

veau der theoretischen Stunden. Sie ist mindestens also mit 20 DM pro Doppelstunde zu veranschlagen.

Die zusätzlich erforderlichen Weiterbildungskenntnisse durch mindestens ein Jahr Psychiatrie, die von Ärzten mit mindestens fünfjähriger sonstiger diagnostischer und therapeutischer Tätigkeit berufsbegleitend, unter anderem durch eine angemessene Teilnahme an psychiatrischen Fallseminaren, nachzuweisen sind, mögen hier einmal unberücksichtigt bleiben.

So wäre kurz gefaßt bei einer berufsbegleitenden Weiterbildungsform für Bereich und Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mindestens von folgenden finanziellen Investitionen auszugehen: für den theoretischen Teil (70 Doppelstunden à 20 DM) 1400 DM, für den Selbsterfahrungsteil ohne Einzelselbsterfahrung (105 Doppelstunden à 60 DM) 6300 DM bzw. alternativ mit Einzelselbsterfahrung (70 Doppelstunden à 60 DM, 100 Doppelstunden à 100 DM) 14 200 DM, für die Supervision der eigenen Psychotherapie (10 Std. à 100 DM) 1000 DM und schließlich für weitere psychotherapeutische Praxis (80 Doppelstunden à 20 DM) 1600 DM.

Je nachdem, ob nun die hier angesprochene Weiterbildung in ihrer Gesamtheit ohne oder mit Einzelselbsterfahrungsteil (zum Beispiel auch als Lehranalysestunden) verbunden ist, kostet sie heute (berufsbegleitend erworben) also wenigstens zwischen 10 300 und 18 200 DM, welche in den allermeisten Fällen ja als berufliche Fortbildungskosten im Rahmen der eigenen Werbungskosten steuerlich geltend gemacht werden können.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Wolfgang Vollmoeller
4000 Düsseldorf 13
Josef-Maria-Olbrich-Straße 65

Lebens- und Berufserfahrung durch ärztliche Entwicklungshilfe (6)

Barfuß-Ärzte in Benin

Johannes Spatz

Ein Netz primärer Gesundheitsversorgung entsteht in Benin. In neun Distrikten des Landes geschieht das in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Entwicklungsdienst (DED) und der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). In jedem Team ist auch ein DED-Arzt vertreten.

Frühere Beiträge der in loser Folge erscheinenden Serie „Lebens- und Berufserfahrung durch ärztliche Entwicklungshilfe“ betrafen Sambia, Obervolta (Heft 44/1984), Uganda, Südafrika (Heft 45/1984), Peru (Heft 46/1984), Malaysia (Heft 1,2/1985) und Nicaragua (5/1985).

Benin liegt in Westafrika und umfaßt ein Gebiet, das etwa halb so groß wie die Bundesrepublik Deutschland ist. Der größte Teil der vier Millionen Einwohner lebt im fruchtbaren Süden. Die Bevölkerung kann sich durch Anbau von Hirse, Yams und Maniok selbst versorgen. Im Norden des Landes gibt es in Abhängigkeit von vorübergehenden Trockenzeiten Engpässe in der Grundnahrungsmittelproduktion.

Das niedrige Niveau der industriellen Produktion, der Mangel an Bodenschätzen und die gering entfaltete Nutzpflanzenproduktion von Baumwolle und Ölpalmen weist Benin mit einem Brutto-Sozialprodukt von 375 US\$ pro Kopf als eines der ärmsten Länder der Welt aus. Die Lebenserwartung mit 50 Jahren und die hohe Säuglingssterblichkeit von 150 pro 1000 Geburten sind eindeutige Indikatoren der prekären Lage des Landes. Krankheiten wie Malaria, Magen-Darm-Infektionen und Lungenentzündungen sind die großen „Killer“. Die meisten Erkrankungen sind auf die man-

gelhafte Deckung der Grundbedürfnisse an Wasser, hygienischen Einrichtungen und präventiv-medizinischen Programmen zurückzuführen.

Der 1960 von französischer Kolonialherrschaft unabhängig gewordene Staat verfügt seit 1973 über ein fortschrittliches Programm primärer Gesundheitsversorgung.

Seit 1980 wird in Teilen des Landes damit begonnen, mit aus dem Ausland kommender finanzieller und personeller Unterstützung Einheiten primärer Gesundheitsversorgung einzurichten. Dabei stehen folgende Programmpunkte im Vordergrund:

① Die Bevölkerung errichtet Dorfambulanzen, in denen jeweils ein Basissanitäter und eine Dorfhebamme tätig sind. Sie werden von der Dorfgemeinschaft auf Kurzlehrgänge geschickt und für ihre Arbeit lokal entlohnt. Ausbildung, Fortbildung und Supervision erfolgt vom Personal des Distriktkrankenhauses und der Gesundheitsposten. ▷

② Präventivmaßnahmen sollen das Programm der medizinischen Versorgung im Dorf ergänzen: Impfprogramme, hygienisch einwandfreies und ausreichendes Trinkwasser, Toilettenbau etc.

③ Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung.

④ Verbindung moderner mit traditioneller Medizin.

Auf einer Rundreise konnte der Autor mit Basisgesundheitsarbeitern in Benin sprechen. Ihre Erfolge und Probleme erscheinen exemplarisch und sollen deshalb hier wiedergegeben werden.

Berichte aus dem Dorf

Herr Sero N'gobi Robert, aus Gremasson, 40 Jahre alt, Bauer, kann lesen und schreiben und spricht neben der lokalen Sprache Französisch. Er wurde 1981 vier Wochen lang auf einem Kurs in Kouandé in der Nähe von Pehoungo als Basissanitäter ausgebildet. Zusätzlich hatte er noch an einem Wochenende eine Unterweisung für die Wartung von Handpumpen-Brunnen erhalten. In fünf Dörfern ist er für die Brunnen verantwortlich und erhält dafür ein kleines Entgelt.

Erst in diesem Jahr haben die 1500 Einwohner von Gremasson ihm eine Dorfambulanz gebaut, in der er drei bis fünf Patienten am Tag behandelt. Sein großes Problem besteht in der mangelhaften Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskomitee des Ortes. Er berichtet uns, daß das Dorfkomitee in seiner wichtigsten Funktion, nämlich das Finanzproblem des Basissanitäters zu lösen, versagt habe. Weder wird ihm genügend Geld vorgestreckt, um ausreichend Medikamente einzukaufen, noch beteiligt sich die Bevölkerung an der Bearbeitung seines Feldes. Seine Leistung in der Dorfambulanz wird über den Medikamentenverkauf entlohnt. Er verkauft die Medikamente zum doppelten Einkaufspreis. Als

wichtigste Präventivmaßnahmen sieht er Aktivitäten für die Dorfhygiene an. Das Dorf hat sich auf seine Initiative hin auf einen gemeinsamen Müllplatz festgelegt, der regelmäßig benutzt wird. Er selbst hat sich eine Latrine gebaut. Diesem Vorbild folgten bisher der Lehrer und die Schule.

Herr Seko Sounon Simé stammt aus Bonerou (900 Einwohner). Der 32 Jahre alte Bauer wurde 1983 in Pehoungo zum Basissanitäter ausgebildet. Er wurde zum Sekretär des Dorfgesundheitskomitees gewählt. Das Komitee ruft Dorfversammlungen ein, auf denen über Gesundheitsfragen gesprochen wird. Es kontrolliert die Apothekenkasse, in der sich meistens ein Depot von 100 DM befindet. Zweimal im Jahr werden Medikamente für je 70 DM eingekauft. Aus den Überschüssen, die aus der Differenz zwischen Ankaufs- und Verkaufspreis entstehen, wird der Basissanitäter ausgezahlt. Die Dorfbevölkerung entlohnt ihn noch zusätzlich dadurch, daß sie an zwei Tagen auf seinem Feld arbeitet. Der Basissanitäter, der etwa fünf bis acht Patienten am Tag behandelt, ist mit seinem Verdienst zufrieden.

Herr Séragui Koriko aus Fô-Tance wurde 1981 in Kouandé zum Basissanitäter ausgebildet. In folgender Reihenfolge gibt er seine Aktivitäten an:

1. Er fühlt sich für die Kranken seines 700 Einwohner großen Dorfes verantwortlich. Wenn er sie nicht heilen kann, schickt er sie zu dem 12 Kilometer entfernten Gesundheitsposten weiter. Als wichtigste Erkrankungen nennt er Durchfall, Bauchschmerzen, Malaria, Fieber, Husten und Tuberkulose.
2. Er führt im Dorf Versammlungen durch und ruft die Bevölkerung dazu auf, ihre Häuser sauber zu halten, das Wasser aus dem Fluß nicht ohne Filter zu trinken und erklärt auch den Sinn von Impfungen.

Der Bauer und Basissanitäter Séragui ist Mitglied des Gesundheitskomitees, das sich dreimal im Jahr trifft, Versammlungen einberuft, die Apothekenkasse überprüft und die Bevölkerung aufruft, auf dem Feld von Séragui zu arbeiten. Präsident des Komitees ist der Bürgermeister. Weitere Mitglieder sind ein Bauer, der als Schatzmeister fungiert, der Schuldirektor als Schriftführer, die traditionelle Hebamme des Dorfes, die Präsidentin des Frauenkomitees und ein Vertreter des Jugendkomitees.

Als letztes Beispiel sei das Dorf Beguina in der Nähe von Bassila genannt. In dem 1500 Einwohner zählenden Dorf arbeitet ein Team von zwei Basissanitätern und einer traditionellen Hebamme. Die 32jährige Hebamme, Frau Louise Worow, hatte mit den Basissanitätern 1981 an einem Vier-Wochen-Kurs in Bassila teilgenommen und ein Jahr später noch ein dreimonatiges Praktikum an der geburts-hilflichen Abteilung absolviert. 1983 haben alle drei Team-Mitglieder einen einwöchigen Fortbildungskurs besucht.

Die großangelegte vom Dorf eingerichtete Ambulanz mit einem Sprechzimmer, einer Apotheke, einem Entbindungsraum und einem Raum mit zwei Betten für die Mütter befindet sich in einem besseren Zustand als der nächstgelegene Gesundheitsposten. Herr Paul Gabriel Zoumarow – angesehener traditioneller Heiler – behandelt als Basissanitäter zusammen mit Herrn Pierre Gaou täglich mehr als acht Patienten. Mehr als fünf Frauen entbinden monatlich in der Ambulanz.

Das Team trifft sich einmal im Monat mit dem Dorfgesundheitskomitee. Der Kassenwart des Komitees kann im Monat zwischen sieben und zehn DM an jedes Mitglied auszahlen.

Neben der kurativen Versorgung des Dorfes können auch Erfolge im Präventivbereich aufgewiesen

werden: viele Familien haben sich eine Latrine gebaut.

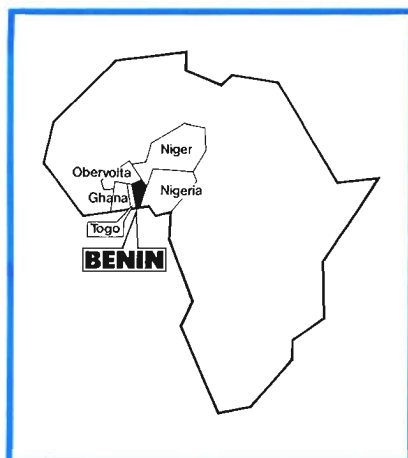
Das Gesundheitsteam ist mit der Entlohnung, zu der auch die Beteiligung des Dorfes an der Arbeit auf dem Feld der Gesundheitsarbeiter zählt, zufrieden. Die einzige Klage wird darüber geführt, daß sie als Basissanitäter nicht gelernt haben, Spritzen zu applizieren. Die im Basissanitärprogramm vorgesehene Ausstattung der Dorfapotheken (Aspirin, Nivaquin, Ganidan (Sulfonamid), Wurmmittel, Augentropfen, Mercurchrom und weitere Mittel zur Wundversorgung) reicht ihnen nicht aus.

Das Gesundheitskomitee des Dorfes sprach sich lobend über den Einsatz der Gesundheitsarbeiter aus.

Der deutsche Beitrag

Der DED arbeitet in den Distrikten jeweils als Team mit einem Arzt, einer Krankenschwester, einem Architekten und einem Brunnenbauer mit. Diese Entwicklungshelfer sind in die nationalen Strukturen eingegliedert. So ist zum Beispiel der DED-Arzt dem Chefarzt des Distriktkrankenhauses unterstellt. Zusammen mit den beniner Kolleginnen und Kollegen treffen sich die Entwicklungshelfer etwa viermal im Jahr als Fachgruppe und besprechen zusammen mit Vertretern des Gesundheitsministeriums und dem Beauftragten des DED in Benin ihre Arbeit, bilden sich fort und beteiligen sich in gemeinsamer Diskussion an der Weiterentwicklung der Konzeption des Programmes. Das Projekt wird durch einen beniner Arzt koordiniert.

Die GTZ leistet in diesem Programm technische Hilfe. Sie finanziert Neubauten einzelner Distriktkrankenhäuser und Gesundheitszentren, unterstützt die Krankenhausapotheken mit Medikamenten und schafft den finanziellen Rahmen für Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen.



Benin in Westafrika ist flächenmäßig etwa halb so groß wie die Bundesrepublik

Das allgemeine Ziel des Programms wurde von der beninischen Regierung definiert und beinhaltet die basismedinische Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Distrikten.

In den neun Distrikten, in denen das Programm arbeitet, leben mehr als 350 000 Einwohner. Davon verfügen in zwei Distrikten, in denen der DED seit 1980 tätig ist, 75 Prozent der Dörfer über Dorfambulanzen. Insgesamt wurden bisher 64 Dorfambulanzen errichtet und mehr als 150 Basissanitäter und Dorfhebammen ausgebildet. Mehr als zwei Drittel der ursprünglich installierten Dorfambulanzen sind noch in Betrieb. Das ist im internationalen Vergleich eine sehr erfolgreiche Bilanz.

Folgende positive Aspekte können vermerkt werden:

- ▶ Primäre Behandlung wichtiger Krankheiten im Dorf.
- ▶ Überweisung schwerkranker Patienten zur nächstgelegenen Versorgungseinheit.
- ▶ Initiativen für die Dorfhygiene (z. B. Latrinenbau, Müllkippen).
- ▶ Die Akzeptanz in der Bevölkerung für Impf- und Mutter-und-Kind-Programme hat zugenommen.

Die bereits existierenden Strukturen des Gesundheitsministeriums werden durch das System der Dorfambulanzen ergänzt. Dadurch wird eine nahezu flächendeckende Gesundheitsversorgung der Distrikte erreicht.

Perspektiven des Dorfambulanzprogrammes

Durch Seminarbesuche soll das Personal der Gesundheitszentren verstärkt für die Supervision der Dorfarbeit fortgebildet werden, so daß die Dorfbesuche, die bisher vorwiegend von den Entwicklungshelfern durchgeführt wurden, von beninischem Personal übernommen werden können. Dazu gehört auch die Ausstattung der Gesundheitszentren mit Motorrädern, die jetzt in das Programm aufgenommen wurde. Eine weitere Sensibilisierung der Bevölkerung für die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen ist verstärkt vorgesehen.

Das Beispiel Benin zeigt, daß der Aufbau von primären Gesundheitsstrukturen realisierbar ist. Doch darf das Programm der primären Gesundheitssicherung (PHC = Primary-Health-Care-Programm) nicht als überall anwendbares Rezept mißverstanden werden; PHC ist eine Bewegung, die entscheidend von dem Bewußtsein und der Initiative der Bevölkerung und der Politik der Regierung abhängig ist.

Diese komplexe Zusammenarbeit zwischen DED/GTZ und Benin besitzt entwicklungspolitisch einen hohen Stellenwert, da hier partnerschaftlich Strukturen der primären Gesundheitsversorgung aufgebaut werden und damit eine direkte und sichtbare Antwort auf Grundbedürfnisse der ländlichen Bevölkerung in Benin gegeben wird.

Anschrift des Verfassers
Johannes Spatz
Wilhelmsaue 13
1 Berlin 31