

## Erfahrungsbericht Friedrich Tilse

29. Juli 2019. Durch das endlose Farbgemisch aus rotem, braunem und ockerfarbenem Sand ziehen sich grüne Streifen und ab und zu kann man kleine Siedlungen erkennen, die aus nichts als Lehmhütten mit Strohdächern bestehen. Ich sitze in einer in die Jahre gekommenen Propellermaschine irgendwo zwischen Lilongwe und Blantyre und schaue gebannt aus dem Fenster. Unter mir erstreckt sich eine für mich vollkommen andere Welt. Es fühlt sich unwirklich an. Auch wenn mittlerweile 18 Stunden seit dem Start vergangen sind, ist es, als wären Felix, Marcial und ich gerade erst von Wien in die Auslandsfamulatur gestartet. Am Flughafen von Addis Abeba haben wir mit Jacky und Sarah zwei weitere Famulantinnen getroffen und uns alle vereint ein gemischtes Gefühl aus Vorfreude und Ungewissheit.

Wir haben noch nicht einmal den winzigen Terminal in Blantyre verlassen, da lerne ich direkt die ersten Lektionen der malawischen Lebensart. Während ich mich dabei ertappe, ungeduldig auf und ab zu wippen, füllt ein Grenzbeamter in aller Seelenruhe handschriftlich unsere Visa aus, ein Zweiter schaut ihm dabei zu. Die oftmals aus Deutschland gewohnte Hektik, verbunden mit kühler und geschäftiger Effizienz, scheint man hier vergeblich zu suchen. Gearbeitet wird mit einer beneidenswerten Gelassenheit. Die nächste Erkenntnis folgt, als wir uns bei einem Beamten erkundigen, wie das Visum zu verlängern sei, da uns 30 Tage nicht ganz reichen würden. Dieser gibt uns kurzerhand seine Handynummer und sagt, wir sollen ihm am Abreisetag über WhatsApp kontaktieren, er würde das regeln. Lektion Nr. 2: Angelegenheiten werden, zumindest nach unseren Maßstäben, mitunter recht unkonventionell angegangen. Wir wählten übrigens statt der WhatsApp-Variante dann doch lieber den Gang zum Immigration Office. Vor dem Flughafen empfangen uns bereits Fahrer Moses und Pfleger Eric ausgesprochen freundschaftlich. Eric ist unser erster Ansprechpartner vor Ort und hilft uns bei der Organisation von Fahrten und Ausflügen. Ebenfalls treffen wir eine italienische Ärztin und mit Miriam die 6. Famulantin im Bunde. Endgültig in Afrika angekommen fühle ich mich dann, als wir uns mit neun Personen, zehn Koffern und einem Großeinkauf in einem Geländewagen auf den Weg zum Holy Family Mission Hospital machen. Auch wenn ich aufgrund der angewinkelten Sitzposition meine Beine nach halber Strecke nicht mehr spüre, das Gesäß dafür umso mehr, stellte sich rückblickend heraus, dass diese Fahrt im Vergleich zu öffentlichen Verkehrsmitteln beinahe luxuriös war. Schließlich ist die gleiche Sitzposition über alten Fischkisten statt Koffern deutlich gewöhnungsbedürftiger. Am Rande bemerkt, sollte man generell in Malawi niemals ein Transportmittel als voll besetzt wähen. Als ich auf einer Fahrt zur nächsten Stadt zwischen 13 anderen Personen an der Scheibe eines Minibusses klebte und mir dachte, dass nun beim besten Willen niemand mehr rein passen würde, wurde ich direkt eines Besseren belehrt. Der Fahrer hielt abermals an, um unbeeindruckt einen weiteren Passagier auf seinem Schoß Platz nehmen zu lassen. Lektion 2 bestätigt.

An unserer Unterkunft auf dem Krankenhausgelände angekommen, empfängt uns die vorherige Famulantin Fiona, die uns vor ihrer Abreise am folgenden Tag noch Grundlegendes erklärt. Sie berichtet u.a. über regelmäßige Strom- und Wasserausfälle und der Dusche, bei der man nur dann warmes Wasser hätte, wenn zuvor ein Eimer auf dem Feuer/Gaskocher erhitzt worden war. An die auf den ersten Blick etwas abenteuerlichen Bedingungen, die von jagenden Geckos auf der Zimmerwand abgerundet werden, gewöhnen wir uns alle sehr rasch. Ich fühle mich wohl in meinem neuen Zuhause. An dieser Stelle auch ein besonderer Dank an Molly, die für unsere Hauptmahlzeiten sorgte und stets Köstliches zubereitete.

Für die Arbeit im Krankenhaus teilen wir uns jeweils in Zweiergruppen auf und rotieren im Wochentakt über die verschiedenen Stationen. Nach der morgendlichen Besprechung um 7:30 Uhr, bei der man sich selbst als notorischer Zuspätkommer überpünktlich fühlt, folgen ausgedehnte Visiten. Hierbei können wir unsere Ideen und Ratschläge einbringen und führen körperliche Untersuchungen durch. Dabei ist der routinemäßige Umgang mit für uns eher seltenen Krankheitsbildern wie Malaria, HIV-

assoziierte Erkrankungen oder Tuberkulose besonders spannend. Wie das Medizinstudium in Deutschland aufgebaut ist, ist oftmals nicht wirklich bekannt, wodurch man mitunter selbst dafür verantwortlich ist, seine Kompetenzen abzustecken. Man sollte klar kommunizieren, was man kann und keine falsche Scheu haben, wenn es darum geht, dass man etwas womöglich noch nicht gelernt hat. Gleichzeitig ist viel Eigeninitiative gefragt, um sich einzubringen.

Was man während der Arbeitszeit erlebt und lernt, ändert sich täglich und hängt nicht zuletzt stark davon ab, welchen Clinician man begleitet und auf welcher Station man sich befindet. Wenn möglich, sollte man sich an die Senior Clinicians halten, die zu den vor Ort klassischen Erkrankungen ein ausgesprochen fundiertes Fachwissen besitzen. Auch bei Operationen verfügen sie über ein Repertoire an Eingriffen, welches mehrere Fachrichtungen verknüpft. Jüngere Clinicians gehen bei der Therapie in Ermangelung an Erfahrung oft nach bestimmten Schemata vor, die zwar nicht falsch sind und oftmals auch helfen, aber unter Umständen nicht den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden.

Der Stationsalltag schwankt zwischen aufregenden und spannenden Erlebnissen, nüchterner und deprimierender Untätigkeit, kuriosen und schönen Erfahrungen aber auch belastenden Schicksalen. Jeder Tag stellt sich anders heraus, als beim Frühstück noch vermutet. In der Maternity Ward soll/darf ich beispielsweise unter Anleitung eine Geburt in allen Schritten komplett eigenhändig durchführen. Das gesunde Kind in den Händen, die glückliche Mutter vor Augen – es ist ein großartiger Moment. Die Euphorie dieser schönen Erfahrung weicht direkt am nächsten Tag dem Gefühl der Hilflosigkeit, als ich aufgefordert werde bei einem wenige Tage alten Säugling den Tod festzustellen. Auch wenn die Sachlage rein medizinisch eindeutig ist, fühle ich mich der Situation im Angesicht der weinenden und zugleich flehenden Mutter kaum gewachsen und empfinde den Moment als schwer zu ertragen. Dabei spielt der Tod in Krankenhäusern stets eine Rolle - in Malawi scheint er mir allerdings so allgegenwärtig wie nie zuvor.

Auch erlebt man Schmerz und Leid deutlich intensiver als hierzulande. Knochenbrüche werden beispielsweise konservativ und ohne den Einsatz von Betäubung oder Schmerzmitteln wieder reponiert. Eine Prozedur, die insbesondere auf der Kinderstation ein dickes Fell abverlangt. Auf die Nachfrage, ob nicht zumindest Schmerzmittel angebracht seien, wird darauf hingewiesen, dass man nicht so viele Schmerzmittel habe und diese für wichtigere Anlässe zurückgehalten werden. Während man die schmerzverzerrten Gesichter sieht und ohrenbetäubenden Schreie der Kinder hört, fragt man sich, was wichtigere Anlässe sein sollen. Momente in denen einem abermals bewusst wird, an was es alles fehlt.

Der Umgang mit den Patienten, der teilweise deutlich schroffer ausfällt als man es aus Deutschland gewohnt ist, und die Behandlungen im Allgemeinen geben uns abends oft Anlass zur Diskussion. Vor dem Hintergrund möglicher zukünftiger Projekte und mit der Fragestellung, was man besser machen könnte, ertappen wir uns manchmal dabei, aus einer privilegierten Position Ratschläge parat zu haben und dabei die schwierige Lage vor Ort in all ihren Facetten zu vergessen.

An vielen Stellen könnte das engagierteste Fachpersonal aufgrund der rudimentären medizinischen Ausstattung, die an so vielem für uns Selbstverständlichen mangelt, nicht mehr ausrichten. An manchen Stellen ist es jedoch auch die Mentalität, die einen verzweifeln lässt. So zeigt die anfänglich erwähnte Gelassenheit im klinischen Alltag auch ihre Schattenseiten, da sie sich unter Umständen zu einer Nachlässigkeit wandelt. Es ist beispielsweise nur schwer zu akzeptieren, dass für die Diagnose entscheidende Blutdruckwerte nicht erhoben werden können, weil die verhältnismäßig sehr teuren Batterien in den Blutdruckmanschetten schlicht und ergreifend leer sind. Es ist frustrierend mitzubekommen, dass in solchen Fällen als Resultat einfach kein Blutdruck gemessen wird und das Bestreben, stattdessen manuelle Geräte aufzutreiben, sehr überschaubar bleibt. Folglich fragt man

sich, warum in einem der ärmsten Länder der Welt standardmäßig auf digitale Blutdruckmanschetten gesetzt wird, statt manuell zu messen. Bis heute empfinde ich Thematiken wie diese als Gratwanderung zwischen berechtigter Kritik und Anmaßung.

Der Süden Malawis ist touristisch praktisch unerschlossen und jeder hellhäutige Mensch (in der Landessprache Chichewa: Azungu) zieht sofort die Blicke auf sich. Kommt man irgendwo an, empfängt einen direkt eine Traube von Kindern mit „Azungu“-Ausrufen. Einerseits ist es schön, nicht gleich mit touristischer Infrastruktur bzw. Angeboten konfrontiert zu sein, andererseits ist es bisweilen etwas schade, nicht unbeobachtet über den Markt spazieren zu können. Bis auf sehr wenige Ausnahmen sind es aber stets freundliche und respektvolle Annäherungen, die eher von Neugier als von Aufdringlichkeit geprägt sind. In keiner Situation müssen wir bedrohliche oder unangenehme Erfahrungen machen. Als Azungu gilt man per se als wohlhabend und auch Deutschland allgemein wird als Sehnsuchtsort gesehen, wo vermeintlich paradiesische Zustände herrschen. Nichtsdestotrotz empfinde ich die Menschen in Malawi als positiv gestimmt, die ihr Land schätzen. Obgleich die Armut unübersehbar ist, erlebe ich die Menschen als sehr humorvoll und man vergisst schnell, dass man sich in dem aktuell viertärmsten Land der Welt befindet.

Bei den neugierigen Fragen nach unserem Flug oder dem Leben in Deutschland und entsprechenden Gegenfragen, wird mir teilweise erst wirklich bewusst, wie absurd einige unserer Handlung wirken müssen. Das Krankenhaus stellt uns an den Wochenenden beispielsweise einen Wagen samt Fahrer zur Verfügung, der uns gegen Zahlung von Spritgeld und einem kleinen Tagessatz Ausflüge ermöglicht. Eine 270 Kilometer weite Fahrt zum Malawisee, die für uns lediglich eine gelungene Abwechslung gegenüber dem Stationsalltag darstellt, ist für Einheimische im Süden eine absurd weite Tour, die sie oftmals noch nie in ihrem Leben bestritten haben.

Landschaftlich hat Malawi unglaublich viele wunderschöne Ecken zu bieten, sei es das Zomba Plateau, der Malawisee oder der Liwonde Nationalpark - ich kann all diese Ziele empfehlen. Einen Ausflug möchte ich abschließend aber besonders hervorheben, falls man sportlich etwas ambitionierter ist: Die Wanderung im Mulanje-Bergmassiv zum höchsten Punkt Malawis – dem Sapitwa! Wobei der Begriff Ausflug eher als Euphemismus zu verstehen ist, da der Sapitwa mit seinen 3002 Metern einem schon einiges abverlangt.

Übersetzt bedeutet der Name in etwa „Ort, an den du nicht gehen sollst“ und auf unserer Wanderung haben wir wohl alle mindestens einmal verstanden, wie dieser Name zustande kam. Für uns war es die erste große Tour an einem Wochenende und sie bot neben atemberaubenden Landschaften auch eine nicht zu unterschätzende Teambuilding-Maßnahme.

Ich bin sehr froh und dankbar, eine Auslandsfamulatur am Holy Family Mission Hospital gewagt zu haben und werde die aufgeschlossenen Menschen, die beeindruckende Natur und medizinischen Erfahrungen noch lange in Erinnerung behalten.