

**Wahleinsatz im Mnazi Mmoja Hospital in Tansania-Sansibar**



### **Justin Danker & Nele Diestelhorst H.2017.2**

Nach reiflichen Überlegungen und vielen freundschaftlichen Debatten hatten wir, Nele (21J.) und Justin (23J.) uns dafür entschieden, unseren Wahleinsatz mit Unterstützung einer Volunter-Organisation zu absolvieren.

Und so hatten wir zunächst die Qual der Wahl, das Länderangebot der Organisation war äußerst vielfältig. Und es kostete uns mehrere Stunden an Internetrecherche, Gesprächen mit Eltern, Diskussionen im Freundeskreis- doch dann entschieden wir uns - für Tansania, speziell für die Insel Sansibar!

Die Vorbereitungen konnten endlich beginnen.

Da es sich um eine Reise ins Ausland handelte, dieses Land nicht EU-Gebiet ist und dann auch noch in Afrika liegt, war klar das Vieles zu erledigen war- mal abgesehen von dem Zusammensuchen und Beschaffen unzähliger Dokumente, welche zur Einreise benötigt wurden bis hin zur sorgfältigen Auswahl von Reiseapotheke & Impfungen.

Einen Besuch beim Tropenmediziner ersparten wir uns trotzdem, etwas eigene Recherche sollten wohl ausreichend sein.

Für Tansania wurden folgende Impfungen empfohlen:

- Diphtherie
- Masern
- Pertussis
- Tetanus
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Meningokokken-Meningitis
- Tollwut
- Typhus

Zudem wurde auf eine Malaria Prophylaxe hingewiesen:

- Malarone z.B. Atovaquon 250mg/Proguanil 100mg

Die Tropenmediziner in Deutschland sagten zwar, dass es keine Malaria auf Sansibar gäbe, allerdings sollten wir recht schnell eines Besseren belehrt werden.

Sansibar besteht aus 2 Hauptinseln (Pemba im Norden & Unguja im Süden), diese liegen etwa 40km vor der Küste Tansanias im Indischen Ozean.

Hier leben, nach letzter Zählung, etwa 1,2 Millionen Menschen auf einer Fläche von 2654 Quadratkilometern.

Sansibar ist halbautonom zum Staat Tansania und verfügt deshalb über ein eigenes Parlament mit einem eigenem Präsidenten.

Seit dem 9. Dezember 1961 ist Tansania offiziell keine britische Kolonie mehr.

Doch fast das gesamte Bildungssystem ist auf Englisch ausgerichtet- für uns großes Glück, da wir uns mit den Kollegen vor Ort gut in englischer Sprache verständigen konnten.

Am 15.12.2019 war es endlich soweit. Wir starteten gegen 7 Uhr am Flughafen Tegel, Air France brachte uns, für unseren ersten Zwischenstopp, nach Paris. Knapp drei Stunden später flogen wir mit Kenya Airways über Nairobi nach Sansibar, wo wir am 16.12.2019 gegen 1:35 Uhr mit zwei Stunden Zeitverschiebung landeten.

Unser Abenteuer hatte begonnen.

In Deutschland abgereist bei sechs Grad, angekommen bei 30 Grad, völlig übermüdet und schon durchgeschwitzt standen wir nun beim Immigration-Office am Flughafen.

Hier sollten wir uns schon der ersten kleinen Herausforderung stellen.

Ein Einreiseformular war auszufüllen, es mussten zahlreiche Angaben gemacht werden, von denen wir keine Ahnung hatten. Allein schon eine genaue Wohnadresse anzugeben war schier unmöglich, gibt es doch in ganz Tansania keine genaue Adressenangabe.

Möchte man also z.B. aus Deutschland Post erhalten, so schreibt der Absender an den Adressaten den Empfänger und den Verwendungszweck z.B.:

„Staff of the Mnazi Mmoja Hospital

Hamisi Hassani Mwarabu

PB Box 2465

Zanzibar

Tanzania“

Dann noch die Mailadresse hinzufügen und am Besten alle verfügbaren Telefonnummern die man so kennt- nur um wirklich ganz sicher zu sein, dass es eine Chance gibt, das Gewünschte zu erhalten.

Letztendlich half uns ein netter Beamter, wir zahlten 250\$ für das Businessvisum (es stellte sich später heraus, das wir es nie bekommen haben- Stichwort Korruption) und konnten nun ganz offiziell, mit Stempel im Reisepass, einreisen.

Am Flughafen wurden wir glücklicherweise von unserem Gastvater abgeholt, was uns wirklich geholfen hat, denn sobald man am Flughafen ankommt, wird man sofort von einer riesigen Masse an Menschen bestürmt, die Einem etwas verkaufen möchten oder Einen irgendwo hinfahren wollen, z.B. in Hotels. Wenn man so übermüdet ist wie wir, kann das schon sehr anstrengend sein.

Unsere Gastfamilie wohnte ca. 20 DalaDala-Minuten vom Krankenhaus entfernt. Auf Sansibar gibt es keine öffentlichen Verkehrsmittel, wie man sie von Zuhause kennt. Unter dem erwähnten „DalaDala“ kann man sich, privat organisierte, Sammeltaxis vorstellen, die aber meist in einem katastrophalen Zustand und auch immer überfüllt sind.

Wahrlich keine Vergnügen für eine Person mit einer Körpergröße von 1,88m, insbesondere die Langstreckenfahrten, quer über die Insel, hatten es ins sich.

Zudem hat man aber auch die Möglichkeit mit dem Motorradtaxi (Bora Bora) oder mit einem kommerziellen Taxi zu fahren.

Zur Gastfamilie gehörten auch zwei kleine Kinder im Alter von ein & vier Jahren, die wir schnell in unsere Herzen schlossen.

Untergebracht waren wir in einem Mehrbettzimmer, zusammen mit anderen deutschen Freiwilligen- natürlich getrennt nach Geschlecht, was vermutlich daran lag, dass die gesamte Insel stark muslimisch geprägt ist (98%).

Die gastgebende Familie hatte eine eigene kleine Räumlichkeit außerhalb des Haupthauses. Für uns war das sehr seltsam und wir stellten uns immer wieder die Frage, warum wir Freiwilligen ein ganzes Haus zur Verfügung hatten, während die Gastfamilie auf dem Hinterhof, zu viert, in einem winzig kleinen Raum schliefen.

Die Sanitäreinrichtungen waren für afrikanische Verhältnisse tatsächlich annehmbar, wir hatten fast immer fließend kaltes Wasser. Allerdings fiel der Strom mindestens einmal am Tag aus.

Auf dem Gelände wohnten noch ein oder zwei andere Familien, wir waren uns nie wirklich sicher, da den ganzen Tag über viele Nachbarskinder bei uns zu Besuch waren.

(Die Weißen, auch Mzungu genannt, sind ja sehr interessant.)

Und so begleitete uns das Wort Mzungu während unseres gesamten Aufenthaltes.

In dem Preis für unser Auslands-Projekt waren sowohl die Unterkunft als auch Frühstück und Abendessen mit inbegriffen. Das Essen selbst war eher dürrtig und wenig sättigend, daher gingen wir jeden Tag auch noch außerhalb essen.

Das „local food“ an sich war gar nicht mal so schlecht. Doch bestand unser Problem eher darin, dass wir irgendwann kein Reis mehr sehen konnten.

Das Zusammenleben mit den anderen Freiwilligen verlief völlig problemlos, wir verstanden uns immer gut und trafen uns täglich, um uns über den Tag auszutauschen. Jeder hatte natürlich etwas anderes zu erzählen. Dies war vor Allem dann von Vorteil, wenn man mal wieder einen richtig anstrengenden Tag hinter sich hatte oder auch, wenn man sich einfach mal aussprechen wollte.

Gemeinsam erkundeten wir in unserer Freizeit die Insel, wir konnten gemeinsam viel lachen und lernen und haben insgesamt eine wirklich witzige Zeit miteinander verbracht.

Insbesondere unsere Strandpartys waren genial und werden wohl noch lange im Gedächtnis bleiben.

### **Der Praktikumseinsatz**

Das Mnazi Mmoja Hospital ist das größte Krankenhaus auf Sansibar und befindet sich in Stone Town, der Altstadt von Zanzibar Town.

Das Krankenhaus ist ein sogenannter Maximalversorger, daher finden sich hier alle möglichen Stationen & Fachbereiche, z.B. Pädiatrie, Gynäkologie, Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Orthopädie, Dental, ITS, HIV-Station, Neurologie, Nephrologie, Dialyse, Lepra-Station, Radiologie, Akupunktur, Onkologie=Palliativ Station, Rettungsstelle, Augenheilkunde, Physiotherapie, Ergotherapie usw.

An dieser Stelle sei anzumerken, dass onkologische Patienten im Regelfall direkt Palliativ-Patienten sind.

Gleich zu Beginn unseres ersten Tages im Krankenhaus, sollten wir den Pole-Pole Lifestyle kennenlernen. Pole- Pole bedeutet auf Swahili „langsam-langsam“.

So erschienen wir, wie es sich in Deutschland schließlich gehört, überpünktlich zum vereinbarten Termin beim Direktor. Dieser kam allerdings 2h zu spät und entschuldigte sich mit einem Pole-Pole, „welcome to Afrika“.

Doch genau dieser Lifestyle war hin und wieder auch von Vorteil für uns.

Nachdem nun sämtlicher Bürokratiekram erledigt war, ließ man uns selbst entscheiden, auf welchen Stationen wir arbeiten wollten.

Da fünf Wochen vorgesehen waren, entschieden wir uns dafür, in den ersten beiden Wochen gemeinsam auf der inneren Station zu arbeiten (medical male ward). Hiernach verbrachte ich die letzten drei Wochen auf der Intensivstation, während Nele die ganze Zeit über auf der „Inneren“ blieb.

### **Die „medical male ward“ (Innere Medizin für männliche Patienten)**

Diese Station umfasste ein Dienstzimmer, einen Gebetsraum für die Angestellten, einen großen Saal mit 24 Betten, einen kleinen Saal mit 7 Betten sowie ein Isolationszimmer mit 3 Betten.

Das Dienstzimmer selbst hatte eher die Funktion eines Aufenthalts- und Aufbewahrungsraumes. Außer vor Dienstbeginn und kurz vor Feierabend traf man hier kaum Mitarbeiter an. So ziemlich das gesamte Stationsleben spielte sich im großen Saal ab, hier tummelte sich fast das ganze Personal.

Im kleinen Saal lagen Patienten mit infektiösen Erkrankungen, wobei dort allerdings keinerlei Isolations- oder Schutzmaßnahmen getroffen wurden. Daher war es ein alltägliches Bild, dass ein Patient mit HIV direkt neben einem Patienten mit TBC lag. Allgemein wurde dieser Teil der Station nur für die Vitalzeichenmessung, für die Visite und für



angeordnete Behandlungen betreten. Sonst wurde dieser Bereich, aufgrund der hohen Infektiösität, eher gemieden.

Der Isolationsraum auf der Station war allein für Patienten mit Tetanus vorgesehen, hier gab es die Möglichkeit den gesamten Raum abzudunkeln, die starke Lichtempfindlichkeit bei Tetanus war auch hier bekannt.

Tatsächlich wurde dieser Bereich der Station nur dann betreten, wenn es unbedingt nötig war.

Die Pflegenden arbeiteten im Drei- Schicht System, allerdings war in jeder Schicht nur eine Pflegekraft im Dienst. Diese übernahmen eher administrative Aufgaben. Handlungen am Patienten wurden hauptsächlich von Medizin- und Pflegestudenten durchgeführt. Die Medical Male Ward war für die meisten Studenten eine der ersten praktischen Erfahrungen. Daher wunderte es auch niemanden, wenn z.B. für die Blutdruckmessung 10 Minuten benötigt wurden und für eine Blutentnahme bis zu fünf Anläufe vonnöten waren.

Erschreckend war auch, dass selbst einfachste medizinische Instrumente wie z.B. ein Fieberthermometer nicht korrekt angewendet wurden. Das Thermometer wurde in die Achselhöhle gelegt, sobald ein erster Wert ablesbar war, wurde bereits dieser in die Akte eingetragen (zum Vermerk- ein erster Wert betrug 34,5 Grad).

Wir waren wirklich sehr bemüht unseren Kolleginnen und Kollegen zu zeigen, wie man schneller & effektiver in der VZ-Aufnahme arbeiten kann. Allerdings war der Erfolg nur mäßig, schien doch auch hier zu gelten „pole-pole“.

Auffällige Vitalparameter wurden also aufgeschrieben aber mitnichten hinterfragt, eine mögliche Fehlmessung wurde erst gar nicht in Betracht gezogen- im Beispiel mit dem Thermometer- der Patient hatte 41 Grad Fieber und man sah auf den ersten Blick, dass er so hoch fieberte, doch schienen die angezeigten 34,5 Grad trotzdem plausibel.

Erstaunlich für uns war auch, dass die Patienten vollkommen abhängig waren von ihren Angehörigen. Diese übernahmen die Körperpflege, versorgten die Patienten mit Essen und Trinken, unterstützten bei den Toilettengängen und übernahmen auch die Aufgabe, das Personal vor Ort zu informieren, wenn der Patient einen Arzt oder eine Pflegekraft brauchte. Klingelanlagen, wie wir sie hier kennen, suchte man dort vergeblich. Und so war es ein ganz alltägliches Bild, dass Familie und Freunde rund um die Uhr anwesend waren.

Häufig lagen dann zwei Menschen in einem Bett und es war, aufgrund der Sprachbarrieren, meist sehr schwierig heraus zu finden, wer nun Patient und wer Angehöriger war.

Desinfektionsmittel suchte man hier vergebens. Es gab einen Desinfektionsspender auf dem Gang außerhalb des Saals, doch auch dieser wurde eher selten benutzt und das Desinfektionsmittel auf der Station wurde sowohl für die Hautdesinfektion als auch für die Desinfektion von Materialien genutzt. Das Mittel befand sich in einer alten Seifenflasche und wurde immer wieder nachgefüllt. Da wir nie herausfinden konnten um welches Mittel es sich handelte, kauften wir uns eigene Desinfektionsmittel in der Apotheke.

Wenn bei Blutentnahmen oder beim Legen einer Kanüle der erste Anlauf nicht erfolgreich war, wurde mit dem Finger getestet, ob die Nadel noch spitz war, um diese dann gleich danach, ohne erneute Desinfektion, für den nächsten Versuch zu verwenden.

Allgemein werden Injektionsnadeln eben mehrfach benutzt. So sollte ich einmal einem Patienten Insulin spritzen mit einer „älteren“ Nadel. Mit derselben Nadel sollte ich in zwei Insulinampullen stechen, um dann mit dieser auch noch das Insulin zu injizieren. Zum Schluss erfolgte ein re-capping und die Spritze wurde für das nächste Mal auf den Tisch zurückgelegt. Begründet wurde dies mit „ökonomischem Arbeiten. Dafür aber nutzte das Personal seine sterilen Handschuhe für sämtliche Tätigkeiten im Krankenhaus.

Es wurde eben als äußerst vorteilhaft angesehen, dass die sterilen Handschuhe im Armbereich länger waren, denn so musste die Armbanduhr gar nicht erst abgenommen werden. Die Untersuchungshandschuhe, welche im gesamten Krankenhaus- einschl. im Op- genutzt wurden, waren gepudert und aus Latex. In Deutschland waren diese schon lange verboten.



Die Patientenakten wurden auf Englisch geführt, ebenso wie die Visiten. Dennoch war es schwierig etwas zu verstehen, da bei den Visiten häufig um die 25 Menschen um das Patientenbett herumstanden (davon allein 20 Studenten aus Pflege und Medizin).

So etwas wie Privatsphäre gab es dort nicht. Bei intimeren Arbeiten, wie z.B. das Legen eines Katheters oder das Wechseln eines Inkontinenzmaterials (IKM) wurden Rollwände genutzt- aber eben nur manchmal, da es nur zwei Stück gab, wobei diese noch nicht den gesamten Bereich verschlossen.

Egal wie man sie auch drehte und wendete, es war Anderen immer möglich zu zuschauen.

Die medizinische Versorgung an sich ist ziemlich katastrophal. Dafür gibt es mehrere Gründe:

1. Die Regierung investiert zu wenig Geld in das Gesundheitssystem
2. Die Ausbildung für Fachkräfte ist kostenintensiv- Studierende müssen mehrere tausend \$ zahlen
3. Schlechte Ausbildung
4. Kein adäquate Versicherungen

### **Intensiv care unit (Die Intensivstation)**

Ein Unterschied wie Tag und Nacht im Vergleich zu den peripheren Stationen des Krankenhauses.

Hier war es sauber und das Wort Hygiene schien kein Fremdbegriff zu sein. Und es gab tatsächlich eine Klimaanlage. Die gesamte Station war auf lauschige 18-19 Grad herunter gekühlt, weshalb ich mir erst einmal etwas Wärmeres anziehen musste. Draußen waren es immerhin über 30 Grad.



Die ITS verfügte über sechs „normale“ Betten sowie über zwei Betten für VIP-Patienten oder Quarantänefälle.

Für jedes Bett gab es einen Monitor, mehrere O<sub>2</sub>-Anschlüsse, eine Absaugeinrichtung und eine Beatmungsmaschine.

Die Betten waren zwar elektrisch, allerdings konnte man damit nur das Kopfteil verstellen. Rückenschonendes Arbeiten war im gesamten Krankenhaus nicht möglich.

Das Team der ITS bestand aus 10 Pflegekräften (davon 3 Männer), 6 Ärzten und 2 Kardiologen aus Kuba, welche für zwei Jahre auf Sansibar arbeiten wollten und die es sich zur Aufgabe gemacht haben positive Veränderungen voranzutreiben.

Ich wurde offen und freundlich empfangen und mir wurde gleich ans Herz gelegt, dass ich nicht nur von ihnen, sondern sie auch von mir lernen können.

Nun wurde ich als Kollege und nicht als Freiwilliger angesehen. Die Krankheitsbilder hier ähneln stark denen in Deutschland. Von Herzinfarkten, Schlaganfällen über diabetische Entgleisungen, doch gab es vor Allem, viele Malariafälle und Polytraumata.

Wie schon zu Beginn dieses Berichtes erwähnt, wird in Deutschland gesagt, dass es keine Malaria auf Sansibar gibt. Dies mochte für die Dauer von etwa 10 Jahre auch stimmen. Allerdings schien sich gerade jetzt eine neue Malariawelle zu ereignen. Daher waren wir sehr froh, dass wir unsere Prophylaxe-Tabletten regelmäßig eingenommen hatten.

Über den gesamten Einsatz hinweg, hatten wir täglich mind. fünf Patienten mit der Diagnose Malaria auf der inneren Station. Täglich mussten wir mit ansehen, wie Patienten an Malaria verstarben. Allgemein ließ sich feststellen, dass die Sterberate in im dortigen Krankenhaus massiv hoch war.



In den 3 Wochen meiner Arbeit auf der ITS konnte ich eine kurze Übersicht erstellen, die Auskunft darüber gibt, wie viele Malaria- Patienten im Jahr 2019 auf der ITS lagen und wie ihr Genesungsprozess war. Das Ergebnis war schockierend !

Auf meine Anregung hin, hingen wir über 2 Betten der ITS Mückennetze auf, um das Personal sowie die anderen Patienten vor einer sekundären Infektion mit Malaria zu schützen. Und im Krankenhaus gab es so unglaublich viele Mücken!

Die Visiten fanden täglich und ganz pünktlich um halb 8 statt. Dabei mussten Alle anwesend sein, trotz eines Patientenschlüssels von einer Pflegekraft auf maximal zwei Patienten. Jeder sollte über jeden Patienten alles wissen, zumal die Pflegemitarbeiter aktiv mit eingebunden wurden, um Meinungen sowie Vorschläge für die Behandlung mit einzubringen.

Wie überall fand auch hier die Stationsrunde in englischer Sprache statt. Es wurde tatsächlich weitestgehend fokussiert gearbeitet und das Personal blieb bei der Sache, was wohl auch am Drill der kubanischen Kollegen lag.



### **Zum Krankenhaus im Allgemeinen:**

Was mich doch sehr schockierte war die Tatsache, dass Pflegekräfte teilweise frei über das Verabreichen von Medikamenten entscheiden konnten. Ein Beispiel:

Ich hatte einen Polytrauma-Patienten, Zustand nach Motorradunfall (Bora Bora). Der 18- jährige Patient hatte so starke Verletzungen, dass ihm 98 cm des Dünndarms entfernt werden mussten. Unter sichtlich starken Schmerzen bat er um ein Schmerzmittel. Ich gab einer Pflegekraft Bescheid und dieser brachte mir eine Ampulle Propophol und eine Ampulle Tramadol. Er ordnete an, dass ich dies dem Patienten spritzen sollte. Ich weigerte mich, erklärte, dass ich ohne ärztliche Anweisung definitiv kein Propophol spritzen wolle. Er stimmte dem zwar zu, doch brachte er mir dann eine Ampulle Ketanest. Ich lehnte erneut ab, schaute in die Patientenakte und wies darauf hin, dass Paracetamol angesetzt sei. Dies ignorierte er und spritze dem Patienten erst die eine Ampulle Tramadol und dann die halbe Ampulle Ketanest.

Ein bis zwei Minuten später zeigte der Patient solch starke Nebenwirkungen, dass ich selbst einen Arzt suchen musste, was allerdings einige Zeit dauerte. Der Arzt war augenscheinlich ziemlich wütend darüber, dass die Pflegekraft so handelte. Doch Konsequenzen gab es keine.

### **Weitere Beispiele über fehlende Konsequenzen:**

- Schlaganfall-Patient- seit 1 Monat auf der Station ohne Besserung. Bei der Oberarztvisite fiel irgendwann auf, dass sämtliche Medikamente in einer Kinderdosis angeordnet waren.
- Patient auf der „Inneren“ mit einer O<sub>2</sub>-Sättigung von 65% erhielt über eine Woche keinen Sauerstoff. Mehrfach hatten wir Bescheid gesagt, dass wir dringend Sauerstoff benötigen, doch die gesamte periphere Station verfügte nur über drei Sauerstoffflaschen. So musste jedes Mal wieder aufs Neue abgewägt werden, welcher Patient als nächstes Sauerstoff erhalten sollte.
- Patient kam mit bekannten DM Typ1 mit einem BZ-Wert von 25.5 mmol/l und einem RR-Wert von 233/161 mmHg in die Rettungsstelle. Auf der Rettungsstelle wurde der Druck auf 145/ 90 und der Blutzucker auf 11.1 mmol/l gesenkt. Der Patient kam auf die periphere Station und rutschte nach einigen Stunden in die diabetische Ketoazidose. Sie lag dann vollbeatmet auf der Intensivstation.

### **Mein einschneidendstes Erlebnis:**

- Patient mit Zustand nach Schlaganfall auf der inneren Station. Im Rahmen der Visite teilte ich mein Gefühl mit, dass der Patient in Kürze reanimationspflichtig werden könne. Die Kollegin sagte „nein“ und wandte sich wieder der Visite zu. Mit ungutem Gefühl blieb ich bei dem Patienten, der sich zwei Minuten später massiv erbrach. Mit Hilfe seines Sohnes versuchten wir ihn in eine Seitenlage zu bringen, da- wegen Rückenlage- Aspirationsgefahr bestand. Zu spüren war zudem ein stark tachykarder Puls. Irgendwann kam eine Schwester mit einem Pulsoxymeter und wies darauf hin, dass der Patient Sauerstoff bräuchte. Zu diesem Zeitpunkt spürte ich schon keinen Puls mehr und teilte ihr das mit. Daraufhin fragte sie mich:“

Are you kidding me?“ Als wenn jemals jemand in einer solchen Notsituation so etwas tun würde! Wir fuhren mit dem, schon reanimationspflichtigen, Patienten quer durch den Saal, zur nächsten O2-Flasche. Dort angekommen begann ich direkt mit der Reanimation. Eine Schwester legte eine Sauerstoffmaske auf sein Gesicht, jedoch ohne diese zu fixieren. Aufgrund der laufenden Herz-Lungen-Wiederbelebung rutschte die Maske ständig herunter. Ich bat sie mehrfach um eine Fixierung dieser, doch sie verstand mich schlichtweg nicht. Nach etwa 10 Minuten kam der Stationsarzt. Das Erste was dieser tat, war, die Beine des Patienten hochzulegen anstatt mich abzulösen. Er gab der Schwester einen Ambubeutel, welchen sie jedoch nicht handhaben konnte. Ich zog den Arzt zu mir heran, forderte ihn auf, mich bei der Reanimation abzulösen, wies ihn aber auch darauf hin, dass der Beutel nicht benutzen werden könne, da der Patient stark aspiriert war. Meine Nachfrage bezüglich eines Absauggerätes wurde verneint, das galt auch für ein EKG-Gerät.

Der Patient verstarb.

Das Krankenhaus selbst hat weltweit eine Menge an Kooperationspartnern. Dort arbeiten viele Volunteers, internationale Ärzte und noch einige Andere durch Austauschprogramme.

Viele erzählten uns, dass das Krankenhaus einem stetigen Wandel unterliegen würde und zwar- in eine positive Richtung. Man wisse, dass sich Einiges verändern könne und auch verändern müsse aber alles brauche eben seine Zeit.

Durch den Wandel in der Gesundheitspolitik, und der internationalen Unterstützung geht es langsam aber allmählich voran. Durch internationale Spendengelder ist es möglich, Stationen neu zu errichten oder umzubauen- wie zum Beispiel die Intensivstation, die allein aus chinesischen Spendengeldern finanziert wurde.

**Zum Abschluss:**

Kurz vor Ende unserer Reise entschieden wir uns dafür, eine Woche auf dem Festland in Arusha zu verbringen.

Von hier aus unternahmen wir eine zweitägige Safari und besuchten zwei der aufregendsten & schönsten Orte dieser Welt. Nicht zu vergessen, dass wir die sog. „BIG FIVE`s“ bewundern durften.

Heute, knapp zwei Wochen nach dieser Reise, jetzt wo wir alle Bilder nochmal sichteten und auswerteten, hatten wir die Möglichkeit dieses Auslandspraktikum noch einmal Revue passieren zu lassen.

Wir hatten eine wirklich tolle Zeit, eine Zeit, die wir wohl niemals vergessen werden!

Diese, insgesamt sieben, Wochen waren für uns- von der Länge her- genau richtig, nicht zu lang, nicht zu kurz.

Natürlich gab es viele Situationen, die sich sehr in unseren Köpfen eingebrannt haben. Situationen, die uns befremdeten, die wir oft nicht nachvollziehen konnten. Möglicherweise lag es aber auch daran, dass wir es selbst nicht besser wussten oder vielleicht auch, weil wir uns dachten, dass dies in Deutschland nie passiert bzw. anders oder besser gelaufen wäre.

Wir möchten Jedem, dem es möglich ist, ans Herz legen die Chance eines Wahleinsatzes zu ergreifen.

Wenn man außerhalb von Europa arbeiten möchte, gehört zwar eine Menge Vorbereitung und auch Geld dazu. Doch wer weiß schon, wie oft sich einem eine solche Chance noch einmal bietet. Wir haben sie genutzt.

Und für uns war es.....eine Erfahrung für`s Leben!

