

Erfahrungsbericht zu meinem halben PJ-Tertial in der Chirurgie in Windhoek, Namibia

Als ich mir Gedanken darüber gemacht habe, welches Land ich für mein geplantes Auslandtertial auswählen möchte, fielen mir die vielen wertvollen Erfahrungen wieder ein, die ich in meinem Freiwilligendienst in Kenia sammeln konnte. Daher wollte ich bewusst ein afrikanisches Land wählen – einerseits, um ein weiteres Land auf diesem vielfältigen Kontinent kennenzulernen, andererseits aber auch, um ein Gesundheitssystem zu erleben, das unter deutlich anderen Bedingungen arbeitet als das in Deutschland. Besonders interessiert hat mich die Frage, wie medizinische Versorgung mit begrenzten personellen und materiellen Ressourcen organisiert wird. Nach einiger Recherche entschied ich mich schließlich für Namibia, vor allem da das Land als vergleichsweise sicher gilt.

Die Organisation lief über eine deutsche Vermittlungsagentur, was zunächst vieles erleichtert hat, auch wenn die Kommunikation teilweise etwas chaotisch verlief. Zu Beginn erschien mir das Angebot der Agentur, alle Organisation vor Ort zu übernehmen, eine Unterkunft in einer Art internationaler Studierenden-WG zu stellen, den Transfer vom Flughafen zu organisieren und generell als Ansprechpartner vor Ort zur Verfügung zu stehen, ziemlich vielversprechend.

Die ersten Tage wohnte ich dann auch mit anderen deutschen Studierenden in der Unterkunft der Organisation, was das Ankommen deutlich einfacher gemacht hat. Im Laufe der Zeit wurde aber klar, dass die Situation mit der Vermieterin und Organisatorin vor Ort nicht ganz unproblematisch war. Absprachen wurden nicht immer eingehalten und der Umgang miteinander war schwierig, sodass ich mich zunehmend unwohl fühlte.

Nach den ersten vier Wochen zog ich daher in ein Guesthouse um, das mir andere deutsche Studierende vor Ort empfohlen hatten. Dort fühlte ich mich deutlich wohler und hatte zum ersten Mal das Gefühl, wirklich „anzukommen“.

Mein Praktikum absolvierte ich überwiegend in den staatlichen Krankenhäusern Katutura State Hospital und Windhoek Central Hospital in Windhoek, der Hauptstadt Namibias. Während letzteres vergleichsweise modern wirkte, waren die Bedingungen im Katutura State Hospital, das neben einem Township liegt, deutlich einfacher. Viele Materialien wurden wiederverwendet, gleichzeitig kam es immer wieder zu Versorgungsengpässen, zum Beispiel bei Medikamenten.



Katutura State Hospital



Eingangsbereich des Windhoek Central Hospital

Das Gesundheitssystem Namibias ist größtenteils staatlich organisiert und nicht gewinnorientiert, parallel existiert ein deutlich besser ausgestatteter privater Sektor. Den meisten Namibianer:innen steht aus finanziellen Gründen aber nur der staatliche Sektor zur Verfügung. Die ärztliche Ausbildung dauert in der Regel sechs Jahre, im letzten Studienjahr ähnlich zu Deutschland mit viel Praxis. Nach dem Studium folgt ein etwa zweijähriges *internship* mit Rotation durch viele Fachabteilungen, bevor man als *medical officer* eigenverantwortlich arbeitet; für eine fachärztliche Weiterbildung gehen viele Ärzt:innen ins Ausland und kehren später als sogenannte *consultants* zurück.

Der Tag im Krankenhaus begann meist mit einer Frühbesprechung und anschließender Visite. Dabei fiel die ausgeprägte Hierarchie im Team auf: die *consultants* fragten streng viel Fachwissen ab, Assistenzärzt:innen wirkten sehr vorsichtig im Umgang mit den Vorgesetzten und kritisches Hinterfragen fand eigentlich nie statt. Gleichzeitig wurden Patient:innen kaum in Therapieentscheidungen einbezogen. Es wurde für sie entschieden – etwas, das mich immer wieder irritiert hat.

Der Arbeitsalltag war insgesamt weniger strukturiert als in Deutschland und erforderte viel Eigeninitiative. Nach der morgendlichen Besprechung und Visiten – oft in großen Gruppen in denen leider sehr leise gesprochen wurde – nahm die Aktivität meist deutlich ab. Als Studierende musste man sich aktiv um Anleitung bemühen, meist blieb uns aber nur zuschauen.

Auch die Arbeitsweise war für mich ungewohnt: Es gab viele Situationen, in denen vorhandene Ressourcen nicht genutzt wurden – zum Beispiel wurde bei schwierigen Gefäßpunktionen häufig auf Ultraschall verzichtet. Der Umgang mit Hygiene war oft widersprüchlich: Einzelne Regeln wurden strikt beachtet, z.B. das gründliche Abdecken im OP, während grundlegende Maßnahmen – etwa konsequente Sterilität der OP-Bekleidung oder Händehygiene – selten richtig umgesetzt wurden. Dies stand in deutlichem Kontrast zum großzügigen Einsatz von Breitspektrumantibiotika, wie Meropenem oder Linezolid, bei den häufig auftretenden Infektionen und septischen Verläufen.

Ein weiterer Punkt, der mir in der täglichen Arbeit auffiel, waren die Sprachbarrieren im medizinischen Team. Vor allem kubanische Ärzt:innen, die als *consultants* arbeiten, sprechen oft erstaunlich schlechtes Englisch, was die Kommunikation mit ärztlichem und pflegerischen Personal sowie den Patient:innen zusätzlich erschwert. In Kombination mit den ausgeprägten Hierarchien führte dies häufig dazu, dass Informationen verloren gingen oder Missverständnisse entstanden.

Für zwei Wochen durfte ich auf der Intensivstation im Windhoek Central Hospital hospitieren. Dort wurden mir die Unterschiede zu Deutschland noch bewusster: Viele Patient:innen waren sehr jung und gleichzeitig schwer krank – oft mit Krankheitsverläufen, die in Deutschland so selten zu sehen sind. Dabei hatte ich wiederholt den Eindruck, dass sich Zustände verschlechtern, obwohl theoretisch Möglichkeiten zur Behandlung vorhanden gewesen wären.

Eine Situation ist mir besonders im Gedächtnis geblieben: Eine 19-jährige Patientin wurde nach einer Geburt mit schwerer Infektion auf die Intensivstation verlegt. Sie hatte zunächst keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen und wurde erst sehr spät für einen Kaiserschnitt in ein externes Krankenhaus aufgenommen. Dort entwickelte sie jedoch nach der Geburt eine Puerperalsepsis und musste im Verlauf sogar hysterektomiert werden. Erst danach verlegte man sie, bereits in einem lebensbedrohlichen Zustand, nach Windhoek auf die Intensivstation. Dieser Fall hat mir sehr deutlich gezeigt, welche Folgen ein verzögerter Zugang zu medizinischer Versorgung und offensichtlich mangelhafte Hygiene bei operativen Eingriffen haben kann.

Gleichzeitig gab es aber auch positive Momente: Einige Patient:innen stabilisierten sich trotz schwieriger Ausgangslage, wodurch bei mir das Gefühl entstand, dass gute Versorgung auch mit eingeschränkten Ressourcen möglich ist – aber nicht konsequent umgesetzt wird.

Auch auf den chirurgischen Stationen begegneten mir viele ungewohnte Krankheitsbilder, darunter insbesondere Leberabszesse, schwere infektiöse Verläufe und weit fortgeschrittene Tumorerkrankungen. Exemplarisch dafür möchte ich kurz den Sister-Mary-Joseph Lymphknoten erwähnen, eine periumbilikale Hautmetastase bei gastrointestinalen Tumoren. Während dieses klinische Zeichen hier diagnostisch eine große Rolle spielt, hatten wir deutschen Studierenden zuvor davon noch nie gehört – vermutlich, weil derart fortgeschrittene Tumorerkrankungen in Deutschland deutlich seltener sind. Auffällig war insgesamt, dass viele Betroffene erst sehr spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

Oder sich andere Hilfe suchen: Eine Patientin stellte sich in der Ambulanz vor, da ein anderer Chirurg ihr aufgrund eines Gefäßverschlusses im Bein eine Amputation empfohlen hatte. Das Bein sei zwar geschwollen gewesen und sie habe auch Schmerzen gehabt, nach der Behandlung durch einen traditionellen



Werbung eines „traditional healer“ auf einem Straßenschild in Windhoek

Heiler seien die Schmerzen aber verschwunden und sie sei geheilt. Das ausgeprägte nekrotische Ulcus am betroffenen Bein war für sie kein Grund für eine stationäre Aufnahme oder Operation, sie wünschte sich lediglich eine Zusicherung, dass eine Amputation nicht erforderlich sein würde.

Neben der Zeit im Krankenhaus habe ich versucht, Namibia auch als Land kennenzulernen. Die Landschaft beeindruckte mich von Anfang an, und die gemeinsamen Reisen an den Wochenenden mit anderen deutschen Studierenden gehörten zu den schönsten Erfahrungen meines Aufenthaltes.

Im Alltag wurde mir gleichzeitig zunehmend bewusst, wie stark die gesellschaftlichen Unterschiede hier sind. Viele Wohnhäuser sind von hohen Mauern und Sicherheitssystemen umgeben, und Sicherheit spielt eine große Rolle im täglichen Leben. Als ausländische Studierende bewegten wir uns dabei oft in einer privilegierten „Bubble“, die nur begrenzten Kontakt zur lokalen Lebensrealität zuließ.

Besonders prägend waren die Begegnungen mit den Menschen vor Ort. Dabei habe ich auf der einen Seite viel Offenheit und Freundlichkeit von Seiten der schwarzen Bevölkerung erlebt. Auf der anderen Seite bin ich mehrfach mit sehr direkten rassistischen Aussagen konfrontiert worden, insbesondere von weißen Namibianer:innen. Wie offen diese mit ihren überholten gesellschaftlichen Ansichten umgehen, hat mich sehr schockiert.

Wenn ich auf die zwei Monate zurückblicke, war das Praktikum für mich sehr lehrreich – aber auf eine andere Weise, als ich es erwartet hätte.



Unterwegs in Namibia – Camping an der Spitzkoppe

Fachlich habe ich sicher weniger gelernt als in Deutschland. Aber ich habe ein Gesundheitssystem kennengelernt, in dem andere Faktoren eine große Rolle spielen: Organisation, Kommunikation und der Umgang mit vorhandenen Ressourcen. Dabei wurde mir klar, dass gute medizinische Versorgung nicht nur von verfügbaren Ressourcen abhängt, sondern vor allem davon, wie diese genutzt werden. In vielen Situationen hatte ich den Eindruck, dass bereits grundlegende Dinge – wie sauberes Arbeiten, klare Kommunikation und strukturierte Abläufe – einen großen Unterschied machen könnten.

Rückblickend nehme ich aus Namibia deshalb nicht nur medizinische Eindrücke mit, sondern vor allem viele neue Perspektiven auf Menschen, Krankheit und den Umgang miteinander. Die Zeit dort hat mir gezeigt, wie unterschiedlich Gesundheit, Behandlungen und auch ärztliche Autorität wahrgenommen werden können und wie wichtig es ist, dabei nicht vorschnell aus der eigenen kulturellen Perspektive heraus zu urteilen.

Ich hoffe, dass mich diese Erfahrungen langfristig zu einer Ärztin machen, die Patientinnen und Patienten offener, sensibler und mit mehr Verständnis für unterschiedliche Lebensrealitäten begegnet. Gleichzeitig hat mir der Aufenthalt noch einmal deutlich gemacht, wie wichtig respektvolle Kommunikation, kritisches Denken und ein Umgang auf Augenhöhe in der Medizin sind – unabhängig davon, in welchem Land man arbeitet. Gerade dafür war dieses Praktikum für mich persönlich wahrscheinlich wertvoller als jeder fachliche Aspekt allein.