

# Famulaturbericht

CMCH Vellore, Tamil Nadu, Indien 29/08/00 bis 28/08/00

## Bewerbung/Organisation

Ich habe mich mehr als 6 Monate im voraus direkt bei mehreren Kliniken in Indien beworben. Es zeigte sich, daß die Zeit etwas knapp war, denn man benötigt eine Genehmigung vom Indidischen Gesundheitsministerium. Ich hatte Glück und habe ein Zimmer im Hopital Anexe (auf dem Kliniksgelände) mit einem Australier geteilt. So waren die Wege zur Klinik, zum YMCA Canteen und in die Stadt sehr kurz.

Es fällt eine Wöchentliche Studiengebühr von 20 US\$ an und eine einmalige Einschreibegebühr von ca. 40 US\$. Das Zimmer kostet pro Tag 150 Rs, zu zweit also ca. 3,50 DM für mich.

Vellore Lonely Planet schreibt „Vellore, 4.5km from Chennai, is a dusty, semi-rural bazaar town“. Staub ist wirklich überall und Lärm auch, da fand ich die Beschreibung im Buch schon fast harmlos. Die Menschen auf den Straßen sind ein sehr buntes Volk aus hauptsächlich Hindus, Christen und Moslems, die aus ganz Indien und darüber hinaus das CMC aufsuchen.

## CMC Hospital

Das CMC Hospital bildet ein gewisses Zentrum in Vellore. 7 km außerhalb, in Bagayam, befindet sich der Uni-Campus und weitere Unterkunftsmöglichkeiten auf einem idyllischen Grüngelände. Das CMC bildet pro Jahr 70 Studenten aus. Es ist eines der besten Krankenhäuser und Medical Schools Indiens mit allen Fachrichtungen und einer großen Poliklinik. Die Unterrichtssprache und die Kommunikation der Ärzte und Schwestern ist English, auch wenn der Akzent erst einmal gewöhnungsbedürftig ist.

Ich habe je zwei Wochen in der Chirurgie und Pädiatrie famuliert.

## Chirurgie

Die Station auf der ich famulierte, ist hauptsächlich gefäßchirurgisch mit vielen Krampfadern, Hernien, Laparoskopien und mit sehr vielebn diabetischen Amputationen und Wundheilungsstörungen. Zwei mal die Woche sind in der Chirurgie OP Tage. Aber durch die Vielzahl der Studenten war es nur selten möglich, daß ich assistieren konnte. Zwei weitere Tage der Woche sind dem Outpatien Department (Ambulanz) vorbehalten, in denen man jede Menge „Humps and Bumps“, Hernien und natürlich Wundheilungsstörungen en masse sieht. OPD ist immer ein reines Chaos, wo teilweise mehrere Patienten gleichzeitig auf kleinstem Raum untersucht werden.

Nur durch permanentes Nachfragen meinerseits, was der Patient in Tamil, Hindi oder Telugul gesagt hat, konnte ich einigermaßen die Anamnese mitverfolgen. Der Kontakt zu den Patienten war dadurch sehr eingeschränkt. Die anderen zwei Tage der Woche sind Grand Round (Große Visite), also nur zuschauen und Verbände wechseln.

### Child Health Care

In der Pädiatrie sind drei Tage OPD, die durch die Kinder noch chaotischer verlaufen, als in der Chirurgie. Das CMC ist in der Pädiatrie sehr für seine Erfolge in der Onkologie bekannt und hat hierfür eine eigene OPD und Station. Die anderen drei Tage sind Rounds, die sehr langwierig sind und man sich auch hier nur durch konstantes Nachfragen ein Bild machen kann. Die Hauptdiagnosen waren die verschiedensten Pulmologischen Erkrankungen mit besonders vielen Bronchitiden und Empyemen. In der Zeit, als ich in Child Health war, grasierte in Vellore eine Dengue-Fieber-Epedemie mit den entsprechenden Patientenzahlen auf der Station und den manchmal tragischen Verläufen.

### RUHSA

Zwei Tage habe ich noch in RUHSA verbracht, eine Out-Klinik, 50 km von Vellore entfernt, wo man das ganze Spektrum der Krankheiten sieht. Jeden Tag ist OPD und an mehreren Tagen werden kleine OPs unter „primitiven“ Bedingungen gemacht: Sectios, viele Tuben Ligaturen und Hernien. Hier konnte ich immer assistieren und bei den Tuben Ligaruren auch Skalpell und Nadelhalter selbst in die Hand nehmen.

### Abschlussbemerkung

Insgesamt ist das CMC für indische Verhältnisse eine sehr moderne und gut organisierte Klinik. Die Ärzte besitzen ein hervorragendes Können, besonders bei der Diagnose mit wenigen technischen Untersuchungen. Aber leider war es nur selten möglich, mich in das Geschehen zu integrieren. Meist war ich nur Zuschauer.

# Famulaturbericht

**Suder District Hospital, Darjeeling, Indien 25/10/00 bis 24/11/00**

## Organisation

Ich war längere Zeit im heißen Süden Indiens gewesen und suchte etwas Abkühlung aber auch die Möglichkeit, Medizin auf dem „gras roots level“ auszuüben. So entschied ich mich spontan, nach Darjeeling zu fahren. Ich fragte dort bei mehreren Kliniken nach (Gompaga Clinic, Tibetan Self Help Refugee Center), die mir jedoch nicht das bieten konnten, was ich mir für eine Famulatur vorstellte. Aber über „indische Beziehungen konnte ich dann im „Planters Hospital“ anfangen, einer kleinen Privatklinik, die ehemals zu den Teeplantagen gehörte und ca. 30 Betten hat. Ich begleitete Dr. Sherpa bei seiner Arbeit. Diese bestand aber hauptsächlich aus OPD (Ambulanz), also vergleichbar mit der Routine eines Allgemeinarztes. So konnte ich nicht sonderlich machen.

Ich hörte mich weiter um und durch glückliche Zufälle erhielt ich die Nummer von Dr. Chaudhuri, dem Gynäkologen am Sadar District Hospital. Durch seine Freundlichkeit und seinen Einsatz war es mir möglich, eine Erlaubnis vom Medical Superintendent zu erhalten. So wurde der Weg für ein einmaliges Erlebnis für mich geebnet.

Es stellte sich heraus, daß niemals zuvor ein Ausländer hier gearbeitet hatte und daß auch schon seit ein paar Jahren keine Indischen Medizinstudenten mehr hier gesehen wurden. Aber nur zu meinem Vorteil: Ärzte und Schwestern waren äußerst aufgeschossen und hilfreich!

## Darjeeling

Darjeeling ist eines der berühmtesten „Hill Stations“ Indiens, auf über 2000m Höhe, ganz im Nord-Osten zwischen Nepal, Tibet, Butan und Bangladesh, in den Fußgebirgen des Himalayas. In Darjeeling treffen viele Kulturen, Religionen und Klassen aufeinander, immer noch mit dem Flair der ehemaligen Britischen Kolonialherren. Hier treffen Nepalesen, vertriebene Tibeter, Bengali, Tagelöhner aus dem Süden mit ihren eigenen Religionen und Sprachen auf reiche indische und westliche Touristen. Klimatisch fand ich es im November etwas zu kalt und feucht, aber die wahnsinnigen Aussichten von der Oberstadt auf mehrere schneebedeckten Achtausender und die mit Teeplantagen gesäumten Täler machen es wieder wett.

### Sadar District Hospital

Das Krankenhaus liegt in dem etwas ärmeren Teil der Stadt, erreichbar über mehrere gewundene steile Gassen. Offiziell gibt es 300 Betten und inoffiziell 500 Patienten. Die Umstände sind so unbeschreiblich, daß mir die Worte fehlen. Es fehlt am Nötigsten: Hygiene, fließendes Wasser, Medikamente, Diagnostische Geräte (weder EKG noch Ultraschall),... Der Mangel an diagnostischen Möglichkeiten wird durch die klinische Untersuchung ersetzt, so weit überhaupt möglich.

Die Sprache der Ärzte untereinander ist Bengali und das der Schwestern und der meisten Patienten Nepali. Die Ärzte sprechen sehr gutes, die meisten Schwestern gutes und einzelne Patienten mäßiges English. Aber weil ich eine Art Kuriosität darstelle sind Ärzte und Schwestern immer bereit zu übersetzen.

Die Patienten stellen die armen und ärmsten Schichten der Bevölkerung da und können es sich nicht leisten, größere Summen für zusätzliche medizinische Behandlung aufbringen. Das durchschnittliche Einkommen einer Familie liegt bei 2-4DM pro Tag, bei manchen weit weniger.

### Gynäkologie und Geburtshilfe

Ich begleite Dr. Chaudhuri bei seinen morgendlichen und abendlichen Visiten, untersuche die Patientinnen und assistierte im OP u. a. bei Sectios und Hysterectomien. Die restliche Zeit verbringe ich im Kreissaal mit 6-12 Geburten pro Tag. Die Hebammen und Schwestern sind äußerst bereitwillig, mir ihre Kunst beizubringen, so daß ich in diesem Monat an die 30 Geburten selbst „conducted“ habe. Auch erhalte ich einen Einblick in die Neonatologie.

Jeden Tag gibt es etwas neues, was mir den Atem verschlägt. Oft sind es Komplikationen (Vollbild der Eclampsie, Sepsis, Blutungen und Schock), die unter diesen verheerenden Umständen behandelt werden, ohne auch noch einen Ansatz westlicher intensivmedizinischer Betreuung. Weder aussagekräftige Labor-diagnostik (nicht einmal Electrolyte) noch bildgebende Verfahren sind machbar.

Dies führt mich zu einer intensiven Begegnung und Auseinandersetzung mit Leben und Tod, was hier untrennbar verbunden ist und alltag (wörtl.: jeden Tag) der Menschen hier ist.

Dem „OT“ (OP) gebührt besonderer Erwähnung, da hier zum einen die erschreckende Mißwirtschaft noch deutlicher wird, zum anderen, weil es auch immer was zu sehen gibt und etwas zu machen ist.

Der OT hat drei Tische, die meist gleichzeitig von verschiedenen Fachrichtungen belegt sind. Die Chirurgen entfernen eine Galle, Dr. Mrs. Banerjee, die zweite Gynäkologin führt gerade eine Sektio durch, als gerade am dritten Tisch eine Spinale für eine Hysterectomie gelegt wird. Man steht sich dauernd auf den Füßen

herum und an manchen Tagen wird das ganze Treiben von den Schreien eines Patienten auf einer provisorischen Liege übertönt, dessen Amputation versorgt wird.

Als Rahmenbedingungen muß man sich vorstellen, daß es kein fließendes Wasser gibt, nur zwei (funktionierende) Narkosegeräte (die aus Geldmangel auch manchmal mit Ether betrieben werden), normale Glühbirnen als Lichtquelle und manchmal eine Taschenlampe, sollten diese nicht ausreichen; einen Autoklaven, der auf dem Gaskocher betrieben wird und vielleicht noch ein oder zwei Patienten, die im Eingangsbereich auf dem Boden liegen, sozusagen in der Warteschlange.

### Abschlußbemerkung

Trotz dieser unglaublichen Zustände, dem ganzen Leid und dem vielen Schmerz habe ich so viel Lachen und so viel Wärme der Menschen selten erlebt. Meine Famulatur hier in Darjeeling war eine besonders intensive persönliche Erfahrung sowie auch eine unschätzbare praktische Weiterbildung!

Der Pädiater meinte neulich zu mir: „At your place you can't do a single treatment without a row of examinations. Here we have to treat without any [technical] examinations at all. We have to rely purely on our clinical assessment and God will help!“