

Famulatur in Oshakati/Namibia - „That's Africa !“

Ein Erlebnisbericht von Sandra Mählmeyer sandra.maehlmeyer@web.de
aus dem Jahr 2007

Schon seit geraumer Zeit hatte ich mit dem Gedanken gespielt eine Famulatur im südlichen Afrika zu absolvieren, bevor es dann in den Wintersemesterferien 2007 endlich soweit war: ein Monat im „Intermediate Hospital Oshakati“ in Namibia.



Oshakati, angeblich die zweitgrößte Stadt Namibias, liegt im nördlichen Teil des Landes in der Region Oshana oder auch Owamboland. Den farbigen Teil der Gesellschaft stellen hier nämlich hauptsächlich Angehörige des Owambo Stammes. Aber wie in Gesamtnamibia trifft man auch hier auf ein gemischtes Bild von ethnischen Gruppen und „außernamibianischen“ Völkern.

Oshakati ist von Windhoek aus in einer ca. 8-stündigen Autofahrt zu erreichen. Auch Busse pendeln zwischen den beiden Städten, wobei man bei diesen nie so genau weiß, wann sie abfahren und ankommen- es geht erst los, wenn der gesamte Transporter voll ist.



←
Das „Intermediate Hospital“ ist ein staatliches Krankenhaus mit 800 Betten. Die hier arbeitenden Ärzte kommen zu einem großen Teil aus Kuba, Russland, der Ukraine und den umliegenden afrikanischen Ländern.

Aus Namibia selbst stammen nur ein Professor für Chirurgie und die leitende Kinderärztin (es gibt nämlich keine medizinische Fakultät in Namibia).

Die ersten zwei Wochen meiner Famulatur beschloss ich, in der Pädiatrie zu absolvieren. Von Dr. Denaar, einem freundlichen Anästhesisten aus Nigeria, der „nebenbei“ das Krankenhaus leitet und sich um die Organisation der studentischen Lehre kümmert, wurde ich am ersten Tag dem russischen Kinderarzt vorgestellt, dem ich von nun an über die Schulter schauen sollte. Das der Pädiater sich nur bedeckt über meine Anwesenheit freute, mir nichts erklärte und generell recht unfreundlich war, konnte ich noch mit Humor nehmen. Als er mir jedoch am zweiten Tag unseren „Interessenskonflikt“ vor Augen hielt („Du möchtest soviel lernen wie möglich, ich möchte sowenig arbeiten wie möglich.“), fiel mir die Entscheidung nicht schwer, zu Beginn der nächsten Woche den Lehrarzt zu wechseln. Ein großes Problem der Patientenversorgung fiel mir während dieser ersten zwei Tage aber auch ohne seine Erklärungen auf: die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten ist oft nur dürftig. Das teilweise nur mittelmäßige Englisch der Ärzte wird von den Schwestern, die bei jeder Konsultation anwesend sind, in Oshiwambo übersetzt und zurück. Viel geht dabei verloren, für Manches, wie z.B. das Wort „Virus“, gibt es in Oshiwambo gar kein Wort. Vor allem psychosoziale Faktoren in der Anamneseerhebung fallen so häufig weg. Aber auch bei simpleren Anliegen hatte ich oft den Eindruck, dass die Mütter beim Verlassen des Sprechzimmers verunsichert waren und eigentlich keine Ahnung hatten, was ihrem Kind fehlt.

Die kommenden zwei Wochen begleitete ich Dr. Kasanda, eine Ärztin aus Sambia, die eigentlich in der CDC (Communicable Diseases Clinic, de facto HIV/AIDS-Klinik) arbeitete. →



Morgens war sie jedoch, aufgrund eines Mangels an Pädiatern, für die Visite der Kinder- und Neugeborenenstation zuständig. Von 8 Uhr afrikanischer Zeit (also 8.30 Uhr) bis zur Tea Time habe ich täglich die Lungen aller Kinder abgehört, den klinischen Verlauf ihrer Erkrankungen beobachtet und nebenbei viel zu Diagnostik und Therapie der verschiedensten Krankheiten erklärt bekommen. Meistens kamen die Kleinen mit einer Pneumonie, Malaria, Epilepsie bzw. beobachteten Krämpfen, einer HIV-Assoziierten Infektion oder Asthma. Da die Schwestern Tätigkeiten wie Blut abnehmen, Venenverweilkatheter legen und Medikamentenapplikation erledigen, blieb für mich nichts „Handwerkliches“ zu tun, so dass ich in der Zeit von ca. 11-13 Uhr Dr. Kasanda in die CDC begleitete um zu erfahren, wie die Betreuung HIV positiver und AIDS kranker Patienten hier bewerkstelligt wird.

In der CDC sind täglich 4 Ärzte tätig. Wöchentlich wird rotiert, wer sich um Neuzugänge, pädiatrische Patienten und Routinepatienten, die in erster Linie ein neues Rezept brauchen, kümmert. An WHO-Richtlinien orientiert, wird jeder Patient anhand von körperlicher Untersuchung, CD4 Wert und stattgehabten Infektionen/Symptomen seinem jeweiligen HIV-Stadium (1-4) zugeteilt und behandelt. Besonderes Augenmerk legen die Ärzte vor allem bei den Neuzugängen auf Beratungen und Ermahnungen in punkto Sexualhygiene und Einnahmemodus der antiretroviralen Therapie. Jeder Patient kommt mit seiner Vertrauensperson, ohne die niemand in das Programm aufgenommen wird. Außer der körperlichen Untersuchung auf mögliche opportunistische Infektionen hörte ich in der CDC hauptsächlich zu und stellte viele Fragen zu Organisation, Behandlungsschemata und kulturellen Aspekten von HIV/AIDS, die mir, obwohl es sich hierbei selbst teilweise unter Ärzten um ein heikles Thema handelt, ausführlich beantwortet wurden.

Die Nachmittage habe ich dann an der Seite von Dr. Fuentes, einem kubanischen Internisten, der in Oshakati eigentlich in der Chirurgie tätig ist, aber aus schon erwähntem Pädiatermangel für einige Zeit in die Kinderheilkunde befördert wurde, im POPD (Pediatric Outpatients Department) verbracht. In diese ambulante Einrichtung kamen Mütter mit ihren meistens an Fieber (und somit grundsätzlichem Verdacht auf Malaria), Husten oder Durchfall leidenden Kindern aller Altersgruppen. Außerdem stellten HIV positive Mütter mit ihren Neugeborenen, die im Rahmen des PMTCT (Postpartal Mother To Child Transmission) Programms betreut wurden, einen großen Anteil der Patienten. Außer gelegentlichen körperlichen Untersuchungen beschränkte sich meine Aufgabe auch hier wieder auf das Zuschauen und -hören.

Wenn mir die Tätigkeit im POPD zu fad wurde, habe ich manchmal das Angebot angenommen, Ärzte aus verschiedensten Fachrichtungen in der Casualty (Ambulanz, am Tage vorwiegend chirurgisch) zu begleiten. Neben unzähligen Abszessspaltungen und anderen kleinen Eingriffen gab es hier auch mal für Europäer recht aufregende Sachen, wie die Versorgung von Schlangenbissen, zu sehen.

Während der folgenden zwei Wochen war ich zunächst im Fachbereich Geburtshilfe und im Anschluss in der Gynäkologie eingeteilt.

Wieder einmal hatte ich etwas Pech mit meinem Betreuer, der zwar sehr nett war, aber dessen Englisch (für alle) sehr unverständlich war. Deshalb hielt sich mein Lernerfolg in dieser Woche etwas in Grenzen. Trotzdem konnte ich das Hören von Herztönen mit dem Fetoskop üben, Wundnähte begutachten, vaginale Untersuchungen durchführen und im OP bei Hysterektomien und Kaiserschnitten assistieren.

In der vierten und letzten Woche hatte ich dann das Glück, in der Gynäkologie auf Dr. Muti zu stoßen. Der motivierte Arzt aus Simbabwe war Feuer und

Flamme, wenn es um das Thema Lehre ging, so dass die ersten Visiten mit ihm stundenlang dauerten, da er mir jedes einzelne Krankheitsbild der Patientinnen genauestens erläuterte. Auch wurden mir durch seine kritischen Äußerungen viele Missstände in der Krankenversorgung erst bewusst. Dass es nicht besonders schön ist, wenn Kakerlaken in den Brutkästen krabbeln, hatte ich zwar selbst bemerkt, aber wirkliche Organisations- und Behandlungsfehler sind ja meist nicht so offensichtlich, dass man sie in 2 Wochen als Studentin mitbekommt.



Stationszimmer

Nach der morgendlichen Visite lernte ich im GOPD (Gynecological Outpatients Department) weiterhin - jetzt unter genauen Erklärungen - vaginal untersuchen und viel Theoretisches. An seinem OP-Tag assistierte ich bei einer Weitheims Operation und zwischendurch einige Male bei Kaiserschnitten etc. Da die normalen, unkomplizierten Geburten von den Schwestern gemacht werden, habe ich hierbei nur einmal zugeschaut - zum Selbermachen war die Zeit auf der Gynäkologie dann doch zu kurz.

Überraschenderweise habe ich in der Zeit keine einzige Patientin mit Brustkrebs zu Gesicht bekommen, da das Mamma-Ca hier von den Allgemeinchirurgen behandelt wird. Trotz der hohen Zahl von an Cervix-Ca erkrankten Frauen, sind

diese nur rar auf der Station vertreten. Und diese Wenigen werden eigentlich kaum behandelt- meist wird nicht mal ein Staging gemacht. Dass die Betreuung onkologischer Patienten generell vernachlässigt wird, hat sich später in einem Gespräch mit einer Onkologin in Windhoek bestätigt. Schwangere werden in Namibia in der Antenatal Clinic von Schwestern betreut. Nur bei einem auffälligen Blutdruck oder speziellen Beschwerden suchen sie den Arzt auf. Die Meisten bekommen in dieser Zeit höchstens eine Ultraschalluntersuchung, viele gar keine. Aber selbst wenn während der pränatalen Diagnostik irgendetwas Pathologisches gefunden wird, hat dies, außer der genaueren Planung einer komplizierten Geburt, kaum Konsequenzen -Abtreibungen sind in Namibia nämlich illegal. Im Übrigen gibt es in Oshakati nur ein Sono-Gerät und drei Ärzte (darunter 2 Gynäkologen), die es bedienen können. Eine Vorsorge wie in Deutschland wäre dementsprechend organisatorisch gar nicht durchführbar.

Problematischer als der Mangel an Geräten oder anderem Equipment erschien viel mehr die Organisation des Krankenhausbetriebes. Vor der notfallmäßigen OP einer stark blutenden Patientin haben Dr. Muti und ich zum Beispiel 1 $\frac{1}{2}$ Stunden im Transfusionservice auf Blutkonserven warten müssen („Wenn man sich nicht höchstpersönlich um das Blut kümmert, kommt es durchaus vor, dass man während der OP ohne da steht und die Patientin stirbt. That's Africa!“). Aber auch auf die Patienten ist nicht immer Verlass. So verfallen häufig lange geplante MRT-Termine in Windhoek oder OP-Termine, weil die Patienten einfach nicht erscheinen.

Ein kurzes Wort noch zum immer wieder angeführten Hygieneaspekt: außer der Tatsache, dass bei den OPs immer ein Ventilator läuft, da die Klimaanlage kaputt ist, gab es nie einen Mangel an Handschuhen, steriler OP Kleidung, Schutzbrillen oder Desinfektionsmitteln. Diese Utensilien kann man also getrost zuhause lassen.

Die Organisation einer Famulatur in Oshakati ist relativ unkompliziert. Per Fax fragt man bei Dr. Denaar nach einem freien Platz im gewünschten Zeitraum und erhält, zumindest war es in meinem Falle so, auch relativ schnell eine Antwort. Alles Weitere wie Abteilungswünsche und Studiengebühreuzahlung (ca. 200 € pro Monat) wird vor Ort geregelt.

Die Unterkunft wird auf dem Krankenhausgelände gestellt. Für ca. 25€ pro Monat kann man hier ganz passabel wohnen. Einen weißen Kittel und sein Stethoskop muss man selbst mitbringen.

Namibia als Land genießt übrigens unter den Afrikanern den Ruf, ganz besonders freundliche Einwohner zu haben, was ich nur bestätigen kann.

Auch als Reiseland habe ich Namibia sehr zu schätzen gelernt. In seinen wunderschönen und vor allem sehr abwechslungsreichen Landschaften gibt es tausende von Flecken, die man sich nicht entgehen lassen sollte. Von Oshakati aus kann man zum Beispiel am Wochenende sehr gut an den Kunene, der Namibia von Angola trennt, und die Ruacana Falls fahren oder im Etoscha National Park Giraffen, Löwen, Elefanten und natürlich noch viele andere Tiere bestaunen. Für die meisten Ausflüge ist man allerdings auf ein Auto angewiesen, welches man z.B. in Windhoek mieten kann. Oshakati selbst bietet außer einer ausreichenden Menge an Einkaufsmöglichkeiten (sowohl einen traditionellen Open Market, wie auch Supermarktketten) und vereinzelt Bars kaum Beschäftigungsmöglichkeiten. Alleine können einem vier Wochen, vor allem ohne Auto, dort deshalb sehr lang werden. Im benachbarten Ongwediwa gibt es aber einen „Entertainment Park“ (Pool mit enorm lauter Musik schon am Nachmittag) und im 30 Kilometer entfernten Ondangwa ein Kino. Ansonsten hält eine eher mäßig bestückte Bibliothek auf dem Krankenhausgelände Fachliteratur bereit...

Sollten noch irgendwelche Fragen zur Famulatur an sich, ihrer Organisation oder Reisen in Namibia im Allgemeinen offen geblieben sein, stehe ich gerne unter sandra.maehlmeyer@web.de zur Verfügung!

Abschließend kann ich jedem der Lust hat, eine Famulatur im außereuropäischen Ausland, und damit auch gleichzeitig eine etwas „exotischere“ Erfahrung zu machen, dazu raten, diese für einen Monat in Oshakati zu absolvieren. Für mich waren sowohl die zwei Wochen Pädiatrie mit all den „typischen Erkrankungen“ wie Malaria und HIV, als auch die zwei Wochen Gynäkologie sehr interessant und lehrreich, auch wenn man in einer vierwöchigen Gynäkologiefamulatur bestimmt noch mehr hätte „machen dürfen“. Generell habe ich aber nicht nur medizinisches Wissen erlangt, sondern hauptsächlich gesehen, wie stark verschiedenste Faktoren, wie z.B. kulturelle Einflüsse, Arbeitsmentalität, Selbstständigkeitswunsch, sozialpolitische Gegebenheiten und nicht zuletzt wirtschaftliche Aspekte zur medizinischen Versorgung beitragen, bzw. diese erschweren. Und, last but not least, habe ich natürlich eine sehr schöne Zeit in einem beeindruckenden und definitiv bereisenswerten Land verbringen dürfen.