



Mwanza / Tansania, Weihnachten 2023

Liebe Verwandte, Freunde und Unterstützer,

solche Aussagen sind natürlich subjektiv und vielleicht empfindest Du ganz anders: Wie erstaunlich, dass wir schon wieder ein Jahr durchflogen haben, Weihnachten da ist und das neue Jahr 2024 unmittelbar vor der Türe steht! Ich habe das Foto der geraden Straße an den Anfang meines Weihnachtsgrüßes gestellt: Am Horizont sieht man sie eine Anhöhe erklimmen, was dahinter ist, wissen wir nicht. Geht die Straße gerade weiter, ist sie gut oder voller Hindernisse, führt sie in den Morast, welche Biegungen und Kurven wird sie machen? Wir eilen dahin, hinein in das Unbekannte – unsere Vorhersagen und Einschätzungen können absolut zu kurz greifen oder auch zutreffen.



#### 1. Als Gesundheits-Beauftragter unterwegs in der Diözese Musoma

Das erste Bild entstand auf der Fahrt nach Nyarombo Health Centre (= Gesundheitsstation) im Distrikt Rorya, einer der 13 **GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN DER KATHOLISCHEN DIÖZESE MUSOMA**, die beinahe die gesamte Mara-Region umfasst (zwischen Victoria-See, kenianischer Grenze und Serengeti Nationalpark). Als wichtiges Neu-Ereignis dieses Jahres für mich persönlich wurde ich vom dortigen Bischof, Michael Msonganzila, **zum GESUNDHEITS-BEAUFTRAGTEN ernannt** und darf mich zusammen mit den jeweiligen Leitungsverantwortlichen um die Entwicklung dieser Krankenstationen kümmern. Darunter ist ein Krankenhaus, Kowak Hospital, ebenso im Distrikt Rorya; desweiteren die Gesundheitsstationen (Health

Centres) Masanga, Masonga, und Baraki; die Erste-Hilfe- und Geburten-Stationen (Dispensaries) Kiabakari, Kitenga, Rosana, Nyamwaga, Gamasara, Komuge, Mji wa Huruma und St. Claret. Bislang konnte ich das Krankenhaus in Kowak, die Gesundheitsstationen Masanga, Nyarombo und Masonga sowie die Erste-Hilfe- und Geburtenstationen in Rosana und Gamasara besuchen. Sie alle liegen nördlich des Mara-Flusses in Richtung der kenianischen Grenze in dörflichen Siedlungen, die vorwiegend von den Ethnien der Kurya und der Luo bewohnt werden. Einzig Kiabakari liegt im südlichen Teil der Diözese, direkt an der Hauptstraße von Mwanza nach Musoma (240 km) und ist durch die dort ansässigen polnischen Missionare sehr gut entwickelt worden, so dass es eigentlich Krankenhaus-Status haben könnte. St. Claret und Mji wa Huruma liegen direkt in der Stadt Musoma selbst.

Im Vergleich zu dem, was ich bei dieser neuen Aufgabe in der Mara-Region sehe, ist das St. Clare Hospital in Mwanza eine ganz andere Welt auf viel höherem Versorgungs- und Entwicklungs-Niveau. Von Herzen würde ich wünschen, dass wir es dort in der Diözese Musoma gebaut hätten, z.B. in der nördlichsten Stadt Tarime nahe der Grenze zu Kenia! Als Gesundheitssekretär des Bistums Musoma habe ich mir zum Ziel gesetzt, dass ich erstens von Mwanza aus monatliche Outreach-Programme von Fachärzten durch die einzelnen Einrichtungen nach einem Rotationsschema organisiere; dass wir zweitens Patienten aus der Mara-Region, die wir vor Ort nicht behandeln können, die aber von den Diensten im St. Clare Hospital profitieren würden, zu erschwinglichen Preisen zur Diagnostik und Behandlung nach Mwanza zu bringen versuchen und schließlich drittens, dass wir mit Hilfe von Dr. Thomas Kühn, der beständig hoch-qualitative, gebrauchte medizinische Geräte und Hilfsmittel aus Deutschland bringt, die Ausstattung der Einrichtungen im Bistum Musoma deutlich verbessern.

Die Tätigkeit in der Diözese Musoma tut mir gut: Sie lässt mich begreifen, wie viel wir in St. Clare Hospital schon erreichen und verwirklichen konnten, trotz der ganzen oft erdrückend erscheinenden Probleme. Leider habe ich nur wenig Zeit: Jedes letzte Wochenende im Monat fahre ich nach Musoma: Freitag nach der Sprechstunde im St. Clare Krankenhaus eile ich um die Mittagszeit los und führe am Abend Gespräche mit Father Robert Luvakabandi in Musoma-Stadt, der für die Sozialprojekte der Diözese zuständig ist. Am Samstag besuche ich Einrichtungen; am Sonntagvormittag habe ich eine kleine pastorale Aufgabe in der Filialgemeinde Korotambe, wo ich die Messe feiere. Im Anschluss geht es dann am Nachmittag wieder um medizinische Entwicklung und die Betreuung der Gesundheitseinrichtungen, bis ich in der Nacht zum Montag nach Mwanza zurückkehre, wo die alltägliche Arbeit im St. Clare Hospital wieder weiter geht.



Im Dezember hatte die Gesundheits-Abteilung der Diözese seit langer Zeit wieder eine Jahresversammlung. Die Aufgabe des Gesundheits-Sekretärs des Bistums konnte jahrelang nicht besetzt werden. Für fast alle Leiter der verstreuten, entlegenen Institute für den Kranken-Dienst ist es eine lange Anreise nach Musoma. Beinahe alle sind unter der Leitung von Ordensfrauen, vier Leiterinnen gehören internationalen Gemeinschaften an; alle übrigen den Immaculate Heart Sisters der Diözese Musoma. Wir unterstehen

der Abteilung für die Sozialprojekte, die von Bischof Michael Pfarrer Robert Luvakabandi anvertraut ist. Als Pädagoge kennt er sich jedoch mehr mit den Schulen und Erziehungs-Einrichtungen aus. Zu dem ersten Jahrestreffen des „Health Department“ konnte mich Thomas Kühn selber begleiten, was den anwesenden Verantwortlichen für die Institutionen des Dienstes an den Kranken Auftrieb und Hoffnung verlieh, als sie den Helfer, von dem ich gesprochen hatte, auch physisch kennenlernen konnten.



Masanga Health Centre, in dem es auch fast so aussieht wie im kongolesischen Regenwald, hat eine Missions-Schwester aus der Demokratischen Republik Kongo als Leiterin. Dort ist die Einrichtung Schwestern des Hl. Vincent von Paul anvertraut, den „Daughters of Charity“.

Die Gesundheitsstation ist gut in Schuss und wird kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert. Ein Allgemeinarzt und ein Assistenz-Arzt teilen sich die ärztliche Leitung. Dieses Team führt im Monat im Durchschnitt über 50 Operationen durch, ohne dass ein Facharzt für Chirurgie verfügbar wäre. Beide sind der Einrichtung treu verbunden und arbeiten seit über 10 Jahren dort.

Es fehlt vor allem eine Röntgen-Anlage und ein besseres Ultraschall-Gerät. Dank der Hilfslieferungen von Dr. Thomas Kühn können wir beides in einigen Wochen bereitstellen. Das Health Center muss jedoch noch einen Röntgen-Raum mit Dunkelkammer für die Nass-Film-Entwicklung bauen, da wir keinen Digitalisierungs-Apparat für Speicherfolien-Kassetten haben. Im Moment werden Kranke gut zwei Stunden in eine

andere Einrichtung transportiert, um eine Röntgenaufnahme zu bekommen!

In vielen der Einrichtungen gibt es bauliche Herausforderungen: In Baraki (rechts) wurde ein OP-Rohbau errichtet, der nicht fertiggestellt werden konnte; wenig verständlicherweise über 100 m von der eigentlichen Gesundheitsstation entfernt und in meinen Augen von den Maßen her deutlich überdimensioniert. Ein OP sollte in erster Linie für Kaiserschnitt-Entbindungen zur Verfügung stehe. Das Health Centre verfügt über einen Krankenwagen und kann andere Erkrankte damit in Krankenhäuser in der Umgebung bringen. Die Bevölkerungsdichte und die Fallzahlen sind gering. Nur Geburtshilfe-Komplikationen und die weit verbreitete Sichelzellanämie stellen dort häufige Notfälle dar.



Das Foto links zeigt einen Blick in den Kreißsaal von Masonga Health Centre (der Name unterscheidet sich von Masanga nur durch einen Buchstaben, aber Masonga und Masanga liegen drei Stunden Autofahrt voneinander entfernt). Genauso wie in Nyarombo Health Centre und in Rosana Dispensary ist die Bausubstanz alt und vor allem die Dächer und Regenwasser-Tanks baufällig. Masonga und Nyarombo haben keine OP-Räume für die Kaiserschnitt-Bereitschaft, was in absehbarer Zeit zur Schließung oder zur Herabstufung zur Erste-Hilfe und Geburten-Station (Dispensary) führen könnte. In Rosana, das direkt an der Hauptstraße von Tarime über Nyamwaga und Nyamongo (Gold-Bergbau) nach Mugumu, der Hauptstadt des politischen Distrikts „Serengeti“, liegt, wurde schon in den 90er Jahren ein großer Gebäude-Komplex als Rohbau errichtet. Seitdem konnte der Großteil des Baus nicht vollendet werden und steht nach

wie vor nur als Mauerwerk mit Dachabdeckung. Das Gebäude in Rosana hätte, wenn fertiggestellt, fast die Dimensionen eines Krankenhauses, aber es ist de facto auf der Stufe eines sehr primitiven Dispensaries. Nur ein einziger Assistant Clinical Officer mit zwei Jahren Grundausbildung in klinischer Medizin arbeitet dort neben einigen Ordensschwestern, die Krankenpflegerinnen und Hebammen sind.

Kowak Hospital besteht zwar auch aus alten Gebäuden, aber dort gab es unermüdliche Unterstützer und eine straffe Führung durch indische Ordensschwestern, so dass das Krankenhaus gut erhalten und gepflegt wirkt. Wir unterstützen Kowak Hospital mit einer kompletten Zahnarzt-Praxis-Einrichtung, die uns die Kuehn-Foundation gestiftet hat. Dort gibt es zwar einen Dentisten, aber keine moderne zahnärztlichen Behandlungseinheit. Außerdem fehlen Geräte für die Überwachung von Patienten und für den OP.

## 2. Neuigkeiten aus St. Clare

Der positive Höhepunkt in der medizinischen ENTWICKLUNG DES ST. CLARE KRANKENHAUSES in Mwanza war im Jahr 2023 das Kommen des Berliner Gastroenterologen Dr. Michael Mroß mit Team (Endoskopie-Pflegerin Maria Döll und Thorax-Chirurg Prof. Dr. Klaus Gellert) des Senior Experten Service (SES), um unsere italienische Missions-Schwester, Dr. Cinzia Tonetti, als „Endoskopikerin“ und einige Angehörige des Pflegepersonals als Endoskopie-Hilfskräfte auszubilden. Die knapp drei Wochen vergingen wie im Flug, mit über 70 Magen-Darm-Spiegelungen.

Diagnostische und interventionelle **ENDOSKOPIE** sind ein großer Bedarf im gegenwärtigen Entwicklungsstadium der Medizin in Tansania und im Umfeld der Großstadt Mwanza im Speziellen. Daher eröffnete uns die Initiative von Michael Mroß und Kollegen eine Perspektive ins Weite und einen hoffnungsträchtigen Blick in die Zukunft, wie das Bild rechts oben symbolisch ausdrückt.



Die **AUGENMEDIZIN** in unserem St. Clare Krankenhaus hat schon eine sehr bewegte Geschichte. Sie ist eng mit dem Verhalten unserer augenärztlichen Kollegen in der Region, jedoch v.a. in BMC (Bugando Medical Centre) verbunden. Über die Jahre und durch verschiedene Versuche eine Ophthalmologie im SC Hospital aufzubauen haben wir erkannt, dass die hiesigen Augenärzte eigentlich nur an den (Katarakt)-Operation interessiert sind; in erster Linie aus finanziellen Erwägungen heraus. Jedoch nicht daran, bei uns Sprechstunden zu halten und „konservative Augenheilkunde“ zu betreiben.

Ein Kulminationspunkt war Ende letzten Jahres beim Kommen von Dr. Achim Miertsch (Eckernförde) und Dr. Frank Engelbrecht (Frankfurt) zu einem von langer Hand vorbereiteten augenmedizinischen Training (inkl. OP-Camp) erreicht, zu dem 5 einheimische Kollegen eingeladen waren. Letztlich haben uns alle hingehalten und sind nicht erschienen. Nur unsere eigenen Pflegekräfte und eine Clinical Officer, die uns aber Mitte dieses Jahres in den Staatsdienst verlassen hat, profitierten von der Ausbildung. Dieses Verhalten der tansanischen ärztlichen Fach-Kollegen frustrierte unsere augenmedizinischen Unterstützer sehr.

Nur Optiker Paul Mayer aus Traunstein blieb positiv und wir haben zusammen mit ihm unsere Perspektive erarbeitet:

Wir haben einen Brillen-Laden mit Optiker-Werkstatt eingerichtet, in dem bislang zwei Clinical Officer (drei Jahre Grundausbildung in klinischer Medizin) arbeiten, die von Paul



in der Herstellung und im Einschleifen von Brillen ausgebildet wurden. Im Optiker-Geschäft betreiben wir nun auch die Optometrie mit Auto-Refraktor, manueller Refraktion, Spaltlampen-Untersuchung, Non-Contact-Tonometer und Fundoskopie. Leichte Erkrankungen behandeln wir selbst, schwere Erkrankungen und zu operierende Patienten schicken wir nach BMC. (Dort ist eine eigene Augenklinik gebaut worden, mit Hilfe von RTL und dem Lions-Club aus Deutschland, meines Wissens).

Im Januar kommt ein in England ausgebildeter Optometrist und Optiker aus Aschaffenburg, Christian Bartels, als ehrenamtlicher Ausbilder für einen Monat zu uns. Überraschend hat sich auch ein Kontakt zum „Rwanda Charity Eye Hospital“ aufgetan, in dem ein deutscher Missionar und Augenarzt, Stephan Irle arbeitet. Das Rwanda Charity Eye Hospital sieht am Tag bis zu 250 Patienten. Er hat uns angeboten, dass wir auszubildende Clinical Officer und Ophthalmology Nurses zu ihnen nach Rwanda schicken dürfen. Außerdem wollen wir zusammen die augenmedizinische Versorgung in der Mara-Region im äußersten Norden nahe der kenianischen Grenze verbessern.

### 3. Mein Dasein als Mediziner

Leider war bei mir die Lebenszeit schon fortgeschritten, als ich 2010 das allgemeine Medizinstudium abschloss. Damals war ich 39. Lediglich im Fach **UROLOGIE** bin ich mehr bewandert, da ich mir nach dem Staatsexamen noch ein Jahr gönnte, um eine Dissertation anzufertigen und die Daten zu verarbeiten, die ich zu meinem Thema in drei Jahren klinischer Forschung gesammelt hatte. Im Juli 2011 hatte ich das Rigorosum bei Lehrstuhl-Inhaber Prof. Dr. Jürgen Gschwend und meiner Doktor-Mutter Prof. Dr. Kathleen Herkommer an der TU München. Am 11. August, dem Fest der Hl. Klara von Assisi (= St. Clare = Sr. Chiara) desselben Jahres reiste ich nach Tansania aus, um meine Arbeit als Missionar zu beginnen. Deshalb habe ich bedauerlicherweise niemals eine Facharzt-Ausbildung gemacht und wurde nie profund im Operieren ausgebildet, was mich in meiner ärztlichen Tätigkeit hier in Afrika sehr einschränkt. Anfangs habe ich selbst lediglich Kaiserschnitte operiert, ansonsten beschäftigte ich mich aber ausschließlich mit Tropen- und Allgemein-Medizin. Schon Mitte 2013 traten Krankenaus-Aufbau, Organisation und Management in den Mittelpunkt meiner Aufgaben.

Damals wurde ich vom Erzbischof in Arusha zum Interim-Administrator für Wasso Hospital bestimmt und es begann „meine Karriere“ als Krankenhaus-Leiter, „Fundraiser“ und „Baumeister“. Für mein persönliches Leben war es „historisch“, dass ich genau nach 10 Jahren im Mai 2023 wieder in die ärztliche Aufgabe zurückfinden durfte. Dabei nahm mich die Gynäkologin, Stefani Kemnitz, eine langjährige Weg-Begleiterin und Helferin in Tansania, an der Hand, indem sie sich bemühte, mir geburtshilflichen und gynäkologischen Ultraschall beizubringen. Seither arbeite ich wieder von Montag bis Samstag an den Vormittagen bis in die Nachmittags-Stunden hinein als Arzt und leite die täglichen Visiten. Erst am späteren Nachmittag und Abend begeben sich die Baustellen und ins Büro. Die tansanische Ärztekammer hat mich aufgrund meines Doktor-Titels und der Arbeit im Fach Urologie als MMed Urology eingestuft, womit ich in Tansania als Facharzt für Urologie gelte, obwohl ich überhaupt fachärztlich operieren kann. Mein Wunsch und Plan seit Langem wäre gewesen, dass ich die transurethrale Resektion der Prostata (TURP) erlernen könnte. Bislang hat es nicht geklappt. Fast noch wichtiger wäre in unserer Region Tansanias die transurethrale



Resektion der Blase (TURB), denn aufgrund der Bilharziose im Gebiet der großen Seen Ostafrikas gibt es viele Fälle von Harnblasen-Krebs.

Das Ultraschall-Bild eines Patienten links mit Blutung aus der Harnröhre hat eine Beschriftung mit „UB Tumor?“ – „fraglicher Tumor der Harnblase“. Diese Frage kann nur mit einer Blasenspiegelung und einer Probe-Entnahme von Gewebe für aufwändige Labor-Untersuchungen beantwortet werden. Schon hierfür brauche ich einen einheimischen Urologen aus Bugando Medical Centre, der

nicht umsonst kommt, sondern gut bezahlt werden muss, damit er den Weg auf sich nimmt. Dann brauchen wir mindestens 40 EUR, um das entnommene Gewebe in ein Privat-Labor nach Dar es Salaam zu schicken und pathologisch untersuchen zu lassen. Die Betroffenen sind meist Reis-Bauern und Fischer, die keine Kranken-Versicherung und nicht viel Geld haben. Die finanziellen Mittel der Familien sind daher oft schon erschöpft, wenn die Diagnose erarbeitet ist und die eigentliche, kostspielige Krebs-Therapie beginnen sollte. Bestrahlung und die verfügbaren Chemo-Therapien helfen bei Harnblasen-Krebs nicht; in fortgeschrittenen Fällen würden nur Radikal-Operationen Chancen auf Heilung bieten, die aber selbst in Dar es Salaam nicht routiniert durchgeführt werden. Nur Reiche können es sich leisten, zu solchen Operationen nach Nairobi (Kenia) oder nach Indien zu reisen. Man müsste gefährdeten Personen (= allen, die mit stehendem Süßwasser in Kontakt kommen – v.a. beruflich) regelmäßig Ultraschall-Untersuchungen ermöglichen und ihnen bei ersten Symptomen oder auch nur „auf Verdacht“ Blasen-Spiegelungen anbieten können, um Blasenkrebs frühzeitig zu erkennen und in den Anfangsstadien mit der transurethralen Resektion der Harnblase (TURB) minimal-invasiv zu heilen. Dies medizinisch anbieten zu können, bin ich leider weit entfernt, so dass ich sagen muss, dass mir mein schöner Titel „MMed Urology“ noch herzlich wenig bringt, um diesen Patienten helfen zu können.

In der Röntgenaufnahme unten sieht man den Bauch eines 45-jährigen männlichen Patienten, Handwerker, der von einem tansanischen Facharzt für Allgemein-Chirurgie, der in einem staatlichen



Krankenhaus angestellt und tätig ist, wegen eines Leistenbruchs operiert wurde, drei Tage nach der Hernien-OP. Mir, „als Urologe“, wurde der Patient vorgestellt, weil er keinen Harn mehr ausgeschieden hat. Man vermutete ein akutes Nierenversagen bei Sepsis wegen post-operativer Darm-Lähmung. Der Patient hatte auch seit einigen Tagen keinen Stuhlgang und keine Windel; es wurde ihm bereits eine Magensonde gelegt und ein Einlauf gemacht, nach dem aber dann eine große Menge Stuhl abging, so dass sich die provisorische Diagnose „Darm-Lähmung“ verflüchtigte. Aber auch Laboruntersuchungen, Röntgen und Ultraschall zeigten mir keine Hinweise auf

eine solche Erkrankung, sondern eine prall mit Flüssigkeit gefüllte Bauchhöhle. Der Bauch war innerhalb der drei Tage nach Operation angeschwollen und schien nun zum Bersten voll: Des Rätsels Lösung: Der Chirurg hatte bei der Leistenbruch-Operation die Harnblase zerschnitten und die Nieren drainierten den Harn in die Bauchhöhle. Auch diesem Patienten konnte ich operativ nicht weiterhelfen und musste ihn mit unserem Krankenwagen nach Bugando transportieren lassen, wo er erfolgreich operativ revidiert und die Harnblase wiederhergestellt wurde. Er hat dies, Gott sei Dank und zum Glück, ohne weitere Komplikationen überlebt.

#### 4. Reflexionen

Als Arzt stellt sich mir, seit ich im Mai wieder ernsthaft Medizin betreibe und seit ich mangels geeigneter einheimischer Personen auch wieder ärztlicher Leiter des St. Clare Krankenhauses werden musste, die Frage: Wer bin ich? Im Grunde wohl ALLGEMEIN-MEDIZINER. Aber auch das ohne Facharztstitel wie den deutschen „Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin“, sondern nur mit der „Zusatzbezeichnung“ Tropenmedizin. Diese weiter oben beschriebene Gesamtsituation führt bei den einheimischen „Specialists“ (Fachärzten) zu einer intuitiven Geringschätzung meiner ärztlichen Fähigkeiten. Dies wirkt sich natürlich auch auf die Institution aus, der ich als ärztlicher Leiter vorstehe. Es wird Folgendes gesagt: „Wir haben in St. Clare Hospital alle möglichen Hilfsmittel und medizinischen Geräte, aber keine Leute“. „Leute“ meint hier „qualifizierte Mitarbeiter“ bzw. Fachärzte, die die Geräte entsprechend nutzen

könnten. In der Tat können wir uns hinsichtlich Ausstattung in vielen Bereichen mit der Universitäts-Klinik Bugando Medical Centre hier in Mwanza messen. Vor allem dank der Kuehn Foundation sind wir das wahrscheinlich am besten ausgestattete nicht-staatliche und nicht halb-staatliche Missions-Krankenhaus der Lake Zone in Tansania. Und ebenso korrekt: Wir haben keine richtigen „Specialists“. Mich betreffend: siehe meine Ausführungen weiter oben! Und im Fall meiner einzigen festangestellten missions-ärztlichen Kollegin Sr. Dr. Cinzia Tonetti: Sie hat einen italienischen „Master of Medicine“ mit der Bezeichnung „International Medicine“, die in Italien im Wesentlichen auch mit Tropenmedizin identisch sein dürfte.

Was sind die Gründe hierfür, dass es so ist, wie es ist? In erster Linie, dass sich trotz intensivem Ausschau-Haltens und ausdauernder Suche noch keine einheimischen Fachärzte gefunden haben, die für die Löhne, die wir uns leisten könnten, bereit gewesen wären, sich in St. Clare Hospital anstellen zu lassen. Lediglich im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe haben wir einen engagierten Belegarzt (Teilzeit). Er ist jetzt ein Jahr nach der Facharztprüfung; für die ich ihn in seiner Ausbildung unterstützt hatte. Aber er ist ein Staats-Angestellter und muss hauptberuflich im staatlichen Regional-Krankenhaus arbeiten. Ansonsten haben die „Specialists“, egal ob Teilzeit oder für eine Festanstellung, so überzogene Gehaltsvorstellungen und Forderungen, dass wir solche Anstellungen niemals für das Krankenhaus kostendeckend gestalten könnten. Dies ist der Dichte der medizinischen Einrichtungen in der Großstadt (Mwanza ist nach Dar es Salaam die zweitgrößte Stadt überhaupt in Tansania) geschuldet und dem Faktum, dass Fachärzte in Tansania im Wesentlichen nur in den größeren Städten angetroffen werden können, in denen sie sich gegenseitig „auf den Füßen herumtrampeln“. Das weite ländliche Tansania ist zumeist ohne fachärztliche Versorgung, dort möchte keiner der „Hoch-Studierten“ hingehen.

Zudem haben die „Specialists“ und „Super-Specialists“, die in Bugando Medical Centre und im staatlichen Regional-Krankenhaus angestellt sind, in vielen Fällen ihre eigenen Privat-Kliniken verstreut in der Stadt, in denen sie sich nach Dienstschluss ihr „Zubrot“ verdienen. Für diese Kliniken und Praxen sind wir natürlich eine ungeliebte Konkurrenz, da wir fachärztliche Medizin und Leistungen für ärmere Menschen zu niedrigen oder gar Dumping-Preisen anbieten möchten; deshalb sind „Nebenjobs“ bei uns nicht angesagt und für die Kollegen schlecht beleumundet, da die Sorge da ist, die Münze des fachärztlichen Geschäfts zu verderben.

Ich hatte in diesem Jahr, auf dem Höhepunkt unserer Finanzkrise, versucht, unsere Klinik dem Bugando Medical Centre, in dem über 130 Fachärzte (Specialists) angestellt sind, die vom tansanischen Staat aus Steuermitteln entlohnt werden, als Außenstelle (ca. 15 km entfernt, in einem sehr dörflichen Außenbezirk, mit öffentlichen Verkehrsmitteln über eine Stunde Fahrt durch das Verkehrschaos der Großstadt) kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die Kuehn Foundation hatte dazu zusätzlich noch in Aussicht gestellt, Bugando Medical Centre selbst mit qualitativ gutem gebrauchtem medizinischem Gerät aus Deutschland zu unterstützen.



Verbunden mit dem Gedanken, dass dann Fachärzte von dort unsere Einrichtung bevölkern und die Gerätschaften für die Patienten medizinisch fruchtbarer machen könnten. Bugando Medical Centre selbst ist überfüllt mit Patienten und viele müssen dort Tage und Wochen lang warten, um an die Reihe zu kommen. Histo-pathologische Befunde nach Operationen dauern z.B. Minimum sechs Wochen. Bugando ist für die Lake Zone mit 15 Millionen Einwohnern das einzige hochwertigere Krankenhaus. Andere Privat-Einrichtungen, die durch Bestechung und politische Intrige den Status „Zonal Referral Hospital“ vor sich hertragen, verdienen mit deutschen Maßstäben den Titel Kreiskrankenhaus nicht. Aber mein Vorschlag fand im „Board of Trustees“ und in der Leitung von Bugando nur ein müdes Lächeln und ich bekam nach Monaten brieflich den wohlmeinenden Ratschlag, das St. Clare Hospital solle doch selbst Fachärzte anstellen, denn die in Bugando Medical Centre tätigen 130 Fachärzte hätten so viel zu tun, dass sie nicht im St. Clare Hospital stationiert werden können.

Auch der Gedanke junge Absolventen in der fachärztlichen Ausbildung zu unterstützen, um sie nach Abschluss für niedrigere Löhne anzustellen, birgt verschiedene Probleme: Einer davon ist, dass bei vielen, die im Facharzt-Studium gefördert wurden, im Anschluss an das Studium keine Bereitschaft da ist, für geringeres Geld zu arbeiten, als ihre fachärztlichen Kollegen anderswo bekommen. Zwischen den einheimischen „Specialists“ gibt es ein großes, stilles Übereinkommen, dass man sich nicht gegenseitig „preislich unterbietet“. Solche ehemaligen Stipendiaten machen den Stipendiengebern vielerorts sogar gerichtliche Probleme. Es gibt tansanische Rechtssprüche, die besagen, dass es nicht legal ist, in der Facharzt-Ausbildung geförderte Ärzte nach Abschluss unter den Beträgen, die in der staatlichen Gehaltstabelle festgelegt sind, zu beschäftigen. Von vielen Verantwortlichen für Missions-Krankenhäuser in verschiedenen Teilen des Landes habe ich schon Schilderungen des gleichen Problems gehört. Aus diesem Grund schien es uns logischer, nach Fachärzten zu suchen, die ihre Ausbildung schon abgeschlossen und einige Berufserfahrung als „Specialists“ haben, anstatt selbst Ärzte mit Stipendien zur Facharztausbildung zu schicken. Aber weit sind wir damit auch noch nicht gekommen – siehe im Text oben! Bei allen medizinischen und pflegerischen Angestellten haben wir das immense Problem, dass die Allermeisten über Kurz oder Lang vom Staat angestellt und „unkündbar“ werden wollen. Zigfach mussten wir schon die schmerzliche Erfahrung machen, dass wir in die medizinische oder pflegerische Ausbildung eines jungen Menschen investieren und dass dieser dann im Handumdrehen bei der nächsten staatlichen Einstellungswelle weg geht. Ich habe gelernt, dass es nur Sinn macht, einen Mitarbeiter auszubilden, wenn man nach seiner Ausbildung auch die finanziellen Kräfte hat, sie oder ihn mit einer attraktiven und regelmäßigen Bezahlung bedenken zu können. Ansonsten machen das die wenigsten auf die Dauer mit, denn im privaten und missionarischen Bereich muss bekanntermaßen mehr und effizienter gearbeitet werden als im tansanischen Staatsdienst, in dem man vielleicht weniger Geld, aber dafür viel mehr Freizeit bekommt. In den Jahren des verstorbenen Präsidenten Magufuli wurden fast keine Staatsdiener neu angestellt. Deshalb gab es ein großes Angebot arbeitssuchender Kräfte in vielen Bereichen, aber vor allem im medizinischen und pädagogischen Bereich. Seit seinem Tod werden jedes Jahr neue Mitarbeiter für die staatlichen Einrichtungen der Krankenversorgung im fünfstelligen Bereich rekrutiert. Trotzdem wird die medizinische Versorgung der Bevölkerung in den zahllosen kleineren und größeren staatlichen Einrichtungen vor allem auf dem Land nicht besser...

Diesen Problem-Komplex faktisch auflösen zu wollen, ist für uns eine immense Herausforderung geworden. Insbesondere angesichts einer dramatischen Finanzkrise, die uns als St. Clare Hospital in der ersten Jahreshälfte 2023 fast den Garaus bereitet hätte. Die Leitung des Hospital Management Teams (= Ärztlicher Leiter und Verwaltungs-Leiter), die letztendlich im März diesen Jahres ihre Verträge nicht verlängert haben und gegangen sind, weil ich als Gründer und vormaliger Leiter massive organisatorische und wirtschaftliche Reformen und Veränderungen einfordern musste, die die beiden nicht mitgehen wollten, haben dem Krankenhaus Schulden und Außenstände aus 2022 und den ersten vier Monaten 2023

in gewaltiger Höhe hinterlassen, weil sie anstatt zu rationalisieren und die Effizienz der Einrichtung zu steigern im Arzneimittel-Großhandel massiv „auf Pump“ eingekauft und beim eigenen Personal Lohn- und Zuschlags-Zahlungen haben auflaufen lassen, in einem Maß, in dem es das Krankenhaus-Einkommen niemals hätte decken können.

Wir überlebten diese Krise und andere Skandale glücklich in der zweiten Jahres-Hälfte 2023. Einerseits durch massive finanzielle Hilfe des Kindermissionswerks – Die Sternsinger und eine Hilfsaktion der Kuehn Foundation – und andererseits durch eine deutlich „verschärfte Gangart“ des erneuerten Hospital Management-Teams. Das Kindermissionswerk begleitet unsere Anstrengungen, wirtschaftlich nachhaltiger und organisatorisch schlanker zu werden, die Erzdiözese München und Freising unterstützt zwei Krankenhaus-Managerinnen, Ökonominen und Beraterinnen, die im Januar auf Vermittlung von Dr. Gabriel Wasmer, vormaliger Leiter des Orthopädie Centrums München (OCM), für zwei Wochen ehrenamtlich und unentgeltlich zu uns kommen, um uns auf diesem Reformweg weiter voranzubringen.

Allerdings bewegen wir uns beständig auf dünnem Eis, denn letztendlich geht es um die „Quadratur des Kreises“ und beinahe um ein „Ding der Unmöglichkeit“: Wir möchten gute, fachärztliche Dienste insbesondere für die Armen Tansanias zugänglich machen. Gleichzeitig können wir uns aber die gut zu bezahlenden Fachärzte finanziell nicht leisten, weil wir nicht das nötige Einkommen haben. Reiche Tansanier, die sich etwas leisten können, gibt es nicht viele; und die, die es gibt, gehen zur Behandlung dorthin, wo es am exklusivsten wirkt. Wenn es sein muss, auch ins kenianische Nairobi oder nach Indien. Unser ursprüngliches Vorhaben und unser Originalplan, dass wir durch die besten fachärztlichen Leistungen die „Reichen und Schönen“ des Landes anziehen und von ihnen so viel mehr verlangen könnten, so dass wir die Mittel finanziell umschichten und die Behandlung der Armen damit nachhaltig finanzieren könnten, ist bislang nicht aufgegangen. Wir behandeln in erster Linie Menschen der großen Unter- und Mittelschicht Tansanias, die unsere Kosten für die Mitarbeiter-Beschäftigung und den Krankenhaus-Betrieb nicht decken können.

Als einen der Lösungsansätze wollen wir unsere gering bezahlten oder für das Krankenhaus kostenlos arbeitenden missionsärztlichen Kräfte noch stärker in die Waagschale werfen: Sr. Dr. Cinzia Tonetti, die Mitte des Jahres als „Geschenk des Himmels“ zu uns kam und bei uns als Missionsärztin anheuerte, bekam daher im November / Dezember die großartige, praktische Intensiv-Ausbildung in Endoskopie durch Dr. Michael Mross und Team. Sie soll mit uns einen guten Ruf als kompetente Anlaufstation bei Magen-, Darm- und Bauch-Erkrankungen aufbauen. Außerdem hat sie schon eine Grundausbildung in Echo-Kardiographie und deshalb soll sie sich als Internistin auch für Herz-Kreislauf-Krankheiten profilieren. Aber auch ich möchte in Ultraschall-Untersuchungstechniken und in Echo-Kardiographie fortgebildet werden, so dass wir zusammen mit unserer Internistin in Ausbildung, Dr. Lilian Venance Nyonyo, die im kommenden September den Facharzt für **INNERE MEDIZIN** abschließen wird, ein kompetenteres, praxis-orientiertes internistisches Team formen können.

Hinsichtlich der **CHIRURGIE** möchte ich, wie schon erwähnt, wenigstens transurethrale Resektionen der Prostata (TURP) anbieten und hoffe auf eine ähnliche praktische Intensiv-Ausbildung im anbrechenden Jahr, in ähnlicher Form wie sie Sr. Cinzia heuer in gastroenterologischer Endoskopie bekommen hat. Durch das außerordentliche Engagement von Thomas Kühn und Gabriel Wasmer für das St. Clare Hospital, beides Orthopäden „vom alten Schlag“, die sowohl in konservativer als auch in operativer **ORTHOPÄDIE** beschlagen sind, bekomme ich im Januar-Februar ein Training in konservativer Orthopädie und einen Grundlagen-Kurs in Arthroskopie (des Knie-Gelenks), wozu die Kuehn Foundation auch eine operations-technische Assistentin und eine Anästhesistin aus Deutschland bringt, die in zwei ihrer Urlaubswochen an dieser Ausbildung mitwirken werden. Nachdem wir im Januar auch eine große Kranken-Gymnastik-Abteilung vervollständigen und einweihen können, erfährt unser „orthopädisches Potential“ bis März 2024 möglicherweise einen Quantensprung. Dr. Kühn und Dr. Wasmer werden mich in den orthopädischen Untersuchungstechniken, in der Anwendung von orthopädischen Hilfsmitteln und

Orthesen, in Gelenks-Injektionen und medikamentösen Infiltrations-Techniken und in der Verbesserung meiner Fähigkeiten zum Anfertigen von Gipsen, Schienen und Verbänden und in der konservativen Reposition von ausgelenkten Gelenken und von Frakturen unterweisen, so dass ich hoffentlich ab März selbständig orthopädische Dienste anbieten kann.

Dieses Angebot richtet sich in erster Linie an die zahlreichen orthopädischen Schmerz-Patienten, für die keine Operationen und chirurgische Eingriffe möglich sind. Aber unsere Hoffnung ist, dass wir dadurch auch die prozentual wenigen Patienten erreichen, die Operationen brauchen, damit wir das St. Clare Hospital für den operativen Bereich interessanter machen.

Als Unfall- und Allgemein-Chirurg haben wir zumindest für gut die Hälfte des Jahres an Donnerstagen und Freitagen den holländischen Missionsarzt Dr. Johan Frederik van Staal, der hauptsächlich in Sengerema Hospital in der Diözese Geita arbeitet. Er ist ein ausgezeichnete Operateur, aber leider gelang es uns in St. Clare Hospital bislang noch nicht, dieses Pfund in die Waagschale zu werfen, denn die tansanischen Patienten sind es Großteils nicht gewohnt, mit Terminen, Sprechstunden und Zeitplanung umzugehen. Man merkt, dass die meisten Patienten ins Krankenhaus „hereinschneien“ und behandelt werden wollen. Verweist man auf ein Termin-Vergabe-System und ein Kommen des Spezialisten zu diesem und jenem Zeitpunkt, dann werfen die meisten „die Flinte ins Korn“ und kommen nicht wieder. In der Öffentlichkeit wird gesagt: „Die haben niemanden!“ Zumal das wöchentliche Kommen des Arztes an Donnerstagen und Freitagen große Lücken hat und er, wenn er kommt, eigentlich vorwiegend zu operierende Patienten sehen möchte. Sollte es gelingen, dass ich die „konservative Orthopädie“ beleben kann, dann bekäme vielleicht auch Dr. van Staal mehr Patienten zum Operieren.

#### 5. Die Frage der Nachhaltigkeit

Wo bleibt die Nachhaltigkeit und der Blick in die Zukunft, wenn wir fachärztlich-medizinisch fast nur auf Missionsärzte und Ausländer sowie ausländische Helfer bauen? Das ist eine sehr berechtigte Frage ... .

Die visionäre Antwort lautet folgendermaßen: Wenn wir die oben erwähnten Dienste besser etabliert, eine gute Reputation aufgebaut und die Leistungen routiniert haben, und dies hoffentlich zu einer Stabilisierung der Finanzen geführt hat, dann könnten wir bewährte Mitarbeiter mit Berufserfahrung, Allgemeinärzte (General Practitioner), auch Mitarbeiter der unteren akademischen Ausbildungen wie Clinical Officer (dreijährige Praxis-Ausbildung in klinischer Medizin) und Krankenpflege-Personal heranziehen und diese rein praktisch ausbilden, ohne sie zurück an Ausbildungs-Institute und Universitäten zu schicken und der Versuchung auszusetzen, uns danach den Rücken zuzukehren. Es spricht nicht viel dagegen, dass eine Kranken-Pflege-Kraft endoskopierte; dass ein Clinical Officer eine Echo-Kardiographie und ein Nicht-Orthopäde eine körperliche Untersuchung auf orthopädische Krankheiten durchführt. Auf diese Ideen hat mich der Kontakt als „Health Secretary“ mit den entlegenen Gesundheits-Einrichtungen der Diözese Musoma gebracht: In Kowak Hospital gibt es z.B. nur einen Voll-Arzt mit allgemeinem medizinischem Studium, nur drei Jahre nach dem Examen. Er ist der „Chefarzt“, muss alle Operationen selbst machen, und arbeitet nur mit Clinical Officern (Hilfsärzten) zusammen. In Masanga Health Centre gibt es keinen röntgentechnischen Assistenten; dort macht ein Assistenzarzt alle Ultraschall-Untersuchungen und zusammen mit einem einzigen Voll-Arzt (ohne Spezialisierung) operieren die beiden ein weites Spektrum an Operationen, die sie praktisch und zuverlässig erlernt haben. In Gamasara Dispensary macht eine Ordensschwester, die Clinical Officer ist, die geburtshilflichen Ultraschall-Untersuchungen. Eine hausinterne Untersuchung von Dr. Stephan Irle im oben erwähnten „Rwanda Charitable Eye Hospital“ hat z.B. gezeigt, dass dort über 80 % der augenmedizinischen Dienste an den Patienten von Clinical Officers, Optometristen und augenärztlichen Pflegekräften geleistet werden können.

Wir brauchen in St. Clare Hospital Talente für praktische Dienste, die unseren Ruf aufbauen und hochhalten können. Diese müssen nicht unbedingt teure tansanische Fachärzte sein, eine Gruppe, in der meiner Beobachtung nach hier in Tansania noch „der Wurm drin ist“; die von Vorstellungen getragen sind,

die wenig altruistisch und caritativ sind, und denen wahrscheinlich noch „einige Zähne gezogen“ werden müssen. Vielleicht können wir als missionsärztliches Personal in St. Clare Hospital einen kleinen Beitrag dazu leisten, die Dinge zu verändern und etwas zu bewegen, dahingehend dass der ärztliche Beruf wieder etwas mehr als ein „sozialer Beruf“ empfunden wird und nicht nur als eine kostspielige akademische Ausbildung, nach der es darum geht, möglichst viel finanzielles Kapital daraus zu schlagen und in die luftigen Höhen der tansanischen Oberschicht aufzusteigen.



Selbst bei einem abgeglittenen Wirbelkörper wie links oder bei einer Ermüdungs-Fraktur wie im Bild rechts braucht es zunächst keinen fachärztlichen Operateur, sondern jemand, der zuverlässig die Diagnose stellt und Schmerztherapie und Kranken-Gymnastik bzw. eine fachgerechte Ruhigstellung der Extremität in die Wege leitet.



Das St. Clare Hospital ist im Bereich Orthopädie durch die „Kuehn Foundation – Orthopedic Surgery for Africa“ und ihre Unterstützer und Spender so gut ausgestattet, dass wir zum Beispiel schon drei qualitativ hochwertige Durchleuchtungs-Geräte (C-Bögen, vgl. Bild links) an tansanische Missions-Krankenhäuser mit unfallchirurgischen und orthopädischen Schwerpunkten verschenken konnten: Erst jetzt in der dritten Adventswoche ging ein C-Bogen gut verpackt auf die weite Reise von fast 2,000 km nach Ndanda, in das Krankenhaus der dortigen Abtei der Missionsbenediktiner von St. Ottilien. Je ein weiteres Gerät stifteten wir in das Missionskrankenhaus von Sengerema, in dem Dr. von Staal hauptsächlich tätig ist. Ein Durchleuchtungsgerät gaben wir nach Puma Hospital (Queen of the Universe Hospital) bei Singida, das direkt an der unfallträchtigen und mit viel Schwerlastverkehr befahrenen Hauptstraße von Mwanza nach Dar es Salaam liegt. Es wäre unsere Hoffnung, dass auch wir einmal zu einem Zentrum für Orthopädie werden... .



Das Jahr 2023 hier bei uns im St. Clare Hospital war voll von Krisen, Problem und Schwierigkeiten – eine wahre Herausforderung für die Fähigkeit, mit Hoffnung und Zuversicht in die Zukunft zu schauen. Aber gleichzeitig eröffnete es auch neue und wichtige Einsichten und bedeutende Lernerfahrungen ganz überraschender Natur und Deutlichkeit. Auch offenbarte es den harten Kern unserer Freunde.

Das Jahr 2023 hier bei uns im St. Clare Hospital war voll von Krisen, Problem und Schwierigkeiten – eine wahre Herausforderung für die Fähigkeit, mit Hoffnung und Zuversicht in die Zukunft zu schauen. Aber gleichzeitig eröffnete es auch neue und wichtige Einsichten und bedeutende Lernerfahrungen ganz überraschender Natur und Deutlichkeit. Auch offenbarte es den harten Kern unserer Freunde.

Symbolisch dafür war es, als ein starker Sturm im Oktober unser größtes und sehr gewagtes Strohdach über dem Container-Lager beim Leichenhaus nach drei Jahren seit Fertigstellung abdeckte. Glücklicherweise war es solide gebaut, durch Gottes Fügung und trotz der großen Last des vom Starkregen durchnässten, schweren Grases der Abdeckung stürzte nichts um und herab. Unsere mutigen Handwerker bargen jedes Strohbandel und alles Holz und Eisen, so dass wir für die Erneuerung der Dachkonstruktion im Wesentlichen nur die Wellblech-Platten kaufen mussten. Gleichzeitig entstand so eine große, nun noch stärker verankerte Dachfläche von über hundert Quadratmetern Größe, auf der wir hoffentlich 2024 endlich Module unserer geplanten Solaranlage installieren zu können.





Eine große Waffe des Widersachers ist es, eine der verderblichsten Versuchungen, die Hoffnung aufzugeben und die „Flinte ins Korn zu werfen“. Hier in Tansania leben wir real noch mit vielen Schlangen – manche gefährlich giftig, manche vielleicht nicht –wie eventuell die auf dem Bild unten. Sollte es sich tatsächlich, wie von mir vermutet, um eine Strumpfbandnatter handeln? Eventuell weiß es ein kundiger Leser meines Briefes besser als ich? Diese Schlange ebenso wie drei andere zuvor in den letzten paar Monaten, darunter zwei Schwarze Mambas und eine junge Spei-Kobra, wurden von meiner Haushälterin Pili erledigt, die präzisionsgenau mit dem Besenstil zuschlägt, in dem sie auf den Hinterkopf des Reptils zielt. Ob giftig oder nicht, ist ihr ziemlich egal; die Menschen hier wissen, dass es bei Begegnungen mit Schlangen oft um Sein oder Nichtsein geht. Der Schlange der Hoffnungslosigkeit auf den Leim zu gehen, kann auch verderblich sein. Gott sei Dank ist es uns dieses Jahr gelungen mit Hilfe von Freunden und Unterstützern, dieser Schlange erneut den Kopf zu zertreten.



Normalerweise schreibt unsere treue Wegbegleiterin Constanze solch ausführliche Info-Briefe. Heute, am Tag vor Heiligabend ist es mir zugefallen, ein episches Werk zu verfassen, obwohl wir erst an Allerheiligen, bei Constanzes letztem Besuch in Mwanza, einen großen gemeinsamen Rundbrief herausgebracht hatten. Es hat mich überkommen und war mir offenbar ein Bedürfnis, dies heuer zu Weihnachten 2023 in dieser Breite nochmals selber zu tun – vielleicht hat es der ein oder andere von Euch mit Gewinn und Interesse gelesen.

Auf jeden Fall wünsche ich Euch von ganzem Herzen ein gutes und gesegnetes Fest der Geburt Jesu Christi – und in Dankbarkeit für alles Gute, das ich von Euch erfahren durfte, Gottes reichen Segen für das anbrechende neue Jahr!

Euer Thomas Brei

P.S. Unser Spendenkonto für das **ST. CLARE HOSPITAL** und die **ARBEIT VON PFARRER DR. THOMAS BREI:**  
(*bitte für **Spendenquittungen** Postadresse angeben!*):

**Kreissparkasse Biberach**

Konto-Name: „Orthopedic Surgery for Africa“ (Kuehn Foundation)

**IBAN: DE41 6545 0070 0008 6487 70**

**Alle Spenden, die auf diesem Konto eingehen, kommen zu 100 % der Entwicklungs-Projekt-Förderung und der sozialen Arbeit im SC Hospital (St. Clare Krankenhaus) in Mwanza zugute!**

*Die gemeinnützige Familien-Stiftung „Orthopedic Surgery for Africa“ (KUEHN FOUNDATION) hat dieses Spenden-Konto exklusiv für die Weiterleitung von Spenden an die **TANSANISCHE SC CLINIC-FOUNDATION** und die Förderung von deren Projekten am SC Hospital in Mwanza eingerichtet.*

[www.scc-foundation.de](http://www.scc-foundation.de)

[www.kuehn-foundation.de](http://www.kuehn-foundation.de)