

Indien - Zwei medizinische Praktika am King Edward Memorial Hospital und Seth Gordhandas Sunderdas Medical College Mumbai

12.08.2019 – 19.09.2019

Das King Edward Memorial Hospital und Seth Gordhandas Sunderdas Medical College wurde am 22. Januar 1926 als erstes vollständig von indischen Ärzten betreutes Krankenhaus und Medical College eröffnet. Heute gehörten es zu den 10 besten Lehrkrankenhäusern Indiens und bildet jährlich 2000 Studenten und Ärzte im Medical College und Krankenhaus aus. Das Leben der Studenten und die medizinische Versorgung der Patienten sind durch den gemeinsamen Campus eng miteinander verwoben, und zwischen und nach den Vorlesungen arbeiten Medizinstudenten im Krankenhaus, um das hohe Patientenaufkommen zu bewältigen. Insgesamt versorgen 390 angestellte Ärzte und 550 Assistenzärzte jährlich 1,8 Millionen ambulante und 85.000 stationäre Patienten. Die Municipal Cooperation of Greater Mumbai ist Träger des Krankenhauses, das die kostenlose medizinische Versorgung für den unterprivilegiertesten Teil der Bevölkerung Mumbais sicherstellt.¹

Indien – nun möchte ich meine Erlebnisse aus dieser unvergesslichen Zeit zusammenfassen, doch einfach ist es nicht. Es war eine der größten persönlichen Herausforderung, der ich mich bisher gestellt habe, eine Zeit, in der ich mich zunächst sehr allein gefühlt habe, bis ich Stück für Stück das Leben der Ärzte an einem öffentlichen Krankenhaus in der zweitgrößten Stadt Indiens verstanden habe. Was ich hier schreibe, ist sehr persönlich, dennoch möchte ich Sie an meinen Erfahrungen teilhaben lassen, denn die wenigsten Menschen werden verstehen können, was ich am King Edward Memorial Hospital erleben durfte.

An meinem ersten Praktikumstag stehe ich morgens am Gate No. 2 des King Edward Memorial Hospital und blicke auf das Gewirr an Menschen im Hof. Sie strömen zu den verschiedenen Eingängen des Krankenhauses, und vor dem Patient Registration Department hat sich bereits eine beachtliche Schlange gebildet. In einer Stunde sollte sie sich einmal um den gesamten Gebäudekomplex des Krankenhauses winden, zwei Stunden später zum zweiten Mal. Verteilt im Hof stehen Soldaten mit Schlagstöcken, die mit freundlich-ernste Miene dafür sorgen, dass alle Patienten sich in der Schlange anstellen. Im Innenbereich der Notaufnahme ist das Gedränge überwältigend. Jeder möchte hinein, denn nur wer hier ankommt, wird behandelt. Ich gehe durch die Notaufnahme, denn mein Ziel ist die Emergency-Intensive-Care Unit am Ende des Flurs, auf der ich den ersten Monat meines Praktikums verbringe. Fast alle Menschen in der Notaufnahme drehen sich um nach mir um, denn Europäer sind eine Seltenheit an diesem Ort. Die fensterlosen Gänge, die drängende Enge verzweifelter Menschen, die alle heute noch behandelt werden wollen, und das Brummen der Ventilatoren, die die gegen die feucht-warme Hitze und den Geruch vieler kranker Menschen ankämpfen, verschmelzen zu einem allumfassenden Eindruck. Doch mit meinem weißen Kittel macht die Menschenmasse für mich Platz, und in der EMS-ICU angekommen, atme ich erst mal durch. Am Anfang habe ich diesen alltäglichen Gang durch die Notaufnahme als sehr überwältigend empfunden, doch mit der Zeit relativierte sich dieser Eindruck und wurde ein Teil meines Alltags.

Auf der EMS-ICU gibt es 15 Betten mit Beatmungsgeräten, Monitoren und Perfusorautomaten, die mit medizinischen Notfällen aus der Notaufnahme belegt werden. Betreut wird die ICU von einem Team aus Assistenzärzten, die die medizinischen Entscheidungen treffen, ein bis zwei Medizinstudenten, die die Ärzte bei der Arbeit unterstützen, sowie einige Schwestern und Pfleger. Doch dies wusste ich an meinem ersten Tag noch nicht, als ich in das geschäftige Durcheinander der ICU trat. Ich stellte mich dem ersten Arzt, dem ich begegnete, vor und lernte schnell Dr. Ingawale und seine Kollegin Dr. Payal kennen, die beide Assistenzärzte in der Inneren Medizin waren. Doch

¹ Quelle: <https://www.kem.edu/about/about-kem-hospital/> (Stand: 30.11.2019)

nachdem die EMS-ICU von Assistenzärzten und Studenten aus fast täglich wechselnden Stationen der Inneren Medizin betreut wurde, stellte das Kennenlernen der Ärzte und Studenten eine große Schwierigkeit dar und so musste ich mich einige Tagen später immer wieder neu vorstellen. Außerdem hatte ich am Anfang mit einer Reihe an Vorurteilen zu kämpfen. In den ersten Wochen konnte ich nicht verstehen, warum die Assistenzärzte, obwohl ich häufig nach Aufgaben fragte, nicht bereit waren, mich in den Stationsalltag einzubinden, in dem die Arbeit allgegenwärtig und durch das knappe Personal fast nicht zu bewältigen war. Zunächst hatte ich alles Mögliche infrage gestellt, ob meine medizinischen Fähigkeiten nicht ausreichend seien, ob sie meine Persönlichkeit nicht mochten oder ob sie mich als weiße Europäerin in einem indischen Krankenhaus schlicht für unzulänglich hielten. Jedoch war ich als Rettungssanitäterin gut qualifiziert für die Arbeit auf einer Intensivstation und durch meinen Freiwilligendienst in einem Krankenhaus in Uganda hatte ich bereits Erfahrungen damit gesammelt, mich in einem anderen kulturellen Umfeld an meinem medizinischen Arbeitsplatz zu integrieren. Doch dann hörte ich allmählich die Bezeichnung Foreign Observer aus den vielen, in Hindi geführten Gesprächen heraus, die immer dann aufkam, wenn ich mit einem neuen Team zusammenarbeitete oder jemand noch nicht kannte. Für die meisten Mitarbeiter des KEM Hospital war ich offensichtlich schon bevor ich mich vorgestellt hatte, allein durch die Tatsache, dass ich äußerlich als Europäerin zu erkennen war, ein Foreign Observer, also ein ausländischer Zuschauer. An das KEM Hospital kommen über das Elective Training Programm jährlich einige Medizinstudenten aus aller Welt, doch aus dieser pauschalen Bezeichnung schließe ich, dass es meinen Vorgängern nicht gelungen war, sich persönlich und professionell in diesem Krankenhaus zu integrieren. Schon mit der Frage, ob ich denn ein Foreign Observer sei, begrüßt zu werden, machte mich traurig und zeigte mir sehr deutlich, dass die größte Herausforderung für mich darin liegen würde, in diesem Krankenhaus als Medizinstudentin akzeptiert zu werden. In den ersten Wochen auf der Intensivstation, in denen für mich alles neu und unglaublich spannend war, wurde mir gleichzeitig immer mehr bewusst, dass ich, obwohl ich den Kontakt zu den Ärzten und Studenten suchte und auf der Station mein medizinisches Wissen unter Beweis stellte, ich keinen Anschluss fand und an den medizinischen Aufgaben des Stationsalltags nicht beteiligt wurde. Nachdem ich während meines Praktikums die einzige internationale Studentin am KEM Hospital war, entwickelte sich diese Zeit allmählich zur mentalen Durststrecke. Doch je mehr Einblick ich in den Alltag der Ärzte und Studenten bekam, desto mehr verstand ich, woher diese vorgefertigte Meinung über internationale Medizinstudenten kam und ich lernte mit der Zeit, diesem Bild selbstbewusst entgegenzutreten.

Ein typischer Tag begann um 8 Uhr morgens mit der Blutabnahme und der morgendlichen Kontrolle der Vitalparameter. Anschließend kam gegen 9 Uhr die Stationsärztin und zur Visite versammelten sich alle Mitarbeiter der Station um das Bett der Patienten, um gemeinsam das weitere Vorgehen zu besprechen. Am Nachmittag wurden die Patienten von Fachärzten, wie Kardiologen, und Neurologen untersucht, zwei Röntgentechniker kamen mit einem mobilen Röntgengerät vorbei und die Physiotherapeuten machten sich an ihre Arbeit, die Patienten zu mobilisieren. Die meisten Patienten kamen entweder über die Notaufnahme oder von anderen Stationen des Krankenhauses und befanden sich in akut-lebensbedrohlichen Zuständen verschiedener internistischer, neurologischer und gynäkologischer Erkrankungen. Auf der EMS-ICU war durch die begrenzte medizinische Ausstattung eines öffentlichen Krankenhauses in Indien jedoch nur eine sehr begrenzte Behandlung verfügbar, da die meisten invasiven Verfahren, die bei uns eine kontinuierliche Überwachung der Körperfunktionen ermöglichen, in der Regel teure Medizintechnik erfordern.

Und so wurde der Blutdruck der Patienten, anstatt wie bei uns mit einem arteriellen Katheter mit zwei alten Quecksilber-Blutdruckmessgeräten manuell bestimmt, der zentrale Venendruck durch das Einfüllen einer Wassersäule in den zentralen Venenkatheter abgeschätzt und zentrale Katheter mussten, da es kein mobiles Ultraschallgerät gab, nach dem Trial-and-Error-Prinzip gelegt werden. Das Reanimieren von Patienten gehörte zu den beinahe alltäglichen Aufgaben der Medizinstudenten,

was damit auch mir zufiel, und viele Patienten wurden in Ermangelung eines freien Beatmungsgerätes unter suboptimalen Bedingungen von ihren Angehörigen beatmet. Diese Situation und das junge Alter der Patienten baute nicht nur für mich, sondern auch für die Assistenzärzte ein großes Spannungsfeld auf, da sie aus den englisch-sprachigen internationalen Standardwerken studierten und sehr wohl wussten, welchen Behandlungsmöglichkeiten für Patienten beispielsweise in meinem Herkunftsland existierten.

Nachdem die medizinische Sprache des KEM Hospitals Englisch ist, konnte ich an der Visite, den Untersuchungen und den Konsilen teilnehmen. Da die meisten Patienten und ihre Angehörigen allerdings kaum Zugang zu schulischer Bildung hatten und demnach kein Englisch und meist auch kein Hindi, sondern nur Marathi, die Sprache des Bundesstaates Maharashtra sprachen, blieb mir fast jeder Zugang zur Kommunikation mit den Patienten verwehrt.

Nachdem ich verstanden hatte, dass ich, wenn ich von den indischen Ärzten akzeptiert werden wollte, mich ständig beweisen musste, versuchte ich, so viel wie möglich von der Behandlung der Patienten zu lernen. Indem ich morgens die neuen Fälle durcharbeitete, konnte ich mich später an der Visite beteiligen. Nachmittags habe ich das Angebot genutzt, das mir der Studentenstatus am Seth Gordhandas Sunderdas Medical College einbrachte: Ich konnte an drei Tagen in der Woche an den Case Presentations der Stationen der Inneren Medizin teilnehmen, in denen die Assistenzärzte fortgebildet wurden. Bei einer der Case Presentations lernte ich schließlich Lorie Gandhi, eine Assistenzärztin aus der Kardiologie kennen. Am darauffolgenden Wochenende lud sie mich ein, mit einigen anderen Assistenzärzten wandern zu gehen und den Mount Kalsubai, den höchsten Berg von Maharashtra zu besteigen. Für unsere Wanderung fuhren wir mit einem Local Train über Nacht in die Stadt Bari, um uns gegen 4 Uhr morgens auf den Weg zu machen. Mit Taschenlampen ausgerüstet machten wir uns auf durch die noch im Nebel verborgene Landschaft. Insgesamt 800 Höhenmeter ging es bergauf bis zum Gipfel, von dem man einen wunderschönen Blick über die paradiesisch grüne Berglandschaft hatte. Meine ganzen Hoffnungen, mich nun endlich in die Gruppe an Assistenzärzten integrieren zu können, hatten sich auf diesen Ausflug konzentriert, doch leider stand mir dieses Mal die Sprachbarriere im Wege. Genauso wie im Krankenhaus wurden alle privaten Gespräche in Hindi geführt, und obwohl ich mich bei allen vorstellte und mit jedem Mitglied der Wandergruppe einige Worte auf Englisch wechselte, kam ein richtiges Gespräch trotz aller Versuche nicht zustande. Die Ärzte erklärten mir, dass ihre Sprache eben Hindi ist, und obwohl jeder von ihnen ein fehlerfreies Englisch sprechen konnte, war kaum einer von ihnen bereit, dies auch in seiner Freizeit zu tun. Trotzdem habe ich diese Wanderung genossen, weil ich sonst nie auf dem Gipfel des Mount Kalsubai gewesen wäre und mir auch die seltenen Gespräche die Möglichkeit gaben, etwas über das Leben in Indien zu erfahren.

Ein neuer Abschnitt begann für mich mit meinem Wechsel auf die chirurgische Station. Um dem Vorurteil des Foreign Observers dieses Mal direkt aus dem Weg zu gehen, erklärte ich dem Stationsarzt Dr. Jaiswal, dass es das Ziel meines Praktikums ist, die praktischen medizinischen Fähigkeiten zu erlernen, und dass dies nur möglich ist, wenn ich aktiv in den Stationsalltag eingebunden werden kann. Und zu meiner Überraschung beauftragte er daraufhin einen Assistenzarzt, Dr. Virendra, mir die praktischen Tätigkeiten auf der Station bei zu bringen, damit ich, wie die indischen Medizinstudenten, mitarbeiten konnte. Und so lernte ich in kurzer Zeit Magensonden und Blasenkatheter zu legen, Amputationswunden zu versorgen, Wunden zu verbinden und aus Arterien Blut zu entnehmen. Indem ich mich nun selbstständig bei der Arbeit auf der Station einbringen konnte und ich nun gemeinsam mit den Assistenzärzten an der medizinischen Versorgung der Patienten arbeitete, wurde ich langsam ein Teil des Teams der RKK Unit. In den vielen Stunden harter Arbeit auf den Stationen lernte ich allmählich ihre Geschichten, ihre Träume und Wünsche und ihre Probleme und Sorgen kennen. Und obwohl mir diese neue Akzeptanz nur von den Assistenzärzten, mit denen ich täglich zusammenarbeitete, entgegengebracht wurde und ich bei

neuen Personen immer wieder mit Vorurteilen und der Sprachbarriere zu kämpfen hatte, hatte ich endlich meinen Platz gefunden. Als sich zwei Wochen später eine Patientin bei dem Stationsarzt für meine Arbeit bedankte, hatte ich das Gefühl, in Indien angekommen zu sein.

Die Dr. RKK Unit ist eine allgemeinchirurgische Einheit mit einem festen Team aus zwölf Ärzten, die eine Frauenstation, eine Männerstation und eine kleine Intensivstation betreuen. Die meiste Zeit verbrachte ich auf dem Male Ward, auf dem in einem großen Saal circa 80 Patienten lagen. Der Stationsalltag folgte einem bestimmten Wochenschema, nachdem jeden Tag ein anderer Bestandteil der chirurgischen Arbeit geleistet wurde. Montags war ein Stationstag, bei dem die auf der Station liegenden Patienten untersucht und medizinische Entscheidungen für sie getroffen wurden. Dieser Tag begann für mich um 8 Uhr morgens mit der Blutabnahme, bei der ich die indischen Medizinstudenten unterstützen konnte. Nachdem die unzähligen Laborformulare ausgefüllt waren, öffneten wir die Wunden der Patienten, damit diese bei der anschließenden Visite beurteilt werden konnten. Anschließend kam der Oberarzt und alle gingen gemeinsam durch die drei Stationen, um die Veränderungen des Zustands der Patienten zu befunden. Die Patienten litten an sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern. Die meisten kamen aus den in Mumbai allgegenwärtigen Slumgebieten, und ein niedriger Bildungsgrad, ein geringes Einkommen sowie die schlechte Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung führten dazu, dass ihre Erkrankungen nicht in Frühstadien erkannt und behandelt wurden, sondern fast alle an der maximalen Ausprägung ihrer Erkrankung litten. Ein Beispiel dafür war ein hoher Anteil an Diabetiker, die sich das Insulin nicht leisten konnten oder aufgrund eines mangelnden Verständnisses ihrer Krankheit nicht die Notwendigkeit erkannten, sich um eine regelmäßige Versorgung mit Medikamenten zu kümmern. Denn in unbehandeltem Zustand, der zunächst nur unspezifische Symptome wie Durst und Müdigkeit mit sich bringt, werden langfristig die Nerven geschädigt und die Wundheilung verschlechtert. In Verbindung damit, dass die wenigsten Schuhe trugen, entstehen auf diese Art und Weise tiefe, nicht heilende Wunden an den Füßen, die sich bei barfußgehen infizieren und entzünden. Wenn die Wundinfektion auf den Kreislauf der Patienten übergegriffen hatte, erkannten die meisten, dass sie sich nun in einer gefährlichen Situation befanden und kamen in öffentliche Krankenhäuser, wie das KEM Hospital. Doch zu diesem Zeitpunkt war die Infektion schon so weit fortgeschritten, dass eine Amputation häufig nicht zu vermeiden war. Somit gehörte es zu den Aufgaben der Assistenzärzte, die sie dann mir übertrugen, jeden Tag die Wunden zu öffnen, zu reinigen und zu verbinden. Da dies eine sehr schmerzhafteste Prozedur ist, arbeitete ich eng mit den Schwestern und Pflegern zusammen, die den Patienten dann in Marathi erklärten, was ich als Nächstes tun würde. Doch nach ihrer Entlassung traten viele der Patienten mit ihrer Amputationswunde, die sie nun selbst versorgen mussten, wieder in den Kreislauf aus schlechten Lebensbedingungen, mangelnder Hygiene und Wundinfektion ein. Am Dienstag und Donnerstag waren OP-Tage, an denen das chirurgische Team der RKK Unit an zwei Tischen des JMT-Operation-Theater operierte. Hier wurden verschiedene Routineeingriffe, wie die Entfernung der Gallenblase, die Korrekturen von Hernien und die Operation gastrointestinaler Tumore durchgeführt. Die meisten Eingriffe wurden in laparoskopischer Technik operiert, das heißt, durch die Bauchdecke der Patienten wurde eine Kamera und durch 4 kleine Öffnungen OP-Werkzeug eingeführt, um mit moderner Technik im Bauch des Patienten ohne einen größeren Schnitt zu operieren. Nachdem im Operation-Theater immer genug Medizinstudenten da waren, habe ich die meiste Zeit zugeschaut, lediglich bei kleineren offenen Eingriffen durfte ich die Haken halten und anschließend den Schnitt zunähen.

Am Mittwoch betreut die RKK Unit das Minor OT, eine Art ambulanten OP. Hier kam von 9 Uhr bis 2 Uhr nachmittags eine Flut an Patienten, um verschiedenste Wunden ambulant versorgen zu lassen. Der gesamte Ablauf war darauf ausgerichtet, möglichst viele Patienten an einem Tag zu versorgen, und so bekam ich wie alle anderen Medizinstudenten häufig eigene Patienten. Die Patienten wurden auf einen Stuhl oder eine Liege gesetzt, die Wunden gereinigt und Fäden gezogen und anschließend

verbunden. Da laut den Ärzten eine Schmerzmittelgabe oder lokale Betäubung zur Wundversorgung bei einem derartig hohen Patientenaufkommen aus Zeitgründen nicht möglich war, gilt mein größter Respekt den Ärzten, die selbst bei großen und tiefen Wunden trotzdem ihrer vor Schmerz weinenden und sich wehrenden Patienten stets genau und präzise arbeiteten.

Freitags war genauso wie montags ein Stationstag, sowie der Tag, an dem ein Großteil der Patienten entlassen wurde, um Platz zu schaffen für die neuen Patienten des Emergency Days.

Dieser fand am Samstag statt und bestand in der 24-stündigen Betreuung der chirurgischen Notaufnahme von Samstag 8 Uhr morgens bis Sonntag 8 Uhr morgens. In diesen 24 Stunden war die RKK Unit dafür verantwortlich, alle chirurgischen Notfälle, die in das KEM Hospital gebracht wurden zu versorgen. Die beinhalteten akuten Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, akute neurologische Notfälle und traumatologische Notfälle wie Autounfälle, Verbrennungen und Suizidversuche. Durch die hohe Diversität an Erkrankungen und das hohe Patientenaufkommen war dies der anstrengendste, aber auch interessanteste Tag der Woche. An diesem Tag viel die meiste Arbeit an, und ich konnte mich beim Blutabnehmen, der Wundversorgung, und dem Legen von Magensonden und Blasenkatheter beteiligen. Außerdem wurden in der Notaufnahme zentraler Katheter angelegt und notfallmäßige Operationen in dem an die Notaufnahme angeschlossenen Emergency-OT durchgeführt.

Ein großes Problem stellte der Emergency-Day für die Assistenzärzte im ersten Jahr dar. Da sie im ersten Jahr jeden Tag 24 Stunden auf Abruf waren, verbrachten sie fast ihre ganze Zeit im Krankenhaus, und konnten erst schlafen gehen, wenn alle Arbeit auf der Station getan war. Und so arbeiteten sie nach dem Emergency-Day Sonntag morgens normal auf der Station weiter, und erledigten in der Nacht von Sonntag auf Montag die am Samstag auf der Station angefallene und noch nicht erledigte Arbeit. Anschließend begannen sie am Montagmorgen ihren normalen Arbeitstag, ohne seit dem Emergency-Day auch nur eine Nacht geschlafen zu haben. Dies führte dazu, dass sie am Montagmorgen mit Tunnelblick durch die Station eilten und mir mit verwaschener Sprache erklärten, was es zu tun gab, um eine Viertelstunde schlafen zu können, während ich mit der Arbeit begann. Die Assistenzärzte im ersten Jahr, vor allem Dr. Karan und Dr. Virendra aus der Chirurgie, waren gleichzeitig auch diejenigen, die ich während meines Praktikums am besten kennenlernen durfte und von denen ich am meisten lernen konnte. Ich möchte mir nicht vorstellen, wie verraten von ihrem eigenen System sie sich vielleicht vorkamen, als ihnen klar wurde, dass in ihrem eigenen Krankenhaus für mich andere Regeln, wie z. B. geregelte Arbeitszeiten galten. Oder dass ich ihre Methoden nicht kannte, weil bei uns längst bessere Verfahren angewendet werden, die allerdings die Ressourcen eines öffentlichen Krankenhauses in Mumbai übersteigen. Die bedeutet allerdings nicht, dass die medizinische Versorgung im Allgemeinen unzureichend wäre, sondern nur, dass den Ärzten durch die begrenzten strukturellen und technischen Ressourcen häufig die Hände gebunden waren. Und trotz der limitierten Möglichkeiten arbeiteten die Ärzte unter Einsatz aller körperlichen und emotionalen Ressourcen daran, die medizinische Versorgung ihrer Patienten sicherzustellen. Ich bin mir sicher, dass es für sie nicht einfach war, jemanden wie mich zu akzeptieren, der in einer viel faireren Welt aufgewachsen ist und nach zwei Monaten in seine faire Welt zurückkehrt.

Am KEM Hospital habe ich sowohl aufseiten der Patienten als auch aufseiten der Ärzte einen Grad an Not und Verzweiflung gesehen, den ich vorher nicht für möglich gehalten habe. Dadurch wurde ich erneut daran erinnert, wie herausragend funktionell, effektiv und gut strukturiert unser Gesundheitssystem ist. Und daran, dass eine der größten Errungenschaften unseres Gesundheitssystems die Tatsache ist, dass gute medizinische Versorgung für jeden ohne das Ansehen seiner finanziellen Mittel zugänglich ist. Dieses Praktikum hat mich genauso wie mein Freiwilligendienst in Uganda weiter darin bestärkt, meinen Traum zu verwirklichen und mich später für einen Einsatz bei Ärzten ohne Grenzen zu bewerben.

Trotz aller Herausforderungen blieb auch genug Zeit für den kulturellen Austausch: Durch die vielen Menschen, die mir in diesen zwei Monaten begegnet sind, hatte ich die Gelegenheit, die unglaublich vielseitige indische Kultur, vor allem die Kultur des Bundesstaats Maharashtra kennenzulernen. Während meines Praktikums hatte ich ein Zimmer in der Wohnung einer indischen Familie in Juhu Koliwoda, das ich über Airbnb gefunden habe. In der Klinik wurde mir zwar ein Platz im Undergraduate-Postgraduate-Hostel auf dem Campus angeboten, den ich allerdings dankend ablehnte, weil ich mich abends mit meinem Freund treffen wollte, der an der IIT Bombay zu diesem Zeitpunkt ein Auslandssemester machte. Denn in Indien gilt in den Hostels und Gemeinschaftsräumen auf dem Campus eine strenge Geschlechtertrennung. Dadurch, dass ich nicht auf dem Campus wohnte, konnte ich Abstand von dem nehmen, was ich tagsüber erlebt hatte und mir in vielen Strandspaziergängen am Juhu Beach darüber Gedanken zu machen. Morgens und abends bin ich mit der Western Line, einer Zuglinie, die vom Nordwesten Mumbais in den Südwesten fuhr, gependelt. Auch wenn man sich an das Gedränge der indischen Züge erst gewöhnen musste, war es schön, ein bisschen am Alltag in Indien teilnehmen zu können. Der zwanzigminütige Weg vom Krankenhaus zur Bahnstation führte mich durch viele Straßen mit Obstständen, bei denen ich immer mindestens einen Granatapfel kaufte, zu einer Konditorei, in der ich Kaju Katli, eine Art Praline auf Basis von Cashew-Kernen für mich entdeckte und durch mehrere Märkte, auf dem man sich alles Erdenkliche kaufen konnte. An den ersten Wochenenden in Mumbai spielte ich gemeinsam mit meinem Freund bei einem Projekt des Bombay Chamber Orchestra mit. Das BCO ist ein aus Schülern, Studenten und berufstätigen Laienmusikern bestehendes Orchester in Mumbai, das auch uns, nachdem wir beide Streichinstrumente spielen aufnahm und uns Instrumente zur Verfügung stellte. Das Orchester probt sonntags in einer Schule und wird ehrenamtlich von Laienmusikern und ab der Konzertwoche von einem professionellen internationalen Dirigenten geleitet. Und so spielten wir am ersten September gemeinsam im Sophia Bhabha Auditorium „An Evening of Classics and Broadway Music“. Als in der zweiten Septemberwoche der letzte Monsunregen über Mumbai hereinbrach und die Straßen und Bahnstrecken auf dem Weg nach Parel, wo das KEM Hospital lag mit hüfttiefen Wasser überflutete, nutzte ich die Gelegenheit, um mit meinem Freund und einigen anderen Studenten der IIT über das Wochenende zum Wandern in den Himalaya zu fahren. Insgesamt hatte ich eine sehr ereignisreiche und unvergessliche Zeit in Mumbai, in der ich mich persönlich weiterentwickeln und an meinen Herausforderungen wachsen konnte. Ich möchte mich sehr herzlich bei BayIND bedanken, da das Praktikum für mich erst durch die Förderung durch das Stipendium möglich wurde und ich ohne den durch BayIND organisierten Scheck in Rupien schon am Bewerbungsverfahren des SGS Medical College gescheitert wäre. Besonders bedanken möchte ich mich auch bei Namitha Revankar aus dem BayIND Office in Bangalore, die sich mit sehr viel persönlichen Engagement bei Medical Council of India dafür eingesetzt hat, dass ich dieses Praktikum beginnen konnte.