mit ihren Partnern im Süden Tanzanias. Besonders ging er darauf ein, wie sie Krankenhäuser und Krankenstationen der Partner mit erneuerbaren Energieinstallationen, wie Solaranlagen, ausstatteten.

In der darauffolgenden Diskussion über erneuerbare Energie (im Gesundheitswesen) stellten wir fest, dass die Verbreitung entsprechender Informationen über Vertriebszentren der Technik erneuerbarer Energie sowohl in Tanzania, als auch in Deutschland sehr hilfreich wäre. Auch Hinweise zu Fachkräften und Organisationen sollten bekannt und leicht zugänglich gemacht werden. Vielleicht über das Tanzania-Network.de e.V. !?

Zur Hygiene stellte sich uns die Frage, wer in Tanzania die Standards dafür festlegt. Im Plenum wurde dazu geäußert, dass es sicher auch in Tanzania normierte Hygiene-Standards gibt, es jedoch oft an der Einhaltung und /oder der Kontrolle scheitert und die Hygiene in gesundheitlichen Einrichtungen vernachlässigt wird.



Wir kamen zu der Feststellung, dass bei der Planung von Projekten, vor allem im Gesundheitswesen, hygienische Standards festgelegt und beachtet werden müssen, besonders bei Sanitäranlagen und wenn es um Wasser geht.

Über Medikamentenspendungen waren wir uns alle einig, dass sie einerseits über medizinische Aktionen, wie „action medeor“ organisiert werden können (s. auch Adressen auf S. 29) . Oder es werden die benötigten Medikamente durch finanzielle Unterstützung in Tanzania selbst gekauft.

Bei Projekten sollte stets darauf geachtet werden, lokale Unternehmen und die Berufsausbildung in den jeweiligen Bereichen zu unterstützen. Dies gilt nicht nur für Projekte im Gesundheitswesen. Auch sollten nach Möglichkeit Geräte und andere Dinge in Tanzania gekauft werden. Zum einen, um die dortige Wirtschaft zu fördern, aber auch um von Spenden alter, in Deutschland nicht mehr zu gebrauchender Dinge abzukommen. Dies muss immer wieder betont werden.

Kornelia Kilian, Erich-Weinert-Str. 16,
10439 Berlin T 030 – 428 50172
konokono@web.de

action medeor e.V., Deutsches
Medikamenten-Hilfswerk
St. Töniser Str. 21, 47918 Tönisvorst
T 021 56 - 97 88-0, F 021 56 - 97 88-
88, www.medeor.org

HABARI 2 / 2003

Extending health protection in Tanzania

- Networking between health financing mechanisms

Luise Steinwachs (Bielefeld)

The majority of the population in Tanzania are dependent on low and irregular incomes. Many people have been effectively excluded from access to appropriate health care because of the introduction in 1993 of user fees for public health services. Membership of public social security schemes including health insurance is tied to formal employment and only 4 per cent of the labour force is employed in the formal sector. Social disintegration is growing and strategies to sustain livelihood, based on social relationships and networks, are easily strained. On the other hand, new social organizations and systems are being based on profession, occupation or religion. One of their principle objectives is to secure access to health care at any time – at least at the primary care level.

Like many other countries, the Structural Adjustment Programme (SAP) policies applied to Tanzania caused severe problems, especially in the areas of social security and health care services. SAP resulted in a general fall in living conditions and livelihoods. Along with the SAP, the government in 1993 introduced fees for using health services. In Tanzania, people were used to paying for the services of private health providers, but public services had always been free. A Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP 2000/2001), currently under implementation, waives school fees at primary level, but introduces user fees for health services. The policy of the Ministry of Health is to introduce these fees to the level of dispensaries and health centres. In some districts this system is already in place. Most Tanzanians have a low and irregular income, which results in periodic shortages of money for family health care. During such periods they are effectively excluded from access to appropriate health services (van Ginneken 1999). Moreover, people are already financing and delivering

health care needs in the *care economy*, that is, by looking after and nursing patients at home and treating ailments with popular medicine.

Collective health financing mechanisms

As in other developing countries the formal employment sector in Tanzania is very small. It is estimated that between 79 and 84 per cent of the Tanzanian labour force is engaged in agriculture (United Nations Development Programme (UNDP) 1999, World Bank 1999). The Tanzanian government estimates that the expanding informal sector (excluding agriculture in rural areas) accounts for 12 per cent of the employed working-age population. The formal sector including civil services, parastatals and private firms is estimated at about 6 per cent of the employed population. Civil service employment was reduced drastically by about 84,000 people between 1993/94 and 1997/98, which was 24 per cent of total employment in the civil services, due to SAP

measures (International Monetary Fund 1999). In 1998, 7,000 civil servants were again retrenched of whom 3,000 belonged to the health sector. Since diversity of income generating activities is one of many survival strategies, it is not easy to know the picture of the Tanzanian labour market. The German Development Service estimates that between 38 and 56 per cent of the labour force in urban, and 15 per cent in rural areas, is engaged in micro enterprises (up to 5 employees) and small enterprises (6 to 50 employees).

Formal social security

Formal social security schemes are usually tied to formal employment. The contribution to any mechanism is divided between employer and employee, whereby the benefit is accessible for the employee and their immediate family.

According to the UNDP the adult labour force in Tanzania includes 14.6 million people (UNDP 1999). Members of the two formal social security schemes (NSSF, NHIS) number about 600,000 persons. Thus, the rate of people covered by formal social security schemes is less than 4 per cent, provided that yearly 600,000 people seek new jobs primarily in the informal labour market (UNDP 1999). Since the NSSF has not yet started to operate its health insurance component, the number of people covered for health care is even less than 4 per cent of the labour force. In general, women tend to have less coverage than men in formal schemes since their rate of employment is lower (Kasente 2000). They might have indirect coverage secured through arrangements for their husbands, but this does not take into account those women who are unmarried or those who live in a family structure that precludes

eligibility to these schemes (Wanitzek 1988). Women who live in polygamy are additionally disadvantaged since usually each woman is regarded as having a separate household and therefore obliged to contribute to its respective security system. The increasing number of households headed by a single female (unmarried, divorced, or widowed), do not have the possibility of social security if they are not in formal employment, which is rare in the case of women. In this situation, the distribution of resources and entitlements within one productive entity becomes vital.

The National Social Security Fund - NSSF

The NSSF is a social security scheme, which covers compulsorily every non-pensionable employee in mainland Tanzania. The programme includes pensions after retirement, survivors and invalidity pensions, maternity benefits, funeral grants and a lump sum paid on emigration. A health insurance scheme is being prepared.

The National Health Insurance Scheme - NHIS

The introduction of the NHIS was planned to take place at the same time as that of cost-sharing (1993). However, its implementation was delayed (Mapunda 2001). At present it covers only central government employees including spouses and up to four children or legal dependants. For these employees it is obligatory to contribute to the NHIS. The contribution, which is 6 per cent of the salary, is divided equally between the employee and the government. By 1998 about 263.629 people were employed in the civil services (International Monetary Fund 1999). After retirement members receive benefits for up to three months following which they are dependent on alternative

solidarity mechanisms, similar to members of the NSSF.

Community Health Fund managed by local governments

The Community Health Fund (CHF) Act, 2001 was released in April 2001, accompanied by the *CHF Model By-laws* (May 2001) and the *Council Health Service Board Establishment Instrument* (May 2001). It stipulates that the CHF should be established as a voluntary pre-payment scheme at urban or district council level. The Act was put into effect in order to give councils the opportunity to start a CHF, which up to this time had only been possible for some pilot districts. As part of the Health Sector Reform, it is the councils' decision to start a CHF. One of the objectives of the CHF is to "improve health care services management in the communities through decentralization by empowering the communities in making decisions and by contribution on matters affecting their health." (GoT 2001, p.3). According to the Government, cost-sharing even down to the level of health centres and dispensaries, should have been introduced at the same time as the CHF, which was designed as a "safety net" for parts of the population with seasonal and irregular income. The CHF is a voluntary pre-payment mechanism at household level. A household can consist of groups or families. Criteria like family size are to be defined by the Council Health Service Board (Steinwachs 2001b). The providers can be government or private for-profit and non-profit health schemes. The benefit package includes PHC and can be extended to provide some hospital care depending on the design of the CHF.

The CHF is not a new form of self-organization but a government-initiated scheme, which is regulated by the *Community Health Fund Act*. The overall management is left to district level and community participation is very limited. The CHF design goes along with subsidies in form of matching funds provided by the Government (financed through World Bank credits). It should be further explored whether these large amounts of subsidies undermine the idea of community-based self-organization.

Through the matching funds, which are directed only towards the members of CHF, people are encouraged to enter the scheme because they will pay less for their health care. The matching funds are provided only at the initial phase as an incentive to join the fund. After the CHF begins to operate successfully the matching funds will be gradually withdrawn. Therefore, one main rationale to join the CHF, which is to pay less, will then be undermined by withdrawing these additional funds and increasing the CHF contribution. The initial subsidies are supportive but their reduction at a later stage needs to be negotiated, administered and conducted in a transparent way with the strong participation and agreement of its members and the communities.

The question remains whether the respective design of the CHF is appropriate to the life conditions of the population. The idea to start the scheme did not grow in the communities but was brought from outside. Their participation in developing it has not been very strong so far and concerned only the involvement of the Ward Health Committees, whereby - as in most formal institutions - women are under-represented. If the CHF is to operate successfully, strong community participation in developing the

design and controlling the collection and use of the funds is indispensable. In establishing the CHF it is crucial to include the perspectives of women and their forms of self-organization in women groups, since women are usually responsible for health matters in the family. Thus the present form of participation of community members is strongly biased and insufficient.

Self-organization to make health services available

Due to the lack of state provisions to make health services accessible for all and because conventional social security arrangements like family relations are increasingly overstrained, many new forms of health-financing mechanisms have been established in Tanzania. Some of these were initiated and designed by health providers in order to strengthen their financial basis and to improve the quality of health services. However, the vast majority of these new forms of health-financing mechanisms are community-based schemes, which were established in self-organization. One of their main objectives is to provide security during the whole year regardless of the season, and to lower the individual burden by risk-sharing within a group of people. These new forms (through regular contributions) try to avoid indebtedness when very costly health services are needed. While the income of informal activities is irregular, contingencies like sickness are also irregular and unforeseeable. The problem starts when resources are needed but cannot be provided from income. Social security arrangements can try to level out these irregularities among their members.

Creating networks of small-scale schemes

In urban areas and also in villages, professionals and members of occupational groups organize themselves in the form of co-operatives or associations. One of the purposes of these groups is to share their work facilities such as tools, machines and the work place. Usually members contribute to a fund that covers the expenses for electricity, work place and water. These funds might provide loans for children's education and health. Based on relations they also form groups for mutual support and aid. This may be in the form of rotating saving and credit clubs (ROSCAS) whereby everybody is entitled to get the collected sum weekly or monthly. Another possibility is the provision of credit. These groups are based on relations of mutual trust and knowledge of the life conditions of the members. Usually credits can be used for investments into business, but sometimes they may be used to pay for health services. This is possible because if a person has problems in paying back the credit, the other group members could sell his/her work facilities or property to cover the amount owed. The main conditions here are mutual trust and knowledge, and the presence of at least some property in the form of tools, machines and so on.

Evangelical Lutheran Church - ELCT

The ELCT has developed a partnership model of health financing whereby the health fund is hospital-based, but with strong participation of its members. The health fund is open not only to members of the Lutheran Church but to others as well. The area of coverage is defined according to geographical criteria. The population of the so-called catchment area may become members of the health fund, which is based

at the respective hospital of the Lutheran Church. Each fund is administered and designed by the responsible management-team of every single health fund. Since the basic criterion of the coverage is the catchment area of the hospital, different levels of income can be combined within the health fund. The amount of contribution is fixed only in accordance with the size of a family. ELCT schemes provide primary health care and hospital care up to a certain level, which is agreed upon for the respective fund. Primary health care at hospitals is relatively expensive (Flessa 1998). Furthermore, health services provided by NGOs are more expensive than services at government institutions since the latter receive higher amounts of subsidies. As long as NGO hospitals do not provide significantly better quality care than government institutions, people tend to use the latter for primary health care as has been observed in Bumbuli where there is one Lutheran Hospital and one government dispensary (Steinwachs 2001a).

Since religion is a translocal construction by definition, founding health-financing networks on the basis of religion can include the diversity of different income levels. It can also overcome problems caused by the irregularity of income of large parts of the population through linking the formal/informal and agricultural sector and their respective income groups. However, religion does not cover the whole population and leaves opportunities for choice. Since the ELCT funds are attached to hospitals of the Lutheran Church, it should be possible to extend the entitlement of the members so that they could use all the Lutheran hospitals and health centres in the whole country. In this way a member living in Bumbuli but visiting friends or relatives in Arusha could

use the health services at Arusha Selian Hospital (ELCT) as a member of the church-based health fund network. It is possible that due to the varying quality of health services the user rates and hence the expenses of each hospital differ, and therefore a mode of cross subsidies within the ELCT should be established to level out these differences. The ELCT would be able to further enlarge coverage by extending the internal networking of its health funds to a nation-wide network, which would in the end embrace all Lutheran Church Hospitals.

Tanzania Episcopal Conference - TEC

The Catholic Church of Tanzania has begun health insurance that is based on membership of a congregation. The contracted health facilities do not necessarily belong to the church but can be run by private-for-profit health providers. The health fund is only applicable to the selected provider, which may be far away from the home area of the members of the fund. The necessary visits to the health facility can entail considerable travel costs. There is no competition among health providers because the fund members have no choice other than the contracted health provider. The TEC health schemes face severe problems primarily because the limited number of health providers contracted is usually close to the Church buildings but not necessarily to the home area of the parish members. The Catholic Church could take the opportunity to establish a network of health facilities that would provide health services financed by the health fund network. This extended network would cover different income groups since it is based on the membership to the Catholic Church, which is a criterion transcending occupation and income. When extending the

network to nation-wide coverage it could even transcend regional aspects, provided that appropriate mechanisms of redistribution are implemented. Given their size, the coverage of these schemes should be extended to those parts of the population who are not able to contribute at present but had been contributing previously. This is true for people in old age and for those who have become disabled or are suffering from long-term sickness. They should still be covered by their respective schemes and this would follow the experience of time lag that commonly occurs in solidarity relationships. It would be a form of levelling out different income levels and different abilities to contribute.

Conclusions

The relevance of social security arrangements to the varied life situations of the population can be supported not by standardizing social security but by strengthening the plurality of security arrangements. An integrated approach characterized by networking and linking different security arrangements could extend the coverage of social protection to those who are in permanent search for social security.

The life situations and circumstances in Tanzania are extremely diversified and the gap between rich and poor is still widening. A network of several arrangements could extend the coverage onto almost the whole population provided that mechanisms of horizontal and vertical redistribution such as cross-subsidies and external subsidies are in place.

Aus: Luise Steinwachs: Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms. ESS Paper No 7, Social Security Policy and Development Branch International Labour Office Geneva, International Labour Office, 2002

Das gesamte Papier kann heruntergeladen werden:

<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/download/esspaper7.pdf>

Luise Steinwachs, Koordinationsstelle
Tanzania-Network.de e.V.
Markgrafenstr. 7, 33602 Bielefeld
T 0521 – 560 46 78, F 560 46 79
ks@tanzania-network.de

Konsequenzen und Implikationen der Gesundheitsreform

Antje Hammer (Leipzig)

Die Arbeitsgruppe auf dem Seminar des Tanzania-Network.de e.V. in Leipzig im März 2003 befasste sich mit vier Hauptproblemen: mit den Konsequenzen und Implikationen der Gesundheitsreform, mit Löhnen und Gehältern im Gesundheitswe-

sen, mit der Krankenversicherung und Qualitätsmanagement im Krankenhausbereich. Wie wir bereits im Vortrag gehört hatten, ist die staatliche Gesundheitsreform weit vorgeschritten, jedoch noch nicht abgeschlossen. Die Kostenbeteiligung, die in den medizinischen Einrichtungen der Kirche

schon immer bestand, betrifft seit längerem auch den staatlichen Bereich. Es existieren zahlreiche Regelungen, die es den sozial Schwachen ermöglichen sollen, trotzdem medizinisch versorgt zu werden. So müssen chronisch Kranke, Kinder unter 5 und alte Menschen über 60 Jahre nichts zu den Behandlungskosten dazuzahlen. Es gibt weitere Ausnahmen. Leider wissen nicht alle Betroffenen etwas von dieser Kostenbefreiung.

Das Entlohnungssystem im Gesundheitssektor ist durch die Zulagenregelung sehr undurchschaubar. Fakt ist, dass das Fachpersonal, sowohl aus dem medizinischen Bereich, als auch aus der Verwaltung, bevorzugt in Städten wie Dar es Salaam, Moshi, Arusha und Morogoro arbeiten möchte, da dort bessere Bedingungen für die Ausbildung der Kinder gegeben sind und außerdem Nebenverdienstmöglichkeiten bestehen. Dadurch kommt es zu häufigem Personalwechsel und Fluktuation an den Krankenhäusern und Dispensaries. Dies wirkt sich negativ auf die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen aus. Gutes Personal wandert ab. Hier könnte die Partnerschaftsarbeit gezielt ansetzen, indem zum Beispiel Ausbildungsbeihilfen für die Kinder gezahlt werden (Internatskosten, Schulausbildung). Auch intensive Partnerschaftsbeziehungen zu Deutschland und gegenseitige Besuche sind Anreize zum Bleiben in den weniger entwickelten Gebieten des Landes. Eine Gehaltszulage ist auch möglich, aber umstritten. Diese kann zu Neid und Missgunst unter den Angestellten führen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Bezahlbarkeit von Behandlungskosten. Die bereits erwähnte Beteiligung an den Kosten trifft besonders die einkommensschwachen Familien trotz der zahlreichen Ausnahmere-

gelungen hart. In einigen Krankenhäusern und deren Außenstationen gibt es den sogenannten „Poor People Fund“. Dieser kommt für Behandlungskosten armer Familien auf. Sie müssen natürlich ihre schlechte finanzielle Lage nachweisen. Dafür reicht in der Regel eine Mitteilung des Dorfältesten als Beleg. Der Poor People Fund wird durch Geldspenden der Partner erst möglich. Eine gute Möglichkeit für Partnerschaftsgruppen, Benachteiligte in Tansania zu unterstützen. Die Möglichkeit, Kosten für medizinische Behandlung über Krankenversicherungen abzudecken besteht auch in Tansania. Es gibt private, staatliche und kirchliche Modelle. Die einzelnen Diözesen haben Ideen entwickelt und einige umgesetzt. Vieles ist noch nicht ausgereift oder wird im Zuge der Gesundheitsreform erst verwirklicht.

Das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser ist sehr unterschiedlich. Die Leistung für das eingezahlte Geld ist oft nicht adäquat. Regionalbezogene Krankenversicherungen werden meist nur von einkommensstarken Familien genutzt. Fachpersonal, das für die Abwicklung der Versicherungsleistung dringend benötigt wird, ist oft nicht vor Ort, ungenügend ausgebildet oder mit anderen Aufgaben überlastet. Der Versicherungsgedanke, wie er in Deutschland praktiziert wird, ist so nicht auf Tansania übertragbar. Basisorientierte Partnerschaftsgruppen sollten sich unserer Meinung nach nicht mit dem Problem der Krankenversicherung konkret auseinandersetzen. Die Dimension ist zu groß. Es greifen zu viele Ebenen (staatliche, privatwirtschaftliche, etc.) ineinander. Wir sollten die zukünftige Entwicklung abwarten.

HABARI 2 / 2003

Antje Hammer, Geutebrückstr. 3,
04328 Leipzig, T 0341 – 252 1545
antjehammer@hotmail.com

Wo Effizienz Leben rettet!

Prof.Dr. Steffen Fleßa (Universität Heidelberg)

Die Gesundheitssituation in Entwicklungsländern ist nach wie vor dramatisch. Täglich sterben Menschen, weil essentielle Medikamente nicht verfügbar sind, weil qualifiziertes Personal fehlt oder weil die knappen Gesundheitsbudgets in einige wenige Luxuskrankenhäuser in den großen Städten fließen. In den letzten 20 Jahren hat sich insbesondere die kurative Versorgung der Bevölkerung eher verschlechtert. Viele Krankenhausbauten stammen noch aus der Kolonialzeit, ihre natürliche Lebensdauer ist überschritten. Für einen Ersatz fehlt das Geld. Der Ausbau von Basisgesundheitsdiensten wurde zwar begonnen, jedoch in vielen Ländern nicht konsequent durchgeführt. Schließlich führen neue Krankheiten, wie z. B. AIDS, und wieder erstarkende Epidemien, wie z. B. Malaria, zu einer zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, die von den bestehenden Diensten nicht beantwortet werden kann. Die Gesundheitspolitik kann diese Krise verschieden beantworten. Zuerst wird sie versuchen, die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erhöhen. So forderte beispielsweise der Weltentwicklungsbericht 1993 („Investing in Health“) eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr auf mindestens 12 US\$, um eine Basisversorgung („Basic Package“) zu gewährleisten. Der im Jahr 2002 erschienene Bericht der „Commission on Macroeconomics and Health“ wirft eine Zahl von 34 US\$ pro Kopf und Jahr in die Diskussion. Dieser Betrag sollte genügen, um die gesundheitsbedingten Entwicklungshemmnisse zu beseitigen. So begeisternd diese Forderungen sind – so unrealistisch sind sie in Afrika.

Die meisten afrikanischen Entwicklungsländer geben weniger als 10 US\$ pro Kopf und Jahr für die Gesundheitsversorgung aus. Tansania budgetiert zwar immer um die 4 US\$ und hofft, dass aus privaten bzw. überseeischen Quellen noch einmal derselbe Betrag fließt, es gibt jedoch Distrikte, in denen im Durchschnitt weniger als 4 US\$ für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. An eine Erhöhung auf 12 US\$ oder gar 34 US\$ ist derzeit überhaupt nicht zu denken.

Eine weitere Alternative ist die Reduktion der Dienste auf wenige städtische Zentren und für eine Elitebevölkerung. Dieser Vorschlag scheint allen humanistischen und christlichen Werten zu widersprechen und wird trotzdem de facto von einigen Kirchen praktiziert. In einer Studie konnte ich nachweisen, dass es lutherische Krankenhäuser gibt, die sich zu Elitekliniken entwickelt haben. Sie ziehen ihr primäres Klientel aus den städtischen Räumen, obwohl sie selbst ursprünglich für ländliche Bereiche gegründet wurden. Ihre Preise sind derart hoch, dass sich die eigentliche Einzugsbevölkerung diese Dienste nicht mehr leisten kann. Warum sie das tun? Einfach deshalb, weil sie sonst keine Überlebenschance haben. Die Einzugsbevölkerung ist so arm, dass sie auch niedrige Gebühren nicht bezahlen kann. Das Krankenhaus überlebt mit Hilfe der reichen Oberschicht aus der Stadt – und verfehlt seine ursprüngliche Bestimmung, den Ärmsten zu helfen.

Schließlich bleibt noch eine Alternative: die Erhöhung der Effizienz des bestehenden Systems. Der Begriff „Effizienz“ deutet an, dass mit gegebenen Inputs ein möglichst

großer Output (Maximalprinzip) oder ein gegebener Output mit möglichst geringem Input (Minimalprinzip) erzeugt werden soll. Die einfachste Form der Effizienz ist die Produktivität. Man stelle sich eine Dampflok vor. Mit 100 kg Kohle fährt sie 1 km weit. Nun verbessert ein Ingenieur die Dampfmaschine, so dass der Zug mit 100 kg Kohle 2 km weit kommt, bzw. dass er für die Strecke von 1 km nur noch 70 kg Kohle benötigt. Die Produktivität, d.h. die Ergiebigkeit des Einsatzfaktors ist erhöht. Wohl dem Ingenieur, der dies schafft! Wohl dem Krankenhausmanager, der mit gegebenen Gebäuden, Medikamenten, Personal und Fahrzeugen mehr Patienten besser behandelt! Effizienz führt dazu, dass mehr Patienten besser behandelt werden können. Effizienz ist das Gegenteil von Verschwendung. Wer Medikamente verschwendet, indem er sie im Lager verderben lässt, nimmt sie zukünftigen Patienten weg. Wer alle Ressourcen in ein einziges Tertiärkrankenhaus in der Hauptstadt investiert, beraubt die Bevölkerungsmehrheit am flachen Land dieser Ressourcen. Nur wer effizient handelt, macht das Beste für die Patienten – Effizienz rettet Leben, weil sie die bestmögliche Ausnutzung der Einsatzfaktoren garantiert.

Das Beispiel der Dampflok ist jedoch noch nicht ganz komplett. Die Lok benötigt zusätzlich einen oder mehrere Lokführer sowie Wasser zum Fahren. Wie ist die Effizienz zu bewerten, wenn die alte Lok nur einen Lokführer und 1000 l Wasser benötigt hat, die neue Lok mit der verbesserten Dampfmaschine jedoch zwei Lokführer und 2000 l Wasser für dieselbe Strecke benötigt? Bezüglich der Kohle ist die neue effizienter, bezüglich des Lokführers und des Wasser war die alte Maschine besser. Welche ist nun insgesamt effizient? Man kann diese Frage nur beantworten, wenn man Kohle,

Lokführer und Wasser gewichtet, d.h. bewertet. Die Suche nach geeigneten Gewichtungsfaktoren ist schwierig. In der Praxis verwendet man oft die Preise für diese Faktoren: Der Lokführer kostet 10 Euro pro Fahrt, die Kohle 2 Euro pro Zentner und das Wasser 1 Euro pro 1000 l. Nun kann man die Kosten pro gefahrenen km vergleichen, d.h. man kann die Wirtschaftlichkeit berechnen. In den meisten Fällen genügt dies. Das Gesundheitswesen kann nicht einfach auf eine monetäre Bewertung zurückgreifen, da das Leiden und Sterben von Menschen nicht in Euro oder TShs ausgedrückt werden kann. Wir müssen dies aber auch nicht. Was spricht dagegen, die Zahl der vermiedenen Todesfälle zu vergleichen? Ich investiere 1 Million Euro in eine Dialysestation in Dar-es-Salaam oder in ein Bettnetzprogramm in Singida. Wie viele Menschenleben werde ich retten? Der Staat Tansania sendet zwei Ärzte zur Weiterbildung am Kernspint nach USA, oder er bildet für dasselbe Geld 100 Assistant Medical Officers aus? Was bringt mehr Menschenleben? Was bringt mehr Lebensqualität für Tansanier? Was ist effizienter?

Diesen Fragestellungen hat sich die Abteilung für Tropenhygiene und Public Health an der Universität Heidelberg seit Jahren verschrieben. Die Suche nach einer humanen und effizienten Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern hat Prof. Diesfeld über Jahrzehnte bewegt. Sein Nachfolger, Prof. Sauerborn, hat insbesondere die Forschungsstation in Burkina Faso intensiv ausgebaut. Seit Jahren bestehen aber auch Kontakte nach Tansania. So betreut die Abteilung den Aufbau eines Master of Public Health an der Universität Dar-es-Salaam. Zahlreiche Tansanier haben den Master of Science in Community Health and Health Management, den die Abteilung in Heidelberg anbietet, abgeschlossen. Vor einigen

Monaten wurde ich an diese Abteilung berufen. Nachdem ich fünf Jahre in Tansania gearbeitet habe, ist Tansania natürlich mein gewünschtes Forschungsgebiet. Sowohl in der Lehre als auch in der Betreuung von Doktorarbeiten wird Tansania nun einen noch stärkeren Schwerpunkt an unserer Abteilung einnehmen.

Effizient rettet Leben, weil die knappen Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie am meisten gebraucht werden. Dieses Ziel ist der Inhalt der Gesundheitsökonomie.

Prof. Dr. Steffen Fleßa, Universität Heidelberg, Abteilung für Tropenhygiene und Public Health, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, T 06221 - 564883
F 06221 – 565948
steffen.flessa@urz.uni-heidelberg.de
www.hyg.uni-heidelberg.de/ithoeg/home.htm

Krank und arm – und was nun?

Die kirchliche Gesundheitsarbeit in Entwicklungsländern

von Steffen Fleßa

Medizin ist immer auch eine Frage des Geldes und damit der Ökonomie. Das kirchliche Gesundheitswesen steht deshalb von seinem Grundauftrag her in der Spannung zwischen Ökonomie und Diakonie, zwischen Mammon und Liebe.

Eine reine Ökonomisierung des kirchlichen Gesundheitswesens in Entwicklungsländern ohne ein klares, biblisches Fundament führt zur Beliebigkeit, die Vernachlässigung ökonomischer Gegebenheiten hingegen zum Konkurs der Einrichtungen und Programme. Wirksame Hilfe ist nur möglich, wo ökonomischer Sachverstand und ein solides christlich-ethisches Fundament Hand in Hand die Probleme angehen.

In besonders hervorgehobenen Abschnitten werden Grundinformationen der Ökonomie und entwicklungsbezogener Fragen knapp erläutert. Zugleich ist das Buch über den Gesundheitssektor hinaus eine allgemeinverständliche Einführung in Fragen der Entwicklungszusammenarbeit. Damit wendet sich dieses Buch einmal an Missionare und Entwicklungshelfer und -helferinnen.

Zugleich wird es für Mitarbeitende in Eirel-Welt-Kreisen und kirchlichen Partnerschaftsgruppen sowie für alle anderen, die an diesen Fragen interessiert sind, zu einem Leitfaden für das Verstehen und Gestalten der Zusammenarbeit mit Einrichtungen nicht nur des Gesundheitswesens in Entwicklungsländern.

Steffen Fleßa, geb. 1966, Studium der Betriebswirtschaft in Nürnberg, 1991 – 1995 Dozent für Krankenhausmanagement am Masoka Management Training Institute, Moshi, 1996 Promotion in Nürnberg. 1998 – 2003 Professor für Pflegemanagement an der Ev. FH Nürnberg, seit April 2003 Universität Heidelberg Abteilung für Tropenhygiene und Public Health.

HABARI 2 / 2003

Steffen Fleßa: Krank und arm – und was nun? Die kirchliche Gesundheitsarbeit in Entwicklungsländern. Eine Orientierungshilfe, 124 Seiten, Brosch. ISBN: 3 87214 604 1 € 7,50

Twende Pamoja und das Tanzania-Network.de e.V. luden ein

Michaela Blaske (Twende Pamoja - Tansania Freundeskreis e.V. Potsdam)

Die Sonne meinte es gut am 30. Mai 2003, der ökumenische Kirchentag war im vollen Gange und Twende Pamoja - Freundeskreis Tansania e.V. ließ es sich in seiner Eigenschaft als Mitglied des Tanzania-Network.de e.V. nicht nehmen, in Berlin zu einer Veranstaltung einzuladen. Mehr als 50 Gäste folgten der Einladung in das Café Orbis Humboldtianus an der Humboldt Universität Berlin. Sie sollten im Laufe des Abends unter dem Thema *Tansania: spezifische Lobby – und Bildungsarbeit* einen Einblick in die Arbeit des Tanzania-Network.de e.V. und unseres Vereins erhalten.

Twende Pamoja wurde 1999 gegründet. Viele Mitglieder sind ehemalige Teilnehmer der Begegnungsreisen nach Sansibar, organisiert durch die RAA Potsdam (Regionale Arbeitsstelle für Ausländerfragen, Jugendarbeit und Schule e.V.). Seit mehr als 10 Jahren werden diese Reisen für Brandenburger Jugendliche angeboten. Die intensive einjährige Vorbereitungszeit sowie die wertvollen kulturellen und menschlichen Erfahrungen während der Bau- und Theaterprojekte haben dazu geführt, dass sich bei Vielen ein nachhaltiges Interesse an Tansania entwickelte. Dieses Interesse kann im Verein einen institutionellen Rahmen erfahren.

Während der letzten Jahre wurden Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu Schwerpunkten in der Vereinsarbeit. Alljährliche Benefizkonzerte und das Alt-Neu-Treffen, wo ehemalige und zukünftige Projektteilnehmer und –teilnehmerinnen in Erfahrungsaustausch treten, haben sich etabliert.

Eine Wander-Fotoausstellung *Sansibar ins Gesicht geschaut* wird seit mehreren Jahren erfolgreich in der Bildungsarbeit an brandenburgischen Schulen eingesetzt. Weitere Bildungsmaterialien, wie die *Unterrichtseinheit "Wie weit ist Sansibar?"*, die auf einem Klassensatz authentischer biografischer Geschichten aus Sansibar basiert, wurden von Konni Freier in ihrer Eigenschaft als Mitglied von Twende Pamoja und als Vorstandsmitglied des Tanzania-Network.de an diesem Abend präsentiert.

Zuvor machten sich die Gäste in einer Vorstellungsrunde bekannt. Nachdem viele über Internet und email schon bekannten Namen auch Gesichter erhalten hatten, wurden das Tanzania-Network.de und seine Lobbyarbeit von Johannes Paehl und Ulrich Kill vorgestellt. Die wichtige und sicher vielen bekannte Homepage des Netzwerkes wurde von Webmaster und Vorstandsmitglied Richard Madete erörtert. Da sich das Internet als Kommunikationsform als äußerst effektiv bewährt hat und aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken ist, hat auch Twende Pamoja – Freundeskreis Tansania e.V. eine Homepage, die sich noch im Aufbau befindet (www.twende.org). Edda Ehrhardt brachte die Seite den Gästen näher.

Klaus Veeh, ebenfalls Vorstandsmitglied des Tanzania-Network.de, warb für die *Aktion Würzburger Partnerkaffee* und stellte damit ein interessantes Projekt im Rahmen des Fair Trade vor. Er und machte Geschmack auf mehr.

Der Duft lag schon lange im Raum und im Anschluss an die Präsentationen konnten

endlich sansibarischer Pilau und Kachumbari verzehrt werden. Während des Essens und im Anschluss war Zeit zum Kennenlernen und für Informationsaustausch. So wurde das Café Orbis nicht zum letzten Mal ein Ort der Begegnung und beherbergte eine

Veranstaltung mit viel versprechenden Impulsen.

Michaela Blaske, 14471 Potsdam, Carl-von-Ossietzky-Str. 36 T: 03 31 - 95 13 01 55 michaela@twende.org

„Die Sklaverei in Ostafrika hat als Thema eines Weltkulturerbes wirklich eine gute Chance!“

INTERVIEW MIT MWALIM A. MWALIM, GENERALDIREKTOR DER „STONE TOWN CONSERVATION AND DEVELOPMENT AUTHORITY ZANZIBAR“

Herr Mwalim, schildern Sie uns doch bitte einmal etwas ausführlicher die aktuelle Situation des UNESCO-Weltkulturerbes „Stonetown Zanzibar“.

„Stonetown Zanzibar“ ist Teil der Stadt Zanzibar, Teil der Insel. „Stonetown“ ist sozusagen eine Hauptstadt in der Hauptstadt. Mehr als 75 % aller Regierungsgebäude befinden sich in „Stonetown“ sowie sechs Museen. Hier gibt es das wichtigste Krankenhaus, den Hafen, alle Kinos der Stadt und die Einkaufsstraßen. Das einzige, was nicht in „Stonetown“ liegt, sind das Fußballstadion und der Flughafen.

Das ist die historische Stadt, die es zu sanieren gilt. Hier leben auf der Basis der Volkszählung von 1988 16.000 Einwohner. Das Ergebnis einer neuen Volkszählung liegt übrigens bald vor. Darüber hinaus gibt es eine große Fluktuation von Bewohnern, die schwer zu zählen sind und die täglich wechseln, z.B. Geschäftsleute, Touristen oder Schüler. Wenn in „Stonetown“ insgesamt nur 16.000 Menschen leben würden, wäre alles kein Problem. Aber sicherlich kann man aber noch einmal 8.000 hier wechselnd lebende Menschen hinzuzählen.

„Stonetown“ hat grundsätzlich ein sehr großes Potential, sich auf die eigenen Beine zu stellen. Gefährlich wird es eigentlich erst dann, wenn sich alles unter dem Primat der Ökonomie entwickelt, wenn sich die Stadt von einer Wohnstadt wegentwickelt.

Ihnen muss klar sein, dass die Regierung selbst nicht renovieren kann. Hierfür fehlen ihr sämtliche Mittel. Sie kann nur auf private Investoren einwirken. Die Situation polarisiert gegenwärtig in Shangani: Hier bieten die meisten der insgesamt 1700 historischen Gebäude gute Bedingungen. 1/3 aller Gebäude gehören in diesem Viertel Stonetowns der Regierung. Es sind die baulichen Erben aus der Kolonialzeit, die verstaatlicht worden sind. 1/3 der Gebäude befinden sich in privatem Besitz und die restlichen 1/3 werden treuhändlerisch verwaltet - z.B. von religiösen muslimischen Organisationen wie der Aga-Khan-Stiftung oder Organisationen wie z.B. SIDA (Swedish International Development Aid), der schwedischen Entwicklungshilfeorganisation.

Was haben die Privatisierungen historischer Gebäude bewirkt?

60 % aller Privatisierungen können als Erfolg bezeichnet werden. 40 % aller privatisierten Gebäude sind weiterverkauft worden. So haben wir uns das eigentlich nicht vorgestellt, als wir für private einheimische Käufer den Verkaufspreis der Gebäude um 40 % reduziert haben, um einen finanziellen Anreiz zu bieten. Hier haben einige Leute die Häuser günstig gekauft, sie dann aber nicht renoviert, sondern sie möglichst schnell zum Marktpreis weiterverkauft.

Wie viele Gebäude von „Stonetown“ können eigentlich überhaupt noch gerettet werden?

Die gesamte Renovierung erfolgt auf der Grundlage des Conservation Masterplans, der von der Aga-Khan-Stiftung vor mehreren Jahren finanziert worden ist. Viele Gebäude können gerettet werden. Dies ist eigentlich nur eine Frage der Finanzen. Manche Besucher denken, dass viele Gebäude nicht mehr gerettet werden können. Dies stimmt aber nicht. Sie müssen wissen, dass die Gebäude des Weltkulturerbes aus Korallenstein bestehen, das Wasser aufsaugt, dies aber auch wieder abgibt. Wenn es gelingt, die Häuser innen gut zu belüften, dann können sie sehr lange halten. Die historischen Gebäude sind ja auf der Grundlage dieses Belüftungssystems angelegt worden, das leider von einigen Bewohnern nach der Revolution unterbrochen worden ist, um mehr Wohnraum zu schaffen. Wenn die Belüftung existiert, dann ist es eigentlich sogar fast egal, ob sich über dem Gebäude ein Dach befindet oder nicht. Wenn die Luft zirkulieren kann, dann können selbst Ruinen noch wunderbar restauriert werden.

Beteiligt sich die Bundesrepublik Deutschland wieder an den Sanierungsmaßnahmen, nachdem die Entwicklungshilfe in Zanzibar wegen der politischen Situation eine Zeit lang eingestellt worden waren?

Ja, z.B. der Deutsche Entwicklungsdienst DED oder vor allem auch einige Projekte der Kreditanstalt für Wiederaufbau. Dies sind vor allem Straßenbauprojekte oder Wasser- bzw. Wasser-Recyclingprojekte. Eigentlich haben wir in Zanzibar genug Wasser für die Grundversorgung der Bevölkerung. Probleme entstehen mit dem erhöhten Wasserverbrauch bei einer ansteigenden Zahl von Touristen.

Welche Projekte werden ansonsten gerade durchgeführt?

Die schwedische Entwicklungshilfe (SIDA) erarbeitet gerade eine Präsentation von „Stonetown“ als Weltkulturerbe. Ein neuer Masterplan soll erstellt werden. Wenn Sie durch „Stonetown“ laufen, dann sehen Sie eine ganze Reihe sehr schön renovierter Gebäude. Ich nenne nur das historische Gebäude, in dem sich die neue „Music School of Dhow Countries“ befindet. Hier haben SIDA und die Aga-Khan-Stiftung bei der Renovierung mitgeholfen, um das Gebäude jetzt für kulturelle Zwecke zu verpachten – ähnlich wie die alte Apotheke, die von der Aga-Khan-Stiftung schon vor einigen Jahren renoviert worden ist. Natürlich haben Sie auch schon die wunderbaren Restaurierungen historischer Bauten durch einige Hotelketten gesehen, z.B. die gegenwärtig laufende Renovierung des alten Africa-House-Hotels.

Doch ich möchte auf den Anfang unseres Gesprächs zurückzukommen: Unser Problem besteht gegenwärtig vor allem darin, dass ein Teil von „Stonetown“ im Interesse des Tourismus restauriert wird (Hotelviertel), ein anderer Teil im Interesse von Handel und Wirtschaft (Marktviertel) – und zwischen diesen beiden Polen tut sich fast nichts! Und gleichzeitig müssen wir noch dafür sorgen, dass die einheimische Bevölkerung durch Tourismus und Geschäftswelt nicht aus den Viertel vertrieben wird!

Sprechen wir über Bagamoyo, das ebenfalls Weltkulturerbe werden möchte. Was halten Sie von der Idee, wie beurteilen Sie die Chancen?

Bagamoyo hat eine sehr große Chance! Aber es muss nicht unbedingt Weltkulturerbe werden. Von der historischen Altstadt ist doch nur noch sehr wenig erhalten. Man kann nicht mehr von einer authentischen Altstadt wie noch vor 20-40 Jahren sprechen. Aber einige authentische Gebäude sind erhalten geblieben. Ich denke dabei an die Kaole Ruinen, an die Boma, die Schule, die Anglikanische Kirche, die Karawanserei, das ehemalige Sklavenfort etc. Diese Reste des historischen Bagamoyo in Verbindung mit dem Saadani-Nationalpark, dem einzigen Nationalpark Ostafrikas unmittelbar am Indischen Ozean – eine wunderbare Koalition!

Zunehmend wird von einem „immateriellen Weltkulturerbe Bagamoyo“ gesprochen. Was können wir uns darunter vorstellen?

Von den historischen Gebäuden ist eigentlich zu wenig vorhanden, um den Titel Weltkulturerbe zu erlangen. Also sollten wir die baulichen Überreste in Verbindung bringen mit dem emotionalen, spirituellen, kulturellen Erbe dieses historischen Ortes. Ja, ich stelle sogar die These auf, dass Bagamoyo als Treffpunkt von Schwarzafrika und Arabien entscheidend war für die Entwicklung der Kisuaheli-Kultur! Von hier aus starteten die Sklavenkarawanen, hier handelte Schwarzafrika mit Arabien, hier trafen sich die unterschiedlichen Sprachen und Kulturen – welch ein Kulturerbe!

Zusammenfassend muss Bagamoyo weniger wegen seiner Bauten, sondern noch viel mehr als kulturelle Landmarke hervorgehoben und erforscht werden! Hieran müssen sich die Regierung, Wissenschaftler, aber auch die Bewohner von Bagamoyo aktiv beteiligen!

Die UNESCO hat vorgeschlagen, Bagamoyo als Teil eines UNESCO-Weltkulturerbes „Ostafrikanische Sklavenroute“ zu deklarieren.

Ja, genau. Dies geht absolut in die richtige Richtung. So etwas gibt es z.B. auch schon in Haiti und auch in Europa. Überhaupt kann es nicht angehen, dass es so viele europäische, so viele christliche Orte gibt, die zum Weltkulturerbe erklärt wurden, aber nur so wenige nicht-europäische, nicht-christliche Orte! Die Sklaverei in Ostafrika hat als Thema eines Weltkulturerbes wirklich eine gute Chance! Bagamoyo ist da aber alleine zu wenig, aber Bagamoyo ist wichtig als Ausgangspunkt bzw. umgekehrt als vorläufiger Endpunkt einer langen Sklavenroute, die bis in den Kongo hinein reicht. Und überall entlang dieser Route gibt es Stationen, historische Orte, die sich zu einem „Weltkulturerbe Sklavenroute“ vereinigen sollten.

Wenn wir über ein „immaterielles Weltkulturerbe“ reden, dann sollten wir dennoch nicht vergessen, dass es hier noch andere, ganz bemerkenswerte Dinge zu erwähnen gibt wie z.B. das Aufeinandertreffen von europäischem Kolonialismus und arabischem Sklavenhandel oder auf Schwarzafrika – und das alles sehr konzentriert in Bagamoyo.

Meinen Sie, dass sich die Bundesrepublik Deutschland mehr engagieren sollte bzgl. eines Weltkulturerbes „Ostafrikanische Sklavenroute/ Bagamoyo“?

Warum nicht? Warum sollten sich nur die Skandinavier engagieren? Bagamoyo war ja schließlich sogar einmal die Hauptstadt von Deutsch-Ostafrika, der Ausgangspunkt der Kolonialisierung unseres Landes. Sehen Sie: In dem Maße, wie jetzt weltweit über Bagamoyo diskutiert wird, in dem Maße werden die Bürger Bagamoyos stolz auf ihren Ort, sehr stolz sogar. Das ist nicht unbedingt üblich in unserem Land. Viele Menschen sind den Schweden daher sehr dankbar für ihre Initiative. Auch für ihre Initiative der Durchführung einer internationalen Bagamoyo-Konferenz in diesem Jahr, an der auch ich teilgenommen habe. Doch wenn Schweden die Initiative ergriffen hat, warum sollte sich Deutschland dieser Initiative nicht anschließen?

(Das Gespräch mit Mwalim A. Mwalim führte Rudolf Blauth Ende Oktober 2002 in Zanzibar)

Hallo ihr Lieben,

RUNDBRIEF VON SILKE UND FRANK BEIER, NDOLAGE HOSPITAL

Das erste Jahr bedeutete für mich, Silke, auch dass ich mir viel erarbeiten musste. Die Predigten und Andachten in Swahili brachten eine anstrengende Vorbereitung mit sich. Das Unterrichten der zukünftigen Pfarrer brachte das Auffrischen meines theologischen Wissens und die Suche nach den richtigen Wegen der Vermittlung mit sich. Der Kontext, das Denken und das Vorwissen der Studenten ist anders. Sie bringen viel Wissen aus der Gemeindepraxis mit, denken meist in Bildern und Beispielen und viele kulturelle und kirchliche Normen sind tief eingepägt. Schwerer fällt ihnen das abstraktere Denken, dass ich auf-

grund meines deutschen wissenschaftlich geprägten Hintergrund, den ich anfangs zu schnell vorausgesetzt habe. Es ist schon sehr spannend mit den Studenten im Gespräch zu sein und ich habe viel über das kirchliche Leben und die Kultur hier gelernt. Zwei Beispiele: Die Studenten der Stadt Mwanza stehen in der Auseinandersetzung mit den Pfingstkirchen. Viele ihrer Gemeindeglieder gehen nach dem lutherischen Gottesdienst zum Gottesdienst einer Pfingstkirche, weil sie meinen dass dort der Geist spürbarer ist. Manchmal werden die Gebete der Pastoren für kranke Gemeindeglieder nicht als wirkkräftig anerkannt, da sie nicht in Zun-

gen beten können.. Im Unterricht suchen sie nach einer eigenen biblischen begründeten Position in dieser Auseinandersetzung. Manche biblische Aussagen, die uns in Deutschland fremd geworden sind, sind hier noch sehr aktuell: So kam es z.B. im Unterricht zu der Frage: " Wie soll sich ein Pfarrer verhalten, wenn ihm bei einer Trauerfeier Fleisch eines Tieres angeboten wird, das nach traditioneller Sitte geopfert wurde, damit der Verstorbene im Reich der Ahnen gut weiterleben kann (vgl. 1. Korinther 8,1-13).

Vom Unterricht aus gesehen habe ich mich sehr wohl gefühlt. Sorgen gemacht hat mir die Zukunft der theologischen Pfarrerausbildungsstätte (College). Die 4 Diözesen, von denen das College getragen wird, wollen m.E. hauptsächlich aus Kostengründen kaum oder gar keine PfarrerInnen zur Zeit ausbilden. Meine tansanischen Kollegen hat die drohende Schließung des Colleges anscheinend nicht sehr beunruhigt, was mich natürlich noch mehr irritierte. Eine andere berufliche Perspektive hatte sich für mich an der Krankenpflegeschule in Ndolage (ca. 90 SchülerInnen) ergeben. Das bedeutet Unterricht in Ethik und Bibelkunde und die pastorale Betreuung von den SchülerInnen z.B. in ihren wöchentlichen Gottesdiensten, Kindergottesdienstvorbereitungen. Ich sollte und wollte allerdings am College zunächst einmal bleiben und die weitere Entwicklung abwarten. Für mich bedeutete diese Abwarten, das Hören manchmal Hoffnung machende und manchmal entmutigende Nachrichten - ein Wechselbad der Gefühle. Als ich dachte jetzt geht es wahrscheinlich doch nicht mit dem College in Ruhija weiter, wurde mit Enthusiasmus vom Generalsekretär der Diözese die Umwandlung des Colleges in ein Fortbildungsinstitut für Pfarrer und andere kirchliche MitarbeiterInnen

geplant. Angesteckt von der Begeisterung und auch mit der Überzeugung, das dies ein bisher fehlendes und höchst sinnvolles Unternehmen sei, habe ich mich mit bei der Planung der Kurse eingesetzt. Das Board (Kuratorium mit den Bischöfen, der vier Diözesen) sollte über die ausstehende Veränderung entscheiden. Zwei Treffen des Gremiums für dieses Studienjahr waren geplant. Nachdem das erste bereits ausgefallen war, konnte ich es kaum glauben, dass es dann noch einmal ausfiel. Ohne Entscheidung dieses Gremiums gelingt eine konkretere Planung nicht. Tja und so heißt es wieder: Warten - eine der Gaben die ich an den TansanierInnen oft bewundere, auch hinterfrage und die mir selbst schwer fällt. Ich versuche die mir hier vorgelebte Gelassenheit zu gewinnen und bete um die richtigen Entscheidungen für das College und für meine berufliche Perspektive.

Spaß gemacht haben mir die Gottesdienste in den Dörfern ringsum. Mit großer Herzlichkeit bin ich dort aufgenommen worden und fuhr hinterher mit Geschenken (Bohnen, Mais, Zuckerrohr, Huhn, Bananenstauden etc.) vollgeladenen Wagen fast beschämt nach Hause. In dem kleinen Dorf Makongora hatten der Vikar und ich ernstlich Sorge, dass die Oblaten für die ca. 260 ChristInnen, die zum Abendmahl kamen, nicht reichen würden. Hinterher mussten wir die Oblaten vierteln und der Vikar betete um die wunderbare Brotvermehrung - war aber nicht nötig wir hatten noch zwei Viertel Oblaten übrig.

Sehr interessant war die Konsekration meines ehemaligen Studienfreundes Benson Bagonza zum Bischof der Karagwe-Diözese. Die perfekte Inszenierung und vorbildliche Bewirtung und Versorgung von ca. 2000 Gästen über mehrere Tage war beein-

druckend. Gefreut habe ich mich über die Antrittsrede von Benson, der sich gerade den Armen in seiner Diözese verpflichtet hat und gemeinsam mit Gottes Hilfe, den ChristInnen und anwesenden politischen Verantwortlichen den Kampf um die Verbesserung der Lebensverhältnisse aufnehmen will. Versprechungen hat er bewusst keine gegeben. Eigentlich sollte zusammen mit der Konsekration auch die erste Frauenordination in der Karagwe-Diözese stattfinden. Pragmatische Gründe haben dies verhindert, denn dann hätte der fünfstündige Gottesdienst, der vor einer dreistündigen Feier mit Grußworten stattfand, wohl noch zwei Stunden länger gedauert. Die ersten Theologinnen der Diözese sollen jetzt am 3. August ordiniert werden.

Für uns liegt nun bald das erste Arbeitsjahr hier hinter uns und auch der Urlaub in Deutschland markiert einen Einschnitt. Ist es also an der Zeit. Über eine Bewertung unseres Aufenthaltes und meines Arbeitseinsatzes hier im Krankenhaus nachzudenken? Wo soll ich (Frank) anfangen? Welche Dinge sollten im Vordergrund stehen?

Stelle ich die manchmal nervtötend langsamen Arbeitsabläufe in unserem Operationstrakt in den Vordergrund oder denke ich lieber an die große Magenoperation, die ich problemlos mit der Assistenz eines OP-Pflegers und eines Anästhesie-Pflegers durchführen konnte (in Deutschland wären dafür 2 ärztliche Assistent/inn/en, eine OP-Schwester/Pfleger, eine Anästhesistin/Anästhesist, eine Anästhesie-Schwester/Pfleger notwendig gewesen)? Denke ich lieber an die Patientinnen und Patienten, deren Behandlung dringend verbessert werden müsste oder lieber an all diejenigen, die mit einfachen Mitteln vor Tod und Leiden bewahrt wurden?

Bleiben mir mehr die kultivierten Teepausen in Erinnerung oder die Hilfsärzte aus Ndolage oder einer benachbarten staatlichen Ambulanz, die an Operationstagen unentgeltlich mithelfen und auch Operationen wie Kaiserschnitte und Eileiterunterbindungen gut selbstständig durchführen können?

Manches erscheint uns aus unserer mitteleuropäischen Sichtweise widersprüchlich, beinhaltet vielleicht aber auch eine Logik, die wir nur nicht verstehen. Ich denke, dass es mir ungefähr so geht wie dem älteren amerikanischen Internisten, der uns für über einen Monat besuchte, jeden Tag neue Probleme in der Patientenbehandlung aufzeigte und zum Abschied feststellte, dass ihm unser Krankenhaus in ganz Tansania am besten gefallen hätte.

Eine Sache, die mich sehr beschäftigt, sind die vielen mit dem HI-Virus, dem AIDS-Erreger, infizierten Menschen. Auf allen Stationen liegen viele infizierte Patienten aller Altersgruppen mit den verschiedenartigsten Symptomen. Ein älterer Mann mit Gewichtsabnahme und Bauchbeschwerden, ein vierzigjähriger mit einem stark ver eiterten Bein, zwei junge Frauen, die eine hatte eine ausgedehnte Eiterung im Bauchraum, die andere leidet an nicht heilenden schmerzhaften Geschwüren im Bereich der Geschlechtsteile und des Afters, ein Junge, der nach längerem Siechtum an einem fieberhaften Infekt verstorben ist. Allen gemeinsam ist, dass ihre Familien oft die letzten finanziellen Reserven für ihre Behandlung aufbrauchen, wir die knappen Ressourcen des Krankenhauses für sie einsetzen und letztendlich die Menschen nur kurzzeitige Linderung bekommen. Es wird höchste Zeit, dass wir mit der antiretroviralen Behandlung beginnen können, also jener Therapie, die den AIDS-Erreger direkt angeht. Es ist

ein Skandal, dass Menschen mit der gleichen Erkrankung heute in reichen Ländern ein halbwegs normales Leben führen können, hier aber zu einem baldigen Tod verdammt sind. Ich hoffe, dass unsere Pläne, nächstes Jahr mit dieser Therapie zu beginnen, realisiert werden können.

Patientinnen und Patienten

Eine junge Frau, nennen wir sie Frieda, Mutter eines Kleinkindes, kam mit einer schnell wachsenden Schwellung unterhalb des Ohres zu uns. Bei der Operation fand sich ein am Unterkiefer festgewachsener Tumor, dem äußeren Eindruck nach bösartig. Da eine vollständige Entfernung gleichbedeutend mit der Entfernung einer Hälfte des Unterkiefers und der Durchtrennung der Gesichtsnerven wäre und somit das Gesicht völlig entstellt wäre, habe ich zunächst soviel entfernt, wie ohne die obigen Maßnahmen möglich war und die mikroskopische Untersuchung abgewartet. Nach 4 Wochen bekamen wir die Diagnose: Krebs der Speicheldrüse. Eine Chance für eine Heilung besteht nur durch obige Operation oder alternativ durch eine wiederholte Operation mit Entfernung des befallenen Knochenanteiles und einer Bestrahlung. Ich habe sie also wieder einbestellt und ihr die Situation geschildert. Da ihr gesamtes Vermögen durch den ersten Krankenhausaufenthalt aufgebraucht war, versprachen wir ihr, die zweite Operation für sie kostenlos durchzuführen. Für die Bestrahlung ist eine Reise in das 1500 km entfernte Dar-es-Salaam notwendig, für eine einfache Frau aus dem Dorf ein ungewohntes und unbezahlbares Unternehmen, zumal hier die Krankenhäuser nur der medizinische Teil der Betreuung übernommen wird und somit die Anreise einer Betreuungsperson unumgänglich ist.

Ich habe ihr deshalb noch einen Brief an eine Organisation mitgegeben, die sie finanziell unterstützen kann. Seitdem habe ich sie nicht mehr gesehen und nur noch über Umwege gehört, dass sich ihr Mann von ihr getrennt habe.

Eine andere junge Frau, Teopista, war, genauso wie ihre Zimmernachbarin im Rahmen eines epileptischen Anfalles in ein Feuer gefallen und hatte sich die gesamte linke Seite von Brustkorb und Bauch verbrannt. In einem anderen Krankenhaus war sie soweit behandelt worden, dass die Wunde nun sauber war und sie wurde zur Hautverpflanzung zu uns überwiesen. In Deutschland haben wir fantastische Maschinen, mit denen man eine oberflächliche Hautschicht innerhalb kürzester Zeit entnehmen kann. Diese wird dann netzartig eingeschnitten und so ist es innerhalb einer Operation möglich, auch große Hautdefekte gut zu verschließen. Hier standen und nur folgende Instrumente zur Verfügung: Ein großes Messer, Skalpell- und Rasierklingen. Gleichzeitig haben wir hier mit sehr vielen Infektionen zu kämpfen, die immer wieder die übertragene Haut zerstörten. Ich habe die Stunden nicht gezählt, die ich mit ihr verbracht habe und es war richtig ungewohnt, als nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung nach einem halben Jahr ihr Bett leer war.

Der 16-jährige Saidi hatte sich beim Fußballspiel den Oberschenkel gebrochen und der obere Anteil des Knochens ragte seitlich des Knies aus der Haut. Er wurde zunächst durch den für solche Fälle zuständigen Dorfbewohner und danach in einem anderen Krankenhaus behandelt, indem man ihn einfach ins Bett legte. In Deutschland hätte man ihn als Notfall operiert, hier hätte er für mindestens 6 Wochen in einen Streckver-

band gehört. Nach 2 Monaten brachten seine Eltern ihn dann zu uns, der herausragende Knochen eiterte, das Bein war deutlich kürzer. Uns blieb nichts anderes übrig, als mit unseren in dieser Hinsicht sehr bescheidenen Werkzeugen (Hammer, Meißel, Knochenzange) den überstehenden Knochen zu entfernen, das Bein wieder zu brechen und ihn in einen Streckverband zu legen. Glücklicherweise ersetzte der bereits reichlich gebildete Heilungsknochen bald den abgemeißelten Knochen, so dass wir ihn bereits nach 3 Wochen aus dem Streckverband nehmen konnten und ihn eine Woche später mit Krücken nach Hause schickten. Das Bein hatte wieder die gewohnte Form und Länge, die Wunde war abgeheilt.

Hier besteht ein großer Mangel an Abendmahlsgeschirr, wenn jemand eines oder ein Teil davon übrig hat, würden wir uns freuen, wenn wir es auf der Rückreise mitnehmen könnte. (Zeitplan für Deutschland: 17.- 25. (bzw. 29.) Juli in Bochum 0234/701198, 26. Juli - 2. August Bielefeld 0521/49886, 24-26. August Bochum 0234/701198).

Dr. Frank und Silke Beier, Ndolage
Hospital P.O.Box 34 Kamachumu
Kagera-Region Tansania
SilkeFrankB@web.de
T 00255-28-2222434

Milchkühe für Tanzania

HILFE ZUR SELBSTHILFE

Margrit und Peter Strässler (Dinhard, Schweiz)

Ursprung und Auslöser des kleinen Projektes war eine Safari-Reise in die Nationalparks im Norden Tanzanias. Gespräche mit dem Führer und Fahrer während den langen Fahrten über holprige Strassen ließen verschiedene Gemeinsamkeiten entdecken: die Verbundenheit in einer kirchlichen Gemeinschaft, die Tätigkeit im Kirchenpflegeamt, sowie eine soziale Verantwortung in der Gesellschaft. Daraus entstand eine persönliche Freundschaft, die durch regelmäßigen E-Mail Kontakt gefestigt wurde. Schon während dieser ersten Kontakte wurde uns die große Diskrepanz bewusst: zu Hause im eigenen Dorf hat fast niemand Strom und kein fließend Wasser, aber Kontakte mit Europa werden durch regelmäßigen Besuch im Internet-Cafe in Arusha gefestigt. Beim

zweiten Besuch in Tanzania erlebten wir dann die herzliche Gastfreundschaft und Aufnahme in der Loruvani Kirchgemeinde in Moivaro (in der Nähe von Arusha). Dort wurden wir uns der armen und einfachen Verhältnisse der Dorfbewohner erst bewusst – während der Safarireise und den Aufenthalten in den verschiedenen Lodges hat der Reisende davon keine Ahnung ! Auf unsere Anfrage für eine kleine Unterstützung der Gemeinde hat der Kirchenvorstand der tanzanischen Gemeinde das Kuh-Programm vorgeschlagen, welches wir gerne akzeptiert haben. Hier in Dinhard in der Ostschweiz und dort in Tanzania wurde jeweils ein Kuh-Komitee gegründet - hier wurde eifrig Geld gesammelt und dort wurden die ersten Kuh-Unterstände aufgestellt.

HABARI 2 / 2003

Bei einem weiteren Besuch ein Jahr später ist dann die erste Kuh des Programms im Rahmen eines Gottesdienstes feierlich der ersten Familie übergeben worden. Das Kuh-Programm sieht vor, dass eine bedürftige Familie eine Milchkuh erhält, diese pflegt und betreut. Das erste und zweite geborene Kalb gehört der Kirchgemeinde und wird an Familien weitergegeben, über die weiteren Kälber kann dann die Familie verfügen. Die Milch wird für den Eigengebrauch verwendet und der Überschuss wird in der nahegelegenen Stadt Arusha verkauft. Die Milch bringt eine wertvolle Bereicherung in den von Kochbananen und Ugali dominierten Menuplan. Durch die Einnahmen aus dem Milchverkauf können Schulgelder und nötige Anschaffungen und Hausreparaturen bezahlt werden.

Zwei Kühe liefern Milch für die gemeindeeigene Vorschule – der tägliche Porridge wird nun mit Milch statt mit Wasser gekocht. Aber auch die Ausbildung der KuhhalterInnen ist wichtig. So haben zwei Dorfmitglieder eine Kurzausbildung für Kleinbauern besucht und geben nun ihr Wissen in den wöchentlichen Kuh-Unterrichtsstunden weiter. In diesem Jahr wird ein junger Mann eine fundierte 2-jährige Ausbildung als Agro-Veterinär in der nahegelegenen landwirtschaftlichen Schule beginnen.

In der Zwischenzeit konnten 28 Kühe in Tanzania gekauft und an Familien abgegeben werden und weitere werden noch folgen. Das Projekt hat den DorfbewohnerInnen einen wesentlichen Anstoß gegeben, festigt ihr Selbstvertrauen, stärkt die demokratische Entscheidungsfindung (alles wird im Kuh-Komitee und in einer Frauengruppe besprochen und diskutiert) . Bereits entsteht in den Köpfen ein neuer Traum : eine Getreidemühle. Aber auch die Partner in der Schweiz haben ihre eigenen Ideen. So

wurde beim letzten Besuch ein großer Solarkocher in Moshi gekauft und in der Gemeinde zusammengesetzt. Seither wird der Porridge für die Vorschule mit Solarenergie gekocht und die mitgebrachte Solarlampe gibt Licht bei den abendlichen Treffen der verschiedenen Kirchgemeinde-Gruppen. Wir haben gemerkt, dass diese neue Energie noch mit Skepsis aufgenommen wird – die Frauen müssen ihre Kochgewohnheiten ändern und anpassen. Ein erster Versuch ist nun gemacht worden – wir sind gespannt, ob sich die Solarenergie einen festen Platz erobern kann. Bei unseren nächsten Besuchen werden wir uns auf jeden Fall wieder darnach erkundigen !

Wir haben auch festgestellt, dass viele Erkenntnisse über Heil – und Nutzpflanzen verloren gehen. Lieber vertraut man der westlichen, teuren Medizin und dem Düngersack und Spritzmitteln. Durch das Internet haben wir erfahren, welch großartiger Baum der Neem-Baum (*Azadirachta indica*) ist. Seine Blätter, Früchte und Rinde können für die verschiedensten Zwecke gebraucht werden (als Düngemittel, als Spritzmittel gegen Insekten und Pilzbefall, als Heilmittel gegen verschiedene Beschwerden). Ein gepflanzter Neembaum hält aber auch die Malaria mücken fern. Darum sind wir sehr glücklich, dass wir bei unserem letzten Besuch fünf dieser Neembäume pflanzen konnten. Drei haben die Besucher aus Europa eingesetzt, einen die Frauengruppe und einen das Kuh-Komitee. Die symbolische Handlung hat uns sehr beeindruckt und wir sind sicher, dass die Bewohner der Kirchgemeinde Sorge um diese kleinen Bäumchen tragen werden. Aber auch in unseren Köpfen geistern neue Ideen. Denn neben dem Neembaum ist auch der Moringabaum (*Moringa oleifera* oder Drumsticktree) ein sehr nützliche Pflanze und ebenso vielfältig zu gebrauchen. In der Nähe von Tanga ist

ein großes Moringa Projekt am Entstehen, das Trainings- und Forschungszwecken dienen soll. Aber noch viele weitere tropische Pflanzen dienen der Gesundheits- und Körperpflege. Darum möchten wir ein Seminar zum Thema „Natural medicine in the tropics treatments“ initiieren und haben Kontakte mit Anamed (Homepage www.anamed.org) aufgenommen.

Ebenso wichtig sind für uns aber die gegenseitigen persönlichen Kontakte. Aufgrund der beidseitigen christlichen Grundlage ist eine Vertrauensbasis entstanden, die es ermöglicht, auch heiklere Fragen und Themen

aufzugreifen. Daneben ist es aber auch die frohgemute Lebensbejahung und das Gottvertrauen dieser Menschen, die uns beeindrucken und daraus wir lernen können. Eine Bitte von unserer Seite: Falls Sie Erfahrungen mit Neem- und Moringabäumen und deren vielfältige Verwendung haben, sind wir sehr froh über Ihre Nachricht. Gerne geben wir Ihnen auch nähere Auskunft über unser Kuhprojekt.

Margrit und Peter Strässler, Ebnetstrasse 33, 8474 Dinhard – Schweiz
margrit@straessler.ch

Frauen in Tansania – wie arm sind sie dran?

Hartmut Guddat (DETAf Varel)

„Frauen in Tansania – wie arm sind sie dran?“ – unter diesem Motto stand das diesjährige entwicklungspolitische Bildungsseminar der Deutsch-Tansanischen Freundschaftsgesellschaft (DETAf). Es wurde zusammen mit dem Arbeitnehmerzentrum Königswinter (AZK) organisiert, wo es vom 9. bis zum 11. Mai stattfand. Fünf kompetente Referentinnen berichteten über verschiedene Frauengruppen aus Tansania, die sich sehr engagiert und mit einem natürlichen Selbstbewusstsein für ihre Umgebung einsetzen. Zu Beginn wurden verschiedene alleinstehende Frauen vorgestellt, die ihre landwirtschaftlichen Erträge durch neue Anbautechniken nachhaltig verbessern (Dr. Anja Blume). Anschließend ging es um die im Norden Tansanias verbreitete weibliche Genital-Verstümmelung, gegen die NAFGEM (Network against Female Genital Mutilation), ein Netzwerk von Frauen, kämpft (Christa Choumaini, Natalie

Klingels). Danach wurden Frauen in Erinnerung gebracht, die die Politik des Landes mitgestaltet haben (N. Mdoe). Schließlich wurde ein Frauen-AIDS-Projekt aus dem Norden Tansanias präsentiert, das stellvertretend für viele ähnliche Aktivitäten im Lande stehen kann (Margot Valentin). Gut 35 FreundInnen Tansanias mit sehr unterschiedlichen Hintergründen waren zusammengekommen, vom Teenager bis zum Senior. Wie schon bei den vergangenen Seminaren schlossen sich wieder an die Vorträge lebhaft Diskussionen an, in die sich jeder und jede einbringen konnte. Das nächste entwicklungspolitische Bildungsseminar der DETAF wird vom 30.4. bis zum 2.5.2004 wiederum im Arbeitnehmerzentrum Königswinter stattfinden. Angedachte Themen sind: Ernährung und Umwelt, Tourismus und Ökologie oder Energie. Welches dieser drei Themen endgültig ausgewählt wird, wird zu einem spä-

teren Zeitpunkt entschieden.
Im Anschluss an das Seminar fand am 11.5.2003 die Mitgliederversammlung statt. Dazu konnten zwei neue Mitglieder begrüßt werden, die spontan ihren Beitritt zur DETAF erklärt hatten. Der alte Vorstand der DETAF wurde wiedergewählt: Hartmut Guddat, Varel (1. Vorsitzender);

Dr. Ulrich Jantsch, Bergneustadt (stellv. Vorsitzender), Gönke Mbawala, Köln (Schatzmeisterin) und Richard Madete, Leverkusen (Schriftführer und Webmaster).

Hartmut Guddat, DETAF e.V., Riesweg 22, 26316 Varel T/F 04451 - 969 489; www.detaf.de info@detaf.de

KANGA SPRÜCHE No. 8

Vidole vitano, kipi bora ? -

Fünf Finger - welcher ist am besten ?

Die website des Tanzania-Network.de e.V.

Unsere Website wurde im Januar 2003 von circa 720 Gästen besucht (1.28 Besuche pro Besucher). Dabei wurden 8348 Seiten besucht bzw. 50752 Zugriffe vorgenommen. Viele Besucher kommen auf unsere Seite über Internet-Suchmaschinen wie google, Yahoo, MSN, Lycos, t-Online u.v.a. Die meisten Besucher kommen aus folgenden Ländern: Deutschland, Schweiz, Österreich, England, Schweden, Belgien, Niederlande, Kanada, Australien usw.

Es gibt eine Reihe von Organisationen und Institutionen, die einen Link zu unserer Website führen. Wir bitten alle unserer Mitgliedsorganisationen und Gruppen, möglichst von ihrer Website einen Link zum Tanzania-Network.de e.V. einzurichten nach dem Motto: Gemeinsam sind wir stark

– „Umoja ni nguvu“. Andersherum führen wir eine detaillierte allgemeine Weblink-Liste und eine Linkliste zu Tanzania-Gruppen in unserem Adressenpool. Falls Ihre Organisation oder Gruppe noch nicht im Adressenpool vorhanden ist, tragen Sie sich bitte selbst ein.

Die allgemeinen Weblinks auf unserer Seite sind jetzt übersichtlich in folgenden Untergruppen sortiert:

- Allgemeine Infos (als Untergruppen finden Sie: Kampagnen, Kiswahili)
- Deutschland (allgemeine Informationen, Arbeiten in Tansania, Medien)
- Tanzania (Education, General Information, Government Institutions)
- International Organization

Wir haben in der letzten Zeit nahezu keine neuen Anmeldungen in unserem online Adressenpool registriert. Wir denken aber, dass es noch viel mehr Gruppen und Organisationen gibt, die mit Tanzania zu tun haben. Darum werben wir weiterhin für eine Anmeldung in unserem Adressenpool. Der Adressenpool kann nützlich bei Recherchen eingesetzt werden, zum Beispiel bei der Suche nach Gruppen, die zu ähnlichen Themen oder in derselben Gegend arbeiten, um Treffen oder Veranstaltungen zu organisieren. Es gibt inzwischen auch eine interaktive Tanzania-Landkarte, wo man verschiedenen Regionen anklicken kann und man erhält alle Gruppen in Deutschland, die in diese Region Partnerschaftsverbindungen haben. Wir haben zur Zeit 142 Datensätze im Adressenpool.

Die Zahl der Mitglieder unseres email-Newsletter liegt zur Zeit bei 517. Die Versendung des Newsletter ist nach wie vor

die effektivste, die einfachste und die preiswerteste Methode, um Mitteilungen und Informationen zu verteilen. Der Wunsch nach einer Übersetzung aller Mitteilungen ins Englische wurde zur Kenntnis genommen und wir bemühen uns, wenn möglich, um eine englische Übersetzung.

Das offene Forum wird viel besucht. Viele benutzen diesen Service, um Fragen zu stellen oder miteinander zu diskutieren. Wir ermutigen alle Mitglieder, sich bei der Suche von Informationen und beim Antworten auf Fragen zu beteiligen.

Unsere Website bietet außerdem ein Portal für Links und Infos zu etlichen Kampagnen, die das Tanzania-Network.de e.V. unterstützt, einen Pool mit Tanzania-Experten und -Expertinnen, den Besuchskalender und einen sehr umfangreichen Veranstaltungskalender mit bundesweiten Veranstaltungen.

Richard Madete

www.fremdwelten.de

Seit fast zehn Jahren unterstützen wir, die Regionale Arbeitsstelle für Ausländerfragen, Jugendarbeit und Schule (RAA) und der Tansania-Freundeskreis Twende pamoja e.V., eine Schule in Fukuchani/ Sansibar. 1993 wurden die ersten Gebäude für die Primary school gebaut, mittlerweile sind die Schüler/innen groß und wegen ihres guten Rufs kommen Schüler/innen aus der ganzen Region nach Fukuchani. Aus diesem Grund muss in diesem Jahr unbedingt angebaut werden. Wie alle benötigen wir für die Realisierung dieses Projekts dringend noch Gelder.

HABARI 2 / 2003

Falls Ihr oder Sie auch gern Bücher im Internet bestellen und unser Projekt unterstützen wollen möchte ich auf folgende Adresse aufmerksam machen:

www.fremdwelten.de ist eine Non-Profit-Buchhandlung, die ab einem Bestellwert von 50€ 10% des Umsatz an ausgewählte Projekte spendet. Dazu muss bei der Bestellung nur das Kennwort Sansibar eingegeben werden. Neben einer sehr guten Datenbank ist der Einkauf versandkostenfrei. Falls Sie sich auch ohne Buchbestellung für unser Projekt interessieren: www.zanzibar.here.de

Konni Freier

Mapishi – Kochbuch für Tansanierinnen und deren Freundinnen

von Hedda Knuth

Neu erschienen ist ein Kochbuch in Kiswahili. Hedda Knuth hat die Rezepte, die in langen Jahren in ihrem Haushalt in Tansania gekocht wurden, für ihre tansanischen Freundinnen zusammen gestellt. Weil die Nachfrage der Tansanierinnen so groß war, ist daraus ein übersichtliches Buch geworden. Dieses Buch eignet sich hervorragend als Geschenk für swahilischsprachige Gäste, sind Kochbücher in Tansania doch sonst höchstens in englischer Sprache erhältlich. Und ein weiterer Vorzug ist mit diesem Kochbuch erbunden: Wer die ostafrikanische Sprache noch nicht beherrscht, kann anhand

der Wörterliste im Anhang zu lernen anfangen.

Der Erlös aus dem Verkauf kommt dem Projekt „Leben für Kinder“ der Gemeinde Toestup, Kirchenkreis Angeln, zugute.

Das Kochbuch ist zum Preis von 8 Euro plus Porto zu beziehen bei
Hedda Knuth, Drültstr. 2, 27709
Stoltebüll Fax: 04103 – 80 86 90
knuth@foni.net

Peter Knuth

Geht hin und heilt

von Gerd Propach (Hg.)

Im Zeichen der Globalisierung spricht man von einer weltpolitischen Zeitenwende. Durch die Liberalisierung der Wirtschaft wird den Menschen zunehmender Wohlstand verheißen. Die soziale Situation der Mehrheit der Erdbevölkerung mit ihren verheerenden Folgen gerade auch im Gesundheitsbereich ist dabei aber nur noch ein Randthema der weltpolitischen Diskussionen und Entscheidungen. Ärztliches Handeln hat es mit Menschen zu tun, mit Kranken und Hilfsbedürftigen, mit Leidenden und Sterbenden, mit Grenzsituationen menschlicher Existenz. Es kann dabei weder an den gesundheitlichen Problemen

unserer Gesellschaft noch an den globalen Verpflichtungen vorübergehen. Die Medizin der Moderne auf diese umfassende Verantwortung und Verpflichtung hinzuweisen, darin kann die Aufgabe und Herausforderung der Ärztlichen Mission liegen.

Gerd Propach (Hg.): "Geht hin und heilt!" – Zeichen der Freundlichkeit Gottes, 256 Seiten, Verlag der Francke-Buchhandlung, Marburg 2002, ISBN 3-86122-755-X, 9,80 €.

Gerd Propach

HABARI 2 / 2003