

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Gesundheitliche Situation in Afrika.	4
3. Allgemeine Merkmale Burkina Fasos	5
3.1 Geographische Lage	5
3.2 Soziokulturelle Situation	5
3.3 Wirtschaft	6
3.4. Bildung	6
3.5. Eherecht und Stellung der Frau	7
3.6 Wasserversorgung	7
4. Gesundheitspolitik	8
5. Gesundheitszustand der Bevölkerung	10
6. Gesundheitseinrichtungen	13
6.1 Poste de Sante Primaire (PSP- Sanitätsposten)	13
6.2 Centre de Sante et Promotion Sociale (CSPS-Kleinspital und Geburtenstation)	14
6.3 Centre Medical (CM), Centre Medical avec Antenne Chirurgicale (CMA)	15
6.4 Centre Hospitalier Regional (CHR), Centre Hospitalier National (CHN)	16
7. Ausbildung in den Gesundheitsberufe	17
7.1 Dorfgesundheitshelfer	17
7.1.1 Ausbildung der Dorfgesundheitshelfer	18
7.1.2 Unterrichtsprogramm	18
7.1.3 Fortbildung	19
7.1.4 Ausstattung eines Dorgesundheitshelfers	20
7.1.5 Bezahlung	20
7.2 Heiler	21
7.3 Weitere Ausbildungen	22
8. Projekte zur Gesundheitsversorgung von Nichtregierungsorganisationen (NGO)	24
9. Fazit	26
Literaturverzeichnis	28
Abkürzungsverzeichnis	30
Anhang	

1. Einleitung

Da wir uns für die Länder in der „Dritten Welt“ und für Entwicklungshilfe sehr interessieren, haben wir uns entschieden, über ein Land des „vergessenen Kontinents“ zu berichten. Zwar sind einige Länder Afrikas durch die Medien bekannt, doch der größte Teil ist noch immer unbekannt. Da die Welt durch die Globalisierung „immer kleiner“ wird, rückt auch Afrika für uns immer näher.

Unser Ziel war zu erfahren, wie ein Gesundheitssystem in einem Entwicklungsland funktioniert. Die Antwort führte uns nach Burkina Faso, da es als drittärmstes Land der Welt gilt. Was viele Menschen in den Industrieländern als selbstverständlich empfinden, ist noch lange nicht Realität für die große Mehrheit in den armen Ländern. Trotz aller Probleme im deutschen Gesundheitssystem sind die Reaktionen daher nicht verwunderlich, die die Leiterin eines Kinderheims von burkinischen Besuchern berichtet: „Es gibt nur zwei Dinge, um die wir Deutschen zu beneiden sind, unser Schulsystem und unser Gesundheitssystem, alles andere fanden sie zwar ganz nett, aber ziemlich unnötig.“¹

Im Laufe der Arbeit wurde das Thema spannender, denn es stellte sich heraus, dass viele Organisationen wie zum Beispiel die WHO versucht haben, die Gesundheitsproblematik zu verbessern. Trotz vieler Versuche Besserung zu erreichen, hat sich in den letzten 30 Jahren kaum etwas verändert, so Johann Murauer vom österreichischen Verein für Entwicklungszusammenarbeit, bei dem wir uns an dieser Stelle für seine Gesprächsbereitschaft bedanken möchten.²

Seit 1960 ist Burkina Faso von Frankreich unabhängig. Präsident Blaise Compaoré regiert seit Oktober 1987 und hat das Land politisch demokratisiert und stabilisiert. Trotz der im September 2002 ausgebrochenen Krise im wichtigen Nachbarland Elfenbeinküste ist die innenpolitische Lage in Burkina Faso stabil geblieben.³ Daher sind wir in unserer Arbeit nicht tiefer auf die politische Situation eingegangen.

Burkina Faso ist ein Land mit einer sehr ausgeprägten Kultur, sie spielt eine große Rolle bei der Gestaltung des Alltags, unter anderem auch im Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

¹ Rohde, Katrin: Mama Tenga: Mein afrikanisches Leben. Köln 2002. S. 80.

² Herr Murauer ist ehrenamtlicher Mitarbeiter der VEZ in Linz.

³ <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/BurkinaFaso/Innenpolitik.html>

Ein Beispiel ist die Beziehung zwischen traditionellem Heiler und Kranken. Auch im folgenden Zitat lässt sich die Verbindung zwischen Kultur und Lebenseinstellung herauslesen:

„Dort sah ich etwas, das mich für den Rest meines Lebens beschäftigen sollte. Alte Frauen, die wissen, dass sie in den nächsten Woche sterben werden, begeben sich hier in eine Moschee und warten auf ihren Tod, sie sitzen zwar schwach, aber fröhlich auf ihren Matten; Jeder bringt ihnen Essen oder Wasser, sie sind hoch geachtet.“⁴

⁴ Rohde, Katrin: Mama Tenga: Mein afrikanisches Leben. Köln 2002. S. 43.

2. Gesundheitliche Situation in Afrika

Die Bevölkerung von Entwicklungsländern besonders in afrikanischen Ländern ist im Vergleich zu Industrieländern überproportional von Krankheiten belastet.⁵ Mangelnde Gesundheit ist nicht nur die Folge einer Vielzahl wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und umweltbedingter Faktoren, sondern zugleich auch Ursache für eine weitere Verschlechterung der sozioökonomischen Situation. Frauen haben insbesondere bei der Schwangerschaft und Entbindung aufgrund fehlender oder mangelnder Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe ein gesteigertes Gesundheitsrisiko.

Besonders kritisch ist die Situation für Kinder. Mit 173 Todesfällen von unter 5-jährigen pro 1.000 Lebendgeburten ist Afrika südlich der Sahara die Region mit der höchsten Kindersterblichkeit im Jahr 2000 (Vergleich: Industrieländer 7 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten).⁶ So werden heilbare Krankheiten wie Infektionen, Durchfall, Atemwegserkrankungen oder Malaria häufig zu spät behandelt und enden oft tödlich. Oft ist die Mangelernährung die eigentliche Ursache der Krankheiten. „Die Menschen auf dem Lande ernähren sich fast ausschließlich von einem Grundnahrungsmittel: einem Brei, der aus Hirse zubereitet wird. Eine ausgewogene Ernährung ist damit nicht möglich. Zwar ist der Brei reich an Kohlenhydraten, doch es fehlen Eiweiß und wichtige Vitamine. Besonders für Kinder kann eine so einseitige Ernährung lebensgefährlich sein.“⁷

Hinzu kommen die HIV-Infektionen. In Afrika südlich der Sahara lebten im Jahr 2006 24,5 Millionen HIV-infizierte Menschen, das entspricht ca. zwei Drittel aller infizierten Menschen auf der ganzen Welt. In Burkina Faso wird die Prävalenz der HIV-Infizierten auf 2 % der gesamten Bevölkerung geschätzt.⁸

⁵ <http://www.who.int/en/WHO>, 2002; Ezzati et al., 2002.

⁶ <http://www.unicef.de/home.html>.

⁷ <http://www.tdh.de/content/index.htm>. Terre de hommes Deutschland e. V.: „Gegen den Einheitsbrei“, Burkina Faso: Ein Zentrum für Unterernährte Kinder.

⁸ <http://www.aids-stiftung.de/cgi-bin/WebObjects/aidsstiftung.woa/1/wa/Directory>. UNAIDS/2006.29.E, WHO. Dezember 2006.

3. Allgemeine Merkmale Burkina Fasos

3.1 Geographische Lage

Burkina Faso, früher Obervolta genannt, ist ein westafrikanisches Binnenland mit Grenzen zu Ghana, der Elfenbeinküste, Togo, Mali, Niger und Benin. Es ist mit einer Fläche von 274.200 km² etwa drei Viertel so groß wie Deutschland.⁹ Der Norden des Landes befindet sich in der unfruchtbaren Sahelzone¹⁰, der Süden und der zentrale Teil des Landes haben wechselfeuchtes tropisches Klima. Burkina Faso wird von den drei Quellflüsse des Voltas, dem Schwarzen, Weißen und Roten Volta bewässert, wobei nur durch den schwarzen Volta das ganze Jahr Wasser fließt, während die anderen in der Trockenzeit versiegen.¹¹ Die Regenzeit dauert von Juli bis Oktober und bedeckt das Land mit sintflutartigen Niederschlägen. In der Trockenzeit können Temperaturen bis über 45 Grad erreicht werden.

3.2 Soziokulturelle Situation

Die Hauptstadt von Burkina Faso ist Ouagadougou (gesprochen: Waga Dugu). Der Staat ist in 13 Regionen unterteilt. Diese Regionen gliedern sich in 45 Provinzen, welche sich in 350 Distrikte unterteilen. Die Staatsform des Landes ist eine präsidentiale Republik. Die Bevölkerung beträgt 13,4 Mio. Einwohner, allein in der Hauptstadt leben über 1,3 Mio. Einwohner. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 48 Einwohnern pro km² (Deutschland: 238 Einwohner pro km²). Die Bevölkerung ist in den letzten Jahren angestiegen (pro Jahr um 2,4%). Bedingt durch die geringe Lebenserwartung und die hohe Geburtenrate besteht ein hoher Anteil von jungen Menschen an der Gesamteinwohnerzahl.

Die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung ist sehr vielfältig, die meisten Ethnien sprechen eine eigene Sprache. Die meist benutzten Verkehrssprache sind Moore, Djoula und Fulfulde, dabei wird zum Handeln oft Arabisch und Englisch benutzt.¹² Die Religionszugehörigkeiten teilen sich in Muslime (50%), Animisten¹³ (40%), und Christen (10%); Letztere sind

⁹ Auswärtiges Amt 2007.

¹⁰ Sahel, arabisch, bedeutet Ufer oder Küste und bezieht sich auf den Rand der Sahara.

¹¹ Wodke, Anne: Westafrika-Reisebuch. Hohenthann 1994. Seite 627-700.

¹² Auswärtiges Amt 2007.

¹³ Animismus: (lateinisch anima: Atem oder Seele), der Glaube an die Beseeltheit der Natur und unbeseelter Gegenstände. Quelle: Encarta Enzyklopädie Professional 2003.

hauptsächlich Katholiken. Im Gegensatz zu vielen anderen Länder spielt die Religion beim Zusammenleben der Menschen kaum eine Rolle.

3.3 Wirtschaft

Burkina Faso ist der drittärmsten Staat der Welt und wird zur Gruppe der HIPC (Heavily Indebted Poor Countries), der hochverschuldeten Entwicklungsländer gezählt. Das Pro-Kopf-Einkommen betrug 2005 347 Euro. Die Währung ist FCFA (Franc de la Communauté Financière Africaine). Der CFA-Franc steht im festen Wechselkurs zum Euro, dabei entspricht ein Euro 655,957 CFA-Franc.¹⁴ Die Wirtschaftssektoren verteilen sich 2004 wie folgt: Landwirtschaft 39,5 %, Industrie 19,3 % und Dienstleistungen 41,3%.¹⁵ Die öffentlichen Gesundheitsausgaben betragen im Verhältnis zum Bruttoinlandsproduktes zwischen 2003 und 2004 2,6 % (Deutschland: ca. 10 %).¹⁶ Baumwolle, Vieh und Gold gehören zu den wenigen Exportprodukten. Etwa 90 % der Bevölkerung sind in der Landwirtschaft, überwiegend in Form der Subsistenzwirtschaft, tätig.

3.4 Bildung

Die Amtssprache des Landes ist Französisch, obwohl es nur von 10 % der Bevölkerung gesprochen wird. Nur etwa 36 % der Bevölkerung über 15 Jahre können lesen und schreiben. Die Analphabetenrate betrug 2000 87,2 %.¹⁷ Die Gründe hierfür sind sehr unterschiedlich, der am häufigsten genannte Grund ist jedoch die Notwendigkeit von Kindern und Jugendlichen zur Arbeit. Staatliche Erziehung ist zwar obligatorisch, aber sogar die relativ niedrigen Schulgebühren sind unbezahlbar für den Großteil der Bevölkerung. Problematisch sind auch die enorme Überfüllung der Schulen mit einer durchschnittlichen Schülerzahl zwischen 80 und 100 Schülern pro Klasse und der Mangel an Lehrern. Private Schulen sind erlaubt und befinden sich in der Hauptstadt. Das öffentliche und private höhere Schulwesen basiert auf dem französischen Schulsystem. Offiziell besteht eine Schulpflicht von 10 Jahren, jedoch nur ein Drittel aller Kinder besucht eine Schule.

¹⁴ Auswärtiges Amt: [http://www.auswertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/Burkina Faso](http://www.auswertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/Burkina_Faso).

¹⁵ <http://www.afrika-auf-einen-blick.de/burkina-faso/wirtschaft.php>.

¹⁶ <http://www.bmz.de/laender/partnerlaender/burkinaFaso/profil.html>. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

¹⁷ Koller, Franziska: Entwicklungszusammenarbeit und Ethik eine Evaluation. Bern 2007. S. 159.

3.5 Eherecht und Stellung der Frau

Laut Verfassung sind Männer und Frauen gleichberechtigt. Im Eherecht ist die Monogamie die Normalform. Wünscht ein Ehepartner die Polygamie, ist die Zustimmung des anderen Ehepartners notwendig. Die weibliche Genitalverstümmelung ist strafbar und muss von Zeugen angezeigt werden. Im Alltag, insbesondere im ländlichen Raum, sind diese Gesetze aber nicht durchgesetzt. Zu bedenken ist hierbei, dass viele Landfrauen weder über die nötige Bildung noch über die Mittel verfügen, um ihre Rechte durchzusetzen. Dies führt dazu, dass in dem Land unter anderem noch immer die Exzision praktiziert wird. Nach einer Studie der UNO sind geschätzte 72 % der Frauen in Burkina Faso beschnitten. Bei heranwachsenden Mädchen werden dabei, oft unter sehr schlechten hygienischen Bedingungen, etwa unter Verwendung von Glasscherben, die Klitoris und manchmal auch die inneren Schamlippen entfernt. Die Mädchen können bei der Verstümmelung verbluten oder an einer Infektion sterben. Die entstehenden Wunden verheilen in der Regel schlecht und sind lebenslang Eintrittspforte für Infektionen. Es herrscht nach wie vor der Glaube, dass unbeschnittene Frauen keinen Mann finden werden, was dazu führt, dass Mütter ihre Töchter oft zur Beschneidung zwingen.¹⁸

3.6 Wasserversorgung

Da Burkina Faso keinen direkten Zugang zum Meer hat, wird der gesamte Import und Export über die Häfen der Nachbarnländer Ghana, Togo und Benin geführt. Die Entfernung des Landes zum Meer beträgt ca. 500 km. Die Wasserversorgung ist eines der größten Probleme des Landes. In den Dörfern wird das Trinkwasser aus Brunnen geschöpft. Die Frauen müssen oft lange Wege zurücklegen, da die wenigen Brunnen aufgrund der unzureichenden Ausbildung der Dorfbewohner nur schlecht instandgehalten werden können.¹⁹ Nur in den größeren Städten gibt es eine öffentliche Wasserversorgung. Mit einem Stausee in der Nähe der Hauptstadt wird versucht, den Wasserbedarf der Region zu decken.

4. Gesundheitspolitik

¹⁸ http://www.laafi.at/burkina_faso.

¹⁹ Janssen, Volker: Wasser oder Leben. Bonn 1990. S. 98-99.

„Gesundheit ist Politik“.²⁰

„Gesundheit ist ein Teil der sozio-ökonomischen Entwicklung eines Landes und keinesfalls nur das Resultat medizinischer Maßnahmen“.²¹

Mit diesen Aussagen bestätigten Rudolf Virchow und Mahler die Tatsache, dass die Verbesserung eines Gesundheitssystems in einem Land größtenteils von der allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung abhängt.

Zu Beginn der 70er Jahre wurde der Mangel der vorhandenen medizinischen Versorgung in Burkina Faso immer deutlicher sichtbar. Daraufhin wurde von der WHO und der Regierung Burkina Fasos auf der Alma-Ata-Konferenz ein Fünfjahresplan von 1972-1976 erstellt, in dem vier Hauptziele genannt wurden:

1. Kontrolle der übertragbaren Krankheiten
2. Entwicklung der Grundversorgung insbesondere für Mütter und Kinder
3. Verbesserung der materiellen Versorgung
4. Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals

Da es aber an finanziellen Mitteln und dem politischen Willen mangelte und zusätzlich die Trockenheit zwischen den Monaten September und Mai das Land belastete, konnte der Plan in dieser Weise nicht realisiert werden. Stattdessen wurde eine Umstrukturierung des Plans vorgenommen.

Der neue Fünf Jahresplan 1977-1981 legte seinen Fokus auf die Organisation eines rationellen Gebrauchs von vorhandenen materiellen und menschlichen Ressourcen und hatte als Schwerpunkt die Förderung der präventiven Medizin. Außerdem strebte man die Gründung einer nationalen Gesundheitsschule²² an.

In zahlreichen Projekten auf der Welt wird versucht, die Gesundheitsversorgung unter Armutbedingungen zu verbessern. Mit der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation

²⁰Rudolf Virchow: Deutscher Arzt und Politiker, setzte sich für eine medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ein.

²¹Mahler Generaldirektor der WHO 1975

²²Im Französischen: l'Ecole Nationale de Santé

(WHO) in Alma-Ata erhielt das Konzept zur Schaffung eines funktionierenden Gesundheitssystems für Burkina Faso seinen Namen: „Primäre Gesundheitsversorgung“. In diesem Konzept wird der Begriff „umfassende medizinische Versorgung“ neu definiert.

Trotz der Versuche die Gesundheitspolitik zu reformieren, hat sich seit der Unabhängigkeit 1960 kaum etwas verändert. Zwar waren früher die wichtigsten kurativen Leistungen für die Patienten kostenlos, konnten aber dennoch auf Grund des Mangels an medizinischen Ressourcen nicht konsequent durchgeführt werden. Zusätzlich konnte die mobile Überwachung von häufig auftretenden Erkrankungen und Impfprogrammen wegen Geldmangels nicht kontinuierlich erfolgen.

Da sich die Gesundheitspläne bis 1978 nicht in der Art und Weise realisieren ließen wie ursprünglich geplant, beauftragte die WHO gemeinsam mit dem Ministerium für öffentliche Gesundheit eine Arbeitsgruppe, die einen nationalen Gesundheitsplan (P.S.N.) für die Jahre zwischen 1980 bis 1990 erarbeiten sollte. Ziel dieses nationalen Gesundheitsplans sollte vor allem der Aufbau eines dezentralen, pyramidal-strukturierten Gesundheitswesens mit Vorbild der Strategie „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ sein, woraus sich dann das PHC entwickelte.

Weiterhin wurde von den Teilnehmern der Primary-Health-Care-Konferenz in Alma-Ata Folgendes beschlossen: „Es muss ein wichtiges soziales Ziel von Regierungen, internationalen Organisationen und der Gemeinschaft der ganzen Welt in den nächsten Dekaden sein, für alle Menschen der Erde bis zum Jahre 2000 einen Gesundheitsstandard zu erreichen, der ihnen ein soziales und ökonomisch produktives Leben erlaubt.“²³

Um einen solchen Gesundheitszustand erreichen zu können, wurde das Hauptziel präventiver Maßnahmen, die Ausweitung des Impfprogramms auf die gesamte Bevölkerung, beschlossen. Auch die Immunisierung gegen Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Poliomyelitis, Pocken, Tetanus, Tuberkulose und Gelbfieber. Die 134 teilnehmenden Länder an der PHC legten folgende acht Elemente fest:

1. Bewusstmachen von bestehenden Gesundheitsproblemen und von Methoden zu ihrer Vorbeugung und Kontrolle
2. Förderung der Nahrungsmittelversorgung und sauberer Ernährung

²³Blasenbilharziose im Seno/ Burkona Faso Kombinierte Nachweismethoden, der Wissensstand der Bevölkerung und die Bekämpfung durch das Gesundheitswesen. Gießen 1991. S.31

3. Eine adäquate Versorgung mit sicherem Wasser und ausreichender sanitärer Entsorgung
4. Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, einschließlich Familienplanung
5. Immunisierung gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten
6. Prävention und Kontrolle der lokalen Seuchen
7. eine geeignete Behandlung von gewöhnlichen Krankheiten und Schädigungen
8. Bereitstellung der wichtigsten Medikamente

Ab dem Jahr 1983 wurden die politischen Forderungen nach einem basisorientierten Gesundheitswesen immer stärker. Der damalige Präsident des C.N.R. Thomas Sankara unterstützte die verstärkten Forderungen. Gesundheitliche Fortschritte waren nun nicht mehr nur die Bedingungen für allgemeine Entwicklungen, sondern gleichermaßen Voraussetzung und Ziel für gesellschaftliche Entwicklungsprozesse.

5. Gesundheitszustand der Bevölkerung

Die verfügbaren Mittel für die Gesundheitsversorgung sind in Burkina Faso im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt deutlich niedriger als in Deutschland. Sie sind verhältnismäßig zu den Stufen des Gesundheitssystems nicht gerecht verteilt. Die regionalen und nationalen Krankenhäuser verfügen in den meisten Fällen über den größten Anteil des gesamten Gesundheitsbudgets, obwohl sie quantitativ nur einen kleinen Teil des nationalen Bedarfs an medizinischer Versorgung abdecken. 85 % der Gesundheitsausgaben werden durchschnittlich für den sekundären und den tertiären Versorgungsbereich ausgegeben, die nur 10 % der Bevölkerung zugute kommen, während 90 % der Bevölkerung bestenfalls zur primären Versorgungsebene Zugang haben. Dieser primäre Bereich muss sich landesweit mit 15 % des nationalen Gesundheitsbudgets begnügen.²⁴

²⁴ Diesfeld, Hans Jochen: Gesundheitsproblematik der Dritten Welt. Darmstadt 1989. S. 97-99.

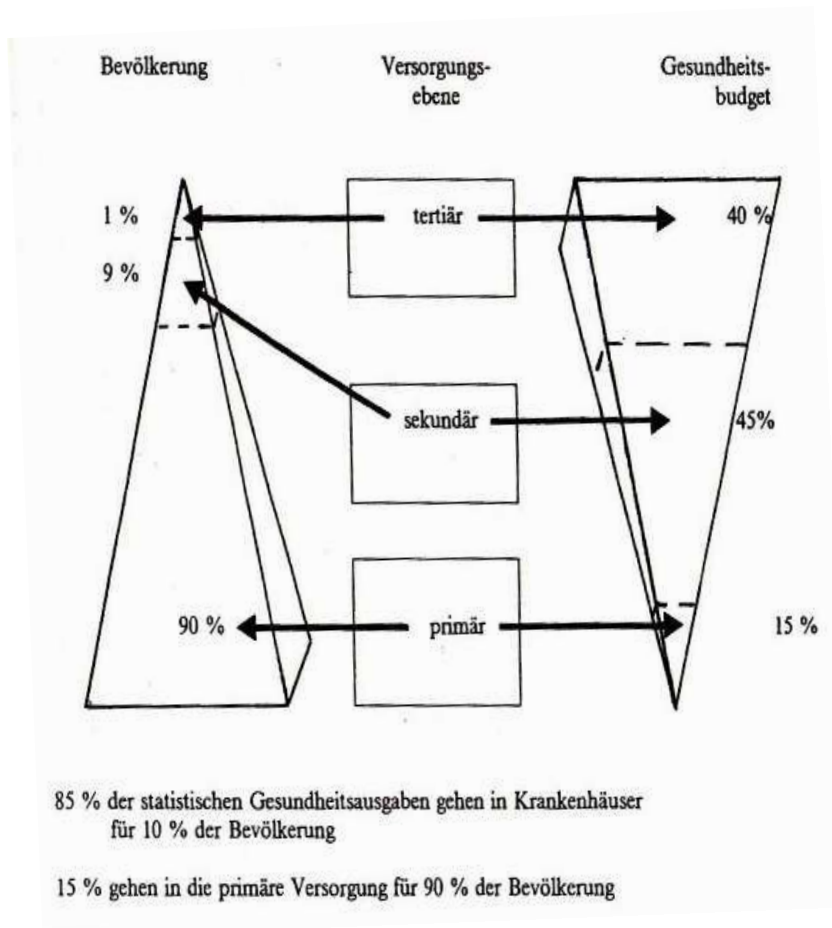


Abbildung 1: Das Dilemma der medizinischen Versorgung²⁵

Das burkinische Gesundheitsministerium ordnet die Problematik der schlechten Gesundheitssituation des Landes vier Gründen zu:

- Mangelnde Umgebungshygiene und Trinkwasserversorgung: Nur etwa 15 % der Bevölkerung haben Zugang zu Trinkwasser.
- Unzureichende Nahrungsversorgung: Im Jahr 1980 lag das tägliche Kalorieangebot bei 1.791 kcal, das sind 80 % des Bedarfs.
- Hohe Morbidität, speziell im Bereich der übertragbaren Krankheiten.
- Quantitativ und qualitativ unzureichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung: Im Landesdurchschnitt haben 42,7 % der Bevölkerung Zugang zu einer Gesundheitseinrichtung in höchstens 10,5 km Entfernung.²⁶

²⁵ Diesfeld, Hans Jochen: Gesundheitsproblematik der Dritten Welt Darmstadt 1989.

²⁶ Körngen, Helmut: Heilen in der Dorfgemeinschaft: Analphabeten als Dorfgesundheitshelfer im burkinischen Sahel“. Berlin 1990. Seite 18-19

Die Gesundheitssituation zeigt sich in einem Vergleich wesentlicher statistischer Indikatoren zwischen Burkina Faso und Deutschland (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich ausgewählter statistischer Indikatoren mit Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in Burkina Faso (WHO, 2004; Erdkunde-Online 2007).

Indikator	Burkina Faso	Deutschland
Jährliches Bevölkerungswachstum (%), 2007	3,0	-0,3
Geburtenrate (je 1.000 der Bevölkerung), 2007	45,28	8,2
Lebenserwartung bei Geburt (Jahre), 2007	48,45	78,65
Kindersterblichkeit (je 1.000 Lebendgeburten), 2007	97,57	4,15
Altersstruktur (in %), 2005		
0-14 Jahre	46	14,4
15-64 Jahre	51,3	66,7
ab 65 Jahre	2,8	18,9
Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP (in %), 2000	4,2	10,6
Staatliche Gesundheitsausgaben (pro Kopf in US \$), 2000	6,0	1.819,0
Anteil der Gesundheitsausgaben der Sozialversicherungen (in %), 2000	0,0	91,7
Anteil externer Ressourcen für Gesundheit an staatlichen Gesundheitsausgaben (in %), 2000	31,1	0,0
Einwohner pro Arzt	27.158	298

Dieser Zustand wird verstärkt durch mangelnde Bildung und Analphabetismus der Bevölkerung, die die Umsetzung der Aufklärungsprogramme erschweren. Um oben genannte Probleme besser bewältigen zu können, hat sich Burkina Faso in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation eine Planung vorgelegt, die auf primärer Gesundheitsversorgung aufbaut (Primary Health Care, PHC). Dieses Programm wird in einem mehrstufigen Gesundheitssystem umgesetzt.

6. Gesundheitseinrichtungen

Das Gesundheitssystem Burkina Fasos gliedert sich in ein pyramidenförmiges, fünfstufiges System. Jede Stufe dient der unmittelbar darüberliegenden als Referenzebene, ausgestattet mit zunehmend höher qualifiziertem Personal, wohin die Patienten überwiesen werden, deren Krankheiten die Möglichkeiten von Personal und Ausstattung der untergeordneten Ebene übersteigen.

Wie das System der gestaffelten Zuständigkeiten den Betroffenen gerecht wird, zeigt sich anhand der folgenden Zahlen: 65 % aller medizinischen Versorgung fallen als Primärversorgung in den Zuständigkeitsbereich von Basisgesundheitsdiensten, 30 % als Sekundärversorgung in den von Provinzkrankenhäusern, und nur 5 % aller Fälle bedürfen einer Tertiärversorgung in Nationalkrankenhäusern oder spezialisierten Kliniken.²⁷ Das Gesundheitsministerium wird in den einzelnen Provinzen durch eine Direktion Provinciale de Sante repräsentiert, welche unmittelbar für die Centre Hospitalier National, die Centre Hospitalier Regional und Centre Medical zuständig ist, während die Centre Medical die Centre de Sante et de Promocion Sociale und diese wiederum die Poste de Sante Primaire überwachen.²⁸

6.1 Poste de Sante Primaire (PSP-Sanitätsposten)

PSPs oder Sanitätsposten sind die unterste Ebene der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Die Poste de Sante Primaire werden auch Basisgesundheitsstation genannt, sie sind mit einem Dorfgesundheitshelfer und einer Dorfhebamme besetzt. Sie entstammen der jeweiligen Dorfgemeinschaft und erhalten eine Laienhelferausbildung von kurzer Dauer. Sie verrichten ihre

²⁷ Diesfeld, Hans Jochen: Gesundheitsproblematik der Dritten Welt. Darmstadt, 1989. S.101.

²⁸ Schilling, Corinna: Burkina Faso, Kombinierte Nachweismethode, der Wissenstand der Bevölkerung und Bekämpfung durch das Gesundheitswesen. Gießen 1991. S. 17-25.

Arbeit in einer speziell zu diesem Zweck von der Dorfgemeinschaft aus eigenen Mitteln errichteten Hütte.

Die Aufgaben der Dorfgesundheitshelfer sind präventiver Art wie Gesundheits- und Hygieneerziehung, z. B. zum Schutz vor Malaria, sowie auch kurativer Art bei einfachen Behandlungen von Wunden, Augen, Diarrhöe und anderen häufigen Krankheiten. Hierzu steht ein sehr kleines Sortiment der wichtigsten Medikamente gegen die häufigsten Krankheiten zu Verfügung, wobei ihr tatsächlicher Einsatz von der Zahlungsfähigkeit der Dorfbevölkerung abhängt.

Ausgehend von einem Regierungsprogramm wurde in den Achtziger Jahren in Burkina Faso versucht, jedes Dorf (etwa 10.000) mit einem PSP auszustatten. Von 1984 bis 1987 wurden insgesamt 6.495 dieser Sanitätsposten realisiert, nur noch einzelne sind davon in Betrieb. Das Modell der freiwilligen Helfer war auf Dauer nicht tragbar, die Einrichtungen scheiterten zudem an mangelnden Materialien und Medikamenten. Im Zuge der Modernisierung des Landes haben sich zunehmend die staatlich unterstützten Strukturen der CSPS durchgesetzt. Die Versorgung der ländlichen Bevölkerung hat darunter gelitten, da ein CSPS einen durchschnittlichen Einzugskreis von 10,5 km hat und nicht für jeden Burkinabén erreichbar ist.²⁹

6.2 Centre de Sante et de Promotion Sociale (CSPS- Kleinspital und Geburtenstation)

Centre de Sante et de Promotion Sociale oder „Buschhospital“ sind die erste Stufe des Gesundheitssystems, die über qualifiziertes Personal verfügt. Sie bestehen in der Regel aus einem Kleinspital und einer Geburtenstation. Professionelles Personal wird meistens vom Staat ausgebildet und bezahlt und besteht aus einem Barfußarzt³⁰ oder Sanitäter, einer Hebamme, einem Sanitäter in Ausbildung und einem Apotheker. Der Apotheker und drei bis fünf Helfer werden zwar durch den Staat ausgebildet, ihr Gehalt und gelegentlich die Kosten ihrer Ausbildung werden aus den Einnahmen des Centre de Sante et de Promocion Sociale beglichen.³¹ Die Medikamente und das Verbrauchsmaterial für die CSPS werden vom Apotheker zu regulierten Preisen an den Patienten direkt verkauft. Die Einheit der beiden Bausteine ist wichtig, da eine Subvention des Hospitals durch die Leistungen der Geburtenstation stattfindet. Die

²⁹ http://www.laafi.at/burkina_faso/fespaco.html.

³⁰ BLÄK (Bayerische Landesärztekammer): Der Ausdruck Barfußarzt bezeichnet Personen, die zwar als Arzt tätig sind, dabei jedoch nur Minimalanforderung erfüllen können.

³¹ <http://www.burkina.at/CSPS>.

Aufgaben der CSPS sind kurative Tätigkeiten (Allgemeinmedizin, kleinere chirurgische Eingriffe), Mutter-Kind-Versorgung, Gesundheitserziehung und Impfkampagnen, Supervision und Weiterbildung der Dorfgesundheitshelfer und epidemiologische Überwachung und Statistiken.

Das Gesundheitszentrum besteht oft aus einem Stein- oder Lehmhaus mit zwei oder drei Räumen, diese Einrichtungen haben fast nie Strom- und Wasserversorgung in unmittelbarer Nähe. Die Einrichtung eines Gesundheitszentrums umfasst meist nur eine Krankenliege, einen Schreibtisch, einige Stühle sowie einen gasbetriebenen Kühlschrank zur Lagerung von Impfstoffen. An Hilfsmitteln und Instrumenten stehen dem Personal oft nur ein Thermometer, ein Stethoskop, eine Blutdruckmanschette, ein Skalpell sowie Spritzen und Nadeln zur Mehrfachanwendung zur Verfügung.

Kleinspitäler sind die allgemeine medizinische Einheit eines CSPS und werden von einem Sanitäter oder Barfußarzt geleitet. Diese Einrichtungen stellen meist die beste medizinische Versorgung dar, die in ländlichen Gebieten Burkina Fasos verfügbar ist. Im Kleinspital werden fast alle Krankheiten behandelt, nur schwere Fälle werden an die nächste mögliche Ebene verwiesen.³² Die Geburtstationen werden von einer ausgebildeten Hebamme geleitet. Neben Entbindungen und den entsprechenden Vor- und Nachuntersuchungen werden Sensibilisierungs- und Bildungsmaßnahmen zu Themen wie HIV-Vorbeugung und Familienplanung veranstaltet. Gemeinsam mit dem Sanitäter und dem Barfußarzt des Kleinspitals werden Impfkampagnen an Kindern und Erwachsenen durchgeführt.

6.3 Centre Medical (CM), Centre Medical avec Antenne Chirurgicale (CMA)

Die Centre Medical liegen meistens in größeren Provinzen, sie versorgen 150.000 bis 200.000 Einwohner, deswegen haben viele der Centren auch Stromversorgung und häufig ein Rettungsfahrzeug, um Schwerverletzte zu transportieren.³³ Die meisten Centren bestehen wie die darunter liegende Ebene der Centre de Sante et de Promotion Sociale aus einem Kleinspital und einer Geburtstation, allerdings in größerer Auslegung. Zusätzlich haben die Centre Medicales in der Regel eine sogenannte Antenne Chirurgicale (kleinen Operationsaal).

³² http://www..laafi.at/burkina_faso/fespaco.html.

³³ Schilling, Corinna: Blasenbilharziose im Seno/Burkina Faso. Kombinierte Nachweismethoden, der Wissensstand der Bevölkerung und die Bekämpfung durch das Gesundheitswesen. Gießen 1991. S. 18-19.

Diese Einrichtungen haben im Regenfall Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Pädiatrie. Hinzu kommen ein einfaches Labor sowie eine Röntgenabteilung. Für die gesamte Einrichtung sind ein bis zwei Ärzte zuständig, die oft mit Verwaltungsaufgaben des Distriktes beschäftigt sind. Deshalb wird ein Teil der Arbeit von nichtärztlichem Personal übernommen. Eigentliche Pflgetätigkeiten werden in diesen Einrichtungen von Familienangehörigen übernommen.³⁴

6.4 Centre Hospitalier Regional (CHR), Centre Hospitalier National (CHN)

Die Regionalkrankenhäuser und die Nationalkrankenhäuser sind in Burkina Faso begrenzt repräsentativ. Im ganzen Land gibt es nur zwei CHN und sechs CHR.³⁵ Sie dienen fast ausschließlich der stationären Krankenversorgung. Ihr Differenzierungsgrad ist unterschiedlich. Im Regionalkrankenhaus sind die Fachrichtungen Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Zahnarztabteilung und Allgemeinchirurgie vertreten. Die beiden Nationalkrankenhäuser haben Abteilungen für alle landesrelevanten Fachrichtungen. Beide Krankenhaustypen sind direkte Referenzeinrichtungen für die Gesundheitszentren und Distriktkrankenhäuser, das heißt die Patienten werden in zwei Fällen an die Krankenhäuser überwiesen: Erstens wenn vor Ort aufgrund von Mangel an Infrastruktur und Personal keine Operationsmöglichkeit besteht oder bei der Entbindung schwere Komplikationen auftreten; zweitens wenn die finanziellen Mittel des Patienten gesichert sind, da die Patienten für die Kosten selbst aufkommen müssen.

³⁴ [http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/01-Laender/Burkina Faso](http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/01-Laender/Burkina_Faso).

³⁵ Schilling, Corinna: „Blasenbilharziose im Seno / Burkina Faso. Kombinierte Nachweismethode, der Wissensstand der Bevölkerung und die Bekämpfung durch das Gesundheitswesen“. Giessen 1991. S. 17.

Abb.3 Die Pyramide des Gesundheitswesens

<u>Gesamtzahl *</u>		<u>Verantwortlich für:</u>
2	HN	3
6	CHR CHR	8,5
51	CM CM CM CM	6,2
317	CSPS CSPS CSPS CSPS CSPS	23,7
7500	PSP PSP PSP PSP PSP PSP PSP	

(HN: Hopital National, CHR: Centre Hospitalier Regional, CM: Centre Medical, CSPS: Centre de la Santé et de la Promotion Sociale, PSP: Poste de Santé Primaire)

* Quelle: MS, 1987a

Abbildung 2: Die Pyramide des Gesundheitswesens³⁶

7. Ausbildungen in den Gesundheitsberufen

7.1 Dorfgesundheitshelfer

„Die elementaren Kulturtechniken aus europäischer Sicht, nämlich Lesen und Schreiben, braucht ein Dorfgesundheitshelfer keineswegs zu beherrschen, um Kranke erfolgreich zu betreuen, wirksame Versorgung zu leisten und auch Ergebnisse seiner Arbeit festzuhalten“.³⁷

Der Dorfgesundheitshelfer wird von der Dorfgemeinschaft als Vertreter im Bereich Gesundheit ernannt. Nach den Alma-Ata-Ausbildungsrichtlinien³⁸ muss er bestimmte Kriterien erfüllen wie:

1. Er muss in diesem Dorf arbeiten und dort geboren sein.
2. Er muss älter sein und ausreichend Lebenserfahrung mitbringen.
3. Er sollte immer auffindbar sein.

Der Ernante erhält eine Grundausbildung, arbeitet jedoch vorrangig in seinem eigentlichen Beruf weiter. Seine hauptsächlichen Aufgaben bestehen in der Prävention, d. h. er soll sein

³⁶ Schilling, Corinna: Blasenbilharziose in Seno/ Burkina Faso Kombinierte Nachweismethoden, der Wissensstand der Bevölkerung und die Bekämpfung durch das Gesundheitswesen.

³⁷ Körngen, Helmut: Heilen in der Dorfgemeinschaft: Analphabeten als Dorfgesundheitshelfer im burkinischen Sahel. Berlin 1990. S.1.

³⁸ auch Burkinische Ausbildungsrichtlinien.

Wissen an die Dorfbevölkerung weitergeben und bei der Grundversorgung der Erkrankten helfen.

7.1.1 Ausbildung der Dorfgesundheitshelfer nach den Ausbildungsrichtlinien der Alma-Ata-Konferenz

Die Ausbildung dauert zwei Wochen nach Alma-Ata-Ausbildungsrichtlinien, (nach den Ausbildungsrichtlinien der WHO sollte die Ausbildung mindestens vier bis sechs Wochen dauern) und erfolgt in einem Distriktkrankenhaus von Burkina Faso. Weiterhin sollten jedes halbe Jahr eine viertägige Fortbildung im Distriktkrankenhaus oder in einem Dorf eines Teilnehmers abwechselnd stattfinden. Die Dörfer selbst müssen für die entstehenden Kosten aufkommen. 1976 wurden vom leitenden Krankenpfleger des Distriktkrankenhauses in Gorom-Gorom, Bruno Da, und Mitarbeitern des CIDR und SCF Ausbildungsinhalte festgelegt. Zu allen erlernten Krankheitsbildern sollten folgende Fragen beantwortet werden können:

Wie äußert sich die Krankheit?

Was kann man dagegen tun?

Woher kommt die Krankheit?

Wie kann man sie vermeiden? (präventive Maßnahmen)

7.1.2 Unterrichtsprogramm nach Alma-Ata-Ausbildungsrichtlinien

Ganz am Anfang wird mit den Auszubildenden die Rolle des Dorfgesundheitshelfers besprochen. Er soll Krankheiten im Rahmen der Nachbarschaftshilfe therapieren und die Dorfbewohner über Prävention aufklären und motivieren. Nach dem Kennenlernen und Besprechen, was auf die Teilnehmer zukommt und von ihnen erwartet wird, gehen die Teilnehmer mit den Ausbildern zum Abschluss des ersten Tages durch das Dorf, wo sie nach Orten und Verhaltensweisen schauen sollen, die die Verbreitung von Krankheitserregern fördern. Danach wird gemeinsam darüber gesprochen, was verbessert werden kann.

An den folgenden Tagen werden Krankheitsbilder in Ursache, Behandlung und Prävention besprochen. Weiterhin wird aufgezeigt, bei welchen Kriterien eine Überweisung in das nächste Gesundheitszentrum erforderlich ist. Hierbei ist genauestens für jede Krankheit festgelegt, bei welchen Komplikationen der Erkrankte überwiesen werden muss.

Ebenso wird besonders auf gefährdete Gruppen wie z. B. Säuglinge oder Schwangere eingegangen und auf schwere Krankheitsverläufe. Die Dorfgesundheitshelfer werden auch zur Durchführung der jährlichen Malariaphylaxe in der Regenzeit ausgebildet, welche sie in ihrem Dorf durchführen müssen. Da über 80% der Bevölkerung in Burkina Faso Analphabeten sind, ist die Dokumentation speziell für Analphabeten ausgerichtet. Diese Dokumentation wird während der gesamten Ausbildung geübt. Die Ausbildung beinhaltet auch einen Besuch bei einem schon erfahrenen Dorfgesundheitshelfer, mit dem sich die Teilnehmer austauschen können.

Als Nachschlagewerk wurde schon 1976 ein Heft für die Dorfgesundheitshelfer entwickelt, in dem alle Krankheiten durch Bildsymbole gekennzeichnet wurden. Um Verwechslungen zu vermeiden, wurden zusätzlich noch Kennfarben eingeführt. So haben auch Tablettenbehälter zur Malariabekämpfung eine Kennfarbe. Ebenso hat das in Dosen aufbewahrte Verbandsmaterial eine Kennfarbe. Bestehen vom Alter abhängig unterschiedliche Dosierungen, so werden diese mit Bildsymbolen gekennzeichnet.

Abschließend wird das erlernte Wissen der Teilnehmer in einem Rollenspiel geprüft, und zwar in einer eigenen Sprechstunde im Distriktkrankenhaus und unter Aufsicht eines Pflegers und in einem ausführlichen Abschlussgespräch. Die Alma-Ata-Ausbildungsrichtlinien und der Unterrichtskatalog der WHO unterscheiden sich hauptsächlich in der Gewichtung der acht Elemente, wo z. B. die Alma-Ata-Konferenz die Priorität auf Prävention und die WHO ihre Priorität auf die Infektionskrankheiten, Unfälle und andere häufig auftretende Probleme legt. Weiterhin spricht die WHO die Bereiche Mutter/Kind und Ernährung den Dorfhebammen zu und erwähnt z. B. Impfungen überhaupt nicht.³⁹

7.1.3 Fortbildung

Die Fortbildungen werden in zwei Teile aufgeteilt, in einen festen und einen variablen Teil. Im festen Teil, der immer in Gorom-Gorom stattfindet, wird wieder in einem Rollenspiel das Wissen der Dorfgesundheitshelfer abgefragt, neue Krankheitsbilder werden besprochen und es wird über das vergangene halbe Jahr gesprochen und sich ausgetauscht. Der variable Teil findet immer in einem Dorf eines Teilnehmers statt, wo sie sich mit Gesundheitsförderung

³⁹ Schilling, Corinna: Blasenbilharziose im Seno/ Burkina Faso Kombinierte Nachweismethoden, der Wissensstand der Bevölkerung und die Bekämpfung durch das Gesundheitswesen. Gießen 1991. S.34-35.

und Krankheitsversorgung befassen. Die Dorfgesundheitshelfer stellen ihre Arbeit der Dorfbevölkerung vor und ermuntern sie zur Mitarbeit an einem Projekt.

7.1.4 Ausstattung eines Dorfgesundheitspflegers

Medikamente:

Arzneimittel zur Malariabehandlung, Aspirin zur Bekämpfung von Schmerzen und Fieber, Salzmischung (Kochsalz, Kaliumchlorid, Natriumbicarbonat zu gleichen Teilen) zur Herstellung von Elektrolyt-Lösung zur Behandlung von Durchfallerkrankungen, Tetracyclin-Augensalbe 3 % zur Konjunktivitisbehandlung, Sulfonamid-Wundpuder, Methylenblau-Lösung, Mercurochrom und Schwefelpulver sollten in der Basisausstattung vorhanden sein.

Verbandsmaterial:

Verbandswatte, Kompressen, Mullbinden und Heftpflaster.

Sonstiges:

Ein schwarzer Stein⁴⁰, ein Messlöffel⁴¹, eine Schere, eine Pinzette, ein Wachstuch, zwei kleine Plastischalen, eine Taschenlampe und Schwefelpaste zur Behandlung von Kopfläusen und Krätze.

Einmal im Monat kommen zwei lokal rekrutierte Hilfskräfte, welche eine pädagogische Ausbildung durch die CESAO⁴² erhalten haben. Diese sollten eigentlich mit dem Dorfgesundheitshelfer über Probleme der Prävention u. ä. sprechen, doch sie beschränken sich lediglich auf die Kontrolle des Arbeitsmaterials.

7.1.5 Bezahlung

Es wurden am Anfang des Projektes verschieden Arten der Bezahlung des Dorfgesundheitshelfers ausprobiert, jedoch bewährte es sich schließlich, dass die Patienten ihre Behandlung direkt bezahlen.

⁴⁰ Der schwarze Stein wird aus Tierknochen gebrannt und wird von der Bevölkerung als Heilend empfunden, besonders wirksam zur Ruhigstellung bei Gifttierbissen. Die Wirkung ist nicht Wissenschaftlich belegt.

⁴¹ Können aus Kronkorken und Getränkebüchsen hergestellt werden, nach Anleitung von Werner und Bower im Buch „Helping Health Workers Learn“.

⁴² Centre d'Etudes Economiques et Sociales de l'Afrique de l'Ouest.

Der Dorfgesundheitshelfer kauft die Medikamente in der Genossenschaftsapotheke in Gorom-Gorom und verkauft sie zu einem festgelegten Aufpreis an die Patienten weiter. So wird nicht die Hilfeleistung bezahlt und das Prinzip der Nachbarschaftshilfe ist noch immer gewährleistet.⁴³

7.2 Heiler

„In Afrika sind es die magisch-religiöse Weltanschauung und ein soziosomatisches Konzept, die die traditionelle Medizin weitgehend bestimmen. Die Umwelt erstreckt sich bis zu den Toten. Dieser ganzheitlichen Vorstellung gemäß entstehen Krankheiten aus disharmonischen Zuständen. Um zu gesunden, muss die psychisch-physische Balance wieder hergestellt werden.“⁴⁴

Bei den meisten afrikanischen Stämmen sind die Heiler verheiratete Frauen, die sich zum Heiler berufen fühlen und dadurch von der Gesellschaft sehr geschätzt werden. Über 80% der Burkinabén gehen bei gesundheitlichen Problemen sowohl physischer als auch psychischer Art zu einem Heiler. Sie gehen nicht nur zu ihm, weil sie sich die verschriebenen Medikamente nicht leisten können „oder es sie überhaupt nicht zu kaufen gibt“⁴⁵, sondern weil die traditionelle Medizin ein fester Bestandteil ihre Kultur ist. Die traditionelle Medizin ist seit 1994 gesetzlich anerkannt. Mittlerweile gibt es 30.000 anerkannte Heiler in ganz Burkina Faso.⁴⁶ Jedoch nehmen auch viele Burkinabén die „westliche“ Medizin zusätzlich in Anspruch, gerade wenn es sich um organische Beschwerden oder chirurgische zu behandelnde Erkrankungen handelt.

Die Heiler therapieren jegliche Art von Beschwerden mit Kräutern, die rituelle Therapie wird hauptsächlich bei chronischen und psychischen Problemen eingesetzt. Da in Afrika die Geister der Verstorbenen häufig für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden, werden auch Wahrsager, die sich mit Kräutern auskennen, als Heiler bezeichnet und häufig zur Diagnosestellung zu Rate gezogen. Wenn ein Patient zu einem Heiler geht, dann nimmt er Verwandte oder Freunde mit, damit sie ihn unterstützen können und damit der Heiler mögliche negative

⁴³ Körngen, Helmut: Heilen in der Dorfgemeinschaft. Analphabeten als Dorfgesundheitshelfer im burkinischen Sahel. Berlin 1990. S. 37-41, 62-64.

⁴⁴ <http://www.wienerzeitung.at/Desktopdefault.aspx?TabID=3946&Alias=wzo&lexikon=Medizin&letter=M&ccb=4566> Zum Heiler oder in die Apotheke? S.1

⁴⁵ Interview mit Johann Murauer vom 15.Dezember 2007.

⁴⁶ <http://www.inwent.org/vez/lis/burkina/seite4.htm>.

Schwingungen schneller herausfinden kann. Bei geringen Beschwerden oder Verletzungen übernehmen meist die Mütter die Behandlung, da die Wege zu einem Heiler meist zu lange und die Kosten zu hoch sind. „Im Distrikt Solenzo in Burkina Faso beispielsweise therapieren Mütter 70 % der leichten Erkrankungen und ungefähr 40 % der schwereren Fälle mit traditionellen Heilmitteln.“⁴⁷

7.3 Weitere Ausbildungen

Arzt = Medical officer

Der medical officer muss sein Abitur gemacht haben, danach ein fünfjähriges Studium absolvieren, nach dem Studium erfolgt eine praktische Ausbildung, die von einem Spezialisten begleitet wird.⁴⁸ Diese findet nur für Ärzte statt, die in Regionalkrankenhäusern arbeiten. Alle anderen erlernen die Fähigkeiten eines Allgemeinmediziners und zusätzlich operative Eingriffe in den Fächern Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe.

Praktischer Arzt = Medical assistant

Bei diesem Beruf (der in Deutschland nicht existiert) hat der Arzt eine Fachhochschulausbildung. Diese Ausbildung dauert drei Jahre und ist nur mit einem Abitur möglich. Sie ist auf die praktische Medizin auf dem Land bezogen. Die praktischen Ärzte leiten auf dem Land die healthcare centers und dispensaries⁴⁹, können jedoch auch selbstständig in den Ambulanzen in Krankenhäusern arbeiten.

Krankenpflegerin/-pfleger = Nurse

Es gibt zwei Arten, einmal die registered nurses, welche Abitur gemacht haben und einmal die enrolled nurses, die die Realschule absolviert haben. Die Berufsausbildung dauert wie in Deutschland drei Jahre. Da sie auf dem Land größtenteils selbstständig, d. h. ohne Arzt arbeiten, lernen sie die Diagnosen und Therapien der häufigst auftretenden Erkrankungen. Sie können ein Dispensary oder Subdispensary selbstständig leiten.

⁴⁷<http://www.wienerzeitung.at/Desktopdefault.aspx?TabID=3946&Alias=wzo&lexikon=Medizin&letter=M&cob> Zum Heiler oder in die Apotheke? S.2

⁴⁸ Zur Dauer des praktischen Ausbildungsteil standen leider kein Daten zur Verfügung.

⁴⁹ Dispensaries = Apotheken

Hebamme = Midwife

Auch hier wird wieder zwischen den registered und enrolled midwives unterschieden. Die Hebammen führen alle Geburten alleine durch, nur bei Komplikationen müssen sie die werdenden Mütter in ein Krankenhaus überweisen.

Hilfskrankenschwester/-pfleger = Nursing aid oder dresser

Die Hilfskrankenschwestern bzw. -pfleger müssen sechs Jahre zur Schule gegangen sein und haben dann eine ca. halbjährige praktische Ausbildung absolviert. Diese Ausbildung findet in den Distriktkrankenhäusern oder in den Ambulanzen statt. Besonders gute Hilfskrankenschwestern und -pfleger können ein subdispensary leiten.

Nurse / midwife, health visitor und health educator

Die Krankenschwester schließt nach ihrer Ausbildung eine 18-monatige Zusatzausbildung zur Hebamme, die health visitor eine 18-monatige Ausbildung zur Sozialarbeiterin und der health educator eine genauso lange Ausbildung zum Pädagogen ab.

Hochqualifizierter medizinischer Assistent = Lab technologist

Für die fünf Jahre dauernde Ausbildung an einem College braucht man das Abitur.

Medizinisch-technischer Assistent (MTA) = Lab assistant

Erforderlich sind für diese Ausbildung der Realschulabschluss und eine zweijährige Ausbildung.

Röntgenassistent = Radiographer, Anästhesiepfleger = anaesthetic assistant, Zahnarzt-assistent = public health dental assistant

Voraussetzung sind das Abitur und eine dreijährige Ausbildung am College. Später übernehmen sie die Aufgaben des Röntgenarztes, des Anästhesisten und des Zahnarztes.

Apothekenhelfer = Dispenser

Voraussetzung ist das Abitur und eine dreijährige College-Ausbildung. Meistens arbeiten sie in der Krankenhausapotheke und stellen Medikamente, Salben, Infusionslösungen usw. her.

Gesundheitsinspektor = Health inspector

Er ist für die Hygieneüberwachung auf Märkten, in Restaurants, für Trinkwasserversorgung und Abfallbeseitigung zuständig. Ebenfalls ist er für den Brunnenbau, den Latrinenbau, die Bekämpfung von Ungeziefer und Ratten zuständig. Für diese Ausbildung braucht man das Abitur und eine dreijährige College-Ausbildung.

Health assistant und health worker

Die Berufsausbildung ist nur praktisch und dauert einige Monate. Man muss sechs Schuljahre absolviert haben.⁵⁰

8. Projekte zur Gesundheitsversorgung von Nichtregierungsorganisationen (NGOs)⁵¹

Die WHO

Das Programm der WHO versucht für alle Menschen den höchstmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen, indem es versucht, die Mortalität und Morbidität durch z. B. akute Infektionskrankheiten, Durchfallerkrankungen, Malaria, Unterernährung, HIV zu reduzieren und die Bedingungen für Schwangere und Neugeborene zu verbessern mit dem Ziel, die Lebenserwartung zu steigern.⁵²

Laafi⁵³

Der Verein wurde von Viktoria und Youssouf Tapsoba gegründet mit dem Ziel, eine Notversorgungsstelle in Boulmiougou, einem Stadtteil in Ouagadougou, zu errichten. 2003 konnte das Ziel erreicht werden und das Kleinspital wurde eröffnet. Die vorarlberger Landesregierung und der Verein für Entwicklungszusammenarbeit unterstützten Laafi dabei. Die Patienten müssen pro Behandlung ca. 0,76 Euro bezahlen.⁵⁴

⁵⁰ Sabine Joó: Krankheiten der Armut: Perspektiven der Gesundheitsplanung in Afrika. Berlin 1990. S.33-36.

⁵¹ NGO: non-governmental organisation.

⁵² http://www.erecruit.who.int/public/mak/docprep.asp?jobinfo_uid_c=18460&gopdf=1&userpdf=1&vaclang=en WHO Medical Officer Child and Adolescent Health, Ouagadougou S.1-2.

⁵³ Laafi" heißt "Gesundheit" auf Moré.

⁵⁴ <http://www.members.telering.at/VEZ/index.html> Gesundheitszentrum in Ouagadougou.

Der Orden der Kamillianer⁵⁵

Sie haben zur Zeit zwei Projekte in Burkina Faso. Das eine ist die Bewirtschaftung von 100 Hektar Land durch Landwirtschaft und Viehzucht und das andere Projekt ist eine Augen-Ambulanz, die Blinde und stark sehbehinderte Menschen versorgt.⁵⁶

Weiterhin gibt es viele Länder und Unternehmen, die Burkina Faso besonders im Gesundheitsbereich unterstützen, wie zum Beispiel die Niederlande, Belgien Norwegen, Japan, die Europäische Union, Deutschland, die African Development Bank, die Islamic Development Bank und UNICEF.⁵⁷

⁵⁵ Kamillianer = Missionars Orden.

⁵⁶ http://www.kamillianer.at/mission/07_3_burkina.htm.

⁵⁷ <http://www.PHRplus.org> Maternal Health Financing Profile: Burkina Faso Nov.2002. S. 8.

9. Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Versuche des Primary Health Care-Konzepts in Burkina Faso nicht erfolgreich durchgesetzt werden konnten. Obwohl das Konzept oft überarbeitet wurde, gab es wichtige Aspekte, die man nicht beachtet hatte. Zum Beispiel waren bei keiner der Konferenzen Entwicklungshelfer, Ärzte, Dorfgesundheitshelfer oder Betroffene aus der Bevölkerung dabei. Man hätte mehr auf die Probleme der auf dem Land lebenden Menschen eingehen und nicht fast das gesamte vorhandene Budget für die wenigen Krankenhäuser und wohlhabenden Minderheiten ausgeben sollen. Diese Gruppen wie Beamten, Angestellte des öffentlichen Dienstes, Mitarbeiter größerer Firmen, die durch regelmäßiges und vergleichsweise hohes Einkommen und sichere Arbeitsplätze sowieso schon privilegiert sind, profitieren von diesem System.⁵⁸

Letztlich ist die Verwirklichung von Gesundheit eine politische Aufgabe, es geht um eine gerechte Verteilung, um Zugang zu Gesundheitsstationen und um Krankenhäuser für alle. Eine Gesundheitsvorsorge, wie sie in Deutschland besteht, ist in Burkina Faso nicht vorstellbar. Auch ein Sozialversicherungssystem gibt es in seiner Gesamtheit nicht.

Die Umsetzung von PHC erfolgte nicht nur zögerlich, sondern zum Teil auch selektiv. Statt eines integrierten Ansatzes wurden einzelne Programme wie Impfkampagnen oder Mutter-Kind-Fürsorgen durchgeführt. Familienplanungsprogramme haben die immense Müttersterblichkeit verringern können. Dennoch zeigte sich, dass auch dieses isolierte Programm nach dem Ende der Finanzierung aus dem Ausland von den einheimischen Trägern der Gesundheitsfürsorge oft nicht weitergeführt wurde. An der Struktur des Gesundheitswesens hatte sich nichts geändert, da die Politiker primär an einer westlich orientierten, aber punktuellen Versorgung interessiert waren und weniger an der Zielvorgabe „Gesundheit für alle“.

Da in Burkina Faso, trotz nationaler und internationaler Zuschüsse, kaum Medikamente vorhanden sind oder sie so teuer sind, dass die Menschen sie sich nicht leisten können, sollte darüber nachgedacht werden, die traditionelle Medizin noch mehr in die Konzepte der Primary Health Care mit einzubeziehen. Die Naturheilmittel sind noch erschwinglich für die Burkina-bén.

⁵⁸ Lippsmeier, Georg: Institut für Tropenplanung. Basisgesundheitsseinrichtungen in Entwicklungsländer. Starnberg 1981. S. 26.

Zusätzlich sind in den letzten Jahren aufgrund der mangelhaften staatlichen Kontrolle des Arzneimittelmarktes neue Probleme aufgetreten. Medikamentenfälschungen sind inzwischen zu einer bedeutenden Bedrohung der Gesundheit der Menschen auch in vielen anderen Entwicklungsländern geworden.⁵⁹

Die Behandlungen müssen bar bezahlt werden. Umgerechnet kosten sie zwischen drei und vier Euro. Für einen Burkinabén, der etwa einen Euro am Tag zum Leben hat, ist das viel Geld. Hinzu kommen die verschriebenen Medikamente, die sie kaufen müssen.

Viele Hilfsorganisationen haben in Burkina Faso Brunnen für sauberes Trinkwasser gebaut, was gut ist, jedoch wurde dabei versäumt, die Menschen über den korrekten Umgang zu unterrichten. Die Regierung müsste regelmäßige Kontrollen und Wartungen durchführen, damit die Brunnen intakt bleiben und das Wasser weiterhin sauber ist. Gut 20 Jahre nach der Konferenz in Alma-Ata steht die Seuchenbekämpfung wieder auf der Tagesordnung.

Ein zentraler Punkt für die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins ist die Bildung. Tatsache ist, dass ca. 85 % der Bevölkerung von Burkina Faso nicht die notwendige Bildung haben. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass aufgrund fehlender Bildung die Realisierung des Konzeptes der primären Gesundheitsversorgung, welches auf die Bevölkerung übertragen wurde, nicht umsetzbar war. Es wurden viele präventive Projekte wie Ernährungsberatung, Gewichtskontrolle und Impfungen durchgeführt. Diese boten aber keine Akuthilfe für die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung. Daher war die Beteiligung der Bevölkerung an den Aktivitäten sehr gering.

Damit die Entwicklung des Gesundheitssystems von Burkina Faso in Zukunft erfolgreicher verläuft, müsste sie also demokratischer, integrierter, verbundener mit der traditionellen Medizin und nachhaltiger sein. Zu wünschen wäre es den Burkinabén auf jeden Fall, zumal sie mit ihrer Einstellung einen ungeheuren Lebenswillen mitbringen. Kathrin Rohde berichtet: „Auf die Frage „Wie geht es dir?“ gibt es in Afrika nur eine einzige Antwort: „Somé“, Danke, es geht schon viel besser. Dieses legendäre Wort wird noch auf dem Totenbett gesprochen, denn niemand wird zugeben, dass es ihm schlecht geht. Und es könnte ja auch gleich besser werden.“⁶⁰

⁵⁹ Hartog, Robert und Hermann Schulte-Sasse: Arzneimittel in der Dritten Welt. Die Rolle der deutschen Pharmaindustrie. Frankfurt am Main 1993. S. 78.

⁶⁰ Rohde, Katrin: Mama Tenga: Mein afrikanisches Leben. Köln 2002. S. 91.

Literaturverzeichnis

Bücher

Diesfeld, Hans Jochen: Gesundheitsproblematik der Dritten Welt. Darmstadt 1989.

Dolle, Ulrich: Gesundheit in der Dritten Welt. Utopie und Realität. Kassel 1988.

Hartog, Robert und Hermann Schulte-Sasse: Arzneimittel in der Dritte Welt. Die Rolle der deutschen Pharmaindustrie. Frankfurt am Main 1993.

Janssen, Volker: Wasser oder Leben. Bonn 1990.

Joó, Sabine: Krankheiten der Armut. Perspektiven der Gesundheitsplanung in Afrika. Berlin 1990.

Körngen, Helmut: Heilen in der Dorfgemeinschaft. Analphabeten als Dorfgesundheitshelfer im burkinischen Sahel. Berlin 1990.

Koller, Franziska: Entwicklungszusammenarbeit und Ethik. Eine Evaluation. Bern 2007.

Kuhn, Alice S.: Heiler und ihre Patienten auf dem Dach der Welt. Frankfurt am Main 1988.

Lippsmeier, Georg: Institut für Tropenplanung. Basisgesundheitsseinrichtungen in Entwicklungsländern. Starnberg 1981.

Rohde, Katrin: Mama Tenga. Mein afrikanisches Leben. Köln 2002.

Schilling, Corinna: Blasenbilharziose im Seno/Burkina Faso. Kombinierte Nachweismethoden, der Wissenstand der Bevölkerung und die Bekämpfung durch das Gesundheitswesen. Gießen 1991.

Schnee, Melanie: Der Primärarzt nach dem Gesundheitsgrundgesetz. Hamburg 2002.

Waibel, Gabi: Frauen in Burkina Faso. Saarbrücken 1992.

Wodtcke, Anne: West-Afrika-Reisehandbuch. Hohenthann 1994.

Interview

Murauer Johann: Ehrenamtlicher Mitarbeiter des VEZ. 15. Dezember 2007

Internet-Quellen

<http://www.blaek.de>. BLÄK (Bayerische Landesärztekammer)

<http://www.tdh.de/content/index.html>. Terre de hommes Deutschland e. V. 2007: Gegen den Einheitsbrei, Burkina Faso: Ein Zentrum für unterernährte Kinder.

<http://www.aids-stiftung.de/cgi-bin/WebObjects/aidsstiftung.woa/1/wa/DirectoryUNAIDS/2006.29.E>, WHO. Dezember 2006.

<http://www.unicef.de/home.html>.

<http://www.who.int/en/>. WHO, 2002; Ezzati et al., 2002.

<http://www.auswaertiges-amt.de/BurkinaFaso.html>.

<http://www.parmed.de/cms/front>.

http://www.laafi.at/ger/burkina_faso/fespaco.html.

<http://www.Burkina.at>. „Deutschsprachiges Netzwerk alle Entwicklungsprojekte in Burkina Faso.

<http://www.ded.de/cipp/ded>.

<http://www.Oefse.at>.

http://www.erecruit.who.int/public/mak/docprep.asp?jobinfo_uid_c=18460&gopdf=1&userpdf=1&vaclang=en WHO Medical Officer Child and Adolescent Health, Ouagadougou.

<http://www.members.telering.at/VEZ/index.html> Gesundheitszentrum in Ouagadougou.

http://www.kamillianer.at/mission/07_3_burkina.htm.

<http://www.PHRplus.org> Maternal Health Financing Profile: Burkina Faso Nov.2002.

<http://www.wienerzeitung.at/Desktopdefault.aspx?TabID=3946&Alias=wzo&lexikon=Medizin&letter=M&cob=4566> Zum Heiler oder in die Apotheke?

<http://www.inwent.org/v-ez/lis/burkina/seite4.html>.

Von Isabel Khalik (und andere?)

**In Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger,
Frankfurt am Main**

Hausarbeit im dritten Ausbildungsjahr

Datum des Dokuments: 28.1.2008