

Famulatur in Südafrika und Tansania

Ein Erlebnisbericht

Im Februar dieses Jahres verbrachte ich drei Monate in Südafrika und Tansania und absolvierte in zwei verschiedenen Krankenhäusern zwei Famulaturen.

Da ich in den Krankenhäusern sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht habe und in verschiedenen Bereichen gearbeitet habe, werde ich zur besseren Übersicht diesen Bericht ebenfalls in zwei Teile aufteilen.

Ich bin Studentin der Medizin und Ethnologie im sechsten Semester an der Georg-August-Universität in Göttingen und interessiere mich insbesondere für Medizinische Anthropologie. Es lag somit nahe, im Ausland zu famulieren und da ich unbedingt erneut nach Afrika reisen wollte, entschloß ich mich zunächst für eine Famulatur in Südafrika.

Südafrika, ein Land, das seit dem Ende der Apartheid innerhalb von kurzer Zeit einen großen Wandel durchlaufen hat. Ein Land, in dem 5,3 Millionen Menschen derzeit mit dem HI-Virus infiziert sind und vermutlich nur 10% der Infizierten von ihrer Infektion wissen. Südafrika, ein Land in dem täglich etwa 600 Menschen an einer HIV-bedingten Krankheit sterben.



Südafrika, Kapstadt – Februar 2006

Das Universitätsklinikum *Groote Schuur* in Kapstadt liegt unmittelbar vor einem Ausläufer des Tafelbergs. Es ist ein großes, modernes Krankenhaus, das im Jahre 1967 durch die erste Herztransplantation weltweit internationale Aufmerksamkeit auf sich zog.

Um es betreten zu können, benötigte ich als Besucher einen Ausweis und musste, wie auf einem Flughafen, eine Sicherheitskontrolle passieren.

Innen erwartete mich ein kleiner Mikrokosmos: unendlich lange Flure an denen sich Kiosk, Restaurant, Internetcafé, Post, Apotheke und Schaukästen mit altem Krankenhausinventar entlang reihten.

Die pädiatrische Station, in der ich die nächsten vier Wochen famulierte, befand sich im vierten Stock, mit einem grandiosen Blick über die Stadt. Bis der Fahrstuhl kam,

konnten schon mal 15 Minuten vergehen, wenn Stromausfall war, funktionierte er unter Umständen gar nicht.



Oben angekommen rannten mir schon einige Kinder entgegen. Die Station, aufgeteilt in eine Infektiologie, Endokrinologie und HIV-Ambulanz, beschäftigte vier Oberärzte und fünf Stationsärzte. Jedes der 28 Betten war belegt. Die kleinen Patienten der Infektiologie hatten alle HIV. Sie kamen mit Gastroenteritis, Fieber, Tuberkulose, Lungenentzündung.

Oft waren sie tagelang alleine, weil ihre Mütter es sich nicht leisten konnten, die Fahrt in die Stadt zu bezahlen, denn die meisten Kinder hier kamen aus den *Townships* außerhalb der Stadt.

Schon am ersten Tag fielen mir bei meiner Famulatur Unterschiede auf. Viele stellten sich mir mit ihrem Vornamen vor, inklusive des Chefarztes und keiner der Ärzte trug einen weißen Kittel. Allein dadurch entstand eine ganz andere Arbeitsatmosphäre.

Morgens begann der Dienst um acht Uhr mit einer kompletten Visite und Übergabe. Da die Lehre in Südafrika einem anderen System unterliegt waren alle etwas hilflos, was für Aufgaben wohl einer deutschen Famulantin zugeteilt werden könnten.

Famulanten gibt es in Südafrika nicht. Die südafrikanischen Studenten betreuen im fünften und sechsten Jahr bereits selbständig Patienten.

Meist begleitete ich einen Studenten bei seiner/ihrer Tätigkeit. Wir lasen die Krankenakte, untersuchten den Patienten und überlegten uns wie die weitergehende Therapie aussehen könnte. Zum Schluß wurde die Verordnung noch einmal mit dem diensthabenden Arzt abgesprochen.

In meiner Abteilung sprachen zwar alle der Ärzte Afrikaans und Englisch, die Mütter und auch Kinder wiederum oft nur Xhosa und so musste bei einem Anamnesegespräch oft eine Sozialarbeiterin eingesetzt werden, die eigentlich für Beratungsgespräche mit den Müttern zuständig ist. Das Gespräch wurde in Xhosa übersetzt und die Antworten der Mutter oder des Kindes wiederum in Englisch zurück übersetzt.

War keine Beraterin zur Hand, wurden auch mal die englischsprechenden Spielkameraden der kleinen Patienten auf der Station gebeten die Übersetzung zu übernehmen.

Nachdem ich mich in den englischen Dialekt Südafrikas hineingehört hatte (oft werden Buchstaben verschluckt und das Wort klingt völlig unbekannt), kämpfte ich mit den Abkürzungen. Für alles gab es Abkürzungen, die sowohl bei der Besprechung als auch in den Krankenakten standen. Zudem waren die Abkürzungen auch noch individuell verschieden und ich hatte oft große Schwierigkeiten, alles zu verstehen.



Zweimal in der Woche fand eine große Visite mit dem Chef der Abteilung statt. Jeder Patient wurde gemeinsam mit den Ärzten, den Krankenschwestern, den Studenten, sowie einer Xhosa sprechenden „Therapieberaterin“ besprochen und der weitere Verlauf diskutiert.

Ich erfuhr so, dass die Kinder auf unserer Station meist deshalb Gastroenteritis bekommen, weil es in ihrem *Shack* (Wellblechhaus) kein fließendes Wasser gibt und das Trinkwasser oft tagelang in einem Eimer in der Küche steht.

Das Wasser wird mit einem Becher abgeschöpft und nicht gegossen, was die Vermehrung von Erregern begünstigt.

Die Sozialarbeiterinnen übernahmen in solchen Fällen die Beratungsgespräche und den Müttern wurde von der Klinik ein Kanister zur Verfügung gestellt, der, auf einem Stuhl abgestellt, das Trinkwasser zum Fließen bringen soll.

Einmal in der Woche begleitete ich einen kongolesischen Arzt nach *Khayelitsha*, in das größte *Township* Kapstadts mit über 500 000 Bewohnern. Sobald wir die Autobahn verließen, mussten wir als erstes die Türknöpfe runterdrücken. Zur Sicherheit.

Das Krankenhaus ist eingebettet in *Shacks*, die charakteristischen Wellblechhütten der *Townships* und umgeben von einem hohen Stacheldrahtzaun.

Das Uniklinikum hat über das „KIDZ-positive-Programm“ eine Partnerschaft mit dem *Nolungile Krankenhaus*, das im Jahr 2000 mit Unterstützung der Ärzte ohne Grenzen die ersten HIV-Medikamente ausgab.

An diesem Tag fand die HIV-Ambulanz statt, die es den Müttern ermöglichte, sich und den Kindern die weite Fahrt in die Stadt zu ersparen.

Die Mütter warteten mit ihren Kindern oft stundenlang auf kleinen Holzbänken, da sie einen Termin ohne Uhrzeit bekommen, in der Hand die Patientenkarte.

Unser Team bestand aus vier Ärzten und einigen Krankenschwestern, die zusammen an einem Tag all die Patienten in der Ambulanz behandelten. Wir saßen alle parallel in kleinen Untersuchungszimmern, abgetrennt durch Schiebewände.

Die Mütter wurden während ihrer Wartezeit von einer Frau über HIV und Aids aufgeklärt, die wild gestikulierend und scheinbar ohne Atem zu holen in einer unendlichen Predigt über die HIV-Infektion berichtete.

Schließlich wurde immer eine Mutter mit ihrem Kind hineingerufen. Die Mütter kamen mit ihren Kindern, um das Ergebnis der Blutabnahme zu erfahren, um neue Medikamente abzuholen und den neuen Therapieverlauf zu besprechen.

Während der Arzt die Anamnese machte (eine Unterhaltung, die oft aus Bruchstücken von Englisch und Xhosa bestand), wog ich das Kind.

Die Mütter wurden immer gebeten, die alten Medikamentendosen ihres Kindes mitzubringen und je nachdem ob Tabletten übrig waren, konnten wir zumindest erahnen, wie gut oder schlecht die *Compliance* war.

Daraufhin wurde Blut abgenommen, die Therapie abgewägt und die neuen Dosierungen der Therapie errechnet.

Es dauerte Minuten, bis wir all die Tabletten für die nächsten drei Monate abgezählt hatten und in den Dosen verteilt hatten, denn zweimal täglich müssen mindestens drei verschiedene Tabletten oder Sirup eingenommen werden. Die Tabletten für den kommenden Monat wurden auf die kleinen Abtrennungen der Pillenbox verteilt, was oft für große Verwirrung bei der Mutter sorgte, da manchmal nur halbe Tabletten notwendig waren und andere zum Beispiel nur abends eingenommen werden dürfen. Anschließend füllte ich noch gemeinsam mit der Mutter den Dosierungsplan aus. Oft kamen die Mütter mit riesigen Taschen oder Plastiktüten, in denen sie die vielen Flaschen mit Medikamenten für die kommenden drei Monate verstauten.

Hatte die Mutter Schwierigkeiten, wurde ein Termin mit einer Beraterin vereinbart, die die Aufgabe hatte, gemeinsam mit der Mutter nach Lösungen zu suchen. Meist hatte die Mutter am selben Tag noch einen eigenen Termin und musste noch einmal dieselbe Menge an antiretroviralen Medikamenten abholen.

Ein Gespräch dauerte nie länger als 20 Minuten. Aber es mussten auch oft bis zu 20 Patienten pro Arzt in wenigen Stunden behandelt werden. Bei einer so schwerwiegenden Infektion viel zu wenig Zeit, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten.

TAC (*Treatment Action Campaign*), eine Nichtregierungsorganisation und wohl wichtigster Verfechter für die Therapie mit ARVs (*Antiretrovirals*- antiretrovirale Medikamente) für alle HIV-Positiven in Südafrika, verklagte erfolgreich im Jahre 2001 die Gesundheitsministerin Tshabalala-Msimang mit breiter öffentlicher Unterstützung. Sie forderte die Gesundheitsministerin auf, für alle HIV-Positiven Bewohner Südafrikas eine kostenlose Therapie zur Verfügung zu stellen. Mit der Folge, dass die Regierung den „(The) Operational Plan for Comprehensive HIV and Aids Care, Management and Treatment (OP)“ entwickelte. Ziel des Plans war es, die Anzahl der in Therapie befindlichen HIV-Infizierten jährlich zu steigern. Im Jahr 2006 sollte die Zahl der neu in Therapie befindlichen Patienten mit ARVs bei 215 000 Menschen liegen und insgesamt bei 380 000 Menschen in Behandlung (Quelle: Department of Health (2003c:52)). Leider haben sich diese sehr ambitionierten Ziele bisher nicht erfüllt.

Die Ärzte im Krankenhaus waren diversen Schwierigkeiten ausgesetzt:

Die First-line HIV-Therapie besteht aus einer Dreierkombination, von denen meist eines der Medikamente in den Kühlschrank muss. Oft hatten aber die Eltern der Kinder keinen Kühlschrank. Dann musste mit einer anderen Therapiekombination begonnen werden, auch wenn die Erste die bessere Wahl gewesen wäre.

Bei einer anderen Patientin wurde der Kühlschrank mit den Nachbarn geteilt und die Mutter mochte ihr Umfeld nicht über ihre Infektion und die ihres Kindes einweihen. Sie überlegte sich, ob sie die Medikamente in einem abschließbaren Eimer in den Kühlschrank stellt.

Eine weitere Mutter musste morgens sehr früh zur Arbeit gehen und kam abends erst spät wieder zurück. Wer sollte nun dem Kind regelmäßig die Medikamente geben, ohne dass ein anderer von der HIV-Krankheit erfährt? Wie soll man 30 Flaschen verstecken?

Das vierjährige Kind einer Mutter hatte durch unregelmäßige Medikamenteneinnahme bereits eine Resistenz entwickelt und die Second-line Therapie musste

begonnen werden. Ein Problem in Südafrika, da es bisher nur erschwingliche First- und Second-line Therapien gibt. Wenn auch die zweite Therapiekombination nicht mehr hilft, gibt es keine Behandlungsmethoden mehr.

Der erste Arbeitstag im *Township Khayelitsha* war für mich eine Belastungsprobe. Jeden Tag mit HIV-positiven Kindern in Berührung zu kommen ging nicht spurlos an mir vorbei, auch wenn ich schnell lernte abzuschalten, auszublenden. Wie sonst sollte ich mich jeden Tag wieder mit so traurigen Schicksalen konfrontieren können? Was mir allerdings sehr schwer fiel, war, nach Arbeitsende mit dem Auto die fünfzehn Kilometer nach hause zu fahren, und in eine Welt der Superlative zu flüchten.

Eine Welt, die so anders ist, so voller Luxus, und zu wissen, dass ein paar Kilometer weiter die Menschen unglaublich krank sind und perspektivenlos. Die in ihren Shacks leben und oft weder fließend Wasser, noch Strom, noch eine Toilette haben.

Alles in allem hatte ich eine sehr lehrreiche Zeit in Südafrika und ich habe viele Eindrücke gewonnen. Südafrika, ein Land vieler Gegensätze.

Tansania, Tanga – April 2006

Nachdem ich für drei Wochen über Land nach Tansania reiste, hatte ich die Gelegenheit in Tansania bei einer Studie der GTZ (Gesellschaft für technische Zusammenarbeit) mitzuwirken, im Rahmen derer eine Studie zur Qualitätsmessung in Krankenhäusern der Region entwickelt werden sollte.

Beim Probedurchlauf der Qualitätsmessung stellte sich heraus, dass die Mitarbeiter mit der Situation im Krankenhaus meist sehr unzufrieden waren. Sie beschwerten sich, dass es an Material und zusätzlichen Mitarbeitern fehlen würde, außerdem an angemessener Bezahlung.

Ein Arzt verdient im Durchschnitt etwa 300 Dollar pro Monat.

Nach Abschluß der Studie machte ich mir selber ein Bild von der Lage und famulierte erneut spontan bei einem deutschen Chirurgen im *Bombo Hospital* in Tanga, Tansania.

Ich kannte das Krankenhaus bereits von früheren Aufenthalten.

Über die langen Arkadengänge, die durch ein Dach vor Regen schützten, vorbei an den Krankenhausgebäuden, gelangte ich zum chirurgischen Untersuchungsraum und dem Operationssaal. Patienten, Verwandte und Besucher saßen zu Dutzenden dicht an dicht am Rand des Gangs und warteten. Sitzgelegenheit gab es sonst keine.

Neugierige Blicke verfolgten mich bei jedem Schritt.



Um famulieren zu können, musste ich mir zunächst bei einem Schneider in der Stadt Kittel und Mundschutz nähen lassen, denn das Krankenhaus hatte erst einige Tage vor meiner Ankunft Kittelpflicht erlassen.

Mit einem Kittel im siebziger Jahre Stil, der fast bis zum Boden reichte, begann ich meine Famulatur.

Die Patienten mussten selber ihr Laken mitbringen. *Khargas*, zwei bunte Stoffstücke, die von den Frauen über ihr Kleid und ihre Haare getragen werden, dienten als Laken und Bettuch. Auf den alten, zum Teil durchgerosteten Metallbetten lagen durchgelegene, nackte und oft verschmutzte Schaumstoffmatratzen. Über den Betten baumelten verknotete Moskitonetze von der Decke.

Die chirurgische Station bestand aus zwei großen Räumen (aufgeteilt in eine Frauen- und Männerabteilung), in denen jeweils dreißig Betten standen.

Durch die Station liefen räudige Katzen, auf der Suche nach Essensresten oder Blutstropfen. Eine leichte Brise fegte durch die nur mit löchrigen Moskitonetzen verhängten Fensterrahmen. Es roch nach Regen.

Da sich die Patienten selber versorgen mußten, übernahmen Familienmitglieder oder Freunde die Pflege.

Pro Tag mußte eine Krankenhauspauschale für die Nutzung des Bettes gezahlt werden. Einige mittellose Patienten erhielten nach Antragstellung kostenlose Versorgung.

Die Patienten lagen oft tagelang im Krankenhaus und warteten auf ihre Operation. Immer wieder mussten Operationen verschoben werden, da entweder Material fehlte, kein Strom da war, oder die Mitarbeiter unauffindbar waren.

Die Arbeit des Chirurgen bestand aus Patientenaufnahme, Visiten und Operationen. Bei der Visite, die stattfand, wenn gerade alle da waren, besprach der Chirurg jeden einzelnen Patienten mit den Studenten im praktischen Jahr und anschließend wurden die Anordnungen durchgeführt.

Viele der Patientinnen und Kinder litten unter Verbrennungen, da sie sich entweder am Holzfeuer verbrannt hatten oder fälschlicherweise *Petrol* (Benzin) statt Petroleum gekauft hatten, um den Generator zu betreiben.

Die Mehrzahl der Männer kam mit Knochenbrüchen.

Ein Patient wurde über Nacht eingeliefert, weil er von einer Kokosnusspalme gefallen war und sich dabei eine Tetraplegie zugezogen hatte.

Bevor ich den Operationssaal betreten konnte, musste ich meine Schuhe ausziehen. Auf Socken lief ich in den Vorraum und ließ mein einziges Paar Schuhe hinter mir, in der Hoffnung, es auch nach der Operation wieder vorzufinden.

Anschließend stieg ich in ein Paar der weißen Gummistiefel, die aneinandergereiht in der Eingangstür standen.

Die Warteliste für Operationen war auf Monate hin ausgebucht.

Steriles Waschen vor der OP bestand daraus, sich mit einer braunen Seife die Hände unter warmem Wasser zu schrubben.

Anschließend wurde mir der sterile Kittel über den eigentlichen Kittel und einer sperrigen Plastikschürze gezogen. Sobald ich im Op-Raum stand, war ich schon klitschnaß geschwitz, da die Außentemperatur zu dieser Jahreszeit nicht selten 35 Grad beträgt, bei einer Luftfeuchtigkeit von 80-90 Prozent.

Der Patient wurde auf einer Plastikplane auf den wackeligen Op-Tisch gehievt, der mir wie ein Relikt aus dem vorherigen Jahrhundert erschien. Auch wenn das Krankenhaus in Kapstadt und das *Bombo Hospital* beide auf afrikanischem Boden stehen: Es liegen nicht nur viele Kilometer zwischen ihnen, sondern Welten!

Die Spritzen und das Verbandsmaterial mußten die Patienten auf eigene Kosten kaufen und mitbringen.

Unter die dünne Matratze des Op-Tisches wurde ein Brett geschoben und die Arme des Patienten zu beiden Seiten mit Klebeband festgeklebt. Der Anblick erinnerte mich an eine Kreuzigung.

Als Narkotikum wurde *Ketamist®* verabreicht. Die Patienten warfen sich während der Operation oft hin und her, schnauften vor Schmerzen, rollten mit den Augen und es fiel mir zu Beginn nicht leicht ihren Anblick zu ertragen.

Eindrücke, die ich nie wieder aus meinem Gedächtnis werde streichen können.

Das Operationsbesteck war oft nicht für die jeweilige Operation geeignet. So versuchte ich bei einer Appendektomie, die Bauchdecke mit winzigen, scharfen Haken offen zu halten.

Die Wände des Sterilisationsraums waren mit Schimmel überzogen.

Die Löcher in der Decke mit Pappe zugenagelt.

Draußen warteten bereits die nächsten Patienten und immer wieder wurden über Verwandte oder Krankenschwestern nahe stehende neue Patienten in den Op-Vorraum geführt. Die Patienten kamen mit internistischen, gynäkologischen, dermatologischen oder endokrinologischen Beschwerden und die meisten Beschwerdebilder fielen nicht unter den Aufgabenbereich eines Chirurgen. Eine Geduldsprobe für den Arzt.

Zwei Tage verbrachte ich schließlich noch im Kreißsaal und durfte bei den Geburten zuschauen und den Hebammen bei der Arbeit assistieren. Die Mütter lagen auf Holztischen, Spanbretter dazwischen sorgten für ein bißchen Intimität. Es war unglaublich eng und die vier Tische, die in einem der zwei Räume nebeneinander standen waren wackelig. Auf der gesamten Station gab es ein Fetoskop, ein Blutdruckmessgerät und ein Stethoskop. Die Partogramme flogen wild durch die Gegend.

Die werdenden Mütter mussten auch hier *Khangas*, Watte, Spritzen, Oxytocin, eine Plastiktüte und einen Eimer mitbringen. Der Eimer war für die Plazenta, Spritzen und jegliches blutiges Material vorgesehen. Die Tücher wurden als Unterlage benutzt, um Blut wegzuwischen, die Frau sauber zu machen, sie zuzudecken und das Kind einzuwickeln.

Die Kinder schienen sich an den zwei Tagen verabredet zu haben und kamen fast alle gleichzeitig auf die Welt. Dann wurde es hektisch auf der Station: Wo ist eine der wenigen Nierenschalen? Gibt es noch eine saubere und scharfe Schere, um die Nabelschnur abzutrennen und wo ist die Watte der Mutter geblieben?

Die Babys wurden trockengerubbelt, in zwei *Khangas* eingewickelt und nachdem sie gewogen waren, sofort in ein kleines Schaukelbett gelegt. Oft sah die Mutter das Kind die erste Viertelstunde überhaupt nicht.

Danach wurden die Frauen mit ihren blutigen Tüchern in der Plastiktüte, ihrem Eimer und dem Neugeborenen auf dem Schoß im einzigen Rollstuhl der Station in den Bettensaal geschoben, in dem sie sich einige Stunden ausruhen durften, um danach nach Hause zu gehen.

Die Matratze, auf der sie ihr Kind bekommen hatten, wurde mit einem *Khanga* trocken gerubbelt und im nächsten Augenblick diente sie schon wieder für eine weitere Geburt.

Mir wurde erzählt, dass die Mütter, falls viele Kinder gleichzeitig geboren werden und die Betten nicht ausreichen, auch schon mal auf dem Boden gebären müssen.

Kam es zu einer Totgeburt, wurde der kleine Mensch in einen *Khanga* zu einem Paket geschnürt und in ein Bretterregal gelegt. Dort lag er dann den ganzen Tag, um irgendwann von der erschöpften Mutter abgeholt zu werden.

Da die schwangeren Frauen meist mit leerem Magen auf die Station kamen, waren sie oft kraftlos vor lauter Hunger.

Ich versuchte den Müttern, so gut es ging, Mut zuzusprechen, ließ meine Hand drücken und flößte ihnen je nach Wunsch Tee ein. Das geschah sehr zur Belustigung der Hebammen, die meine Fürsorge nicht verstanden.

Wenn die Frauen unter den Wehen schrieten, wurden sie ermahnt. Herumlaufen durften sie nicht, da der Platz zu eng war.

Falls ein Damm bei der Geburt riß, wurde er ohne Betäubungsmittel genäht, obwohl im Nebenraum das nötige Lokalanästhetikum lag. Die Mütter, oft nicht älter als 16 Jahre, bissen Ihre Zähne zusammen und hielten den Schmerz oft ohne irgendeine Regung aus.

Zu der Zeit, in der ich in Tanga famulierte, kam der Präsident Tansanias zu einem Stadtbesuch. Auf der Straße wurde er von einer Gruppe Tansanier angehalten und über die katastrophale Lage des *District Hospitals* informiert. Daraufhin kündigte er in naher Zukunft einen Besuch im Krankenhaus an.

Mal sehen, ob sich die Situation verbessert...

Zurück in Göttingen, war ich von dem Anblick so vieler weißer Menschen in der Innenstadt zunächst irritiert. Es ist schon erstaunlich, dass man an einem einzigen Tag verschiedene Welten verlassen und betreten kann.

Doch diesmal fiel mir die Ankunft in Deutschland nicht so schwer. Nach drei Monaten auf Reisen freute ich mich schon auf alle meine Freunde und meine Familie, den Gang durch den Supermarkt und mein eigenes Bett und war erleichtert, dass ich in Afrika nicht krank geworden bin.

Der erste Tag im Universitätsklinikum von Göttingen öffnete mir erneut die Augen:

Wie privilegiert ich doch bin, hier studieren zu dürfen! Und wie gut haben wir es hier!

Wir können sogar Geld in die Bepflanzung von Blumenkübeln stecken!

Mein erster Untersuchungskurs auf der Notfallchirurgie jedoch ernüchterte mich: der Chirurg schaute in die Runde und sagte: "Wenn Sie, liebe Studenten, einen Bruch im unteren Sprunggelenk hätten, würden wir Sie operieren und Sie bekämen eine Platte. Falls aber ein Patient mit HIV hier herkommen würde, würde ich Ihn nicht operieren. Ich will schließlich mich und meine Krankenschwestern keinem unnötigen Risiko aussetzen. Der Patient bekommt erstmal einen dicken schweren Gips für die nächsten acht Wochen."

Der Arzt ließ seinen Blick durch die Runde schweifen und sagte: „Aber bei Ihnen gehe ich mal davon aus, dass sie alle eine Platte bekommen würden.“ Und grinste.

Ich mußte schlucken. Vielleicht hätte auch diesem Kollegen eine Famulatur in einem HIV-Hochprävalenzland wie Tansania nicht geschadet.

Es muss auch hier noch viel passieren...

Mein Dank geht an den Verein Freunde und Förderer der medizinischen Fakultät Göttingen, der es mir durch einen finanziellen Zuschuß ermöglichte meine Famulatur in Südafrika zu absolvieren. Des Weiteren an Alexandra Müller, die mich mit den nötigen Kontakten versorgte und mir eine wunderschöne Zeit in Kapstadt schenkte. Außerdem an das ganze Team der pädiatrischen Abteilung des *Groote Schuur*, insbesondere dem Paul Roux. Des Weiteren danke ich Jean-Paul Kanyik, bei dem ich sehr viel über den Umgang mit HIV-Kranken Kindern gelernt habe.

Ein großer, großer Dank geht an Rainer Külker, ohne den vieles nicht möglich gewesen wäre und der mir (mal wieder) Kost und Logis in Tansania zur Verfügung stellte und mir meine Praktika ermöglichte! Danke!!!!

Danke auch an Götz Bosse, der mich bei der Studie mit ins Boot holte und meine tausend Fragen geduldig beantwortete. Danke an Anna und die anwesenden Hebammen, die mir den Einblick in den Kreißsaal gewährten. Außerdem ein großer Dank an Peter Hellmold, der mich geduldig ertrug und bei dem ich wohl am allermeisten in meiner bisherigen „Medizinerkarriere“ gelernt habe! Danke auch an Saida, die mit ihrer unerschöpfbaren Motivation und Energie die Situation im Krankenhaus in Tansania erträglich machte! Und danke an Happy für die tägliche Tee-Stärkung!

Leah Bohle, Mai 2006