Barentu-Projektbericht März 2017

Unser Team

Bei unserem elften Besuch im Gash Barka Referal Hospital in Barentu war ein alt bewährtes Team unterwegs. Nach einer Pause im letzten Einsatz konnte diesmal mit der Hebamme und Ärztin Kirsten Lepiorz und Perinatalmediziner und Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Andreas Nonnenmacher ein vollständiges geburtsmedizinisches Team mitfahren. Neu in diesem Einsatz war die Anwesenheit von gleich zwei Technikern, Martin Rhode und Philipp Ginzel. Vervollständigt wurde das Team durch die Kinderkrankenschwestern Kathrin Meusel und Kathrin Genz sowie die Kinderärztin Nele Börner.



Allgemeines

Auch dieses Mal reiste die Gruppe getrennt von den anderen Teams. Die schon im Voraus sehr gute Organisation machte es dieses Mal ausgesprochen einfach. Das Verladen der Hilfsmaterialen sowie auch der Transport war schon im Vorfeld erfolgt, d.h. alle mitgebrachten Geräte und Materialien waren bereits vor uns in Barentu eingetroffen und füllten den gesamten Schulungsraum der Geburtshilfe aus. Für uns blieb noch die Inventarisierung und Verteilung, die bei der großen Anzahl an Hilfsgütern und Materialien einige Zeit in Anspruch nahm.

Wir waren wie die Jahre zuvor im Hotel Natsnet untergebracht und wurden durch den Hotelbesitzer Tesfai und seine Familie herzlich aufgenommen und bestens versorgt. Erfreulicherweise war das Hotel wieder gut besucht und eine Ausschankerlaubnis vorhanden. Auch Barentu selbst bot im Vergleich zu den drei vergangenen Einsätzen ein durchaus sehr verändertes Bild. Die Hauptstraße war voller Leben und man hatte den Eindruck, dass ausreichend Güter für die Grundversorgung vorhanden sind.

Klinik und Organisation

Nach der üblichen Morning Round am Montag begrüßte uns Dr. Yacob, weiterhin der Klinikdirektor, und besprach unser Projekt und unsere Pläne für die nächsten knapp zehn Tage.

Für die Kinderklinik inklusive Neonatologie war weiterhin Dr. Dawood als Kinderarzt verantwortlich. Aufgrund der Berufung einiger Head Nurses zur zweijährigen Fortbildung in Asmara ergaben sich auf der pflegerischen Ebene einige Änderungen. So war Mahalet nun seit ca. 4 Wochen neue Head Nurse der Neonatologie und Awet, uns bereits bekannt als Schüler, Head Nurse der Pädiatrie. Auch die Rettungsstelle, die wir seit dem letzten Einsatz in Teilen in unser Projekt aufgenommen hatten, war vom Ausbildungsprogramm betroffen und Semereab als Head Nurse unser dortiger Ansprechpartner.

In der Geburtsmedizin war alles beim Alten. Dr. Okubu war weiterhin der zuständige Frauenarzt und Tesfai der zuständige Head Nurse. Zusätzlich gab es Dr. Emanuel als General Practitioner. Im Hebammen Team hatte sich personell wenig verändert und das Team funktionierte sehr gut zusammen.

Fortbildungen, Renovierungen und Materialien/ Geräte

Fokus unseres Frühjahrseinsatzes lag auf erneuten Fortbildungen für das pflegerische und ärztliche Personal der Pädiatrie/ Neonatologie, Geburtshilfe und Rettungsstelle, der Statistik aller für uns zuständigen Bereiche sowie der Bestandsaufnahme und Funktionsfähigkeit von vorhandenen und mitgebrachten Materialien und Medikamenten etc. inklusive einer Bedarfsanalyse und der anschließenden sinnvollen Verteilung.

Die in den vorherigen Einsätzen durchgeführten Instandhaltungsmaßnahmen (Deckenplatten, Fliegengitter etc.) schienen weitestgehend intakt, es mussten nur wenige Ausbesserungen vorgenommen werden.

Nach der Bestandsaufnahme des „Kinderzimmers“ in der Rettungsstelle im letzten Einsatz im November 2016, konnten wir dieses nun komplett renovieren (Malerarbeiten, Anschluss Solarstrom etc.) und mit Schrank, Materialwagen und Medikamenten bestücken. Die Ärzte der Rettungsstelle waren zudem sehr dankbar für die Abgabe einer Matratze für das Zimmer des jeweils diensthabenden Kollegen.



Der Vorschlag des letzten Teams wurde aufgegriffen und wie geplant statt großer Reanimationseinheiten nun einfache Erstversorgungs-einheiten mit Wärmelampe im OP sowie zwei in der Geburtshilfe (Kreißsaal sowie Emergency Room) aufgebaut. Ablageflächen für häufig benötigte Materialien wurden durch einfache Regalbretter an der Wand realisiert. Ebenfalls verteilt wurden jeweils ein großer Überwachungsmonitor mit Möglichkeiten zur Blutdruck-, Herzfrequenz- und Sauerstoffsättigungsmessung kritisch kranker Patienten für die Geburtshilfe, Pädiatrie und Rettungsstelle. Eine Einarbeitung der entsprechenden Mitarbeiter fand mehrfach statt. Für die Neonatologie wurden weitere Pulsoxymeter ausgehändigt. Unverändert schwierig stellte sich die Durchführung von Therapien zur Atemunterstützung dar, da nur wenige Sauerstoffkonzentratoren funktionsfähig waren und sich der Rest nicht mehr reparieren ließ. Der Mangel führte dementsprechend häufig zum gleichzeitigen Gebrauch durch zwei Patienten.

In Pädiatrie, Geburtshilfe und der Rettungsstelle wurden die mitgebrachten abschließbaren Schränke für täglichen Bedarf aufgestellt. Damit soll erreicht werden, dass wichtige Materialien und Medikamente auch in Abwesenheit der jeweilige Head Nurses allzeit zugänglich sind. Inwiefern sich das Prinzip der

Schlüsselübergabe an den jeweils zuständigen Dienstarzt bzw. Pfleger als funktionierendes System erweist, wird sich im nächsten Einsatz zeigen.



Wie geplant wurde in der Pädiatrie nun ein dritter Raum für zu isolierende Patienten renoviert und ausgestattet. Weitere Malerarbeiten konnten in einem der großen Säle der Pädiatrie durchgeführt werden und die endlich notwendigen neuen Matratzen und Schonbezüge verteilt werden. Weitere Matratzen und Schoner erhielt die Geburtshilfe bzw. der Aufenthaltsraum für Mütter mit Kindern, die in der Neonatologie stationär behandelt wurden.

Nachdem die bestellten Kanister an Händedesinfektionsmittel bereits zuvor in Barentu eingetroffen waren, konnten unsere Techniker diesmal die Wandhalterungen in allen von uns betreuten Bereichen anbringen. Der Mehrverbrauch an Desinfektion war deutlich höher als in den Einsätzen zuvor, was als gute Umsetzung unserer Anleitung zu sehen ist, damit aber auch zusätzliche Lieferungen von Desinfektionsmitteln notwendig machen wird. Insgesamt war der hygienische Zustand der Stationen zufriedenstellend, wenn auch verbesserungswürdig. Die klimatischen Bedingungen tragen sicherlich ihren Teil dazu bei, vor allem auf der Neonatologie fanden wir jedoch erneut viele Inkubatoren verstaubt und verdreckt vor.

Durch die doppelte Besetzung unserer Technik konnte ein großes Pensum an technischen Aufgaben und an allgemeiner Unterstützung des Teams bei Einkäufen und bei der Inventur erledigt werden. Auch krankheitsbedingte Ausfälle konnten dadurch gut kompensiert werden. Neben Reparaturen und Renovierungsarbeiten lag das Augenmerk erneut auf der Sicherung der Stromversorgung. Da zunehmend mehr Räume an die Solarstromversorgung angeschlossen sind, kam es in der Vergangenheit wiederholt zu Überlastungen und Ausfällen des Netzes und machten daher eine Erweiterung mittels Wechselschaltungen zwischen Stadt- und Solarstrom dringend notwendig. Damit sind alle Bereiche grundsätzlich an den Stadtstrom angeschlossen, der Solarstrom kann für die Zeiten des Ausfalls des Stadtstroms gespart werden. Die bereits vorhandenen Solarumschaltungen funktionierten weiterhin problemlos. Der Zustand der Solaranlage war zufriedenstellend, die vorhandene moderate Staubschicht war bei den klimatischen Bedingungen zu erwarten und eine mehr oder minder regelmäßige Reinigung der Anlage scheint zu erfolgen. Die Wasserversorgung war weiterhin unregelmäßig. Leider wurde uns vom Techniker des Krankenhauses erst am letzten Tag ein Problem mit der Stromversorgung der Pädiatrie mitgeteilt. Dadurch konnten wir der Ursache nicht mehr auf den Grund gehen. Die Zusammenarbeit mit ihm gestaltete sich ohnehin wieder als schwierig, was auch an fehlender Präsenz des Kollegen lag. Allerdings konnte er uns auch mit benötigtem Werkzeug aushelfen.

Wie in den Einsätzen zuvor führten wir die Statistik zu Verbrauchsmaterialien, Medikamenten sowie Patienten weiter und erweiterten diese. Es zeigte sich, dass z.B. einige Antibiotika oder Paracetamol sowie Verbrauchsartikel wie Spritzen selbst beschafft werden konnten. Falls dies weiter konstant und in ausreichender Menge anhält, wäre dies für die medizinische Versorgung der Patienten sehr von Vorteil und gäbe uns die Möglichkeit unsere Bestellungen entsprechend anzupassen. Weiter häufig knapp werden z.B. Materialien wie Sauerstoffbrillen, Spritzen und Leitungen.

Der Schwerpunkt der Durchführung von Fortbildungen konnte in mehreren Sessions umgesetzt werden. Gemeinsam mit den Kollegen der Geburtshilfe fanden im Anschluss an die tägliche Morning Round



Vorträge zu Neugeborenreanimation und postpartaler Blutung statt sowie in einer weiteren Session am Nachmittag Vorträge zu Inhalationsmanagement inklusive Fremdkörperaspiration und Beckenendlage. Sehr erfreulich waren die große Motivation und das vorhandene Wissen im praktischen Training in der zweiten Woche. In einem Zirkeltraining absolvierten die eritreischen Kollegen Szenarios für Neugeborenenreanimation sowie Ultraschalltraining in der Gynäkologie/ Geburtshilfe. Zusätzlich fand in kleiner Runde mit der Pflege die Einweisung in die mitgebrachten Überwachungsmonitore statt.

In der Neonatologie wurde aufgrund des Bedarfs erneut ein Training zu Hygiene, Lagerung und Kangarooing sowie Einweisung in verschiedene Geräte (Inkubator, Hämatokrit- Bilirubin-Messung) durchgeführt. Dies wurde als Anlass genommen, gemeinsam mit eritreischen Kollegen eine Reinigung aller Inkubatoren vorzunehmen.

Gynäkologie und Geburtshilfe

Bei der Ankunft in der Abteilung traf man zur großen Freude auf viele altbekannte Gesichter und wir wurden sehr herzlich begrüßt.

Da aufgrund des Einsatzes im April 2016 und November 2015 kein ärztliches Personal für die Abteilung vorhanden war und das Team im November 2016 bewusst ohne geburtsmedizinische Unterstützung gefahren ist, war die Freude dieses Mal umso größer. Die Botschaft, dass solche Einsätze nur Sinn machen, wenn es ein gemeinsames Arbeiten und einen entsprechenden Austausch gibt, ist angekommen.

Dr. Okubu war für den gesamten Einsatz vor Ort und es entstand eine sehr enge Zusammenarbeit mit einem regen Austausch an klinischer Erfahrung und Ideen. Dr. Emanuel war der Abteilung als General Practitioner zugeteilt. Er war an dem Fachgebiet sehr interessiert und insgesamt sehr engagiert, so dass es eine große Freude war, mit ihm zu arbeiten.

Einen neuen Stellenwert hat die Sonographie eingenommen. Jeden Tag waren 10-15 Patientinnen mit gynäkologischen oder geburtsmedizinischen Problemen einbestellt. Die Ultraschallsprechstunde erfolgte zusammen mit den Ärzten und Hebammen im Sinne eines Hands on Training. Die Fälle wurden gemeinsam demonstriert, besprochen und das weitere Procedere festgelegt.



Durch Dr. Okubu ist eine adäquate operative Versorgung gewährleistet. Wir konnten gemeinsam mit ihm und Dr.

Emanuel Kaiserschnitte und kleinere gynäkologische Operationen wie Kürettagen durchführen. Mit den Hebammen wurden mehrfach auch operative vaginale Entbindungen durchgeführt.

Interessant gestaltete sich diesmal die anästhesiologische Versorgung. Der Anästhesist vor Ort war weiterhin Babeker. Zusätzlich gab es zwei Ärzte aus Kuba Dr. Ordelis und Dr. Orfeo. Die Zusammenarbeit klappte problemlos. Die Idee ist, dass die beiden für ca. 2-3 Jahre in Eritrea arbeiten und auf unterschiedliche Standorte verteilt werden.

Ein langfristiges Ziel ist es, die perinatale Morbidität und Mortalität zu verbessern. Dies muss mit einer Stärkung der klinischen Geburtsmedizin einhergehen und einer Zunahme des Bewusstseins in der Bevölkerung zu einer rechtzeitigen Vorstellung in der Klinik. Viele Frauen erreichen die Klinik zu spät um eine perinatale Schädigung oder Tod zu verhindern.

Das gleiche gilt auch für die maternale Morbidität und Mortalität. Die führenden Problematiken bleiben hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, postpartale Blutungen und Frühgeburt. Insbesondere durch die maternale Anämie sind Blutungen besonders gefährlich. Mit dem geburtsmedizinischen Team wurde die regelmäßige Gabe von intravenösem Eisen besprochen und durchgeführt. Dies wurde nach anfänglicher Zurückhaltung gut angenommen und dann auch regelmäßig durchgeführt. Das Management der postpartalen Blutung ist noch verbesserungswürdig, insbesondere die medikamentöse Therapie. Das wichtigste Medikament (Misoprostol) ist durchaus vorhanden, wird aber aufgrund fehlender Struktur in der Organisation und gefühlten Mangels in Eritrea nicht ausreichend eingesetzt. Anscheinend ist Barentu durch unsere Unterstützung das einzige Krankenhaus, das über eine ausreichende Versorgung von Misoprostol verfügt und muss daher immer wieder anderen Standorten aushelfen. Eine Lösung hierfür wäre ein ausreichendes Depot für Misoprostol zu schaffen. Weiterhin haben wir mit dem Team ein Notfalldepot im Kreißsaal besprochen, in dem der Verbrauch schriftlich dokumentiert wird. Ziel ist es, einen Missbrauch zu verhindern.

Die Therapie der hypertensiven Erkrankung hat einen strukturierten Ablauf. Die antihypertensive und antikonvulsive Therapie wird entsprechend einem Standard durchgeführt. Die Patientinnen werden im Überwachungsraum des Kreißsaals versorgt. Dort steht jetzt auch ein neuer Monitor zur Verfügung.

Die normale Geburt und Versorgung der Patientinnen funktioniert problemlos. Der Kreißsaal macht insgesamt einen ordentlichen, sauberen und aufgeräumten Eindruck. Die Aktenführung ist klar strukturiert und es wird gut dokumentiert.

Ein Problem ist nach wie vor der Mangel an Desinfektionsmittel sowohl Hände als auch Flächendesinfektion. Des Weiteren wären für den Kreißsaal dringend zwei neue Geburtsbetten erforderlich.

Neonatologie und Pädiatrie

In diesem Einsatz empfing uns Mahalet als neue Head Nurse der Neonatologie, wie immer freundlich und aufgeschlossen. Die Neonatologie war in diesem Einsatz zeitweise nur mit zwei Patienten belegt, eine durchgehende Unterbelegung ließ sich aus der Statistik der vorangegangenen Monate jedoch nicht nachweisen. Im Raum der „Inborn neonates“ lag ein Neonat, VLBW, aktuell knapp 900 g wiegend. Erfreulich war die gute pulmonale Situation des Kindes ohne Atemunterstützung. Problematisch stellten sich leider sowohl die fehlende Überwachung (ohne Pulsoxymeter im Raum mit verschlossener Tür) und

die schwierige Ernährungssituation des Kindes mit fehlender Gewichtszunahme dar. Nach erneuter Schulung inklusive Kangarooing und genauer Anleitung zur Fütterung zunehmender Mengen Milch auch nachts konnten wir im Verlauf unseres Aufenthaltes eine erste Gewichtszunahme erreichen. Alle weiteren stationären Patienten waren sekundär wegen Infektionsverdacht und oder Hyperbilirubinämie aufgenommen worden. Auch hier zeigte sich der Bedarf erneuter Schulungen zur Durchführung von Phototherapie bzw. Kontrolle von Bilirubinwerten.



Die Fortbildungen in der Neonatologie gestalteten sich in diesem Einsatz insgesamt schwierig. Die neue Head Nurse Mahalet, die wir als erfahrene und strukturierte Kollegin aus der Pädiatrie kennen, hatte bis zu unserer Ankunft nur wenig Erfahrung und Einarbeitung in der Neonatologie sammeln können und Dr. Dawood erschien uns nicht immer ansprechbar. Es zeigte sich erneut, wie sehr die Qualität der Arbeit von der Konstanz und Erfahrung des Teams vor Ort abhängt und Einarbeitung neuer Kollegen notwendig ist. Inwiefern die während unseres Einsatzes geringe Belegung der Neonatologie damit zusammenhängt, ließ sich uns nicht erschließen.

Im letzten Jahr wurden laut Statistik 272 Patienten betreut, was nur knapp unter dem Wert des Vorjahres liegt. Die häufigsten Diagnosen blieben Sepsis und respiratorische Anpassungsstörungen, gefolgt von den Erstdiagnosen Frühgeburtlichkeit und Asphyxie. Für die Gesamt-Mortalität konnte ein Rückgang von 11,6 auf 8,5 % verzeichnet werden. Während sich die Mortalität unter den Frühgeborenen etwas erhöhte, konnte die Sterblichkeit aufgrund respiratorischer Anpassungsstörungen/ ARDS deutlich reduziert werden. Inwiefern diese Zahl ohne das Vorhandensein atemunterstützender Verfahren korrekt ist oder verfälscht wird durch die Angabe nur einer Aufnahmediagnose, lässt sich nicht vollständig klären. Eine ähnliche Verbesserung der Mortalität gilt für die Kinder mit Mekoniumaspiration.

Sehr zufriedenstellend war der Zustand der Pädiatrie, die sicherlich auch durch die gute Leitung durch den noch jungen aber sehr engagierten und kompetenten Awet als Headnurse bedingt ist. Während unseres Aufenthaltes war die Belegung durchschnittlich, erfreulicher Weise war zumeist keine Doppelbelegung notwendig, die Räume für kritisch kranke Kinder jedoch durchgängig voll belegt. Die häufigste Diagnose dort war Pneumonie, die Kinder zumeist zur Überwachung und Durchführung der benötigten Sauerstoffgabe gemeinsam untergebracht. Wie oben bereits beschrieben, mussten aufgrund des Mangels an Geräten die Patienten häufig gemeinsam an einen Sauerstoffkonzentrator angeschlossen werden, womit die exakte Applikation von Sauerstoff letztlich nicht möglich ist. Dank der mitgebrachen Überwachungsgeräte ist zumindest eine korrekte Erhebung der Vitalparameter der Kinder gesichert, die neuen Medikamentenschränke erleichtern die Versorgung akut kranker Kinder im Dienst.

Dr. Dawood kümmert sich unverändert zuverlässig um Pädiatrie und Neonatologie und betreut in seiner Sprechstunde ambulante Patienten. Während der Zeit unseres Einsatzes schien das bei mäßiger Belegung gut händelbar zu sein. Für die Zeiten mit deutlich höheren Patientenzahlen wie im Herbst sind ärztliche wie pflegerische Kollegen jedoch deutlich unterbesetzt. Eine Unterstützung durch eine General Practitioner ist bisher nicht möglich gewesen.



Medizinisch ist neben Konsilen mit Dr. Dawood sowie gemeinsamen Ultraschalluntersuchungen mit den Geburtshelfern wenig von der Pädiatrie zu berichten. Die meisten klinischen Einsätze fanden als Erstversorgungen im Kreißsaal bzw. OP bei Kaiserschnitt bei zu erwartend deprimiertem Zustand der Kinder statt. Ein Säugling verstarb bei ausgeprägtem Hydrozephalus mit infauster Prognose noch im OP. Ein zweiter Säugling musste wegen Asphyxie bei prolongierter Geburt postnatal reanimiert werden, was unter der Einbeziehung von anwesendem und dazu gerufenem Personal zum Training von Maskenbeatmung, Kontrolle der Vitalzeichen und Sauerstoffapplikation geschah. Wir erhoffen uns, durch die gemeinsame Versorgung den eritreischen Kollegen für zukünftige Notfälle ein Stück mehr Sicherheit und Routine vermitteln zu können.

Konsilarisch wie auf den Stationen wurden uns auch in diesem Einsatz Kinder mit Defiziten der geistigen wie motorischen Entwicklung vorgestellt, z.T. mit fraglichen Spastiken oder Krampfanfällen. Bisher gibt es wenige diagnostische oder therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung dieser Kinder. Mittels Physiotherapie wird zumindest eine Mobilisation der Kinder erreicht bzw. die Eltern werden angelernt, Übungen daheim durchzuführen, um letztlich eine größtmögliche Teilnahme der Kinder am Alltag zu ermöglichen. Da in unserem Team kein Facharzt für Kinderneurologie vor Ort war, werden komplexe Fälle in Berlin mit den entsprechenden Kollegen besprochen und Rückmeldungen spätestens im nächsten Einsatz gegeben.

Die Auswertung der Statistik für die Pädiatrie für das Jahr 2016 konnte aufgrund unzureichender Daten und Änderungen in der Erhebung nicht vollständig durchgeführt werden. Die Monate, die zur Auswertung vorlagen, zeigten ähnliche Werte mit ca. 40 Patienten pro Monat für die Säuglinge bzw. ca. 80 Patienten für die unter 5-Jährigen. Die Belegung war damit etwas höher als im Vorjahr. Die Mortalität lag für die Säuglinge und für die Kinder unter 5 Jahren jeweils bei schätzungsweise 5-6 %, also insgesamt erfreulicherweise etwas geringer als im Vorjahr.

Rettungsstelle





In der Rettungsstelle wurden wir durch Semereab als Head Nurse freundlich begrüßt, vom geplanten Umbau der „Kinderzimmers“ war er bereits grob informiert und hoch erfreut. Der Umbau gestaltete sich weitgehend unproblematisch und wir konnten kurz vor Ende unseres Einsatzes den Raum an die eritreischen Kollegen übergeben. Durch unsere Anwesenheit in der Rettungsstelle ergaben sich Kontakte und

interessante Gespräche mit dem Personal, was sicherlich auch die Anwesenheit an unseren Fortbildungen und Zirkeltraining erhöhte. Sehr erfreut waren wir über das theoretische und praktische Wissen der Kollegen während des Reanimationstrainings. Nach „Inbetriebnahme“ des Raumes wird eine erste Evaluation im nächsten Einsatz im Herbst erfolgen können. Die Erhebung statistischer Daten der Rettungsstelle wurde ebenfalls begonnen, aufgrund der Menge an Patienten (ca. 4000 Patienten pro Jahr) wurde diese auf Zahl von Vorstellungen, stationären Aufnahmen sowie Verlegungen und Todesfälle mit Diagnose reduziert. In den ersten drei Monaten dieses Jahres wurden bereits ca. 1000 Kinder gesehen, 5 davon (0,5 %) verstarben. Die Etablierung von Standards und wiederholte Teachings werden in den folgenden Einsätzen fortgeführt werden.

Fazit

Auch in diesem Einsatz wurden wir sehr herzlich aufgenommen und konnten erneut Fortschritte beobachten. Nach gravierenden Problemen in der Geburtshilfe und dem bewussten Fernbleiben des geburtshilflichen Teams im letzten Einsatz konnten wir diesen Mal ein motiviertes und gut funktionierendes Team bei der Arbeit begleiten. Auch in der Pädiatrie funktionieren die Abläufe zunehmend besser. Einzig in der Neonatologie mussten wir durch Personalwechsel und fehlende Einarbeitung Rückschritte verzeichnen. Unverändert sind neben der Fluktuation und Knappheit an Personal die Engpässe in der Versorgung mit Medikamenten und Verbrauchsmaterialien sowie die Reparaturanfälligkeit der medizinischen Geräte. Schwerpunkt der nächsten Einsätze wird neben der medizinischen und pflegerischen Schulung der pädiatrischen wie geburtshilflichen Kollegen mit besonderer Unterstützung von Neonatologie und Rettungsstelle die Versorgung mit benötigten Medikamenten und Materialien sein.



Wir danken unseren eritreischen Kollegen für die Gastfreundschaft und für die Zusammenarbeit und freuen uns schon auf den nächsten Einsatz im Gash Barka Referral Hospital in Barentu!