

# AUSZEIT

Nr. 1 / 2  
25 Jg.

17

1987

**Multiplikatorenseminar**  
Studienbegleitprogramm

**Medizin in Entwicklungsländern**



**WORLD UNIVERSITY SERVICE**  
BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND  
WIESBADEN · BONN · STUTT GART

# WMS AUSZEIT

**auszählen** (sw. V.), (Boxen;: Ein am Boden liegender, hockender, sitzender Boxer wird vom Ringrichter im Sekudentempo von 1 bis 9 ausgezählt; bei 10 ist er ausgezählt und der Kampf ist beendet (-Knock-out).

**Auszeit** , die;-; -en (Basketball, Volleyball): Pause, Spielunterbrechung, die einer Mannschaft nach bestimmten Regeln zusteht. Die A. ist e. wesentliche Maßnahme, um auf das Geschehen Einfluß zu nehmen. Auszeit wird genommen, um

- taktische Maßnahmen für den Angriff oder die Verteidigung zu besprechen;
- der Mannschaft eine Erholungspause zu verschaffen;
- bei hektischer Spielweise das Spiel zu beruhigen;
- den Spielfluß des Gegners zu unterbrechen und die Mannschaft psychisch wieder aufzurichten.

Die Auszeit ist nur effektiv, wenn sie optimal genutzt wird. Taktische Anweisungen werden möglichst knapp und klar gegeben.

**auszementieren** (sw. V.): die Innenseite von etw. mit einer Zementschicht versehen: einen Schacht, einen Keller auszementieren.

Herausgeber: Institut für Tropenhygiene und öffentliches  
Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg

WORLD UNIVERSITY SERVICE,  
Deutsches Komitee e.V.

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. H.J. Diesfeld  
Institut für Tropenhygiene

Kambiz Ghawami  
World University Service

Redaktion: Oliver Razum, Regina Görden, Sigrid Tautz (Institut  
für Tropenhygiene)

Dieser Band erscheint gleichzeitig in der vom Institut für Tropenhygiene  
und öffentliches Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg  
herausgegebenen Schriftenreihe "Materialien des Modellversuchs" als  
Nummer 9.

Herstellung: Verlag für wissenschaftliche Publikationen,  
Ploenniesstraße 18, 6100 Darmstadt +  
Eindruck,  
Schaufelder Str. 17, 3000 Hannover 1

Druck: Gebr. Meurer, Darmstadt

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck mit Quellenangabe erlaubt gegen Übersendung von zwei  
Belegexemplaren.

# Inhaltsverzeichnis

1) Vorwort	S. 5-7
2) Das Programm des Seminars	S.9-11
3) Bisherige und geplante Aktivitäten an den verschiedenen Hochschulorten	S.13-23
4) Ziele der studienbegleitenden Aktivitäten	S.25-28
5) Planung der weiteren Arbeit der studienbegleitenden Initiativen an ihren Hochschulorten	S.29-35
6) Vortrag von Prof. Diesfeld zu neuen Entwicklungen auf dem Gebiet Primary Health Care; anschließende Diskussion	S.37-62
7) "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken" - Arbeit in Kleingruppen	S.63-74
8) Auswertung des Seminars durch die Teilnehmer	S.75-79
9) Nachwort	S.81-83
Anhang 1: Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung"	S.85-98
Anhang 2: Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten	S.99-108
Anhang 3: Lieferbare Hefte Auszeit und "ew"-Entwicklungsländer seit 1969	S.109



# Vorwort

Die hier vorliegende Broschüre dokumentiert die Arbeitsprozesse und –ergebnisse eines im Mai 1987 in Zusammenarbeit mit dem World University Service (WUS) durchgeführten Multiplikatorenseminars. Dieses Multiplikatorenseminar stellt die logische Konsequenz der bisherigen Arbeit des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" dar.

Von Anfang an war ein wesentliches Element der Konzeption des Modellversuchs dessen multiplikatorische Funktion, d.h. der Versuch einzelne Elemente des Modellversuchs an anderen Universitäten der Bundesrepublik zu verankern, um möglichst vielen ausländischen und deutschen Studierenden das Wahrnehmen eines studienbegleitenden entwicklungslandbezogenen Lehrangebotes zu ermöglichen. Dies wurde bereits im Förderungsantrag an die zuständigen Ministerien (Ministerium für Wissenschaft und Kunst Baden Württemberg, Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft) als Teilziel der Arbeit des Modellversuchs formuliert.

Die vergangenen Jahre waren der Implementierung des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" und der Anpassung des Curriculums an die sich in der praktischen Erprobung zeigenden Erfordernisse gewidmet:

Neben den an der Universität Heidelberg durchgeführten studienbegleitenden Lehrveranstaltungen - sie sind in Form der Materialenreihe 1-8 dokumentiert und Interessierten zugänglich - wurden von Anfang an auch überregional studienbegleitende Aktivitäten für ausländische und deutsche Studierende angeboten.

Dies

- zum einen in Zusammenarbeit mit Stipendienorganisationen und anderen Trägern wie der Otto Benecke-Stiftung (OBS), dem Kirchlichen Entwicklungsdienst (KED), dem Studienbegleitprogramm für Student(inn)en aus der Dritten Welt in Baden Württemberg (STUBE) und dem World University Service, Deutsches Komitee e.V. (WUS) in Form von fachbezogenen oder reintegrationsfördernden Blockseminaren
- und zum anderen semesterbegleitend durch die fachliche und personelle Unterstützung von Fakultäten, Fachschaften und anderen Initiativen in Form von Vorträgen und Beratung.

Die Nachfrage nach dieser überregionalen Arbeit des Modellversuchs weist eine stark wachsende Tendenz auf. Dies zeigt sich in einer zunehmenden Anzahl von Anfragen nach fachlicher, didaktischer und organisatorischer Beratung, nach Referententätigkeit und der Vermittlung von Kontakten. Diese Situation ließ ein gezieltes Multiplikatorenseminar sinnvoll erscheinen.

Konzentrierten sich bisherige Seminare im wesentlichen auf fachliche Aspekte, so war das Anliegen dieses Seminars erstmalig das gezielte Ansprechen studentischer Initiativen, die entweder schon seit längerer Zeit im Rahmen eines entwicklungslandbezogenen, studienbegleitenden Angebotes engagiert sind oder sich in der Planungsphase solcher Aktivitäten befinden.

Die Ziele des Multiplikatorenseminars waren - neben der fachlichen Auseinandersetzung - gemeinsam mit den studentischen Initiativen:

- eine Bedarfsanalyse an studienbegleitenden, entwicklungslandbezogenen Lehrangeboten und/oder Aktivitäten zur Unterstützung von ausländischen Kommilitonen zu erheben
- die Ziele und Zielgruppen solcher Angebote zu definieren
- Erfahrungen über die bisherige Arbeit der studentischen Initiativen zusammenzutragen und auszuwerten
- Anregungen zur weiteren Vorgehensweise und konkrete Planungen zu erarbeiten
- den Unterstützungsbedarf der Initiativen zu definieren.

Die einzelnen Schritte dieses Arbeits- und Diskussionsprozesses sind in der vorliegenden Broschüre dokumentiert.

Sie gibt einen Eindruck von der Vielfältigkeit des Engagements der studentischen Initiativen.

Sie zeigt die Grenzen und Schwierigkeiten dieser Arbeit.

Sie gibt Aufschluß über den Stand der Planungen

und sie weist auf den Unterstützungsbedarf der Initiativen hin.

Sie möchte ermutigen und gleichzeitig zeigen, daß Wege gefunden werden sollten, um dem Engagement der studentischen Initiativen eine institutionalisierte Unterstützung zu gewährleisten.

Dem World University Service sei an dieser Stelle für die Ermöglichung dieses Seminars und die fruchtbare Zusammenarbeit nochmals herzlich gedankt.

Heidelberg, im August 1987

Prof. H. J. Diesfeld



## 2) Das Programm des Seminars

Die inhaltliche Gestaltung des Multiplikatorenseminars lag in den Händen des Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern". Um der Zielsetzung dieses Seminars, dem Erfahrungsaustausch, der Unterstützung und Förderung sowie der inhaltlichen und methodischen Anregung studentischer Initiativen möglichst umfassend gerecht zu werden, war das Programmangebot in einen planerischen und einen inhaltlichen Teil gegliedert.

Für den planerischen Teil wurde den Teilnehmern vorgeschlagen, ihre bisherigen und die für die nächsten Semester geplanten Aktivitäten in Form von Wandzeitungen auf Stellwänden zu präsentieren. Der nächste Schritt sollte ein "Brainstorming" zu den Zielsetzungen ihrer studienbegleitenden Aktivitäten sein. Abschließend sollte Gelegenheit bestehen, Bedürfnisse nach inhaltlicher und fachlicher, aber auch nach finanzieller Unterstützung zu äußern.

Im fachlichen Teil berichtete Prof. H.J. Diesfeld vom Tropeninstitut Heidelberg über den Stand der internationalen gesundheitspolitischen Diskussion um eine gemeindegetragene Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) gegenüber vertikalen Interventionsprogrammen.

Die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung" schließlich sollte den Teilnehmern Gelegenheit zu eigenen Aktivitäten geben. Einerseits konnten sie dabei Schwierigkeiten einer partizipatorischen Gesundheitsberatung (ein wesentliches Element von Primary Health Care) selbst erleben; andererseits war das Anliegen, die Arbeit mit neuen Vermittlungstechniken und didaktischen Hilfsmitteln einzuführen und damit den Studenten methodische Anregungen für die Gestaltung eigener Seminare und Workshops zu geben.

Anmeldung:

Die Anmeldung sollte bis  
spätestens

18.5.1987

bei

World University Service  
Deutsches Komitee e.V.  
Goebenstr. 35  
6200 Wiesbaden  
Tel.: 06121/45525

erfolgen.

Teilnehmergebühr:

Die Kosten für An- und Abreise  
werden in Höhe der Bundesbahn  
2. Klasse übernommen.

Kosten für Unterkunft und Verpflegung  
zahlen die Veranstalter.

Die Teilnehmergebühr beträgt  
DM 40,--.

Veranstalter:

World University Service  
Deutsches Komitee e.V.  
in Zusammenarbeit mit dem  
Modellversuch "Lehrangebot Medizin  
in Entwicklungsländern"  
am Institut für Tropenhygiene und  
öffentliches Gesundheitswesen am  
Südasiainstitut der Universität  
Heidelberg

STUDIENBEGLEITPROGRAMME

MEDIZIN IN  
ENTWICKLUNGSLÄNDERN

- Workshop für  
Multiplikatoren -

22.-24. Mai 1987

in

Idstein/Taunus

### Zielsetzung:

Das Multiplikatorensseminar "Medizin in Entwicklungsländern" richtet sich an Studenteninitiativen/Fachschaften in denen ausländische und deutsche Medizinstudenten gemeinsam zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern arbeiten oder studienbegleitende Aktivitäten für die Zukunft planen. Wir werden die bisher vorliegenden Erfahrungen zusammentragen, auswerten und zukünftige Aktivitäten planen. Hierbei sollen auch die Möglichkeiten (und Grenzen) der Unterstützung und Förderung durch WUS, dem Institut für Tropenhygiene Heidelberg u.a. angesprochen werden. Darüber hinaus werden wir das Seminar nutzen um mit Prof. Dr. Diesfeld Erfahrungen und neuere Tendenzen im Bereich der primären Basisgesundheitsversorgung zu diskutieren. Mit einem der 8 Elemente von PHC "Health Education" werden wir uns in Kleingruppen unter dem Aspekt der Partizipation der Zielgruppen intensiver beschäftigen.

### Programm:

Freitag, 22. Mai 1987

Anreise bis 18.00 Uhr

18.15 Uhr Abendessen

19.30 Uhr Begrüßung und gegenseitige Vorstellung

Präsentation der durchgeführten bzw. geplanten Aktivitäten der verschiedenen Gruppen

Samstag, 23. Mai 1987

9.00 Uhr "Comprehensive versus selective Primary Health Care" Erfahrungen und Tendenzen 9 Jahre nach Alma Ata"

Ref.: Prof. Dr. H.J. Diesfeld

11.30 Uhr "Health Education" - Probleme zielgruppengerechter Kommunikation

Erarbeitung einer partizipatorischen Darstellung in Gruppenarbeit

13.00 Uhr Mittagessen

Fortsetzung der Gruppenarbeit

16.30 Uhr Interessengebiete und Themenvorschläge für Studienbegleit-

programme

Möglichkeiten der Förderung und Unterstützung

19.00 Uhr Abendessen

20.00 Uhr Videofilm (verschiedene Angebote zur Auswahl)

Sonntag, 24. Mai 1987

9.00 Uhr Entwurf eines Studienbe-

gleitprogramms: Welche Themen sollten ausgewählt werden? Mit welchen Methoden können sie erarbeitet werden? Welche materielle/finanzielle und personelle Unterstützung wird benötigt?

11.00 Uhr Seminaarauswertung

12.00 Uhr Mittagessen, danach Abreise

Moderation: Regina Görgen

Sigrid Tautz

Oliver Razum

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des

Modellversuch "Medizin in Entwicklungsländern am Tropeninstitut der Universität Heidelberg



### 3) Bisherige und geplante Aktivitäten an den verschiedenen Hochschulorten

Nach einer Diskussion des Programmvorschlages und dem ersten gegenseitigen Kennenlernen am Freitag abend erläuterten die Seminarteilnehmer aus den acht vertretenen Hochschulorten (Freiburg, Hamburg, Mainz, Marburg, München, Münster, Ulm, Graz/Österreich) mit Hilfe von Wandzeitungen, die sie in Gruppenarbeit erstellt hatten, ihre bisherigen Aktivitäten für ein "Studienbegleitprogramm Medizin in Entwicklungsländern" und ihre Pläne für die nächsten Semester. Deutlich wurde, wieviel Zeit, Energie und Engagement die Studenten neben ihrem Studium für ihre Projekte aufgebracht hatten. Diese zusätzliche Arbeit wurde allerdings als eine "erhebliche Belastung" bewertet, die aber viel Spaß machen könne (vergleiche dazu das "Brainstorming" zu den Zielsetzungen).

#### **Was waren die Schwerpunkte der bisherigen Arbeit?**

Bei den meisten Initiativgruppen standen ganz oben an die Organisation von Vorträgen oder ganzen **Vortragsreihen** zum Thema "Gesundheit in der Dritten Welt". (Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten im Anhang). Als Referenten wurden meist "Rückkehrer" der Entwicklungsdienste oder Mitarbeiter des Instituts für Tropenhygiene Heidelberg, von "medico international" u.a. eingeladen.

Ebenso häufig genannt wurde die **Problematisierung von Famulaturen in der Dritten Welt**, mit dem Ziel, einen "Medizin-Tourismus" zu verhindern.

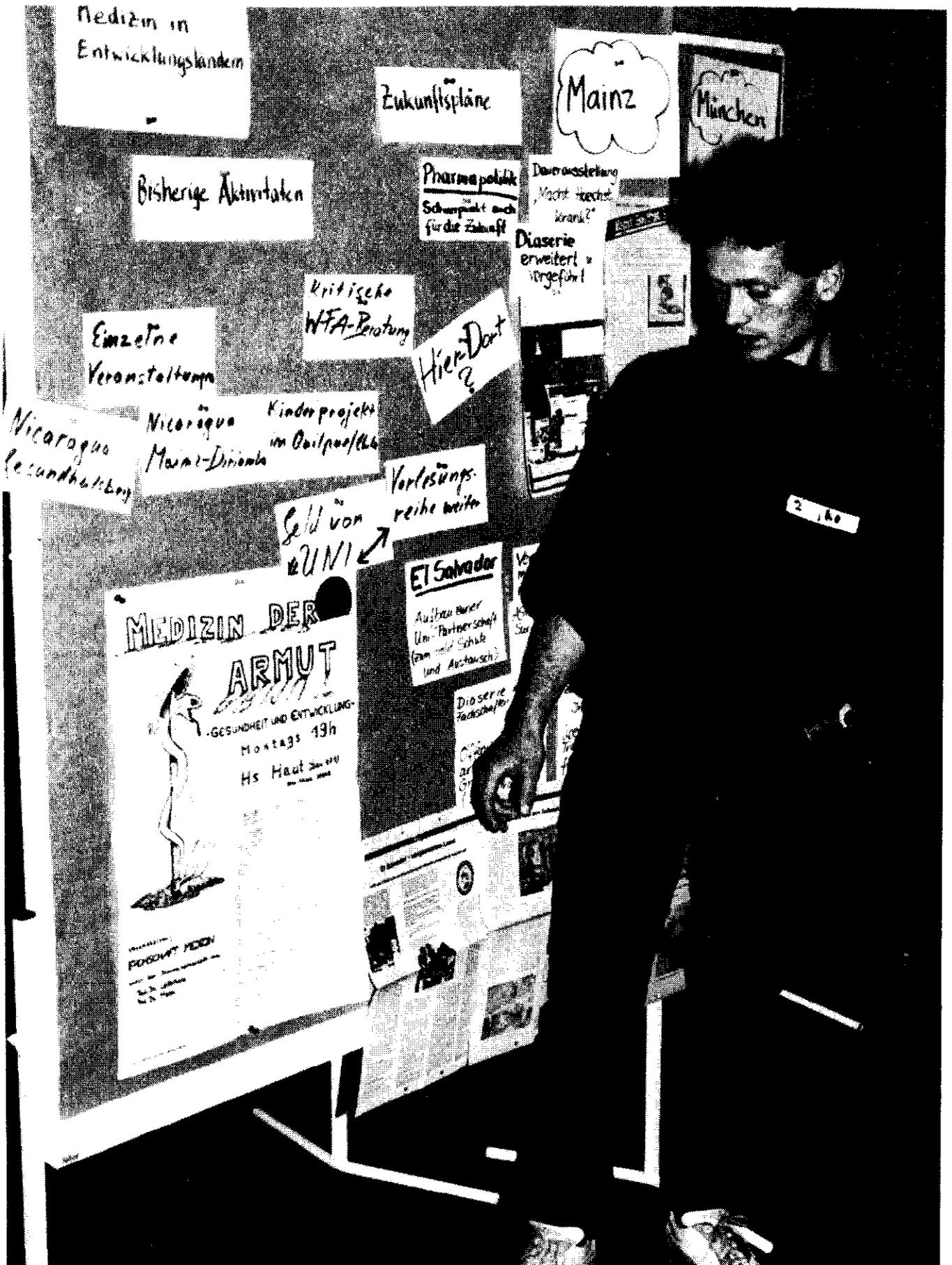
Die meisten Initiativgruppen hatten bereits Filmveranstaltungen oder Diaschauen zu verschiedenen Themen angeboten, z.B. zur Rolle der Pharmakonzerne in der Dritten Welt. Wegen der einfachen Organisation

und den vergleichsweise geringen Kosten sind ähnliche Veranstaltungen bei den meisten Gruppen auch weiterhin vorgesehen.

Einige Initiativen unterhalten oder planen **Partnerschaften** zu Projekten in Nicaragua bzw. zur Universität El Salvador.

Für viele Gruppen ist die **Betreuung von Kommilitonen aus Ländern der Dritten Welt** ein großes Anliegen; so werden etwa in Marburg Hilfe bei der Physikumsvorbereitung geleistet und Gesprächsmöglichkeiten bei persönlichen Problemen angeboten. Solche Betreuungsangebote sind eine Voraussetzung für die Einbeziehung ausländischer Kommilitonen in ein "Studienbegleitprogramm", denn nur so läßt sich die besondere Belastung dieses Kreises durch Prüfungsvorbereitungen etc. etwas reduzieren und die erforderliche Zeit und Energie für eine Mitarbeit freisetzen.

Vorstellung bisheriger und geplanter Aktivitäten mit Wandzeitungen



Medizin in  
Entwicklungslandern

Zukunftspläne

Mainz

München

Bisherige Aktivitäten

Pharmapolitik  
Schwerpunkt auch  
für die Zukunft

Dauerausstellung  
"Nacht höchst  
krank?"

Dissertation  
erweitert u  
vorgeführt

Kritische  
WFA-Beratung

Hier-Dort?

Einzelne  
Veranstaltungen

Nicaragua  
Gesundheitsbeg.

Nicaragua  
Mainz-Dresden

Kinderprojekt  
im Ostpreußen

Vortrags-  
reihe weiter

Geld von  
ZUNI

El Salvador  
Ausbau einer  
Univ.-Partnerschaft  
(Zusammenarbeit  
und Austausch)

Dissertation  
Forschung

**MEDIZIN DER  
ARMUT**  
GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG  
Montags 19h  
Hs Haut

Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungsländern"

Studienbegleitprogramm  
Medizin in  
Entwicklungsländern

Freiburg

Bisherige Aktivitäten

Zukunftspläne

Arbeitsgruppe

THEMEN

Medizin  
der Armut

Entwicklung  
politische  
Aspekte

tropenmedizin  
Themen

Problem  
Immer mehr  
und Deutsche

immer  
weniger  
Ausländer

Hohe Teilnehmer  
Fluktuation  
(viel "Erstinformierte")

Dialog  
verstärken

z.B.  
Referenten  
aus  
betroffenen Ländern

Wo sind  
die  
Ausländer?

# Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungsländern"

Studienbegleitprogramm  
Medizin in  
Entwicklungsländern

Hamburg

## Bisherige Aktivitäten

1. Beratung durch die  
FSR

Seit März '82  
regelmäßiges  
Gruppentreffen

seit Herbst '86  
Betreuung von 2 Studien  
Innen aus Nicaragua

erste Kontakte  
→ BUKO-Plasma-  
kampagne  
→ Fachbereich Ethno-  
logie (B. Pfeiderer)

"Eine köst-  
liche Zeit" mit  
Diskussion über  
Ingenieur

Zusammenarbeit mit  
dem Institut für  
Didaktik der  
Medizin

Beratung  
Bismarck  
an UKE

Auslandsfremdenberauf  
(Diss + Vortrag) mit an-  
schließender Diskussion  
→ Entwicklungspolitische Aspekte

Durchführung einer  
kontinuierlichen  
Veranstaltungsserie  
zu entwicklungspolitischen  
Themen +  
Medizin

## Zukunftspläne

Vorschläge  
zu WS 87/88  
Kongress 87  
- PNE (Pflanzung)  
- BUKO (Kampagne)  
- Ethnologie (Pfeiderer)

Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungsländern"

**Studienbegleitprogramm  
Medizin in  
Entwicklungsländern**

**Zukunftspläne**

**Mainz**

**Bisherige Aktivitäten**

**Pharmapolitik**  
Schwerpunkt auch  
für die Zukunft

Dauerausstellung  
„Macht Hoehst  
krank?“

**Einzelne  
Veranstaltungen**

*Kritische  
WFA-Berstattung*

**Diaserie  
erweitert u  
vorgeführt**

*caragua  
gesundheitliche*

*Nicaragua  
Moin-Diamba*

*Kinderprojekt  
im Oculopoe/Chis*

**Hier-Dort  
?**

*Seld von  
UN1*

**Vorlesungs-  
reihe weiter**

**El Salvador**

Aufbau einer  
Partnerschaft  
(Gemeinschaft, Schule  
und Austausch)

Veranstaltung  
mit FMLN und  
WUS

ASTA stellt 2  
Sur-place-Stipendien

**MEDIZIN DER  
ARMUT**

*W. U. I.*

-GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG-  
Montags 19h  
Hs. Haut 00.00

Veranstaltung:  
**DIASERIE MEDIZIN**  
über die Gesundheitsentwicklung

**Diaserie in allen  
fachschaften gezeigt**

**Wochenendseminar**  
zur eigenen  
Information  
Übernahme von  
Transportkosten  
für Zahnmed. Gerät  
(2355 US\$)

**El Salvador - vergessenes Land**

**El Salvador nach dem Erdbeben**

Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungskändern"





Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungsländern"

Münster

Bisherige Aktivitäten

Zukunftspläne

Kritische Hinterfragung der Motivationen

Referate und Vorträge:

Charakteristika von "Entwicklungsländern"

Tourismus

Medizin Tourismus

BEDÜRFTNISSE

TAMILANUR-BERICHT: INDIEN

TAMILANUR-BERICHT: Philippinen, Indonesien

Kritische Hinterfragung der Motivationen

EINLADUNG VON "RÜCKGEHRENN"

Anregung von "Lernenden Vorlesungen"

LITERATUR → UB

BROSCHÜRE

KONTAKTE → ESG

AIDS

AUFRÜSTUNG + LITERATUR

Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungsländern"

Studienbegleitprogramm  
Medizin in  
Entwicklungsländern

Ulm

Bisherige Aktivitäten

PHARMA  
INDUSTRIE  
IN DER SOG.  
3. WELT

A. FILME  
B. VORTRÄGE  
IN ZUS. ARBEIT  
MIT  
MEDICO INT.

BERICHTE VON  
GESUNDHEITS-  
BRIGADISTEN  
AUS NICARAGUA

Bisher keine  
organisierte  
ARBEIT!

Einführung  
org. Gruppen-  
arbeit

Referenten  
einladen  
(Entwicklungshelfer)

Workshops  
Themen!

Zusammenarbeit  
Infoaustausch  
mit anderen Gruppen  
(Fachschaft, ZAK, ESG, & Weltladen...)

Einbeziehung  
+  
Motivierung  
ausl. Studenten

Zukunftspläne

Wandzeitungen: Aktivitäten von studienbegleitenden Initiativen "Medizin in Entwicklungsländern"

Studienbegleitprogramm  
Medizin in  
Entwicklungsländern

Gra z

Zukunftspläne

Bisherige Aktivitäten

Seminarreihe  
14-täglich

in der  
GRUPPE

Themen + Referent/innen  
finden

Informationsaustausch

Begleitprogramm

für ausl. Kolleg/innen

Sie h  
↓

Medizin kritik

Informationssammlung

Aktionswoche

Vorträge über

Ferienakademie

Beginn: Feb. 88

Nicaragua-salud  
mental

KOLUMBIEN  
.OREWA

Buschspital  
Sambia

Tropen  
Medizin

Ausstellung

Arzneimittel-  
Allheilmittel?

Büchertisch

Kolumbien



## 4) Ziele der studienbegleitenden Aktivitäten

Über die Ziele ihrer studienbegleitenden Aktivitäten verständigten sich die Teilnehmer mit Hilfe der Technik des "Brainstorming".

Beim "Brainstorming" (Sammeln von Ideen und "Geistesblitzen") werden alle Einfälle zu einem vorgegebenen Thema stichwortartig auf Zetteln notiert, jeweils ein Einfall auf einem Zettel. Anschließend werden die Zettel sortiert und an eine Stellwand geheftet. Zusammengehörige Zettel können jeweils mit Überschriften versehen werden, um die entstehende "Wandzeitung" übersichtlicher zu gestalten.

Wichtig: Keine Idee (=kein Zettel) darf weggeworfen werden, egal wie "falsch" oder "unpassend" sie den anderen Mitgliedern der Arbeitsgruppe auch erscheinen mag.

Dann werden die fertigen Wandzeitungen im Plenum kurz vorgestellt. Dabei sind Verständigungsfragen zugelassen, eine inhaltliche Diskussion sollte aber nicht mehr stattfinden.

Mit der geschilderten Technik stellten die Seminarteilnehmer die Ziele ihrer studienbegleitenden Aktivitäten zusammen. Dabei zeigte sich, daß neben der inhaltlichen Auseinandersetzung und der Sensibilisierung von Kommilitonen für die Probleme einer Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt der Betreuung von ausländischen Kommilitonen zwar eine wichtige Rolle eingeräumt wird. Jedoch gelingt es oft nicht, diesen Kreis zu erreichen oder ihn in größerem Maße zur Mitarbeit zu motivieren. So liegt der Schwerpunkt der Arbeit eindeutig auf dem fachlichen Teil.

Die wichtigsten Punkte, die von den Seminarteilnehmern genannt wurden:

- \* **Neue Inhalte:** Die Teilnehmer wollen durch ihre Arbeit ihre

Neugier auf andere Probleme und Lösungsansätze befriedigen und komplementäres Wissen erarbeiten und vermitteln. Sie suchen die Auseinandersetzung mit anderen medizinischen Weltbildern. Durch die Aktivitäten soll etwas mehr Praxis in ihr Studium gebracht werden.

- \* **Bewußtsein/Kommunikation:** Die Teilnehmer wollen mit den studienbegleitenden Aktivitäten ihre Kommilitonen sensibilisieren und zum Nachdenken über die Probleme der Dritten Welt anregen.
- \* **Politisierung:** Eine Sensibilisierung allein kann aber nicht ausreichen. Ihr müssen Handlungen mit dem Ziel von gesellschaftlichen Veränderungen folgen. Dabei steht die Frage im Vordergrund, was sich (auch) hier bei uns in den Industrienationen verändern muß.
- \* **Ausländische Studierende:** Die Teilnehmer wünschen sich einen Dialog mit Student(inn)en aus den betroffenen Ländern, sowohl auf persönlicher als auch auf fachlicher Ebene. Dabei interessieren z.B. Themen wie die Diskussion High-Tech-Medizin vs. Basisgesundheitspflege. Ihrerseits möchten die Teilnehmer den ausländischen Studierenden Hilfe bei der Bewältigung des Studiums anbieten und Möglichkeiten zur Vorbereitung auf ihre spätere Berufssituation geben. Das Curriculum des Medizinstudiums hier in der Bundesrepublik ist in dieser Hinsicht bekanntlich wenig hilfreich.
- \* **Lust:** Ein wichtiges Motiv der Arbeit ist zweifelsohne auch die Lust, etwas zu tun. Ziele sind, sich mit anderen Interessierten zusammenzuschließen und Möglichkeiten aufzuzeigen, sich zu engagieren.
- \* **Feste Verankerung der studienbegleitenden Aktivitäten an den Universitäten:** Dieser Punkt ist für viele Gruppen von besonderer Wichtigkeit, da sie mangels Geldmitteln und "Nachwuchses" um den Fortbestand ihrer Initiative fürchten müssen.
- \* **Arztrolle:** Für viele Teilnehmer ist es wichtig, die eigene Rolle als Arzt zu hinterfragen und das Selbstverständnis der westlichen Medizin zu diskutieren. Dabei kann die Beschäftigung mit dem Thema "Gesundheit in der Dritten Welt" durchaus erhellend auf die Verhältnisse hier wirken.
- \* **Konkrete Tips:** Ein weiteres Ziel studienbegleitender Aktivitäten ist es, Anleitungen zu einem sinnvollen Arbeiten in der Dritten Welt zu suchen und zu geben. Einige Teilnehmer möchten auf diese Weise erste Schritte zur Konkretisierung eigener Pläne in Richtung einer Mitarbeit in der personellen Entwicklungshilfe machen.

Wandzeitungen: Ziele der studienbegleitenden Aktivitäten

Ziele von studienbegleitenden Aktivitäten

! **Feste Verankerung an Unversität**

**Zu produktiven Denken befähigen**

Anregung zum Nachdenken + Diskutieren über die Probleme der 3. Welt

Informationen über eine halbwegs vernünftige Entwicklungspolitik

Erfahrungsaustausch

**kritisches Überdenken anregen**

Bewusstseinserschaffung („Sensibilisierung“) bei Kommiliton(inen)

Bewußtwerden der „Entwicklungsprobleme“ und „Forum dafür finden“

**Bewußt sein**

**Kommunikation**

**Information erhalten u. Weitergeben**

Über Entwicklungsländer richtig zu informieren

**Lust**

**Interesse wecken**

Motivationen fördern

Möglichkeit zeigen, Einigkeit erleichtern

Interesse wecken + Interesse zusammen führen

→ Rollen spielen

→ Selbstverständnis anknüpfen

**Neue Inhalte**

komplexere, neues Wissen vermitteln

Auseinandersetzung mit anderen mediz. Weltbildern für Gesundheitsversorgung hier

Eigene Information

**mehr Praxis beim Studium**

**Modell für Studienreform**

**Neue Neugier auf andere Problematiken und Inhalte befriedigen**

Neue Inhalte in das Studium einbringen.

Anregung zu interdisziplinärer Diskussion (sog. ganzheitl. Medizin)

Ändere (!) Probleme und Lösungsansätze: z. B. Medizin, Biowissenschaften und verbinden

„Fach“ Wissen aneignen

**Arztrolle**

HelferInnen-Syndrom aufzeigen und kritisch hinterfragen.

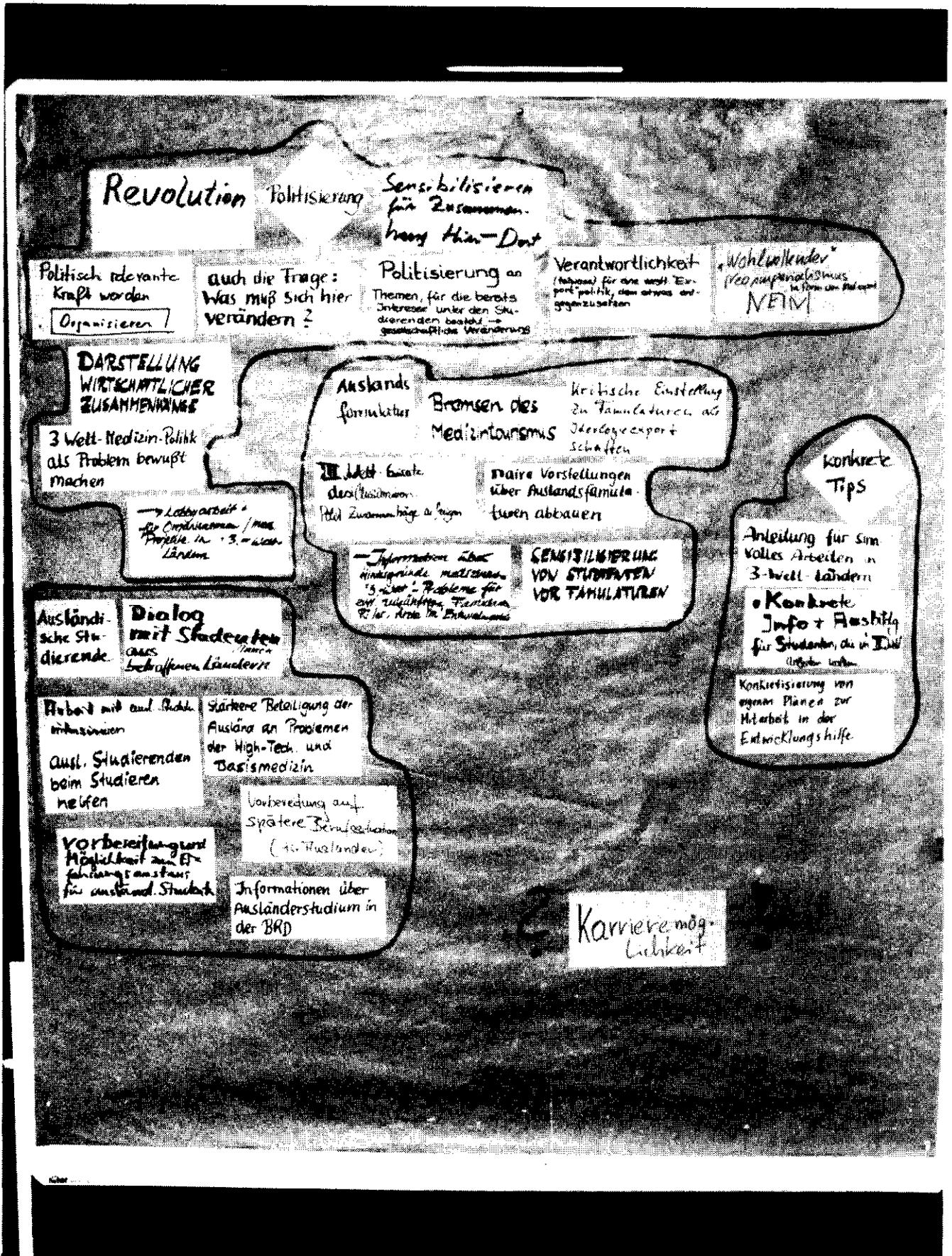
Die eigene Position als Arzt hinterfragen (& klären??)

**Arztbild relativieren**

Eigene Auseinandersetzung mit dem Themenbereich

Rolle der Medizin in der Welt zu klären u. kritische Zusammenhänge aufzeigen → Reduzierung

**Selbstverständnis der Medizin klären (auch hier)**



## **5) Planung der weiteren Arbeit der studentischen Initiativen an ihren Hochschulen**

In vier Gruppen wurden folgende Fragen zur Organisation der weiteren Arbeit der Studenten an ihren Hochschulorten bearbeitet:

- a) Welche Probleme und Fragen interessieren Euch?
- b) Mit welchen Methoden könntet Ihr sie erarbeiten?
- c) Welche materielle und personelle Unterstützung wäre wünschenswert?
- d) Welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten bestehen bei der Integration ausländischer Studenten?

Die Ergebnisse der vier Arbeitsgruppen werden hier zusammengefaßt wiedergegeben:

### **a) Welche Probleme und Fragen interessieren Euch?**

Neben den bereits weiter oben angeführten organisatorischen Problemen wie den Nachwuchssorgen kam unter diesem Stichwort zur Sprache, daß die Fluktuation unter den Veranstaltungsbesuchern oft sehr groß ist. Dadurch wird eine kontinuierliche Arbeit sehr erschwert, da immer wieder die gleichen Grundsatzdiskussionen geführt werden müssen.

Die Teilnehmer nannten eine ganze Reihe von methodischen Problemen, für die sie Lösungsansätze suchen. So beklagten sie, daß Vortragsreihen die Zuhörer oft zum passiven Konsumieren verführen. Dadurch bleibe deren Aktivierung und Politisierung gering.

Oft ist es für die Veranstalter schwer zu beurteilen, welche Themen beim Publikum gut ankommen werden. Bei medizinischen Themen wird offenbar eine länderbezogene Darstellung bevorzugt, alternativ sollte auf ein spezielles Thema ausführlich eingegangen werden, z.B. auf die orale Rehydratation.

Ein weiteres wichtiges, bisher aber noch nicht gelöstes Problem ist die Förderung einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Gebiet "Gesundheit in der Dritten Welt", vor allem mit Ethnologen und Soziologen.

Die Teilnehmer nannten schließlich ein breites Spektrum an inhaltlichen Fragen, die sie für besonders wichtig halten. Obenan steht dabei eine Analyse der Rolle, die die Medizin in der Entwicklungshilfe spielt. Dabei sollen vor allem die personelle Entwicklungshilfe kritisch hinterfragt und notwendige Veränderungen im Gesamtkonzept diskutiert werden.

Die grundlegende Frage nach den Zusammenhängen zwischen Verschuldung, Armut und Krankheit steht ebenfalls weit oben auf der Interessenliste.

Weiter werden Informationen zum Krankheitsbegriff in anderen Kulturen gewünscht. Mit diesem Vorwissen läßt sich dann eine Diskussion über Medizin-Modelle (etwa: Ist die Medizin in erster Linie ein naturwissenschaftliches Fachgebiet oder eine soziale Wissenschaft?) sachkundiger führen.

Auf großes Interesse stößt das "Primary-Health-Care"-Konzept, das vorgestellt und diskutiert werden soll. Weiterhin führten die Teilnehmer die Bevölkerungspolitik und deren Probleme sowie die Rolle der Pharmaindustrie in den Ländern der Dritten Welt an.

## **b) Mit welchen Methoden könntet Ihr sie erarbeiten?**

Bei der Bearbeitung dieser Frage entwickelten die Studenten Lösungsvorschläge zu den genannten organisatorischen und methodischen Problemen.

Das Problem der Fluktuation unter den Zuhörern und der Nachwuchssorgen könnte vielleicht durch mehr Öffentlichkeitsarbeit und Werbung gelöst werden. Es wurde vorgeschlagen, Flugblätter zu verteilen, Ausstellungen und Feste zu organisieren, Büchertische aufzustellen sowie den Versuch zu machen, Artikel über die eigenen Aktivitäten in der örtlichen Zeitung zu plazieren.

Die Arbeit der Initiativgruppen sollte an den Universitäten verankert wer-

den, etwa über die Gremien (Fachbereiche) oder durch Bekanntmachung in der Uni-Zeitung.

Zur Erleichterung der organisatorischen Bemühungen ist die Bildung von festen Initiativgruppen eine große Hilfe. Ein überregionaler Rundbrief könnte die Koordination der Arbeit aller Gruppen erleichtern.

Als Alternativen zu den Vorträgen schlugen die Teilnehmer die Durchführung von wöchentlichen Seminaren während des Semesters oder das Angebot von Wochenend-Workshops vor. Es ist klar, daß bei der geschilderten knappen personellen und finanziellen Ausstattung der Initiativgruppen die Verwirklichung solcher Ideen auf große Schwierigkeiten stoßen wird.

Ansätze konkreter, medizinischer und allgemeiner studentischer Solidarität mit der Dritten Welt könnten etwa die Bildung von Gesundheitsbrigaden, der studentische Austausch für ein bis zwei Semester, die Partnerschaft mit Krankenhäusern und die Intensivierung der eigenen politischen Aktivitäten sein.

### **Ein erster Schritt:**

Als ersten Schritt zur dringend erforderlichen Vernetzung der Initiativgruppen untereinander und mit anderen Organisationen wie WUS, "medico international", dem VdS usw. beschlossen die Seminar Teilnehmer die Herausgabe eines Rundbriefes. Dieser Rundbrief soll an alle Fachschaften und Initiativen verschickt werden und über die Aktivitäten bestehender Gruppen berichten, fachliche und politische Artikel abdrucken und den Austausch von Tips und Adressen erleichtern. So kann er vielleicht für weitere Interessierte eine Anregung sein, ähnliche Studienbegleitprogramme zu organisieren.

Die erste Ausgabe des Rundbriefes soll in Mainz entstehen und im Juli dieses Jahres erscheinen, die zweite Ausgabe wird in Münster erstellt und soll im November fertig sein.

### **c) Welche materielle und finanzielle Unterstützung wäre wünschenswert?**

Bei drei der vier Arbeitsgruppen stand bei dieser Frage ein Problem ganz klar im Vordergrund: **die Beschaffung von Geldmitteln** zur Finanzierung ihrer Arbeit. Insbesondere an baden-württembergischen Universitäten ist nach dem Kahlschlag der "AStA"-Haushalte und der

Abschaffung der verfaßten Fachschaften eine finanzielle Absicherung von unabhängigen studentischen Aktivitäten kaum noch möglich. An solchen Studienorten sind die Initiativen im wesentlichen auf Mittel der Universität oder eigene Einnahmen angewiesen.

Gleichfalls drei der vier Arbeitsgruppen äußerten den Wunsch nach einer **Referent(inn)enliste**; eine Gruppe legte besonderen Wert auch auf die Kontaktadressen von ausländischen Ärzten, die sich kurzzeitig in der Bundesrepublik aufhalten, um sie als Referenten einladen zu können.

Gefragt waren weiterhin eine "**Mediothek**", aus der Videos und Diaserien entliehen werden können, Lern- und Planspiele zum Thema Dritte Welt, didaktische Materialien und eine **didaktische Beratung**. Von zwei Arbeitsgruppen wurde um **Hilfestellung bei der Verankerung der eigenen Aktivitäten an der Hochschule** gebeten.

### **Welche Unterstützung ist bereits verfügbar?**

Eine "Fremdfinanzierung" ist in folgenden Bereichen möglich: Der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD) kann Tutorien für ausländische Student(inn)en und länderkundliche Veranstaltungen finanzieren. Die in der Entwicklungshilfe tätigen Dienste übernehmen eventuell die Kosten für die Einladung von "Rückkehrern" als Referenten. Der WUS ist in der Lage, Seminare wie dieses zu finanzieren.

Kambiz Ghawami (WUS) berichtete, welche weitere Unterstützung der WUS den studentischen Initiativen geben kann. Es bieten sich Möglichkeiten zur Erstellung und zum Vertrieb von Publikationen; die Vernetzung der Gruppen innerhalb der Bundesrepublik kann gefördert werden; es können Kontakte mit Gruppen oder Gästen aus anderen Ländern vermittelt werden. Über den WUS können Projekte von Befreiungsbewegungen unterstützt werden. Weiterhin versucht der WUS, ein Studienbegleitprogramm für Student(inn)en aus der Dritten Welt ("STUBE"), wie es in Baden-Württemberg bereits seit einigen Jahren existiert, auch in anderen Bundesländern einzuführen.

Der "Modellversuch" am Institut für Tropenhygiene in Heidelberg kann folgende Unterstützung bieten:

- \* Verleih von "Lernpackages", das sind Lehreinheiten zu ausgewählten Themen, häufig mit Dias, immer aber mit ausführlichem Begleitmaterial. Ab Ende 1987 stehen die Packages "Chirurgie unter einfachen Bedingungen", "Mutter-Kind-Fürsorge", "Probleme der Wasserversorgung in Entwicklungsländern", "Tropenkrankheiten",

"Bekämpfung einer Epidemie, Fallbeispiel Cholera" und "Gesundheitsberatung" zur Verfügung.

- \* Bereits jetzt können Planspiele und Medien entliehen werden. Eine Mediothek ist im Aufbau, die Seminarteilnehmer erhielten ein Verzeichnis der vorhandenen Videos und Diaserien.
- \* Das Institut verfügt über eine Referenten-Kartei, aus der Auskünfte erteilt werden können (hierzu bitte unbedingt den Themenbereich angeben, zu dem ein Referent gesucht wird; es besteht die Möglichkeit, Referenten auszuwählen, die in geographischer Nähe zum Veranstaltungsort wohnen, um die Reisekosten niedrig zu halten).
- \* Schließlich stehen die Mitarbeiter des "Modellversuchs" selbstverständlich zur inhaltlichen und organisatorischen Beratung der Initiativgruppen und im Rahmen des Möglichen auch als Referenten zur Verfügung.

#### **d) Welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten bestehen bei der Integration ausländischer Studenten?**

Die Erfahrungen des "Modellversuchs" haben gezeigt, daß es aus einer ganzen Reihe von Gründen nicht immer einfach ist, ausländische Studenten für studienbegleitende Aktivitäten zu gewinnen, auch wenn die Aktivitäten speziell auf diese Zielgruppe zugeschnitten werden.

Die Seminarteilnehmer analysierten ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit ausländischen Kommilitonen. Folgende Hindernisse, die einer Integration ausländischer Studenten im Wege stehen, wurden diskutiert:

Außer dem Zeitmangel durch Prüfungsvorbereitungen und dem Zwang zur Erwerbstätigkeit in den Semesterferien zur Finanzierung des Studiums sahen die Teilnehmer im Mißtrauen gegenüber gezielten Integrationsbemühungen und in der Isolation der ausländischen Studenten, auch untereinander, die Hauptschwierigkeiten. Existieren Gruppen ausländischer Studenten, so besteht gelegentlich eine Rivalität unter ihnen (z.B. zwischen Iranern und Irakern), die integrative Bemühungen sehr erschwert.

Eine Arbeitsgruppe setzte sich zunächst einmal kritisch mit der Fragestellung auseinander. Warum sollen ausländische Studenten überhaupt "integriert" werden? "Die Ausländer" als homogene Gruppe mit gleichen Interessen gibt es nicht. Ihre Gemeinsamkeit besteht erst einmal nur darin, "Nicht-Deutsche" zu sein. Die Motive für ein Studium,

die Erwartungen an den späteren Beruf, die Interessenschwerpunkte und Studienprobleme sind beim näheren Hinsehen sehr breit gestreut. Tatsächlich erfahren ausländische Kommilitonen im Studium nur wenig oder nichts über die gesundheitlichen Probleme der ärmeren Bevölkerungsschichten in ihren Heimatländern und über mögliche Lösungsstrategien. Häufig aber haben sie ganz andere Motivationen und Interessen als ihre in der "Dritte-Welt-Solidaritätsarbeit" engagierten deutschen Kommilitonen. Oft betrachten sie auch andere Probleme als vorrangig. (Viele kommen aus der Oberschicht und sind vielleicht entsprechend geprägt?). Und genau wie viele deutsche Studenten haben einige zunächst einmal Angst vor systemkritischer Arbeit und vor politischem Engagement.

Deutsche Studenten könnten dennoch eine Katalysatorfunktion haben und Interesse für eine vertiefte Beschäftigung mit dem Thema "Gesundheit in der Dritten Welt" wecken. Sie sollten sich aber davor hüten, bei dieser Aufgabe ein "Helfer-Syndrom" zu entwickeln.

Eine Reihe von konkreten Maßnahmen zur Unterstützung der Integration ausländischer Studenten wurden vorgeschlagen:

- \* Eine spezielle Erstsemester-Einführungswoche für die ausländischen Kommilitonen.
- \* Die Schaffung eines festen Treffpunktes oder einer ständigen Anlaufstelle und die Einrichtung von Tutorien (letztere könnten z.B. über das akademische Auslandsamt finanziert werden).
- \* Als Werbemaßnahme für solche Aktivitäten und zum gegenseitigen Kennenlernen wurde ein Fest vorgeschlagen. Dazu könnten ausländische Studenten gezielt über das akademische Auslandsamt eingeladen werden.

Weitere Ideen waren:

- \* Die Organisation von Vorträgen ausländischer Studenten, z.B. über ihr Heimatland.
- \* Die Durchführung von Ferienakademien und fächerübergreifenden Workshops, wie das in Baden-Württemberg bereits durch "STUBE" (Studienbegleitprogramm für Student(inn)en aus der Dritten Welt) geschieht.

Planung der weiteren Aktivitäten: eine exemplarische Wandzeitung

Welche materielle und personelle Unterstützung wäre wünschenswert?  
 Fachbereich  
 Geld  
 Uni  
 ASIA  
 Institutionalisation:  
 Welches Institut, institutsübergreifend?

Welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten bestehen bei der Integration ausländ. Studenten?  
**NISÄNDER INTEGRATION**  
 über **TÜBINGEN** anbieten  
 schriftlich einladen zu Veranstaltungen über Auslands-  
 Ausreisemöglichkeiten  
 fächer-spezifische Workshops

Welche Probleme und Fragen interessieren Euch?  
 nur passives Konsumieren von Information  
 zu geringe Partizipation + daraus resultierendes Engagement  
 Spezialisierung auf ein Gebiet  
 wissende...  
 welche Themen kommen gut an?

Referentenliste  
 Mit welcher Methode könntet ihr sie erarbeiten?  
 zur Erreichung der Organisation:  
 Bildung einer Gruppe (RA-  
 wendiges)  
 Fächer-spezifische Workshops  
 Anlässe zur Kontaktaufnahme, z.B. Solidarität  
 z.B. Brigaden, z.B. Kletterklub, Partnerschaften  
 Bildung einer kleineren Gruppe für die Arbeit



## **6) Neue Entwicklungen auf dem Gebiet Primary Health Care.**

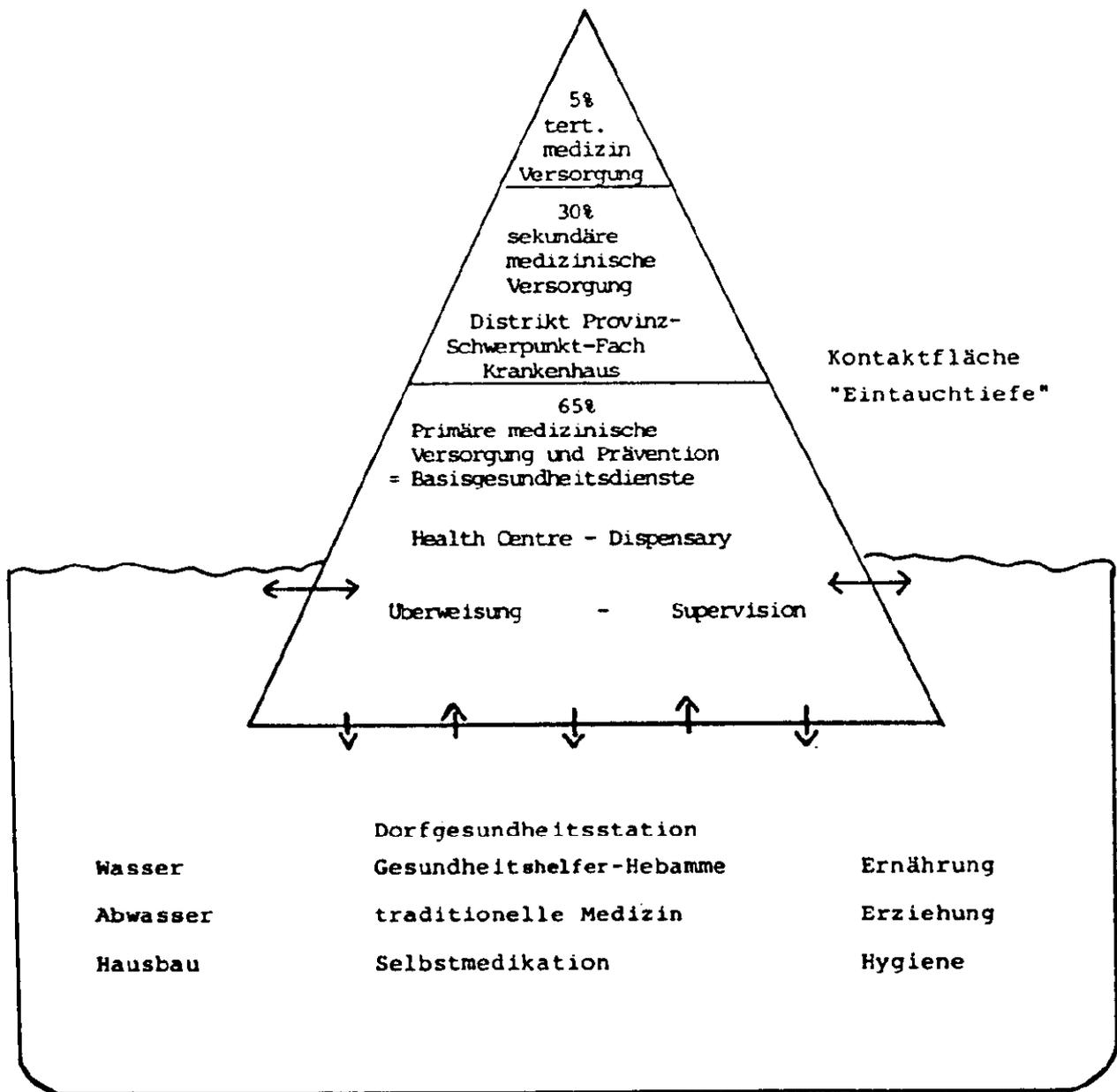
**Vortrag von Prof. H.J. Diesfeld**

Ich möchte versuchen, aus meiner Sicht eine Definition zu geben, was Primary Health Care ist; ich werde darauf eingehen, warum man dieses Konzept gewählt hat. Ich möchte darauf eingehen, wie dieses Konzept am Beispiel Burkina Faso verwirklicht wird, und ich möchte vor allem die Diskussion um die Probleme anregen, die mit diesem Konzept verbunden sind.

### **Gesundheitsversorgung auf drei Ebenen: Die Gesundheitspyramide**

Zunächst eine kurze Definition: Medizinische Versorgung und insbesondere medizinische Versorgung in der Dritten Welt kann in einer Art von Pyramide dargestellt werden:

Die Integration des staatlichen Gesundheitsversorgungssystems  
in die Primäre Gesundheitsversorgung auf Gemeindeebene



Was wir hier in Deutschland und in Europa als medizinische Versorgung betrachten, ist im wesentlichen eine Krankenhausversorgung mit einer Versorgung in der Peripherie durch niedergelassene Ärzte. In der Dritten Welt ist der niedergelassene Arzt selten, bestenfalls in größeren Städten anzutreffen und in Ländern ohne Sozialversicherungsnetz für die Masse der Bevölkerung nicht zu bezahlen. Die Primäre Versorgungsebene gibt es somit kaum. Es gibt jedoch die zweite Ebene, die Distriktebene oder

Kreisebene, wo ein Kreiskrankenhaus bescheidenen Ausmaßes, das mit vorgeschobenen Erste-Hilfe-Posten (Dispensaries) ausgestattet ist, die Grundversorgung der Bevölkerung aus der Sicht des medizinischen Systems gewährleisten soll. Dem übergeordnet haben wir Referenzebenen, die wir in Deutschland als Ebenen der tertiären oder sekundären Versorgung gegenüber der Basisversorgung betrachten. Dieses System reicht in der Dritten Welt nicht aus, den Bedarf an medizinischer Grundversorgung zu decken. Vor ungefähr zehn oder fünfzehn Jahren hat man überlegt, wie man den Laiensektor mobilisieren und sich einer Laienerstversorgung zuwenden kann. Erst daraus entstand die Idee einer Verschiebung der Versorgung in die Peripherie, hin zu einer Basisgesundheitsversorgung.

Diese Verschiebung in die Peripherie hat natürlich eine ganze Reihe von Problemen mit sich gebracht. Einmal ist es aus der Sicht der etablierten Medizin schwer vorstellbar, daß Laien Verantwortung übernehmen sollen, die die etablierte Medizin für sich in Anspruch nimmt. Zweitens ist stärker in die Diskussion gekommen, daß das, was wir als Gesundheitssystem bezeichnen, in der Regel ein Krankenhausversorgungssystem ist und sich eigentlich um die Frage der Gesundheit herzlich wenig kümmert. Es ist erneut deutlich geworden, daß Gesundheit und Gesundheitserhaltung zunächst einmal mit medizinischer Versorgung gar nichts zu tun haben, sondern daß es hier um die Befriedigung von Grundbedürfnissen geht. Ernährung, Trinkwasserversorgung, Arbeit, Verdienstmöglichkeiten, Zugang zu Bildung und eine ganze Reihe von Punkten, auf die ich jetzt im einzelnen gar nicht eingehen möchte, sind Grundvoraussetzung dafür, daß Menschen gesund sein können.

### **Primary Health Care: ein Konzept, das mehr als nur medizinische Versorgung beinhaltet**

Wenn man von Primärer Gesundheitspflege, "Primary Health Care", spricht, meint man ein Konzept, in dem all die Aktivitäten enthalten sind, die für die Gesundheit notwendig sind. Medizinische Basisversorgung ist ein Aspekt davon. Medizinische Versorgung ist nicht gleich Gesundheitsversorgung. Ich möchte die Begriffe "primär", "sekundär" und "tertiär" etwas näher beleuchten: Sie betreffen als Ordnungsprinzipien einmal die medizinische Versorgung. Wir finden die Begriffe "primär" und "sekundär" aber auch im Zusammenhang mit dem Begriff Prävention, Vorbeugung. Hier kommen wir zu der Feststellung, daß Vorbeugung im Vorfeld der Medizin abläuft. Vorbeugung ist alles das, was notwendig ist, um Lebensbedingungen zu schaffen, die Voraussetzung für Gesundheit sind. Eine zweite Vorbeugungsebene ist das, was die Medizin selbst

beitragen kann zur Vorbeugung von Krankheit, zur Erhaltung von Gesundheit. Da bleibt nicht so sehr viel übrig. Die Standardbegriffe in diesem Zusammenhang sind "Impfkampagnen" und "Vorsorgeuntersuchungen", um Risikopatienten oder Risikogruppen zu erkennen und einer besonderen Betreuung zuzuführen. Beispiele sind die Schwangerenfürsorge, die Mutter-und-Kind-Vorsorge, oder die Krebsvorsorge. Wir können Prävention auch noch auf einer dritten Ebene betrachten. Das ist die Ebene der Heilbehandlung, der kurativen Medizin. Wo ein Krankheitszustand eingetreten ist, muß Vorsorge getroffen werden, damit er sich nicht verschlimmert. Das bedeutet, Vorsorge zu treffen, daß eine Familie nicht unter der Krankheit eines Familienmitgliedes leidet. Ich muß also das Familienmitglied heilen, um größeren Schaden von der Familie abzuwenden. Somit ist auch im Bereich der Heilbehandlung ein präventiver Aspekt enthalten. Wenn ein erwachsener, arbeitsfähiger Bauer krank wird, hat das katastrophale Folgen für die gesamte Familie. Das können Sie auch auf das ganze Gemeinwesen übertragen.

### **Die acht Elemente von Primary Health Care: ein intersektorieller Ansatz**

Prävention existiert also auf verschiedenen Ebenen. Und hier ist jetzt dieses Konzept "Primary Health Care" von Bedeutung. Es beinhaltet eben nicht nur die medizinische Versorgung, sondern die primäre Gesundheitspflege auf den verschiedenen Ebenen. Es umfaßt nicht nur medizinische Aspekte, sondern acht wesentliche Elemente.

DIE 8 ELEMENTE VON  
PRIMARY HEALTH CARE

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme</li> <li>2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung</li> <li>3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Intersektoraler Bereich (Grundbedürfnisse), primäre Prävention</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung</li> <li>5. Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten</li> <li>6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Erkrankungen</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Präventivmedizin integriert oder in vertikalen Programmen</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form</li> <li>8. Versorgung mit essentiellen Medikamenten</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Kurative Medizin auf Dorfebene mit Referenzsystem</p>

Diese acht Elemente sind im Grunde "alte Hüte". Man hat die Grundvoraussetzungen für Gesundheit seit der Einführung des Begriffs der Hygiene vor über hundert Jahren erkannt: Gesundheitserziehung, Ernährungssicherung, Trinkwasserversorgung, Abwasserbeseitigung, alles Elemente der primären Prävention, die sich im Vorfeld der Medizin abspielen. In den Bereich der sekundären Prävention fällt, was wir in der Medizin als Vorbeugemaßnahmen anzubieten haben: das sind die schon genannten Mutter-Kind-Sprechstunden, die Immunisierung, die Bekämpfung lokaler Krankheiten, wobei man hier nicht unbedingt nur an seuchenartig auftretende Krankheiten denken muß, sondern auch einfach an Krankheiten, die an Ort und Stelle eine besondere Bedeutung haben, und auch an Berufskrankheiten. An der Basis schließlich finden wir die tertiäre Prävention, die kurative Medizin.

Aber Primary Health Care ist nicht medizinische Basisversorgung, Primary Health Care ist ein gesundheitsorientiertes Entwicklungskonzept. Es muß alle Sektoren umfassen: den Sektor Landwirtschaft, den Sektor öffentliche Entwicklung, den Sektor Verwaltung, d.h. alle Sektoren, die mit Menschen zu tun haben. Sie können keine Gesundheitserziehung machen, ohne den Landwirtschaftssektor miteinzu beziehen. Sie können nicht für gutes Trinkwasser sorgen, wenn nicht das Wasserwirtschaftssystem eines Landes sich dem anpaßt. Wenn das nicht gelingt, reduziert sich Primary Health Care in den meisten Fällen auf eine Dezentralisation von medizinischer Versorgung an die Basis. Und dort an der Basis, auf Gemeindeebene, versucht man dann, die acht genannten Elemente einzusetzen. Aber die große Linie, die Verknüpfung mit den verschiedenen anderen Sektoren, die mit Gesundheit direkt oder indirekt zu tun haben, ist in der Wirklichkeit meist nicht gegeben. Darin liegt das eigentliche Problem.

**Die Entscheidung für Primary Health Care muß eine politische Entscheidung sein.**

Primary Health Care beginnt bei der politischen Aussage an der Spitze und geht durchgängig bis hin in die Gemeinde- und Familienebene, wo es durchgeführt werden soll. Man braucht also nicht nur eine Fahne, auf die man Primary Health Care schreibt, sondern es bedarf der politischen Entscheidung, das zu wollen, und der Möglichkeiten, diesen Willen in die Tat umzusetzen. Das ist ein extrem schwieriger Weg.

Diese politische Entscheidung ist heute gefällt. Ende der siebziger Jahre, 1978, auf der WHO-Konferenz von Alma Ata, wurde Primary Health Care auf die großen internationalen Fahnen geschrieben. Heute kann es sich praktisch keine Regierung, kein Gesundheitsministerium in der Dritten

Welt leisten, ohne das Schlagwort "Primary Health Care" zu operieren. Sie bekommen mit Sicherheit kein Geld mehr von internationalen Gebern, wenn sie nicht zumindest mit diesem Schlagwort umgehen.

**Die sieben Prinzipien von Primary Health Care - Probleme bei der Verwirklichung**

Neben den acht Elementen gibt es sieben Prinzipien, die bei der Realisierung des Primary Health Care-Konzeptes zu beachten sind.

## DIE 7 PRINZIPIEN DES PRIMARY HEALTH CARE KONZEPTS

1. Die Primäre Gesundheitsversorgung sollte an den Lebensgewohnheiten und Lebensstilen der Bevölkerung, der sie dient, orientiert sein und sollte sich an den Bedürfnissen der Gemeinschaft ausrichten.
2. Die Primäre Gesundheitsversorgung soll integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sein. Die weitere Auffächerung der Dienste sollte den Notwendigkeiten entsprechen, die sich an der Basis ergeben; dies betrifft insbesondere die Verfügbarkeit technischer Möglichkeiten sowie die Aufgaben der Überwachung und Beratung.
3. Die Aktivitäten einer Primären Gesundheitsversorgung sollten voll integriert sein in diejenigen anderen Sektoren, die es mit der Entwicklung des Gemeinwesens zu tun haben ( Landwirtschaft, Erziehung und Ausbildung, öffentliche Dienste, Wohnungs -und Kommunikationsfragen).
4. Die Bevölkerung am Ort sollte sowohl an der Formulierung der Aufgaben als auch an den Bemühungen um die Problemlösungen im Gesundheitsbereich aktiv beteiligt werden, so daß Gesundheitsversorgung mit den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen und Prioritäten zur Deckung gebracht werden kann. Entscheidungen darüber, welches die Nöte der Gemeinschaft sind, die einer Lösung bedürfen, sollten sich auf den beständigen Dialog zwischen den Leuten an der Basis und den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste gründen.
5. Die angebotenen Gesundheitsdienste sollten größtmöglichen Gebrauch machen von den in der jeweiligen Gemeinschaft vorhandenen Ressourcen. Dabei sollten besonders die Möglichkeiten berücksichtigt werden, die bisher nicht in Anspruch genommen wurden; die angebotenen Gesundheitsdienste sollten ferner die zwingenden Grenzen für die Kosten achten, die es jeweils im Lande gibt.
6. Primäre Gesundheitsversorgung sollte sich um den Ansatz bemühen, in dem präventive und kurative Maßnahmen ebenso wie der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung dienende Programme gleichzeitig und in gleichem Umfange aus- und aufgebaut werden, und zwar zugleich im Blick auf Individuum, Familie und Gemeinschaft. Das Verhältnis, in dem diese einzelnen Dienste zueinander stehen, sollte sich je nach den Bedürfnissen des Gemeinwesens einpendeln, dabei mag es im Laufe der Zeit durchaus Veränderungen geben.
7. Der größte Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen sollte, auf der der Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden, und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderliche Maßnahme am besten ausgebildet sind.

Diese sieben Prinzipien sind enorm schwierig umzusetzen. Wir sagen: Gesundheitsbemühungen müssen sich an den Lebensgewohnheiten der Menschen orientieren. Dies ist eine Binsenweisheit, aber tun Sie das mal. Sie müssen integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitswesens sein. Da sagen alle anderen Sektoren -Landwirtschaft, Bildung usw.-: Das ist eine Zumutung. Wieso muß sich das Gesundheitsministerium da einmischen? Die machen ihre Krankenhäuser, für Bildung und für landwirtschaftliche Produktion sind wir zuständig. Aber woran ist die Bildung orientiert? Ist sie an den Grundbedürfnissen der Bevölkerung orientiert oder an den Vorstellungen irgendwelcher Eliten, die dann möglichst bald ein Stipendium im Ausland haben wollen? Ist der Landwirtschaftssektor an den Grundbedürfnissen der Bevölkerung orientiert? Oder ist die Landwirtschaft exportorientiert? Sie sehen, wo überall die Konflikte wie Tretminen liegen.

Die Partizipation der Bevölkerung: da gibt es sehr unterschiedliche Vorstellungen, was das bedeuten soll. Ist das Partizipation, wenn Frauen den Kies heranschleppen, damit eine Schule gebaut wird, und die Männer gucken zu und trinken Kaffee? Und wenn ein Entwicklungshelfer sagt, hier wird jetzt eine Schule gebaut, ist das Partizipation?

Partizipation auch an der Entwicklung der Ideen, was eigentlich gemacht werden soll, ist schwierig. In vielen Ländern ist es so, daß gerade die geistig aktiven, phantasiebegabten Leute, die Bewegung in die Szene bringen könnten, längst frustriert sind und schauen, daß sie an der Elfenbeinküste einen Job bekommen und möglichst viel Geld verdienen. Die Mobilen, die Innovativen, die haben das Dorf verlassen.

Die Nutzung lokaler Ressourcen: Man muß sehen, daß man mit lokalen Ressourcen operiert. Aber Nutzung lokaler Ressourcen heißt nicht nur, daß man die Kräuterweiblein im Dorf mobilisiert und aus dem lokalen Baumaterial die Dispensaries baut. Nutzung lokaler Ressourcen heißt auch, daß das Land selbst sich auf seine eigenen Ressourcen besinnt.

Die Integration präventiver, kurativer und rehabilitativer Dienste: das ist ein internes Problem der Medizin, das man noch relativ leicht überwinden könnte.

Was am Ende oft bleibt, ist ein Zustand, in dem diese acht Elemente und sieben Prinzipien, die man auf nationaler Ebene für ein ganzes Land umzusetzen versucht, nur auf der Dorf- oder Gemeindeebene ablaufen, unter Anleitung oder Supervision durch übergeordnete Zentren, einfach um eine medizinische Erstversorgung an die Basis zu bringen und nicht mehr abhängig davon zu sein, daß man fünf oder zehn Kilometer laufen muß, um eine Erstversorgung zu bekommen. Das ist ein reduziertes Prinzip von Primary Health Care, reduziert auf eine momentan machbare Ebene.

## Die acht Elemente müssen an den sieben Prinzipien geprüft werden

Wenn man das nun auf eine Matrix bringt: die acht Elemente, von denen jedes einzelne für sich absolut sinnvoll ist im Sinne von Gesundheitserhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, und die sieben Prinzipien, und wenn man vor dieser Meßplatte die sieben Prinzipien zu realisieren versucht, wird deutlich, wie schwierig das in Einklang zu bringen ist. Wenn man versucht, das für jedes Feld in der Matrix nachzuvollziehen, dann wird man natürlich erst einmal eine große Zahl von Fehlanzeigen konstatieren müssen. Man muß sich nach solch einer Analyse überlegen: Wie kann ich hier weitermachen? Obwohl im Prinzip, theoretisch und auch vom Logischen und Wissenschaftlichen her gesehen die Sache überhaupt nicht anzuzweifeln ist. Aber die praktische Umsetzung ist sehr schwierig.

7 Prinzipien \ 8 Elemente	 HEALTH EDUCATION	 FOOD AND NUTRITION	 WATER AND SANITATION	 MATERNAL AND CHILD HEALTH	 immunisation	 DISEASE CONTROL	 CURATIVE CARE	 ESSENTIAL DRUGS
Orientierung an Lebensgewohnheiten								
Integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems								
integriert in ländliche Entwicklung								
Partizipation der Bevölkerung bei Planung, Entscheidung, Durchführung								
Nutzung lokaler Ressourcen und Kostendämpfung								
Integration präventiver, promotiver, curativer und rehabilitativer Dienste								
Mehrzahl der Interventionen in der Peripherie durch ausgebildete Helfer								

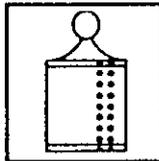
Und weil das so schwierig ist, hat man etwas Neues entwickelt, sich etwas Neues ausgedacht. Dieses Ausdenken eines neuen Ansatzes ist im Grunde genommen genauso ein alter Zopf, wie diese acht Elemente ein alter Zopf sind. Weil die Realisierung des PHC-Konzeptes so langsam vorangeht, kamen plötzlich Leute, vor allem von den Donor Agencies, und hier insbesondere von der UNICEF, die spezialisiert sind z.B. auf Immunisierung, und haben gesagt: Das dauert uns viel zu lange, wir können keine Erfolge messen, und wenn wir keine Erfolge nachweisen, bekommen wir auch kein Geld mehr. Die wollten also schnelle, quantitativ nachweisbare Erfolge haben, da sie ja von ihren Geldgebern abhängig sind:

# Eine Revolution zugunsten der Kinder

7 Massnahmen,  
die Wunder  
wirken können:

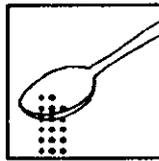
# GOBI-FFF

**G**  
Gewichts-  
kontrolle



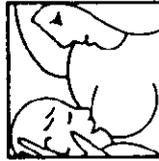
Die regelmässige Gewichtskontrolle der Säuglinge und Kleinkinder, das Eintragen der Resultate auf eine zu diesem Zwecke vorbereiteten Tabelle macht Unterernährung für die Mütter sichtbar.

**O**  
Orale Flüssig-  
keitszufuhr bei  
Durchfall



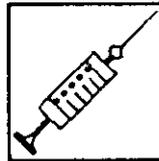
Eine einfache Behandlungsmethode erweist sich als der grösste medizinische Fortschritt unserer Zeit: das Trinken einer Wasser-Zucker-Salz-Lösung bei Durchfällen verhindert das Austrocknen des Körpers, denn Austrocknung ist die häufigste unmittelbare Todesursache bei Kleinkindern in Entwicklungsländern.

**B**  
Bereitschaft  
zum  
Stillen stärken



Die Muttermilch ist die beste Säuglingsnahrung. Über die Vorzüge der Muttermilch ist in überzeugender Weise zu informieren und Hindernisse müssen aus dem Wege geräumt werden, die den Müttern das Stillen erschweren. Für die Kinder kann so eine optimale Zuwendung und Ernährung während der entscheidenden ersten Lebensmonate gesichert werden.

**I**  
Impfprogramme

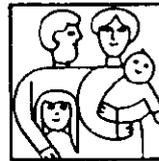


Allein an Masern sterben jährlich über 2 Millionen Kinder. Dank neuer Impfstoffe, die weniger hitzeempfindlich sind, können auch in abgelegenen, heissen Zonen Impfkampagnen durchgeführt werden. Das Ziel besteht darin, alle Kleinkinder gegen die 6 wichtigsten, ansteckenden Krankheiten zu schützen (Masern, TB, Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Polio).

■

**drei Massnahmen, die nicht als «einfach und billig» bezeichnet werden können, aber doch kostengünstig sind und ebenso im Bereich des Möglichen liegen:**

**F**  
Familien-  
Planung



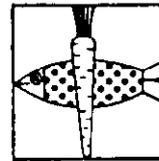
Die Aussicht, gesunde Kinder auf die Welt zu bringen, ist dann am besten, wenn die Mütter nicht zu jung sind, wenn Geburten einander nicht sehr nahe folgen und wenn die Zahl der Kinder gering bleibt.

**F**  
Frauen-Bildung



Zwischen dem Wohlergehen der Kinder und dem Bildungsstand der Mädchen und Mütter besteht ein direkter Zusammenhang.

**F**  
Förderung der  
Bereitstellung  
von  
nährstoffreicher  
Zusatznahrung



Kinder, die untergewichtig zur Welt kommen, weil ihre Mütter schon unterernährt sind, sind von ihrem ersten Lebenstag an benachteiligt. Während der Schwangerschaft und Stillzeit brauchen Mütter für sich und ihre Kinder eine ausreichende Ernährung. Einen erhöhten Bedarf an vitamin- und eiweissreicher Kost hat das Kind auch zur Zeit der Entwöhnung.

## **Selective Primary Health Care oder "GOBI-FFF": vertikale Programme**

GOBI-FFF - das ist das neue Schlagwort, von dem ich jetzt reden will, das ich hier unter die Lupe nehmen will, weil es seit etwa drei Jahren in aller Munde ist. Dieses Programm wird als eine Serie von vertikalen Programmen verstanden, die einfach über die Leute ausgeschüttet werden sollen. Ich nenne Ihnen das Beispiel des "Growth Monitoring" (das "G" von GOBI), des Wiegens von kleinen Kindern; ich sage, das Wiegen und Messen allein bringt es nicht, es müssen die nötigen Konsequenzen dar-aus gezogen werden. Je weniger integriert ich so etwas mache, um so mehr hat das reinen Symbolcharakter und ich bekomme gute Daseins-berechtigungs-nachweis-Statistiken. Da nimmt man sich einen Landrover und fährt durch die Gegend und macht ein vertikales Programm. Das ist ein totaler Rückfall auf Entwicklungen, die man vor 10 Jahren ad acta gelegt hat. Aber dieser Rückfall wird mit viel Power vertreten, mit viel Geld, mit einem Ausschließlichkeitsanspruch, der auf einer wissen-schaftlichen Analyse beruht, die schlicht falsch ist. Ein Jahr nach Alma Ata, 1979, wurde von Walsh und Warren eine Studie veröffentlicht, die sozusagen im Vorfeld der Entwicklung von diesem Alma Ata-Gedanken nachzuweisen versuchte, daß meßbare Effekte nur durch die Imple-mentierung der Einzelpunkte erreicht werden können. Der erste Ansatz hieß nur GOBI (Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breast-Feeding, Immunisation). GOBI führt in die Wüste, haben dann die anderen gesagt. Als Reaktion auf diese erste Kritikwelle hat man schnell noch FFF drangehängt: Food Supplementation, Family Planning und Female Education. Das sind rein strategische Manipulationen großer Geldgeber, vor allem von UNICEF. UNICEF ist dafür kritisiert worden. Also, man nimmt den alten Hut und gibt ihm eine neue Façon, macht aus einem horizontalen Programm ein vertikales, um auf diese Weise nachweisbar Effekte zu erzielen und zerstört damit systematisch die Ansätze von Primary Health Care.

Dieser Wechsel hat auch noch eine politische Komponente: Das PHC-Konzept bedeutet Dezentralisation und Delegation von Entscheidungen; dies kann für zentralistisch organisierte Regierungen gefährlich werden. Vertikale Programme vom Zentrum in die Peripherie ermöglichen Kontrolle!

Es kommt noch etwas hinzu: es sind nicht nur die internationalen Organisationen, die auf meßbare Daten zurückgreifen wollen, um Geld locker zu machen. Es sind natürlich auch die nationalen Regierungen der Empfängerländer, die mit Primary Health Care ihre Probleme haben,

weil das zu langsam geht. Die Regierungen sind ja üblicherweise von Wahlterminen abhängig und von anderen Faktoren, die ihr Überleben garantieren. Auch sie stehen unter dem Erfolgszwang, quantitativ zu zeigen, daß sie etwas geschaffen haben. Es ist nicht von ungefähr, daß jede neue Regierung, z.B. in Burkina Faso, zunächst einmal Impfprogramme durchzieht. Das letzte war "Commando Vaccination". Und das hat nichts mit GOBI-FFF zu tun, sondern damit, daß die Regierung sich etablieren wollte. Sie wollte bis in die Peripherie hinaus zeigen, daß sie da ist. Das kann man am besten machen, indem man ein nationales Impfprogramm durchführt. Nun liegen die Regierungswechsel, Gott sei Dank, so weit auseinander, daß zwischen den einzelnen nationalen Massenkampagnen immer genügend Ungeimpfte nachgeboren werden, so daß man mit entsprechend häufigen Regierungswechseln doch eine gute Impfabdeckung bekommt.

Wenn ich sage, daß die nationalen vertikalen Programme in den nötigen Abständen zu der nötigen Impfabdeckung oder zeitlichen Abdeckung führen, so hat meine Aussage einen leicht sarkastischen Anstrich. Das Grundproblem ist, daß mit Hilfe dieses vertikalen Programmansatzes sowohl Geber wie auch die Empfänger leichter in die Lage versetzt werden, ihre Daseinsberechtigung nachzuweisen. Es ist außerordentlich schwierig, dagegen zu argumentieren, weil Geld Macht bedeutet.

### **Die "Antwerpener Resolution"**

Es haben sich einige, die sich speziell mit Primary Health Care befassen, vor zwei Jahren zusammengetan und haben eine Gegenresolution verabschiedet, um vor den Gefahren dieser vertikalen Programme zu warnen:

## ANTWERPENER RESOLUTION

Wissenschaftler, Fachleute für community health und Praktiker verschiedener Industrie- und Entwicklungsländer versammelten sich in Antwerpen zu einem zweitägigen Seminar, um eine Bilanz der Erfahrungen mit dem Primary-Health-Care-Ansatz zu ziehen.

Seit der Konferenz von Alma-Ata 1978 besteht bei den Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation Einigkeit darüber, daß die Primary-Health-Care-Strategie, die die Bevölkerung als aktiven Partner betrachtet, am ehesten geeignet ist, deren Bedürfnisse zu befriedigen und die Basis der Gesundheit für alle zu schaffen.

Dennoch vergeuden große nationale und internationale Geberinstitutionen die knappen Ressourcen in Entwicklungsländern für kurzfristige Ansätze - als "selective primary-health-care" bekannt, ungeachtet der Lehren der Geschichte und der gemachten Erfahrungen. Dieser Ansatz konzentriert sich ausschließlich auf bestimmte, als besonders effizient geltende Interventionen und zielt nur auf bestimmte Teile der Bevölkerung.

Der in sich selbst widersprüchliche Terminus sollte gestrichen werden, da es sich im besten Falle bei solchen Programmen um "selective health status interventions" handelt. Dieser Ansatz steht zu den grundlegenden Prinzipien von "Primary-Health-Care" in völligem Widerspruch.

Diese Prinzipien sind:

- Die Hauptwurzeln schlechten Gesundheitszustandes liegen in den Lebensverhältnissen und den Umweltbedingungen allgemein oder genauer in Armut, Ungleichheit und der ungerechten Verteilung der Ressourcen im Verhältnis zu den Bedürfnissen, dies sowohl innerhalb einzelner Länder als auch international.
- Da Gesundheit nur einer der Belange der Menschen ist, würde man sich selbst schaden, sie nicht als Partner anzusehen, die fähig sind, für den Erhalt und für die Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit eine wesentliche Rolle zu übernehmen. Hierzu müssen sie gänzlich und ernsthaft bei Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, einbezogen werden, selbstverständlich auch bezüglich der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten.
- Gesundheitsdienste müssen beides, curative und präventive Versorgung anbieten, ebenso wie promotive und rehabilitative Maßnahmen. Dies sollte in einer integrierten Weise, entsprechend den Bedürfnissen der Menschen geschehen.

Das Primary-Health-Care-Konzept wird in vielen Teilen der Welt erfolgreich umgesetzt. Im Sinne einer kontinuierlichen Entwicklung bleibt aber noch viel zu tun.

Diese Resolution wird herausgegeben, da die Ausbreitung von selektiven Interventionsprogrammen im Gesundheitsbereich die Ge-

sundheitsdienste gerade in einem Moment unterminiert, in dem sie im Begriff sind, sich für Primary-Health-Care zu reorganisieren.

Sie wird herausgegeben, da diese Interventionen vorgeben, "schnelle Lösungen" und "kurzfristige Erfolge" zu bieten, für die sie dann von den knappen Ressourcen, die für die Lösung der wirklich zugrundeliegenden und andauernden Probleme vorhanden sind, einen Teil abzweigen, um so die schlechte Gesundheitslage aufrechtzuerhalten.

Hinzu kommt, daß die Erfahrung uns gelehrt hat, daß selektive Interventionen die Tendenz haben, dauerhaft zu werden, auch wenn sie als "Interims-Lösungen" angeboten werden. Sie benötigen in der Tat spezifische Strukturen, von denen sich ein Land nicht ohne weiteres in dem Moment lösen kann, in dem es beschließt, seine Gesundheitspolitik auf umfassende Basisgesundheitsversorgung (comprehensive Primary-Health care") auszurichten.

Und was am wichtigsten ist, der selektive Ansatz schafft die Möglichkeit der Beteiligung der Bevölkerung bei Entscheidungen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, ab.

So wünschen die Unterzeichner die Prinzipien von Primary-Health-Care als "comprehensive" zu bekräftigen und andere Ansätze, die als "selective Primary-Health-Care" etabliert oder propagiert werden, zurückzuweisen.

ANNYS S.  
BARKER C.  
BICHMANN W.  
DE BRUYCKER M.  
GREINDL I.  
HEYWOOD A.  
LAGASSE R.  
MERCENIER P.  
NEWELL K.  
SANDERS D.  
STREEFLAND P.  
TURSHEN M.  
VAN DAMME W.  
ZURITA A.G.

BANERJI D.  
BEGHIN I.  
COSCI P.  
DIESFELD H.J.  
GRODOS D.  
KABORE A.  
MAIGA Z.  
MOYNIHAN M.  
PANGU K.  
SCHMIDT-EHRY B.  
STROOBANT A.  
UNGER J.P.  
VARKEVISSER C.

BARALDINI M.  
BERCHE T.  
DE BETHUNE X.  
GREEN A.  
GUTSHOVEN K.  
KILLINGSWORTH J.  
MECHBAL A.  
NABARRO D.  
RIFKIN S.  
SMITH D.L.  
SURAKIAT A.  
VAN BALEN H.  
WALT G.

29/30 November 1985



Ich habe das Mittel genommen, aber ich mußte tagelang hungern um es zu bezahlen.  
Kankatur aus Indien

## **Wir müssen lernen, langsamer vorzugehen:**

Wir als Verfechter von Primary Health Care stehen natürlich vor folgendem Problem: die Meßbarkeit muß gewährleistet sein, wenn wir beurteilen wollen, ob es quantitativ etwas gebracht hat. Wir haben aber keine Ausgangsdaten und keine Vergleichsdaten, und Primary Health Care erschwert schon vom Konzept her eine Meßbarkeit, weil viel zu viele Variablen mitspielen und weil der Zeitraum, den wir betrachten, viel zu lang ist, als daß wir sagen könnten, daß eine bestimmte Veränderung auf eine bestimmte Variable zurückzuführen sei. Methodisch stehen wir größten Schwierigkeiten gegenüber, die sich nicht einfach ausmerzen lassen. In einem vertikalen Programm haben wir ein x und eine Maßnahme anti-x, die wir gegenüberstellen, um nachher zu fragen, wieviel ist von der Krankheit x noch übrig. Stelle ich fest, daß sie weg ist, schließe ich daraus messerscharf, daß es die Maßnahme anti-x war, die das x beseitigt hat. Das ist der große Vorteil von vertikalen Programmen. Ist das aber Entwicklung? Sie kommen nämlich zu dem Punkt, wo Sie sagen: jetzt habe ich mit lauter anti-x und anti-y die Sterblichkeit vermindert, und im übrigen ist nichts gelaufen; jetzt habe ich mehr Elend als vorher. Ich glaube, wir müssen unsere Erwartungen zurückschrauben, die wir an solche Konzepte knüpfen können. Wir müssen lernen, langsamer voranzugehen, manchmal einen Schritt vor und zwei Schritte zurück, oder auch einmal zwei Schritte vor und nur einen Schritt zurück.

## **Diskussion im Anschluß an den Vortrag von Prof. Diesfeld**

### **Bevölkerungspolitik:**

*Teilnehmer A:* "Die ganze Zeit wird über die Verbesserung der Gesundheit gesprochen. Das hat durch die geringere Kindersterblichkeit und durch die bessere Gesundheit der Bevölkerung zur Folge, daß die Bevölkerungszahlen ansteigen. Die Länder sind ja sowieso schon sehr arm; inwieweit wird im Primary Health Care Programm darauf Rücksicht genommen, daß sich die Situation über kurz oder lang verschlechtern wird, da die Bevölkerung durch die Verbesserung der gesundheitlichen Situation automatisch vergrößert wird?"

*Prof. Diesfeld:* "Was würden Sie als Alternative vorschlagen?"

*Teilnehmer A:* "Ich weiß nicht, was in Burkina Faso läuft. In vielen afrikanischen Staaten am Rande der Sahel-Zone gibt es Gesundheits-

projekte, bei denen man in die Aufgaben des Gesundheitspflegers z.B. Wiederbepflanzung, Reforestation, einbezieht, um der großen Brennstoffknappheit und der Erosion zu begegnen. Das wird z.B. in Benin gemacht. Ich halte das für sehr wichtig."

*Prof. Diesfeld:* "Wenn das eine ganz spezifische Antwort auf Ihre spezifische Frage ist, dann finde ich diese Antwort phantastisch. Damit haben Sie nämlich gesagt, daß das Problem des Bevölkerungswachstums nicht durch eine Degradierung der Gesundheitsdienste oder durch die Einführung von Familienplanung gelöst wird, sondern über eine Verbesserung der natürlichen Ressourcen."

*Teilnehmer B:* "Ein Fernsehbericht hat mich einmal sehr erschreckt. Dort hat man 100 Entwicklungshelfer oder Gesundheitshelfer an Hand von einem Computersimulationsspiel ein Dorf entwickeln lassen. Und es hat sich herausgestellt, daß über kurz oder lang ein Großteil der Dorfbewohner tot war, weil sich die Lebenssituation so verbessert hat und die Bevölkerungszahl so vermehrt, daß im Grunde mehr Abhängigkeit von außen da war, und irgendwann kamen Krankheiten ..."

*Prof. Diesfeld:* "Das, was Sie sagen, erschreckt insofern natürlich auch, da es die Alternative impliziert: Da machen wir lieber nichts, denn wenn wir etwas machen, nimmt die Sterblichkeit ab und wir verschieben das Problem von jetzt auf ein paar Jahre später. Das ist natürlich nicht der Weg. Die Einführung von Familienplanung zur Beschränkung der Geburtenzahlen ist nicht der Weg. Denn in einer Situation, wie sie zum Beispiel in Burkina herrscht, sind die primäre und sekundäre Sterilität auf der einen Seite und die hohe Säuglingssterblichkeit auf der anderen Seite, die ja immer noch bei 180 pro 1000 Lebendgeburten liegt, so dominante Probleme, daß jegliches Ansinnen, aktiv von außen Familienplanung zu betreiben, nackter Zynismus wäre."

*Teilnehmer C:* "Es ist in fast allen Staaten so gewesen, daß sich erst einmal die Überlebensfähigkeit der Kinder verbessert hat, und danach hat es sich gezeigt, wo das geschehen ist, gehen auch die Geburtenzahlen zurück. Wenn die Bevölkerung merkt, daß die Kinder überleben durch Primary Health Care, dann wird es auch langfristig weniger Kinder geben. Es wird immer leicht übersehen, daß diese Staaten noch viel weniger bevölkert sind, wenn man von Einzelfällen wie Bangla Desh absieht, als wir hier. Ich weiß nicht, ob es so gerechtfertigt ist, zu sagen, die da unten müssen aufpassen, denn die werden ja viel zu viele, während wir hier ja viel dichter bevölkert sind."

*Prof. Diesfeld:* "Burkina hat eine Bevölkerungsdichte von 28 pro Quadratkilometer, und wir haben 280."

*Dr. Thum:* "Ich glaube nicht, daß Familienplanung eine ganz moderne Erfindung von irgendwem ist, denn wir haben bei vielen Umfragen festgestellt, daß es in der Gegend, in der wir waren, durchaus ein traditionelles System der Familienplanung gegeben hat. Es war klar, daß eine Frau eigentlich gar nicht mehr als zwei Kinder bekommt, was man ja an und für sich als eine ganz ideale Zahl einschätzen kann. Das wurde mit einer relativ späten Heirat geregelt, bei der die Frau nicht vor zwanzig Jahren ihr erstes Kind bekommt; es wurde außerdem geregelt über die Polygamie mit relativ langen Abstinenzzeiten. Dies schien nach den Erhebungen, die wir gemacht haben, ein ganz gutes System zu sein, denn die Kindersterblichkeit lag in der Phase bei 12%, im Alter von 0-4. Wir haben dabei die Zahlen von damals genommen; dies liegt nun etwa 100 Jahre zurück. Das hat sich inzwischen durch die kulturellen Veränderungen und durch Veränderungen in den Lebensbedingungen entscheidend geändert. Die Polygamie funktioniert aus ökonomischen Gründen nicht mehr so gut wie früher. Die einzelne Frau bekommt wesentlich mehr Kinder; die Geburtenabstände sind wesentlich kürzer; und die Kindersterblichkeit ist in der entsprechenden Altersgruppe von 12% auf 48% gestiegen, und zwar trotz medizinischer Entwicklungshilfe. Nun sieht man ja auch, wo die Ansatzmöglichkeiten sind. Diese sind mehr im sozialen und ökonomischen Bereich, zunächst einmal im Rahmen der Grundbedürfnisbefriedigung. Die Familie soll wieder selbst die Planungsmöglichkeiten in die Hand bekommen, wodurch sie wieder steuern kann. Hier ist es nun die Kindersterblichkeit, die wahrscheinlich wieder eine große Rolle spielt. Auch heute sind sich die Frauen, die wir befragt haben, ganz klar darüber, wie groß eine Familie sein soll, wieviel Kinder eigentlich gut wären. Nur ist es eben im Moment nicht mehr steuerbar."

*Prof. Diesfeld:* "Und es kann nur steuerbar werden, wenn die Säuglingssterblichkeit gesenkt wird. Und da bekommen wir erst einmal natürlich eine Kluft."

### **Dorfgesundheitsshelfer:**

*Teilnehmer D:* "Ich habe eine andere Frage: Sie hatten erwähnt, daß in einem Dorf vorwiegend junge Leute als Dorfgesundheitsshelfer gewählt wurden, und zwar mit der Begründung: Wem sollen wir vertrauen, wenn

nicht den Jungen. Auf der anderen Seite haben Sie gesagt, daß das traditionelle Gesundheitswesen noch einen enorm großen Einfluß hat. Für mich ergibt sich die Frage, welchen Einfluß der Gesundheitshelfer da hat und was seine soziale Position ist?"

*Prof. Diesfeld:* "Es ist ja ganz normal, daß die Bedingungen für die Etablierung eines Dorfgesundheitshelfers oder einer Dorfhebamme von Dorf zu Dorf innerhalb eines Landes unterschiedlich sind, selbst dann, wenn eine einheitliche Rahmenpolitik etabliert wird. Was ich hier nur sagen kann, sind punktuelle Beobachtungen, deren Generalisationswert man wirklich in Frage stellen muß, weil es einfach von Dorf zu Dorf unterschiedlich ist. Was ich heute sehe, ist vielleicht übermorgen geplatzt, weil der Dorfgesundheitshelfer die Nase voll davon hat, ständig ausgebeutet zu werden, denn er bekommt nichts für seine Arbeit. Man wartet mal und sagt: Ja, wenn die Ernte gut ist, dann bekommst Du einen Sack Hirse, oder wir hacken mal ein bißchen mit auf Deinem Acker rum. Die Klagen, die man immer wieder hört vom Dorfgesundheitshelfer: Auf dem Weg zum Feld in der Früh muß er seinen Laden sozusagen aufmachen. Die Leute kommen vorbei, und er muß Sprechstunde halten. Bis er dann aufs Feld kommt, ist es 11 Uhr. Da machen die anderen schon wieder Mittagspause. Und abends, wenn er nach Hause geht und mit seiner Arbeit nicht fertig geworden ist, dann kommen wieder alle an und haben sich in den Finger gehackt und dieses und jenes. Er ist zwar motiviert, aber irgendwo reicht das nicht aus, und dann geht er an die Elfenbeinküste, und dann ist Schluß. Dann fängt man wieder von vorne an. Die Rolle dieses Dorfgesundheitshelfers innerhalb des Dorfes ist also sehr unterschiedlich und nicht unproblematisch. Andere Länder sind deshalb dazu übergegangen, zu sagen: Gut, wir bezahlen den Dorfgesundheitshelfer mit einem gewissen Gehalt. Und damit taucht wieder das Problem auf: ist er nun Anwalt des Dorfes, oder ist er Agent des Ministeriums? In Burkina ist er am Medikamentenumsatz beteiligt - das ist natürlich auch nicht gerade die beste Lösung. Er hat in der Regel Pech, weil die Kasse nie stimmen kann, denn wenn in Afrika jemand über etwas verfügt, was der andere nicht hat, ist er sozial gezwungen, dies kostenlos abzugeben. Da ist der Dorfgesundheitshelfer, wenn er eine Medikamentenkiste unter dem Arm hat, auch wenn er noch so klein ist, der "Grand Frere". Und der große Bruder ist verpflichtet, jedem anderen, der sich als "Kleiner Bruder" zu erkennen gibt, etwas zu geben, wobei der reiche Bauer plötzlich der "Petit Frere" ist, dem der Grand Frere das Aspirin umsonst geben muß. Wie kann denn auch der 20-jährige Helfer dem großen Boss für die kleine Tablette Aspirin 25 CFA abknöpfen? Er müßte es eigentlich als Ehre betrachten, daß der sich von

ihm ein Aspirin holt. Und so kann die Kasse einfach nicht stimmen. Das ist ein ganz großes Problem, die Wirtschaftlichkeit der Medikamentenversorgung auf Dorfebene so zu steuern, daß die ursprüngliche Idee eines rotierenden Fonds mit einem minimalen Benefit für den Dorfgesundheitshelfer aufgeht. Er kann sich sicherlich nicht daran bereichern, sondern er zahlt drauf."

### **Intersektorale Zusammenarbeit:**

*Teilnehmer E:* "Ich habe noch eine ganz grundsätzliche Frage. Beim Primary Health Care-Konzept gibt es ja sehr viele Sektoren. Wir haben uns bisher über den medizinischen Sektor unterhalten. Wir haben uns noch nicht gefragt, was es ist, das unsere Arbeit ergänzen muß? Und gerade das ist das Schwierige für mich, dies zu finden. Ich meine z.B. den Schulsektor, den landwirtschaftlichen Sektor, die Dorfverwaltung. Dort sehe ich Schwierigkeiten, das Konzept umzusetzen."

*Prof. Diesfeld:* "Das sind genau die intersektoralen Probleme, die sich fast nicht lösen lassen. Ich habe mit Lehrern gesprochen, die in Dörfern gearbeitet haben, in denen Dorfgesundheitshelfer tätig waren. Und ich habe immer feststellen müssen, daß sich die Idee, den Lehrer miteinzubeziehen, nicht realisieren läßt. Vor 25 Jahren in Äthiopien hat mir ein Krankenpfleger gesagt: 'Wenn ich den Kindern in der Schule erzähle, sie sollen irgendetwas zur Gesundheit tun, und sie kommen mit dieser Information nach Hause zur Mutter, dann bekommen sie erst einmal eine hinter die Ohren, und es heißt: Was soll dieser neue Quatsch! Hier wird es so und so gemacht. Fertig.' Und dieser Krankenpfleger hat sich selbst gesagt: Wenn ich es erreiche, daß dieses Kind, das selbst einmal Mutter wird, seiner Tochter nicht gleich wieder eine hinter die Ohren haut, wenn sie mit einer Novität ankommt, dann habe ich schon etwas geschafft. Damit ist die Generationsspanne, die nötig ist, um Veränderungen zu schaffen, von diesem einfachen Mann auf dem Dorf ganz klar formuliert worden. So viel Zeit braucht das. Und Präventivmedizin, was immer das sei, ist ein mühseliges Geschäft mit sehr wenigen Erfolgserlebnissen, wo man dauernd eins auf den Hut bekommt, und daher ist sie in der Medizin nicht angesehen."

### **Primary Health Care hier bei uns:**

*Teilnehmer F:* "Wenn wir davon ausgehen, daß Primary Health Care ein Programm für alle Länder ist und nicht nur für Länder der Dritten Welt, und davon muß man ja wohl ausgehen, frage ich nun etwas provokativ,

wie man es sich anmaßen kann, so etwas in anderen Ländern durchzusetzen, wenn man es in seinem eigenen Land nicht tut. Wo nimmt man die Rechtfertigung her, eine solches Konzept für andere Länder zu propagieren, wenn man nicht auch hier versucht, das durchzusetzen?"

*Prof. Diesfeld:* "Ganz kurz dazu. Wir, und ich weiß nicht, wer "wir" ist in diesem Zusammenhang, propagieren nicht Primary Health Care in den Ländern der Dritten Welt. Die Entwicklung muß in der Tat so gesehen werden, daß auf der Ebene der International Community, in der WHO, wo ja alle Mitgliedsländer vertreten sind, immerhin 144 Länder, weitgehend der Meinung waren, daß dieses Konzept eingeführt werden sollte. Und damit sind die wieder nach Hause gegangen. Und damit war es zunächst einmal ein auf internationaler Ebene gemeinschaftlich akzeptiertes Konzept, das nun jedes Land für sich alleine durchsetzen sollte. Die Dokumente für diese Konferenz bestanden aus Berichten der Mitgliedsländer darüber, was sie im eigenen Land bis dato schon gemacht haben. Primary Health Care ist ja nicht in Alma Ata 1978 vom Himmel gefallen. Es basierte auf umfangreichen Erfahrungen vieler Länder in vielen Teilen der Welt, entwickelten und nicht entwickelten Ländern gleichermaßen. Diese Papiere wurden bearbeitet und analysiert, und dann wurde das wieder mit nach Hause genommen. Insofern kann man sagen, daß hier sicher nicht diese Idee primär von den westlichen Ländern durchgedrückt wurde, sondern eher gegen die Interessen der westlichen Länder. Das ist eine ganz klare Feststellung, rein von den Mehrheitsverhältnissen her gesehen. Seitdem haben sich die westlichen Länder für den eigenen Bedarf relativ stark gegen den Gedanken von Primary Health Care gewendet.

Dazu kommt, daß die Sowjetunion, die ja das ausrichtende Land dieser Konferenz war, gesagt hat: Die Konferenz kann am allerbesten bei uns stattfinden, weil wir die Gedanken ja längst schon verwirklicht haben. Alle anderen Länder des Westens haben ihrerseits auch gesagt: Unsere ökonomischen Bedingungen bezüglich der Gesundheitsversorgung sind so, daß man sagen kann, "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" heißt im Klartext: Zugang zu einer medizinischen oder gesundheitlichen Grundversorgung für alle. Das haben wir schon längst. Jeder kann hier, wann er will, zu jedem beliebigen Arzt gehen. Die primäre Versorgung ist gewährleistet. Da gibt es mit wenigen Ausnahmen eigentlich überhaupt keine Zweifel in den westlichen Ländern. Auch innerhalb der Länder ist das Netzwerk mehr oder weniger dicht, aber es ist ein solides Netzwerk. Man kann sagen, damit gibt es eine medizinische Grundversorgung. Gleichzeitig muß man natürlich sagen, daß die Idee 'Primary Health

Care unter Nutzung lokaler Ressourcen' einschließlich der Einbeziehung von Laiengesundheitshelfern bei allen professionalisierten Gesundheitsarbeitern auf totalen Widerstand stößt. Nicht nur hier, sondern auch in der Dritten Welt. Sie sagen: So weit kommt es noch, daß die jetzt machen, was eigentlich unser Job ist. Da ist natürlich ein ganz massives Konkurrenzdenken dabei."

### **Die politischen Interessen hinter vertikalen Programmen:**

*Teilnehmer G:* "Könnten Sie vielleicht noch sagen, welche politischen Interessen hinter vertikalen Programmen, z.B. Impfprogrammen, stehen? Sie riechen förmlich danach. Es liegt natürlich im Interesse der Ersten Welt, solche Konzepte auszuarbeiten, aber sind die Fronten differenziert?"

*Prof. Diesfeld:* "UNICEF bekommt, wie alle internationalen Organisationen, das meiste Geld aus den USA. Und die Studie von Walsh und Warren wurde 1979 im Auftrag der amerikanischen Rockefeller Foundation durchgeführt. Ob die Impfstoffhersteller an weltweiten Impfprogrammen verdienen, weiß ich nicht. Ich kann mir nicht vorstellen, daß das wirklich Gewinne für die Impfstoffhersteller abwirft, die es wert machen, sich da reinzuhängen. Bis jetzt sind nationale Gesundheitsmaßnahmen für Impfstoffhersteller, Pharmahersteller usw. nicht sehr attraktiv gewesen. Wenn man an die Essential-Drug-Strategie denkt, so ist die den Pharmaherstellern gar nicht recht. Bei "Family-Planning" steckt natürlich auch ein bißchen Industrie dahinter. Es sind aber auch politische Überlegungen. Die Hintergründe kann ich nicht diskutieren. Aber wenn Sie nach einer politischen Motivation fragen, dann würde ich sagen, es stehen zwei Überlegungen im Widerstreit: ob das, was gemacht werden soll, in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung gemacht wird, und das dauert entsprechend länger, oder ob es von den Machern, die schnelle Erfolge sehen wollen, durchgeführt wird. Das sind auf der praktischen Ebene die widerstreitenden Ideen. Diejenigen, die Erfolge sehen wollen, sind sowohl auf politischer Ebene in den Ländern selbst, als auch auf der politischen Ebene der Geberländer zu suchen."

*Teilnehmer H:* "Ich stelle mir vor, wenn PHC irgendwann einmal funktioniert, dann bekommt es Eigendynamik und kann gefährlich werden. Dann bekommt es die gleiche Bedeutung wie eine sozialrevolutionäre Bewegung. Für wen das gefährlich ist, das sind nicht die Eliten in den dortigen Ländern, sondern das sind unsere Eliten hier."

*Prof. Diesfeld:* "Ja, ich glaube auch, daß es deshalb ein unheilvolles Bündnis gibt zwischen den Geldgebern und Regierungen, die ganz dankbar sind, wenn man jetzt sagt, Primary Health Care ist gescheitert. Die haben ja zum Teil nur halbherzig unterzeichnet und gar nicht richtig damit angefangen. Denen sind solche vertikalen Programme viel lieber, weil man die ganze Sache in der Hand hat. Man zieht es als landesweite Kampagne durch, und die Agency, die das Geld gibt, hat die Sache auch im Griff. Da wird nichts abgegeben. Und man hat eine Statistik, die man vorzeigen kann. Das kommt dem hier in den Industrieländern gängigen Verständnis von Gesundheitsfürsorge oder Gesundheitspolitik sehr nahe: Da gibt es Probleme, machen wir also etwas dagegen, dann sind sie weg. Dieses vertikale Konzept ist ein Rückfall in die Zeit vor 30-40 Jahren, als man gesagt hat, wir brauchen Tuberkulosebekämpfung, wir brauchen Malariabekämpfung, wir brauchen Bekämpfung von diesem und jenem. Jedes als isolierte Maßnahme. Da weiß man, wie es läuft, das hat man in der Hand."

*Teilnehmer J:* "Ich glaube, das ist nicht nur in der Dritten Welt so, sondern auch in der Ersten. Eine ferne Furcht mag ja auch sein, in Bonn oder sonstwo, daß sich Primary Health Care auch hier einmal durchsetzen könnte. Dann würde es vielleicht auch eine Eigendynamik bekommen."

*Prof. Diesfeld:* "Ich kann das nur unterstützen, weil ich glaube, daß nicht nur die schnelle Wirkung, d.h. der momentane Wirksamkeitsnachweis, von diesen Programmen eine Rolle spielt und daß sie eventuell auch politisch gefährlich sein könnten, sondern ich glaube auch, daß in bestimmten Kreisen an Dezentralisation gar nicht gedacht werden kann. Es wird auch begrenzt, weil eine Dezentralisation Gedanken erfordert, die diesen Kreisen so fern liegen, daß sie gar nicht darauf kommen. Das können Sie ohne weiteres sehen, wenn Sie hier in Ärztekreisen diese Fragen diskutieren."

*Teilnehmer K:* "Es wäre vielleicht auch interessant zu wissen, inwieweit die Entwicklungshilfeorganisationen das Primary Health Care-Konzept jeweils ernsthaft verfolgen. Inwieweit stehen z.B. die kirchlichen Organisationen wirklich dahinter?"

*Prof. Diesfeld:* "Die kirchlichen Organisationen waren die wesentlichen Entwickler und Förderer des Gedankens von Primary Health Care. Das geht zurück in die siebziger Jahre, auf einige allen inzwischen längst bekannte Persönlichkeiten wie David Morley, Maurice King oder John Bryant. Es gibt auch eine Expertengruppe, die "Christian Medical

Commission" des Weltrates der Kirchen. Kenneth Newell war damals von Seiten der WHO mit dabei. Die Christian Medical Commission hatte eine wissenschaftliche Kommission in die damals noch abgeschlossene VR China geschickt, um eine erste Analyse darüber zu machen, wie das Gesundheitssystem in China läuft. Die ersten konzeptionellen Informationen kamen aus dieser Arbeitsgruppe in die westliche Welt. Und das hat die WHO 1974 en bloc sozusagen gekauft, einschließlich der Personen, die das damals gemacht haben. Das fällt zusammen mit dem Übergang der Direktorenschaft in der WHO von Candau, einem Argentinier, der ein ausgesprochener Vertikalist war, zu Halfdan-Mahler, einem dänischen Tuberkulosearzt, der Community-Health aus der Tuberkulosebekämpfung kannte. Und so ist das ganze praktisch zu einer Weltgesundheitspolitik geworden. Der hat sich damals auch die UNICEF voll angeschlossen. Erst als man merkte, auf was für ein schwieriges Terrain man sich begeben hatte, hat UNICEF 1984 das Gegenmodell (GOBI) zum Tragen gebracht."

*Regina Görgen:* "Ich würde gerne zur deutschen Entwicklungshilfe folgendes ergänzen: Mein Eindruck ist, daß dieser Bruch durch die Organisationen geht, daß es in der GTZ, im DED, im BMZ beide Strömungen gibt; daß es Leute gibt, die sich freuen, daß sich das, was sie eigentlich schon immer gedacht haben, anscheinend beweist, daß es sowieso nichts bringt mit diesem Dorfansatz. Jetzt ist wieder Konjunktur für diese Meinung. Es gibt aber auch in allen Organisationen, soweit ich das überblicke, den Kampf der anderen, die sagen, wir müssen darum kämpfen, daß Gelder auf lange Zeit gegeben werden. Wenn man an Primary Health Care glaubt, kann man nicht sagen: Ihr bekommt Geld für zwei Jahre, und dann bitte einen Erfolgsbericht, sonst streichen wir das Geld! Man muß 10 Jahre, 15 Jahre, 20 Jahre Laufzeit für finanzielle Unterstützung von PHC-Programmen erkämpfen. Man muß sagen: Wir als die Bundesrepublik gehen die Verpflichtung für 15, 20 Jahre ein. Dieser Kampf läuft, glaube ich, durch jede Organisation. Ich kann keine nennen, bei der man sagen könnte: das ist die Primary Health Care-Organisation, und das andere sind die GOBI-Leute. Das ist ein Kräftespiel, und es ist abzuwarten, wer ein Übergewicht bekommt."

*Teilnehmer L:* "Ich frage mich jetzt, ob GOBI nicht ein realistisches, gutes, kleineres Übel ist, um wenigstens eine Basisgesundheit herzustellen, auf der man dann überhaupt aufbauen kann."

*Prof. Diesfeld:* "Das ist das Argument der GOBI-Leute."

*Regina Görgen:* "Ich möchte zum "kleineren Übel" etwas sagen. Der Gedanke ist sehr verführerisch zu sagen, laßt uns mal eine bestimmte Maßnahme ergreifen, das ist etwas Vernünftiges, da hat man etwas in der Hand. Ich möchte ein Beispiel erzählen, warum ich denke, daß das noch nicht das "kleinere Übel" ist. In Benin hatte die UNICEF im vorigen Jahr als Jahreskampagne orale Rehydrierung landesweit im Programm. In alle Zentren wurden Plakate gehängt, die Mütter wurden beraten und die Beutelchen von der UNICEF mit dem Zucker-Salz-Gemisch wurden verteilt. Diese Kampagne war auf ein Jahr begrenzt. Im Jahr darauf hat die Kampagne "Breast Feeding" stattgefunden. Und auf die Frage: Wie ist das denn mit den Beutelchen im Jahr darauf? kam die Antwort: Es war nicht vorgesehen, daß das weitergeht. 1987 gibt es einfach keine Beutelchen mehr, denn die Kampagne ist beendet.

Laß es 1986 genug Beutelchen geben, wenn die Sache dann aufhört, ist es nicht mehr das kleinere Übel, sondern es ist kontraproduktiv, weil die Leute auf eine bestimmte Verhaltensweise in einer bestimmten Situation trainiert waren."

*Prof. Diesfeld:* "Je effektiver es läuft, um so gefährlicher ist es. Wenn die Leute es wirklich gelernt haben, fallen sie im Jahr darauf auf den Bauch, und daher ist es nicht das kleinere Übel. Ich habe Angst vor den Leuten, die kampagnenartig denken."

Der Begriff "Interimsstrategie" wird in dem Aufsatz von Walsh und Warren als Weg zu Primary Health Care bezeichnet. Ich glaube, das ist eine Irreführung, denn es kann keine Interimsstrategie sein. Das Beispiel Benin zeigt doch: Wenn die Leute nicht lernen, auf ihre eigene Kraft zu vertrauen, ihre Probleme zu erkennen, Möglichkeiten zu entwickeln und damit umzugehen, dann haben sie langfristig keine Möglichkeit, wirklich etwas zu verändern. Die Strategie, die von oben aufgesetzt ist und ihnen für ein Jahr eine bestimmte Möglichkeit an die Hand gibt, verhindert systematisch das eigene Umgehen mit dem Problem. Und deshalb denke ich, GOBI kann keine Interimsstrategie zum Erreichen von Primary Health Care sein, sondern das sind Strategien, die sich gegenseitig ausschließen."

## 7) "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"-Arbeit in Kleingruppen

Die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung" sollte den Teilnehmern Gelegenheit geben, im fachlichen Teil des Seminars selbst aktiv zu werden und Anregungen für die Durchführung ähnlicher Aktivitäten zu sammeln. Thematische Grundlage der Gruppenarbeit war das erste der acht essentiellen Elemente von "Primary Health Care" (vgl. dazu den Vortrag von Prof. Diesfeld), die Gesundheitserziehung, oder, wenn man der Tatsache Rechnung tragen möchte, daß man Erwachsene nicht "erziehen" kann, besser formuliert: die Gesundheitsberatung. Die Teilnehmer konnten sich mit den verschiedensten Vermittlungstechniken auseinandersetzen, angefangen vom belehrenden Frontalunterricht (im Video "Keine weißen Götter") bis hin zu Methoden wie Rollenspiel und zu didaktischen Hilfsmitteln wie dem Flanellographen, die bei richtigem Einsatz eine dialogische Beratung, ein Beratungsgespräch, ermöglichen. Dies folgt dem vierten Grundprinzip von "Primary Health Care", der "Partizipation der Bevölkerung".

Alle Seminarteilnehmer hatten bereits im Voraus die Broschüre "Gesundheitsberatung" von Regina Görden erhalten, in der Konzepte, Probleme und Tips zur Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Bevölkerung enthalten sind. "Fachlich" ging es bei der Gruppenarbeit um den Themenkomplex Hygiene des Wassers, Durchfall, Dehydratation und orale Rehydratation mit Zucker-Salz-Lösung. Zur Vorinformation diente das Kapitel "Dehydratation" aus dem Buch "Where There Is No Doctor" von David Werner (siehe Anhang). Für weitere Informationen stand das genannte Buch sowie "Helping Health Workers Learn" von David Werner und Bill Bower zur Verfügung.

Im folgenden werden die allgemeine Arbeitsanleitung für alle Gruppen, die speziellen Anleitungen für die einzelnen Gruppen und jeweils das

Kurzprotokoll der Arbeitsergebnisse wiedergegeben.

Allgemeine Arbeitsanleitung für alle Gruppen:

### **Partizipatorische Darstellung eines Themas aus dem Bereich Durchfall / Dehydratation / Hygiene**

Ihr könnt bei dieser Gruppenarbeit ein zentrales Element aus dem Comprehensive-"Primary-Health-Care" -Konzept selber ausprobieren und diskutieren: eine Gesundheitsberatung, die nicht als Frontalunterricht abläuft, sondern die "Betroffenen" am Ablauf der Beratungseinheit beteiligt. Als Ergebnis sollte jede Gruppe eine fünf- bis zehnminütige (nicht länger!) Beratungseinheit, Rollenspielszene o.ä. im Plenum vorstellen. Bei den angegebenen Themen handelt es sich um Vorschläge, die von den Arbeitsgruppen abgewandelt werden können.

Hinweis: Die Stofffülle ist groß, die Vorbereitungszeit knapp (wie im richtigen Leben). Die Resultate der Arbeit können also nicht perfekt und "fertig" sein - das sollen sie auch gar nicht.

Material für alle Gruppen: Broschüre "Gesundheitsberatung" von Regina Görgen (vorab verschickt), sowie als "Handbibliothek" D.Werner: Where There Is No Doctor" (=WTND) und Werner/Bower: Helping Health Workers Learn (=HHWL).

### **Gruppe 1: Video "Keine weißen Götter"**

Vorschlag: Schaut Euch den Ablauf der Gesundheits"beratung" im ersten Teil des Videos an (vgl. beiliegendes Blatt mit Inhaltsangabe). Sammelt auf einer Stellwand übersichtlich Kommentare, Kritik etc. Führt der Gesamtgruppe zur Erläuterung einzelne Abschnitte vor (Zählwerkstand notieren).

Lesevorschlag: HHWL S.1-16 bis 1-23.

Materialien:

- Video-Anlage; Band "Keine weißen Götter"
- Inhaltsangabe des Videos
- Stellwand, Papier, Filzstifte, Nadeln.

Anmerkung: Wir haben diesen Video nicht ausgewählt, um uns über den (sehr engagierten) Gesundheitsunterricht lustig zu machen. Ein solcher Ablauf ist vielmehr immer noch an der Tagesordnung.

### **Kurzprotokoll:**

In dem Video "Keine weißen Götter" (Autoren: K.Wölfle, I.Götz; BRD

1986. Inhaltsangabe im Anhang) werden Mütterberatung und Gesundheitsunterricht durch ein "mobile-clinic"-Team bei den Massai in Tanzania gezeigt.

Die Arbeitsgruppe führte dem Plenum zwei Ausschnitte aus dem Video vor, zu denen stichwortartige Kommentare auf einer Stellwand festgehalten worden waren.

a) Begrüßung der Fremden. Der Begrüßungsstanz zeigt die Bedeutung des Ereignisses für die Massai.

b) Gesundheitsberatung Mutter/Kind. Nicht geeignet, weil:

- Frontalveranstaltung
- keine Demonstration des gelehrtens Stoffes
- keine aktive Beteiligung der Mütter
- keine Rückkoppelung
- der Gesundheitspaß für die Kinder ist etwas völlig Abstraktes; aber es wird moralisiert: "Die Kinder werden schwer krank, wenn ihr den Gesundheitspaß verliert!"
- keinerlei Einbeziehung von traditionellem Wissen und traditionellen Krankheitsvorstellungen in den Gesundheitsunterricht, aber:
- viele weiße Kittel im weiteren Verlauf des Films

## **Gruppe 2: Diaserie "Diarrhoea Management"**

Die englische Stiftung TALC (Teaching Aids at Low Cost) vertreibt preisgünstige Lehrmaterialien für den Gebrauch (nicht nur) in der Dritten Welt, z.B. Diaserien mit begleitenden Skripten zur Ausbildung von Dorfgesundheitsarbeitern.

Vorschlag: Wählt einen Abschnitt aus der Diaserie "Diarrhoea Management" (DhM) aus (vgl. "Introduction" auf S. 1 des Skripts). Führt der Gesamtgruppe einige Dias vor und kommentiert sie.

Materialien: - TALC-Diaserie DhM und Skript  
- Diaprojektor, Leinwand

Anmerkung: Die Vorbereitungszeit reicht vermutlich nicht aus, um das Skript komplett zu lesen!

### **Kurzprotokoll:**

Die Arbeitsgruppe wählte vier der 24 Bilder der Diaserie "Diarrhoea Management" aus und gestaltete damit eine kurze dialogische Unterrichtseinheit (mit der Zielgruppe "westeuropäische Medizinstudenten").

Dabei machte sie sich Vorschläge aus dem zugehörigen Skript zunutze.

- Erstes Bild (DhM 1): Kind mit Durchfall. Untertitel: "7 to 10 attacks of diarrhoea before age 5". Die Zuschauer sollten die wichtigsten anamnestischen Fragen auf Zetteln notieren, die dann an eine Stellwand geheftet wurden. Beispiele: Wie lange hat das Kind schon Durchfall? Wie oft am Tag? Trinkt es noch? Hat es Fieber? Blut im Stuhl? usw.
- Zweites Bild (DhM 4): Dehydriertes Kind. Frage an die Zuschauer: Was fällt auf? Die Augen sind eingesunken, das Kind wirkt sehr müde.
- Drittes Bild (DhM 5): Übersicht: Zeichen der Dehydratation. Nach dem Betrachten dieses Bildes sollten die Zuschauer alle Zeichen der Dehydratation, die ihnen im Gedächtnis geblieben sind, auf Zetteln notieren.  
Kritik der Zuschauer: dieses Dia ist recht unübersichtlich
- Viertes Bild (DhM 14): Kind mit stehender Hautfalte (links). Ein solcher Turgorverlust der Haut ist ein typisches Zeichen der mittelschweren und schweren Dehydratation.

Exemplarische Bilder aus der Diaserie "Diarrhoea Management" (DhM 1 und 5)



# 7 to 10 attacks of diarrhoea before age 5

DhM

## DEHYDRATION IN CHILDREN

### EARLY SIGNS

**Mild - 5%**

- THIRST
- DRY MOUTH
- LESS URINE
- WEIGHT LOSS

### LATE SIGNS

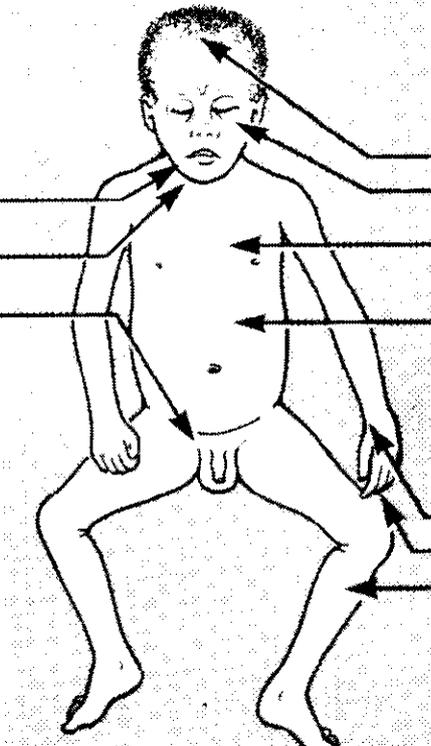
**Moderate - 10%**

- SUNKEN FONTANELLE
- SUNKEN EYES
- RAPID DEEP BREATHING (ACIDOTIC)
- LOSS OF SKIN ELASTICITY

**Severe - 15%**

- RAPID WEAK PULSE
  - CYANOSIS
  - COLD LIMBS
  - COMA
- } SHOCK

**Treat dehydration now**  
DO NOT WAIT FOR LATE SIGNS



### **Gruppe 3: Rollenspiel "Dehydratation"**

Oft existieren bei der Bevölkerung Vorstellungen über die Ursachen und die Behandlung einer Krankheit, die den Erklärungsmodellen der westlichen Medizin diametral entgegengesetzt sind. Daraus können sich schwere Mißverständnisse und Konflikte ergeben. Beispiel: HHWL S. 7-8 und 7-9, liegen bei.

Vorschlag: Mit einer Rollenspielszene (mögliches Beispiel liegt als "Spielsituation" bei) könnt ihr einen solchen Konflikt verdeutlichen und zur Diskussion stellen. Vielleicht kann dieselbe oder eine andere Gruppe einen Lösungsvorschlag vorspielen, der auf den Vorkenntnissen der Betroffenen aufbaut. Vgl. dazu HHWL S. 24-18 und 24-19 liegen bei.

Materialien: - HHWL S. 7-8 und 7-9, S. 24-18 und 24-19  
- "Spielsituation Dorf in Mexiko"

#### **Kurzprotokoll:**

Vier Student(inn)en spielten: Mutter und Großmutter bringen ein schwer dehydriertes Kind zum Arzt und verlangen eine Spritze, da das Kind zu sterben droht. Der Arzt möchte zunächst Impfpfaß und Wiegekarte sehen, erzählt von "Dehydratation" und "Elektrolytverlust". Er achtet überhaupt nicht auf das Erklärungsmodell, das die Großmutter anbietet: das Kind ist so schwer krank, weil sein Hirn abgesunken ist (daher die eingesunkene Fontanelle!), was nebenbei auch zu Durchfall führt. Unverstanden und verzweifelt verlassen die Frauen mit dem Kind die Praxis. Auch ihre Therapie versagt: sie halten das Kind mit dem Kopf nach unten, klopfen auf die Fußsohlen, um das Hirn wieder in die richtige Position zu bringen - ohne Erfolg. Wieder zu Hause, bekommen sie Besuch vom Dorfgesundheitsarbeiter. Dessen Fragen verstehen sie: Pinkelt das Kind noch? Hat es gekotzt? Was fällt der Mutter an dem Kind auf? Antwort: die Augen sind eingesunken und ohne Tränen. Der Gesundheitsberater darauf: Das Kind sieht welk aus, wie eine Frucht, die lange in der Sonne lag, wie eine Pflanze ohne Wasser. Er zeigt der Mutter einen welken Zweig in einem leeren Gefäß und einen grünen in einem wassergefüllten Gefäß. Dann bastelt er aus einem Gefäß (leerer Becher aus dem Kaffeeautomaten!) das Modell eines Kindes: der Becher hat ein Loch, er läuft leer - das Kind hat Durchfall, es verliert Flüssigkeit und wird "welken". Also: schnell neues Wasser nachfüllen. Der Gesundheitsberater wird der Mutter bei der Zubereitung der Zucker-Salz-Lösung helfen.

Rollenspiel: Dorfgesundheitsarbeiter erklärt der Mutter die Gefahren des Wasserverlustes bei Durchfall



## **Gruppe 4: Demonstration "Zucker-Salz-Lösung"**

Vorschlag: Demonstriert auf einfache, leicht verständliche Weise die Zubereitung von oraler Rehydrationsflüssigkeit (ORF) aus Zucker, Salz und Wasser. Diskutiert die Vor- und Nachteile von Meßlöffel und Fertigpackungen. Vielleicht lohnt es sich, auf einer Stellwand Regieanweisungen für eine solche Demonstration festzuhalten.

Weitere Möglichkeit: geht auf die Dosierung von ORF ein oder auf die Frage, woran man Dehydratation bei Kindern erkennt.

Materialien:

- HHWL S. 11-9 und 11-12 (Handpuppe, Modell "Wassertopf")
- HHWL S. 15-10 bis 15-13 (Meßlöffel, Fertigpackungen)
- Zucker, Salz, Wasser, Meßgefäß, Eßlöffel, Teelöffel, Meßlöffel
- Material für Handpuppe
- Stellwand, Papier, Filzstifte, Nadeln.

### **Kurzprotokoll:**

Ausgehend von der konkreten Situation: "Ein Kind hat seit zwei Tagen Durchfall" schilderte diese Arbeitsgruppe die Schwierigkeiten der oralen Rehydratation. Ein Dorfgesundheitsarbeiter erklärt der Mutter am Morgen, sie solle dem Kind Zucker-Salz-Lösung geben, aber:

- Hat die Mutter überhaupt die notwendigen Bestandteile zu Hause? Wenn nicht: wo sind sie erhältlich, und zu welchem Preis?
- Wo kommt das Wasser her? Muß es eine Stunde zu Fuß herangeholt werden? Ist es so schmutzig, daß es abgekocht werden müßte? Woher das Holz nehmen?
- Warum muß das Wasser abgekocht werden? Es sieht sauber aus! (Ein Teilnehmer dazu: "Die Würmer kann man ja herausklauben!")

Mittlerweile ist es Nachmittag. Alle Bestandteile stehen bereit. Dem Kind geht es aber schon bedeutend schlechter als am Morgen.

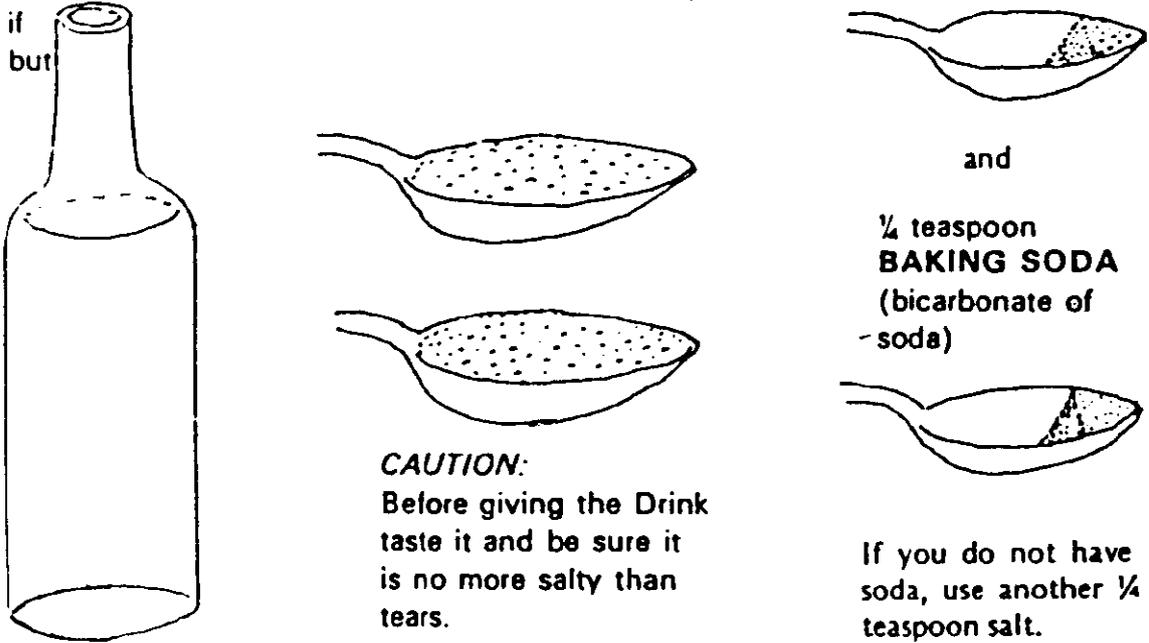
-Wie wird die Zucker-Salz-Lösung zubereitet?

**REHYDRATION DRINK—TO PREVENT AND TREAT DEHYDRATION**

In 1 liter of **WATER** (better if boiled, but do not lose time) put

2 level tablespoons of **SUGAR** or honey and

$\frac{1}{4}$  teaspoon **SALT**



and

$\frac{1}{4}$  teaspoon **BAKING SODA** (bicarbonate of soda)

**CAUTION:**  
Before giving the Drink taste it and be sure it is no more salty than tears.

If you do not have soda, use another  $\frac{1}{4}$  teaspoon salt.

If available, add half a cup of orange juice or coconut water or a little mashed ripe banana to the Drink

Oder mit Hilfe des Meßlöffels von TALC: In ein Glas Wasser gibt man die größere Löffelhälfte gestrichen voll mit Zucker und die kleinere gestrichen voll mit Salz. Gut umrühren!

Kommentar aus dem Plenum nach dem Probieren: die Lösung schmeckt nicht. Daher ist es eine gute Idee, etwas Orangensaft oder zerdrückte Banane hinzuzugeben. Damit wird gleichzeitig der Kaliumverlust des Kindes zumindest teilweise substituiert.

Hinweis: Bei der Zubereitung von Zucker-Salz-Lösung keine Zeit verlieren! Im hier geschilderten Fall kann es sinnvoll sein, auf das Abkochen des Wassers ganz zu verzichten, um das Kind möglichst schnell zu rehydrieren.

Demonstration der Zubereitung von Zucker-Salz-Lösung



## Gruppe 5: Flanellograph "Wasser"

Vorschlag: mit dem Flanellographen könnt Ihr eine Beratung in Dialogform (z.B. wie war es früher - wie ist es heute; vgl. Broschüre "Gesundheitsberatung" S. 12) zum Thema Wasser/Übertragung von Krankheiten/Vorbeugung durchführen. Zum Bau eines Flanellographen mit einfachen Mitteln siehe HHWL S. 11-16 bis 11-19: "Flannel Board".

Materialien: - Flanellograph-Satz und Skript  
- Zur Herstellung eigener Figuren oder Bilder für den Flanellographen: Karton, Filzstifte, Schere, Holzleim, grobe Sägespäne

Zur Erläuterung: ein Flanellograph ist eine Schautafel, auf der Bilder leicht befestigt und wieder abgenommen werden können. Der Flanellograph besteht aus einem weichen Stück Stoff, das straff an einer glatten Wand oder Tafel aufgehängt wird. Figuren und Bilder können selbst gemalt oder aus Zeitungen ausgeschnitten werden. Sie werden auf der Rückseite mit Sägespänen oder Kleie beklebt und haften am Stoff, wenn man sie andrückt (ähnlich dem Prinzip des "Klettbandes").

### **Kurzprotokoll:**

Die Arbeitsgruppe demonstrierte die Möglichkeiten einer dialogischen Beratung zum Thema "Wasser" mit Hilfe des Flanellographen. Z.B.: Es wird das Bild eines trinkenden Mannes angeheftet. Was trinkt der Mann? Er trinkt Wasser. Was kann man mit Wasser noch alles machen? Waschen, Spülen, usw. Wo kommt das Wasser her? Aus dem Fluß, der den Hügel herabfließt. Wie sah es früher auf dem Hügel aus, was hat sich verändert? Auf diese Weise läßt sich leicht eine Diskussion zum gewünschten Thema anregen.

Auf einer Stellwand hatten die Mitglieder der Arbeitsgruppe Vor- und Nachteile des Flanellographen übersichtlich dargestellt:

-Vorteile: leicht verständlich; unabhängig von Strom und Verdunkelung; einfache Herstellung; kommunikativ; flexibel; motivierend

-Nachteile: Figuren halten schlecht (z.B. wenn der Stoff nicht straff genug gespannt ist); Gefahr des Frontalunterrichts bleibt bestehen; Schwierigkeiten bei der Diskussionsleitung (zu viele oder zu wenige Assoziationen); unübersichtlich durch zu viele Bilder.

Fazit der Arbeitsgruppe: Das Medium ersetzt nicht die Methode. Für eine gute Arbeit mit dem Flanellographen ist Erfahrung nötig.

Dialogische Beratung zum Thema "Wasser" mit dem Flanellographen



## 8) Auswertung des Seminars durch die Teilnehmer

In der Seminaerauswertung wurden von den Teilnehmern folgende Meinungen geäußert:

### **Besonders gefallen hat:**

- Der Vortrag von Prof. Diesfeld zu Primary Health Care und die anschließende Diskussion
- Die Methodik und die didaktische Gestaltung des Seminars (nicht-frontaler Ablauf; Ideensammlung auf Stellwänden)
- Die Möglichkeit zum Ideenaustausch und die Motivierung
- Die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung" mit Rollenspielen und anderen kommunikativen Techniken
- Das gute Gruppenklima
- Die gute Mischung aus Theorie und Praxis
- Die Teilnehmer/innen
- Die Seminarleiter/innen, die gute Organisation
- Die Ideen und Pläne für die Zukunft

### **Nicht gefallen hat:**

- Die Zeitnot - das Seminar wurde als viel zu kurz empfunden
- Die zu lange Diskussion am Samstagnachmittag
- Die Tatsache, daß zu wenig ausländische Kolleg(inn)en unter den Teilnehmern waren.

Im Januar 1988 soll ein weiteres Multiplikatorenseminar stattfinden, bei

Im Januar 1988 soll ein weiteres Multiplikatorenseminar stattfinden, bei dem der Austausch der zwischenzeitlich gewonnenen neuen Erfahrungen bei der Durchführung studienbegleitender Aktivitäten im Vordergrund stehen soll.

Die Teilnehmer machten folgende **Vorschläge für den Ablauf des nächsten Multiplikatorenseminars:**

- \* Neben Medizinern sollten auch Ethnologen und Soziologen eingeladen werden, da man sich von der interdisziplinären Arbeit neue Impulse verspricht.
- \* Das Seminar sollte um einen Tag verlängert werden; dadurch stünde auch mehr Zeit für Planspiele und Rollenspiele zur Verfügung.
- \* Die Materialien zur Vorbereitung sollten früher verschickt werden.
- \* Das Seminar könnte an einem der Hochschulorte durchgeführt werden, an denen eine studentische Initiativgruppe besteht (die Teilnehmer aus Marburg erklärten sich bereit, die Rahmenorganisation des nächsten Seminars zu übernehmen).
- \* Als fachlicher Themenschwerpunkt wurde das Thema Mutter-Kind-Versorgung gewünscht.
- \* Die Teilnehmer wünschten sich noch mehr Tips zur Didaktik und Methodik als Anregung und Hilfe bei der Gestaltung ihrer Studienbegleitprogramme. In diesem Zusammenhang wurde auch der Vorschlag gemacht, daß einzelne Gruppen ihre eigenen Aktivitäten wie Spiele, Diavorträge usw. vorstellen könnten.

**Auswertung  
des Multiplikatoren-  
Seminars**

**gefallen:**

**PHC  
Vortrag  
+ Disk.**

Diesfeld

Referat von Diesfeld

Vortrag von Diesfeld

PHC-Vortrag  
+ Diskussion  
informativ + lebendig

**Didaktik-  
Lick**

„Didaktik“  
System mit  
Zettel + Wand

Stellwände =  
Zettel sehr  
gut

übersichtlich + Aufbau  
als Konzept

Darstellung der  
Gruppenarbeit an  
Zinnwänden

die Nicht-  
frontale  
Ausführung  
Arbeit mit den  
Stellwänden

**Ideen  
aus-  
tausch**

Ideenaustausch  
kontakte

lebhaft  
Diskussionen (wird)

viele konkrete  
Anregungen

Ideenaustausch  
neue Motivationen

Gedankenaustausch  
bei den  
Problemen

Neue Anregungen  
+ Erfahrungen

Viele neue  
Ideen für  
die Praxis

Neue Ideen und  
Anregungen für die  
weitere Arbeit mit Kindern

viele  
Anregungen  
für Graz

**Theorie  
+  
Praxis**

Mischung aus  
Theorie u. Praxis

Mischung aus  
Austausch und  
praktischen Arbeit

nicht zu speziell  
und daher  
realitätsorientiert

**Gruppen-  
arbeit  
Sonntag**

Rollenspiel

gute  
Gruppenarbeit

Viele praktische Dinge  
im Rollenspiel u. Handlung  
sogar Schlagwörter!

Konkrete Problem-  
stellung an  
Sonntag

Möglichkeit zur  
Gruppenarbeit bis  
So vormittag

Spiele  
↳ Selbst aktiv sein

**Ziele-Brain-  
storming**



Wandzeitungen: Auswertung des Seminars durch die Teilnehmer

nicht gefallen:

Zu wenig Zeit

Zeit  
→ keine erkennbare Struktur  
wird diskutiert!

Zusatzspiele  
(Zusatzzeit?) Kurz

zu wenig Zeit  
für die Auswertung

zu wenig Zeit  
für die Auswertung

zu wenig Zeit  
für die Auswertung

Unterkunft

Hotel unangenehm

HOTEL Hotel

Hotel, besser die Räumlichkeiten  
Tagesmiete

Lange Diskussionen

Sammeln von Beiträgen

Viele Diskussionen über die  
Mittel, die für die  
Auswertung der Beiträge  
verwendet werden

zu wenig Zeit für die  
Auswertung der Beiträge

Informationsmaterial  
zu kurzfristig  
bereitgestellt

zu wenig ausländische Kollegen!



## 9) Nachwort

### Studienbegleitprogramme Medizin in Entwicklungsländern Kambiz Ghawami

Das vorliegende Heft "Studienbegleitprogramme Medizin in Entwicklungsländern" ist ein Ergebnis des entsprechenden Multiplikatorenseminars im Mai 1987, das zur Unterstützung und Motivierung studentischer Initiativen im Bereich Medizin in Entwicklungsländern von WUS und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Herrn Professor Diesfeld durchgeführt wurde.

Ein weiteres konkretes Ergebnis dieses Seminars ist die Herausgabe des nun vorliegenden Rundbriefes "Gesundheit & Entwicklung" mit Beiträgen der verschiedenen Initiativen und der Vorstellung ihrer hochschulbezogenen Arbeiten. Das Engagement dieser Studentinnen und Studenten ist angesichts des immensen Arbeitsaufwandes eines Medizinstudiums, des Jobbens und des Prüfungsstreßes nicht hoch genug anzusetzen. Ihnen gehört Respekt und Anerkennung, da sie jetzt schon jenes Engagement zeigen, das von ihnen als Ärztinnen und Ärzte in Zukunft abverlangt wird.

Das hier gezeigte hochschulpolitische Engagement der Studentinnen und Studenten und ihre politische Arbeit "vor Ort" im Aufzeigen alternativer und komplementärer Angebote im gesundheitspolitischen Sinne, ist ermutigend und läßt hoffen, daß auch in anderen Fachbereichen in absehbarer Zeit ein entwicklungsländerorientiertes studentisches Lehrangebot sich entwickelt.

Trotz dieser sehr positiven Ansätze darf nicht vergessen werden, daß nach wie vor eine Klärung

- der Zulassungsregelungen für ausländische Studienbewerber im Fach Medizin
  - das Problem "Arzt im Praktikum"
  - Mitarbeit in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit
- zusätzlich zu den sonstigen Problemen des Ausländerstudiums ansteht.

## Zulassungsregelung

Nach wie vor besteht ein großer Bedarf an Medizinern in Entwicklungsländern, auch wenn in vielen Entwicklungsländern mittlerweile eigene Ausbildungsstätten entstanden sind. Zur Unterstützung dieser Eigenanstrengungen der Entwicklungsländer ist es immer noch nötig, die entsprechenden Hochschuleinrichtungen in Entwicklungsländern nachhaltig zu fördern und dort, wo noch keine vorhanden sind, solche mitaufzubauen und ebenso Studienplätze an bundesdeutschen Hochschulen verstärkt Bewerbern aus Entwicklungsländern zur Verfügung zu stellen. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn die entsprechenden Zulassungsquoten für ausländische Studienbewerber tatsächlich jenen Ausländern zugute kommen, die nicht zu den **Bildungsinländern** gezählt werden. Gegenwärtig sind bis zu 50% der ausländischen Studienanfänger im Fach Medizin Bildungsinländer. Dadurch entsteht ein Verdrängungseffekt zu Lasten von Bildungsausländern, der so von niemandem gewollt sein kann. Daher ist es dringend geboten, Bildungsinländer aus der Ausländerquote herauszunehmen und sie wie deutsche Medizin-Studienbewerber zu behandeln und sie in das besondere Zulassungsverfahren, das inländische Studienbewerber gilt, miteinzubeziehen.

## Arzt im Praktikum (AiP)

Bei tatsächlicher Umsetzung des AiP ist bis heute noch nicht geklärt, inwieweit die unausweichliche Wartezeit zwischen Studienende und der zur Verfügungstellung einer AiP-Stelle aufenthaltsrechtlich und finanziell geregelt werden soll.

In Anbetracht der jetzigen ausländerrechtlichen Situation werden wohl im Extremfall ausländische Medizinstudentinnen und -studenten damit rechnen müssen, während der von ihnen nicht zu vertretenden Wartezeit keine Aufenthaltserlaubnis zu erhalten und somit während dieser Zeit gezwungen zu werden, die Bundesrepublik Deutschland zu verlassen, um anschließend, nachdem eine AiP-Stelle ihnen zugewiesen wurde, wieder vom Ausland her einen Sichtvermerk zur Absolvierung der AiP-Zeit zu beantragen, um in die Bundesrepublik einzureisen.

Die damit verbundenen finanziellen Belastungen dürften bei durchschnittlichen Flugkosten von DM 3.000,- und einem Mehraufwand an Lebenshaltungskosten von DM 1.000,-DM bei durchschnittlich 16-monatiger Wartezeit somit pro Medizinstudent DM 19.000,- betragen. Für Medizinstudenten und -studentinnen aus Afrika, Asien und Lateinamerika dürften diese Zusatzkosten nicht leistbar sein.

## Mitarbeit in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit

Bundesdeutsche Entwicklungsdienste, wie z.B. der Deutsche Entwicklungsdienst (ded) oder Dienste in Übersee (DÜ) haben sich zur Aufgabe gemacht, vorübergehend dem Fachkräftemangel in Entwicklungsländern durch die Entsendung deutscher Entwicklungshelfer u.a. entgegenzuwirken. Auf der anderen Seite wird beklagt, daß insbesondere im ländlichen Raum in Afrika, Asien und Lateinamerika eine Unterversorgung an einheimischen Fachkräften herrscht und eine Überversorgung in den Großstädten. Angesichts dieser im Grunde zwei "Extreme" wäre es mehr als logisch, ausländische Absolventen bundesdeutscher Hochschulen in Projekte der Entwicklungszusammenarbeit einzusetzen. Auch wäre dies ein aktiver Beitrag zur Reintegration ausländischer Hochschulabsolventen. Ein erster Schritt hierzu wäre für ausländische Medizinstudenten die verstärkte Förderung von Famulaturen in Afrika, Asien und Lateinamerika und die Hospitation in Gesundheitsprojekten der Entwicklungsdienste.



## 13 SOME VERY COMMON SICKNESSES

### DEHYDRATION

**Most children who die from diarrhea die because they do not have enough water left in their bodies. This lack of water is called dehydration.**

Dehydration results when the body loses more liquid than it takes in. This can happen with severe diarrhea, especially when there is vomiting as well. It can also happen in very serious illness, when a person is too sick to take much food or liquid.

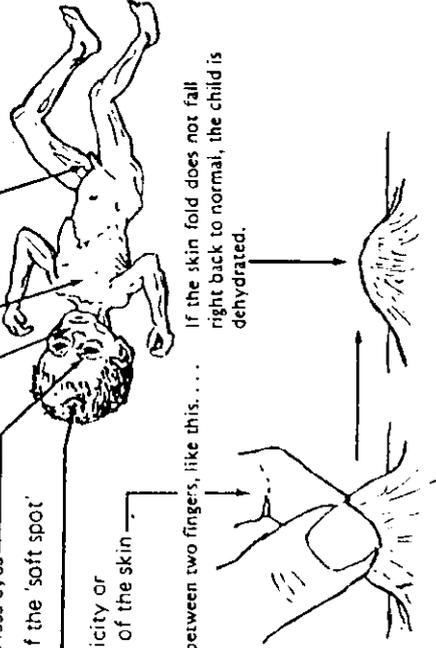
People of any age can become dehydrated, but **dehydration develops more quickly and is most dangerous in small children.**

**Any child with watery diarrhea is in danger of dehydration.**

It is important that everyone—especially mothers—know the signs of dehydration and how to prevent and treat it.

#### Signs of dehydration:

- little or no urine; the urine is dark yellow
- sudden weight loss
- dry mouth
- sunken, tearless eyes
- sagging in of the 'soft spot' in infants
- loss of elasticity or stretchiness of the skin



Very severe dehydration may cause rapid, weak pulse (see Shock, p. 77), fast, deep breathing, fever, or fits (convulsions, p. 178).

Liebe Teilnehmer am "Multiplikatorenseminar",  
anbei ein paar Materialien zur Vorbereitung der Gruppenarbeit am Samstag (Erarbeitung einer partizipatorischen Darstellung eines Themas aus dem Bereich Durchfall/Dehydratation/Hygiene).

Wer Zeit und Interesse hat, könnte sich noch die entsprechenden Kapitel in folgenden Büchern ansehen:

Werner, D.: Where There Is No Doctor

Werner, D. und Bower, B.:  
Helping Health Workers Learn

Beide Bücher werden als "Handbibliothek" bei der Gruppenarbeit zur Verfügung stehen. Anbei die ersten Seiten des Kapitels über Durchfall aus "Where There Is No Doctor". Zur Einführung in die partizipatorische Darstellung in der Gesundheitsberatung liegt noch eine Broschüre von Regina Görgen bei.

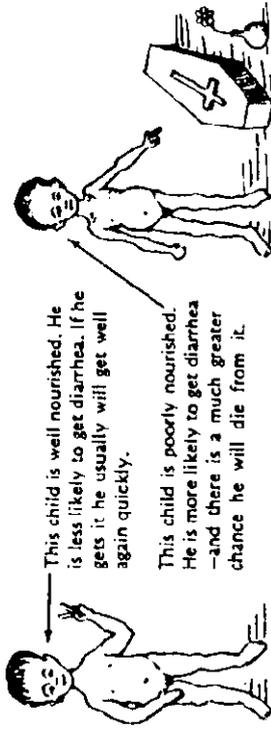
Viel Spaß beim Lesen!

## DIARRHEA AND DYSENTERY

When a person has loose or watery stools, he has *diarrhea*. If mucus and blood can be seen in the stools, he has *dysentery*.

Diarrhea can be mild or serious. It can be *acute* (sudden and severe) or *chronic* (lasting many days).

Diarrhea is more common and more dangerous in young children, especially those who are poorly nourished.



This child is well nourished. He is less likely to get diarrhea. If he gets it he usually will get well again quickly.

This child is poorly nourished. He is more likely to get diarrhea—and there is a much greater chance he will die from it.

Diarrhea has many causes. Sometimes special treatment is needed. However, most diarrhea can be treated successfully in the home, even if you are not sure of the exact cause or causes.

### THE MAIN CAUSES OF DIARRHEA:

poor nutrition (p. 154)	This weakens the child and makes diarrhea from other causes more frequent and worse.
virus infection or 'intestinal flu' (diarrhea usually mild)	difficulty babies have digesting foods that are new to them
an infection of the gut caused by bacteria (p. 131), amebas (p. 144), or giardia (p. 145)	allergies to certain foods (seafood, crayfish, etc., p. 166); occasionally babies are allergic to cow's milk or other milk
worm infections (p. 140 to 144)	side effects produced by certain medicines, such as ampicillin or tetracycline (p. 58)
infections outside the gut (ear infections, p. 309; tonsillitis, p. 309; measles, p. 311; urinary infections, p. 234)	laxatives, purges, irritating or poisonous plants, certain poisons
malaria ( <i>falciparum</i> type—in parts of Africa, Asia, and the Pacific, p. 186)	eating too much unripe fruit or heavy, greasy foods
food poisoning (spoiled food, p. 135)	

### Prevention and treatment of dehydration:

- A dehydrated person should drink large amounts of liquids: water, tea, soup, etc. But **do not wait for dehydration to begin.**
- Dehydration can usually be prevented if a person with diarrhea, with or without vomiting, is given plenty of liquids or Rehydration Drink from the very first. This is especially important for small children with watery stools.
- Especially useful in the prevention and treatment of dehydration is the following Rehydration Drink:

#### REHYDRATION DRINK—TO PREVENT AND TREAT DEHYDRATION

In 1 liter of WATER (better if boiled, but do not lose time)

put

2 level tablespoons of SUGAR or honey

and

1/4 teaspoon SALT

and

1/4 teaspoon BAKING SODA (bicarbonate of soda)

**CAUTION:** Before giving the Drink taste it and be sure it is no more salty than tears.

If you do not have soda, use another 1/4 teaspoon salt.

If available, add half a cup of orange juice or coconut water or a little mashed ripe banana to the Drink

Give the dehydrated person sips of this drink every 5 minutes, day and night, until he begins to urinate normally. A large person needs 3 or more liters a day. A small child needs at least 1 liter a day, or 1 glass for each watery stool.

Keep giving Rehydration Drink often in small sips, even if the person vomits (Not all of the drink will be vomited): if dehydration gets worse or the person does not urinate within 4 to 6 hours, find a health worker who can give liquid in a vein (intravenous solution).

When you give Rehydration Drink for diarrhea, keep giving food and keep giving breast milk to babies.

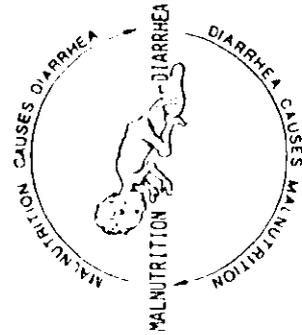
**Note:** Rehydration Drink can be made using raw sugar or bee's honey, but some honey may cause allergic reactions. In some countries small envelopes of "Rehydration Salts" are available for mixing with water (usually 1 liter). These contain a simple sugar (glucose) along with salt, soda, and potassium (see p. 368). This drink is possibly better for children who are badly malnourished or dehydrated. But in most cases, it is wise if mothers learn to make the Drink from local sugar and salt. Adding orange juice, coconut water or banana provides potassium

**Preventing diarrhea:**

Although diarrhea has many different causes, the most common are **infection and poor nutrition**. With good hygiene and good food, most diarrhea could be prevented. And if treated correctly, fewer children who get diarrhea would die.

Children who are poorly nourished get diarrhea and die from it far more often than those who are well nourished. Yet diarrhea itself can be part of the cause of malnutrition. And if malnutrition already exists, diarrhea rapidly makes it worse.

**Malnutrition causes diarrhea. Diarrhea causes malnutrition.**



This results in a vicious circle, in which each makes the other worse. For this reason, **good nutrition is important in both the prevention and treatment of diarrhea.**

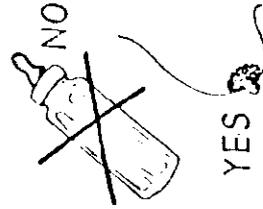
**Prevent diarrhea by preventing malnutrition. Prevent malnutrition by preventing diarrhea.**

To learn about the kinds of foods that help the body resist or fight off different illnesses, including diarrhea, read Chapter 11.

The prevention of diarrhea depends both on **good nutrition and cleanliness**. Many suggestions for personal and public cleanliness are given in Chapter 12. These include the use of **latrines**, the importance of **clean water**, and the **protection of foods** from dirt and flies.

Here are some other important suggestions for preventing diarrhea in babies:

- **Breast feed rather than bottle feed babies.** Give only breast milk for the first 4 months. Breast milk helps babies resist the infections that cause diarrhea. If it is not possible to breast feed a baby, feed him with a cup and spoon. **Do not use a baby bottle** because it is harder to keep clean and more likely to cause an infection.
- When you begin to give the baby new or solid foods, start by giving him just a little, and mashing it well. He has to learn how to digest new foods, and if he starts with too much at one time, he may get diarrhea.
- Keep the baby clean—and in a clean place. Try to keep him from putting dirty things in his mouth.
- Do not give babies unnecessary medicines.



**Treatment of diarrhea:**

For most cases of diarrhea no medicine is needed. If the diarrhea is severe, the biggest danger is **dehydration**. If the diarrhea lasts a long time, the biggest danger is **malnutrition**. So the most important part of treatment has to do with giving enough liquids and good food. No matter what the cause of diarrhea, always take care with the following:

1. **PREVENT OR CONTROL DEHYDRATION.** A person with watery diarrhea must drink large amounts of liquids. If diarrhea is severe or there are signs of dehydration, give him Rehydration Drink (p. 152). Even if he does not want to drink, gently insist that he do so. Have him take several swallows every few minutes.
2. **MEET NUTRITIONAL NEEDS. A person with diarrhea needs food as soon as he will eat.** This is especially important in small children or persons who are already poorly nourished.
  - A baby with diarrhea should go on breast-feeding.
  - A small or underweight child, or anyone who is thin and weak, should get plenty of body-building foods (proteins) and energy foods all the time he has diarrhea—and also when he gets well. If he stops eating because he is too sick or is vomiting, he should eat again as soon as he can. **Although giving food may cause more frequent stools at first, it can save his life.**
  - If a child who is underweight has diarrhea that lasts for many days or keeps coming back, give him more food rich in protein. Often no other treatment is needed.
  - When an older child or adult who is well nourished has a severe case of acute diarrhea, he may recover more quickly on a liquid diet of teas, broths, or Rehydration Drink. But if the diarrhea lasts more than 1 day, he should begin taking food.

FOODS FOR A PERSON WITH DIARRHEA		
When the person is vomiting or feels too sick to eat, he should drink:	energy foods ripe or cooked bananas crackers rice oatmeal or other well-cooked grain fresh maize (well cooked and mashed) potatoes applesauce (cooked) papaya	body-building foods milk (sometimes this causes problems, see the next page) chicken (boiled or roasted) eggs (boiled) meat, well cooked, without fat or grease beans, lentils, or peas (well cooked and mashed) fish (well cooked)
When the person is vomiting or feels too sick to eat, he should drink:	DO NOT EAT OR DRINK beans cooked in fat highly seasoned food	alcoholic drinks any kind of laxative or purge
teas rice water chicken, meat, egg, or bean broth Kool-Aid or similar sweetened drinks REHYDRATION DRINK Breast milk		
fatty or greasy foods most raw fruits		

### Diarrhea and milk:

**Breast milk** is the best food for babies. Keep giving breast milk when the baby has diarrhea. It does not cause diarrhea and will help the baby get better quickly.

**Cow's milk, dry skim milk, and canned milk** can be good sources of protein for children who have diarrhea. However, if the child is badly malnourished, he may have trouble digesting the milk, and this may cause even more diarrhea. If this happens, try giving less milk and mixing it with other foods. But remember: a **poorly nourished child with diarrhea must have enough protein**, so if less milk is given, well-cooked and mashed foods such as chicken, egg yolk, meat, fish, or beans should be added. Beans are easier to digest if their skins have been taken off and they are boiled and mashed. They should not be cooked in fat.

As the child gets better, he will usually be able to drink more milk without getting diarrhea.

### Medicines for diarrhea:

**For most cases of diarrhea no medicines are needed.** But in certain cases, using the right medicine can be important. However, many of the medicines commonly used for diarrhea do little or no good. Some are actually harmful:

#### GENERALLY IT IS BETTER NOT TO USE THE FOLLOWING MEDICINES IN THE TREATMENT OF DIARRHEA:

'Anti-diarrhea' medicines with kaolin and pectin (such as *Kaopectate*, p. 369) make diarrhea thicker and less frequent, but they do not correct dehydration or control infection. Some anti-diarrhea medicines, like diphenoxylate (*Lomotil*) may even make infections last longer.



'ANTI-DIARRHEA MEDICINES' ACT LIKE PLUGS. THEY KEEP IN THE INFECTED MATERIAL THAT NEEDS TO COME OUT.

'Anti-diarrhea' mixtures containing neomycin or streptomycin should not be used, as these may irritate the gut and do more harm than good.

Antibiotics like ampicillin and tetracycline are useful in some cases of diarrhea. But they themselves sometimes cause diarrhea, especially in small children. If, after taking these antibiotics for more than 2 or 3 days, diarrhea gets worse rather than better, stop taking them—the antibiotics may be the cause.

Chloramphenicol has certain dangers in its use (see p. 354) and should never be used for mild diarrhea or given to babies less than 1 month old.

Laxatives and purges should never be given to persons with diarrhea. They will make it worse and increase the danger of dehydration.

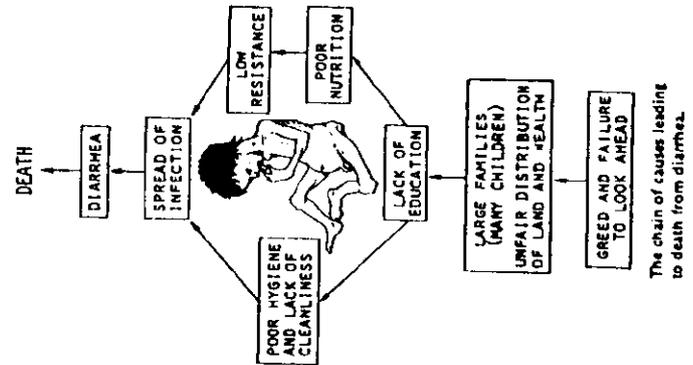
### Special treatment in different cases of diarrhea:

While most cases of diarrhea can be treated by giving plenty of liquids and nutritious food, sometimes special treatment is needed.

In considering treatment, keep in mind that some cases of diarrhea, especially in small children, are caused by **infections outside the gut**. Always check for **infections of the ears, the throat, and the urinary system**. If found, these infections should be treated. Also look for signs of **measles**.

If the child has mild diarrhea together with signs of a cold, the diarrhea is probably caused by a virus, or 'intestinal flu', and no special treatment is called for. Give lots of liquids.

In certain difficult cases of diarrhea, analysis of the stools or other tests may be needed to know how to treat it correctly. But usually you can learn enough from asking specific questions, seeing the stools, and looking for certain signs. (...)



## Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

Keine weißen Götter

(Spielzeit 40 min.)

Autoren: K. Wölfle, I. Götz (BRD, 1986)

Stichworte: Tanzania; kirchliche Entwicklungshilfe; Gesundheitsunterricht; Mütterberatung; Infusionseinheit

Im ersten Teil dieses Filmberichts aus Tanzania sehen wir die Arbeit eines "mobile-clinic"-Teams bei den Massai. Einmal im Monat führt dort eine einheimische Krankenschwester und Hebamme Mütterberatung und Gesundheitsunterricht durch. Die Kinder werden gewogen und geimpft, es wird ein Gesundheitspaß für sie geführt. Die Krankenschwester berichtet, daß Fehl- und Unterernährung, Durchfall, Würmer, Malaria und Augenkrankheiten zu den häufigsten Befunden gehören. Es gibt erhebliche Probleme mit der Hygiene, so werden z.B. die Kinder zu wenig gewaschen (was nicht zuletzt auf den herrschenden Wassermangel zurückzuführen ist).

Im zweiten Teil stellt der deutsche Anästhesiepfleger G. Kamm die von ihm entwickelte Infusionseinheit vor. Mit diesem Gerät lassen sich durch ein Filtrationsverfahren Infusionslösungen vor Ort herstellen. Bereits 17 solcher Geräte arbeiten in Tanzania, weitere sollen aufgestellt werden. Der Stückpreis beträgt 12.000 DM, gefertigt werden sie in der BRD. Im Augenblick erfolgen Wartung und Überwachung noch durch Herrn Kamm und eine Assistentin, ein Einheimischer wird gerade für diese Aufgabe ausgebildet.

Im dritten Teil erfahren wir etwas über die Zustände an tanzanischen kirchlichen Krankenhäusern und die Motivation der dort tätigen, sehr engagierten Ärzte. Sie fordern eine Entwicklungshilfe, die in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe ist, ferner sollen Ärzte Menschen bleiben und nicht zu "weißen Göttern" hochstilisiert werden.

## WAYS TO INTRODUCE NEW IDEAS BY BUILDING ON OLD ONES—Examples from Latin America

One of a health worker's most delicate jobs is to help people recognize and change health habits or customs that are harmful.

If the health worker says to someone, "What you do and believe is wrong," this usually will do more harm than good. How, then, can a health worker help people discover better ways of doing things without offending them, shaming them, or showing disrespect for their traditions? Here are some suggestions:

- Avoid telling people they are doing something wrong. Point out what they do right, and help them find out for themselves what they are doing wrong.
- Look for what is true or beneficial in a custom or belief that is partly harmful, and help people build new understanding around that.
- Help people explore the reasons, or even science, behind their beliefs and customs. Then help them realize the need to weigh the risks against the benefits—of both traditional and modern ways.

### Example 1: Helping people learn a new way to treat diarrhea

In Mexico and much of Latin America, people believe that dangerous diarrhea results when a baby's soft spot, or *fontanel*, sinks in. They believe the baby's brains have fallen, causing the diarrhea.

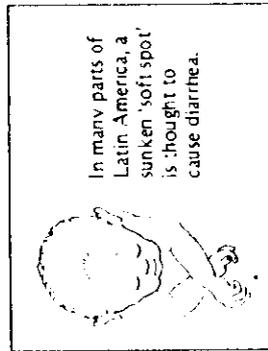
So when a baby with diarrhea has a sunken soft spot, they treat him by . . .



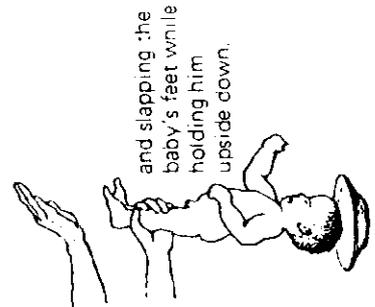
sucking on the soft spot,



pushing upward on the roof of his mouth,



In many parts of Latin America, a sunken 'soft spot' is thought to cause diarrhea.



and slapping the baby's feet while holding him upside down.

How can health workers help a mother to realize that the sunken soft spot is not the cause of the diarrhea, but rather the result? That it sinks in because the baby has lost too much liquid?

Rather than say to the mother, "You're wrong!" the health workers help her look for what is right in the tradition. They say to the mother, "You are right that when your baby has diarrhea, a sunken soft spot is a sign of danger! Is anything else in your baby sunken in?"

"Well, yes!" says the mother. "His eyes!"

"Do you notice anything else different about the baby's eyes?"

"They look dry and dull. When he cries there aren't any tears."

"Does any other part of the body seem dry?"

"His mouth. It looks all pasty."

"When did he urinate last? When did he pee?"

"Now that you mention it, not since yesterday afternoon!"

"Why do you think the baby doesn't pee?"

In this way, the health worker starts with what the mother already knows and observes. She helps her discover for herself that the soft spot has sunk because the baby lacks liquid. The mother can then reason that this is the result of the baby's diarrhea—not the cause.

Now the health worker says:

"Let's try a new way to bring the soft spot back up. We will give the baby lots of liquid . . ."

She teaches the mother how to prepare Rehydration Drink and give it to her baby (see *Where There is No Doctor*, p. 152).

Other ideas for helping mothers and school children learn about dehydration and rehydration are on pages 24-17 to 24-30.



sunken eyes of a baby with dehydration

LET'S TRY A NEW WAY TO BRING THE BABY'S SUNKEN SOFT SPOT BACK UP. WE WILL GIVE HER LOTS OF LIQUID...



BUILDING ON PEOPLE'S TRADITIONS AND BELIEFS

**What is dehydration?**



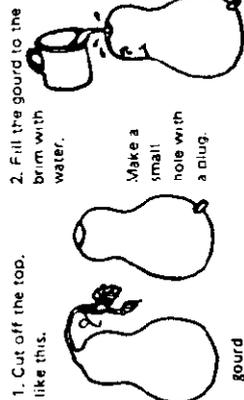
It is the loss of too much water!



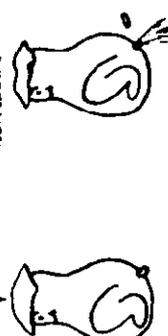
To look at the problem of dehydration, start by talking about something familiar to the children.

For example, in Latin America and parts of Africa, people associate diarrhea with sinking in of the soft spot (fontanel) on the top of a baby's head. People believe the brain has slipped down and this has caused the baby's diarrhea. Help the children see for themselves that the sinking of the soft spot results from the loss of water in the baby's body (dehydration).

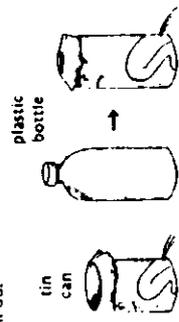
To learn about dehydration, the children can conduct their own experiment, by making a 'gourd baby' like this one:



3. And cover it with a thin wet cloth.



If you do not have gourds, a plastic bottle or tin can will do.



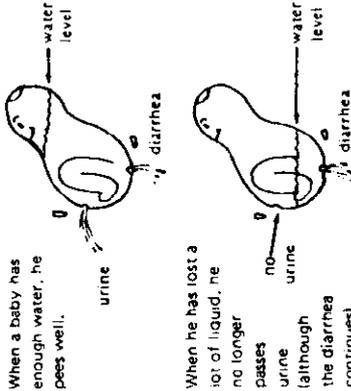
Ask the children: "Why did the cloth sink in? What does the baby need to make the soft spot rise again?" In this way the children find out for themselves that a sunken soft spot in a baby is a sign of dehydration.



The children may want to make drawings or posters like this one so that other persons can learn, too.

**Learning the different signs of dehydration**

The children have already discovered that a sunken soft spot is a sign of dehydration. By putting additional holes in the 'gourd baby', they can experiment to learn other signs of dehydration.



When a baby has enough water, he pees well.

When he has lost a lot of liquid, he no longer passes urine (although the diarrhea continues).

In this way, the children discover that a child who passes little or no urine is probably dehydrated.

By putting a small hole at the corner of each eye, the children can notice that tears no longer form when a baby is dehydrated.

When the gourd is full of water, it forms tears.

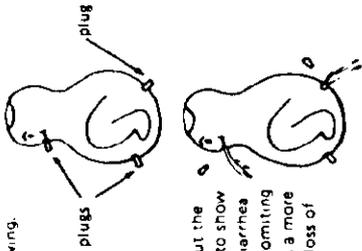


When water is lost, tears no longer form.



So the children learn that if a baby does not form tears when he cries, he is probably dehydrated.

To find out what happens when a child has vomiting as well as diarrhea, the children can do the following.



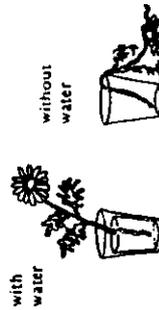
Pull out the plug to show that diarrhea with vomiting causes a more rapid loss of water.

In this way, the children find that dehydration comes more quickly and is more dangerous when a child with diarrhea also has vomiting.

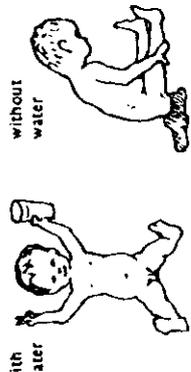
**What happens when a child loses too much water?**

The children can experiment to see how dangerous dehydration is to a baby.

For example: They can pick 2 flowers, put one in water, and keep the other without water. They will see that one lives while the other withers and dies. Ask them why this happens.

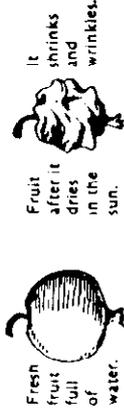


Let the children compare this to a child with diarrhea.



Ask the children: "What does a baby with diarrhea need so it will not wither and die?"

Or the children can put a fruit like a plum or guava in the hot sun to see what happens to it.



Ask the children what they think happens to a baby when he dries out. Right! He loses weight and can even become wrinkled.

Often you will not see the wrinkles of a dehydrated child at once. But children can learn to do the following 'belly wrinkle test'.

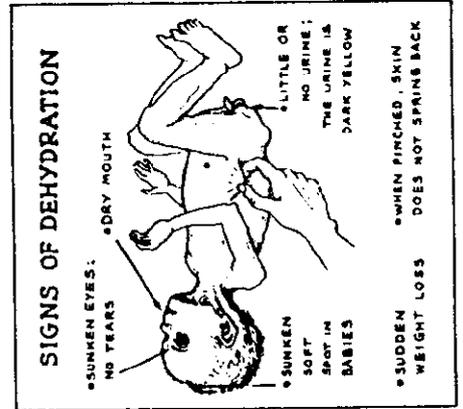
Lift the skin of the belly between two fingers, like this. Then let go. If the skin does not spring back to normal, the child is dehydrated.



Children can practice this test by pinching the skin on the back of an adult's hand. To make it seem more real, the children can make a simple doll baby like this from an old sock.



After the children find out the different signs of dehydration from their experiments, they can write the list of signs on the blackboard or on a poster.



# Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

63

## Spielssituation

Ort: Ein kleines Dorf in der "sierra" (Bergland von Mexiko).  
Seit kurzer Zeit hat das Dorf einen jungen Dorfgesundheitsarbeiter. Für den Beginn seiner Tätigkeit hat er sich vorgenommen, die Familien im Dorf zu besuchen, um herauszufinden, welche Krankheiten am häufigsten anzutreffen sind.

Dorfgesundheitsarbeiter: Du hast während deiner Ausbildung gelernt, daß es am Anfang der Tätigkeit als Dorfgesundheitsarbeiter wichtig ist, Hausbesuche zu machen, um eine "Gemeinde-Diagnose" erstellen zu können.

Du hast während deiner Ausbildung viel gelernt und bist auch ein wenig stolz auf dein Wissen.

Immer wieder wirst du mit dem Problem der Diarrhoe bei kleinen Kindern konfrontiert. Du weißt, daß hier am einfachsten und schnellsten die orale Rehydrationslösung hilft.

Ganz entgegen deiner Erwartung scheinen viele Mütter deinem medizinischen Wissen zu misstrauen. Du siehst, daß einige Kinder schon bedrohliche Dehydrationserscheinungen aufweisen und daß diese Kinder dringend die richtige Hilfe benötigen. Allein, die Mütter scheinen deine Anweisung nicht zu hören und beharren auf ihren "naiven" Einstellungen.

Du bist frustriert und ärgerlich.

Heute kommst du wieder zu einer Frau, die dir nach einigem Zögern ihr schwer krankes Kind zeigt.

Du hast es mit einem Blick erkannt: eingefallene Augen, eingesunkene Fontanelle, stehende Hautfalten - wieder einmal die typischen Anzeichen einer schweren Dehydratation.

Du wirst richtig ärgerlich: du hast die anderen Mütter schon ausführlich über orale Rehydrationslösung unterrichtet, aber anscheinend hat sich nichts herumgesprochen, denn als du die Frau fragst, was sie denn für ihr Kind getan hätte, hörst du zum x-ten Mal die gleiche dumme Geschichte. Daß die Leute aber auch gar nichts kapieren!

62

## Spielssituation

Ort: Ein kleines Dorf in der "sierra" (Bergland von Mexiko).  
Seit kurzer Zeit hat das Dorf einen jungen Dorfgesundheitsarbeiter. Für den Beginn seiner Tätigkeit hat er sich vorgenommen, die Familien im Dorf zu besuchen, um herauszufinden, welche Krankheiten am häufigsten anzutreffen sind.

Mutter: Dein 10 Monate altes, erstes Kind macht dir große Sorgen. Wie viele andere Kinder hat es die "caída de mollera" (eingesunkene Fontanelle). Es sieht von Stunde zu Stunde schlechter aus. Das Fläschchen, das du ihm gegeben hast, hat es wohl gierig getrunken, aber dann fast alles wieder erbrochen. Auch der Durchfall wird nicht besser. Da fällt dir ein, daß eine alte Grundregel besagt, daß man bei Durchfall nichts zu trinken geben soll.

Von deiner Mutter und den Nachbarinnen hast du einiges über die "caída de mollera" erfahren: das Gehirn sinkt ab, dadurch sinkt auch die Fontanelle und dies kann außerdem zu Durchfall führen.

Du hast alles für dein Kind getan: du hast mit dem Mund an der eingesunkenen Fontanelle gesaugt, dann hast du das Kind an den Füßen gehalten, Kopf nach unten, und kräftig auf die Fußsohlen geklopft. Aber es ist dir nicht geeglückt, die Fontanelle wieder anzuhoben; auch der Durchfall nimmt kein Ende.

Du bist ratlos; da hörst du, daß der neue junge Dorfgesundheitsarbeiter die Familien im Dorf besucht. Heute wird er wohl dich besuchen kommen. Du du ihm dein Kind zeigen sollst? Kann ein junger Mann mehr Wissen über die Behandlung der "caída de mollera" haben als deine Mutter und Großmutter? Hast du nicht schon alles Votwendige getan? Wird er dich nicht nur mit Wörtern abspesen, die du nicht verstehst und die deinem Kind nicht helfen?

Aber schließlich überwiegt die Angst um dein Kind deine Bedenken, und du zeigst ihm das kranke Kind. Aber eines ist dir klar: du wirst nicht zulassen, daß der Dorfgesundheitsarbeiter dein Kind falsch behandelt.

7. MAKING TEACHING AIDS AS LIFELIKE AS POSSIBLE

Example. **The belly wrinkle test**

When teaching mothers and children about the signs of dehydration, health workers can tell them about the 'belly wrinkle test', or even show drawings like this:

It is much better, however, if students actually **do** the test and find out how it works.

APPROPRIATE (A DRAWING)



Students can practice doing the test on the back of someone's hand. (The hand of an older person works better than the hand of a child.)

MORE APPROPRIATE (ACTUALLY DOING IT)

In this position, wrinkles will not stay after the skin is pinched.



This is like the skin on the belly of a healthy baby.

But in this position, the pinched skin stays wrinkled for a moment—just as on the belly of a dehydrated child.



This is like the skin on the belly of a dehydrated baby.

When you show the belly wrinkle test to children, make sure they realize that the test should be done on the belly of a baby, not on the hand. You can have the children make a doll like this, out of an old glove or stocking and an egg.

STILL MORE APPROPRIATE

When the 'belly' is pinched, the wrinkle stays.



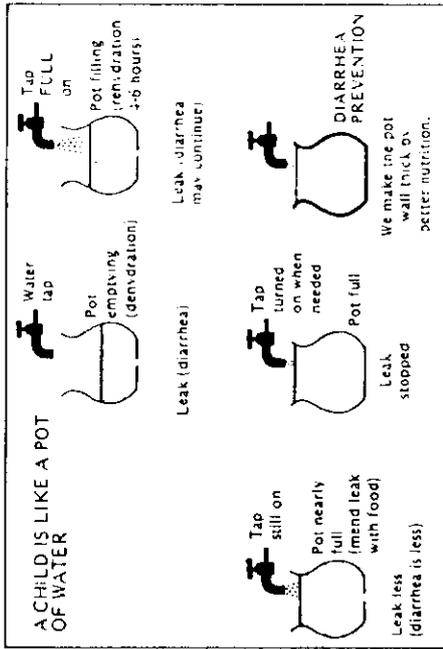
Using a doll like this makes the test more realistic. It also turns learning into a game.

Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

9. MAKING TEACHING AIDS FASCINATING AND FUN— ESPECIALLY THOSE USED WITH CHILDREN

Example: Diarrhea and dehydration

LESS APPROPRIATE



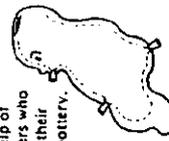
Drawings like these contain important ideas. But children, especially, may have trouble understanding them. Also, they are not much fun—even when actual pots are used along with the drawings.

It is more fun and children learn better if they can make or paint their own 'pots' to look like babies. Model babies can be made out of clay, tin cans, plastic bottles, or gourds.

MORE APPROPRIATE

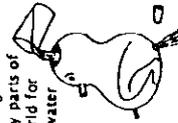
CLAY BABY—

This can be made with the help of mothers who make their own pottery.



GOURD BABY—

Gourds of this shape are grown in many parts of the world for use as water jugs.



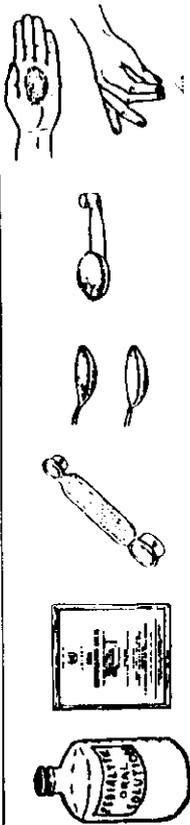
The children then experiment with the model baby to find out about dehydration. Because they make their own teaching aid and discover answers for themselves, learning becomes an adventure. It is fun and they never forget what they learn.



Children in Ajoja, Mexico use a gourd baby to demonstrate signs of dehydration.

For more ideas on how to teach about dehydration using these model babies, see page 24-18.

**Example 5: Oral rehydration—which method is most appropriate?**



Diarrhea is one of the main causes of death in small children. However, most of these children actually die from *dehydration*—the loss of too much water. It is generally agreed that the most important way to manage diarrhea is to replace the liquid that the child is losing. But there is less agreement about how to do this.

A few years ago, most doctors treated even mild dehydration by giving intravenous (I.V.) solution. But this was expensive, and many children died in diarrhea epidemics because there was not enough I.V. solution, or not enough skilled workers to give it.

Today, most health planners recognize that *oral rehydration*—or giving liquid by mouth—is the best way to manage most cases of diarrhea and dehydration. **Even in clinics where I.V. solution is available, it usually makes more sense to replace liquids by mouth.** This way parents learn how to prepare and give liquids so they can begin treatment early, at home, the next time a child gets diarrhea.

A Special Drink or Rehydration Drink can be made from water mixed with small amounts of sugar and salt. It is even better if the drink contains a little *baking soda* (bicarbonate of soda) and a mineral called *potassium*—found in orange juice, coconut water, banana, and other foods.

- The **salt** in the Special Drink replaces the salt lost through diarrhea, and helps the child's body to keep liquid.
- The **sugar** provides energy and also helps the body absorb liquid more quickly.
- The **baking soda** prevents 'acid blood', a condition that causes fast, heavy breathing and shock.
- The **potassium** helps keep the child alert and willing to drink and eat.

The amounts of sugar and salt in the Special Drink do not have to be very exact. In fact, there is great variation in the amounts recommended by different experts. However, too little sugar or salt does less good, and too much salt can be dangerous.

TOO MUCH SALT  
IN REHYDRATION  
DRINK USUALLY  
MAKES CHILDREN  
VOMIT.  
TOO MUCH SALT  
IS DANGEROUS!

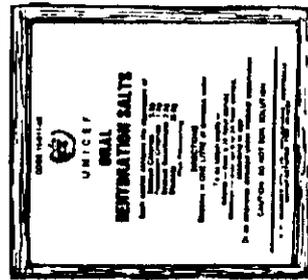


There is much debate among health planners about how a rehydration drink should be prepared. The main disagreements center around 3 issues:

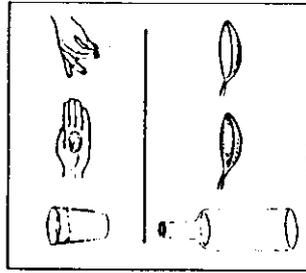
- Whether to use mass-produced 'packets' or homemade rehydration mixes.
- What amount of salt to use.
- Whether methods should be standardized or locally adapted.

Instructors of health workers should be familiar with the different points of view so that they can prepare health workers to make appropriate decisions and advise people well.

**1. 'Packets' or homemade mix?**



- Which can save more lives?
- Which is more reliable in terms of safety? In terms of being available when needed?
- Which puts more control and responsibility in the hands of the local people?



Many large organizations, including the World Health Organization, favor teaching people to use factory-produced 'rehydration salts'. Millions of standard packets have been produced by large drug companies and are now being distributed in many countries by UNICEF and other groups. Each UNICEF packet can be used to make 1 liter of Rehydration Drink.

Smaller, community-based programs often favor teaching families to make their own Special Drink, using water, sugar, and salt that they have in their homes or can buy at the local market.



Those in favor of the packets argue that these are safer and work better. "After all," they say, "the contents of each packet are accurately measured. Baking soda and potassium are included. And the special sugar (*glucose*) may, in some cases, be more easily absorbed by children with severe diarrhea." (However, studies indicate that ordinary sugar works as well.)



Those in favor of the homemade Special Drink argue that this approach allows more children with diarrhea to be treated, right away, and in their own homes. If packets are used, then for each case of diarrhea families will have to depend on a supply system that involves foreign manufacturers, international organizations, health ministries, transportation networks, and health posts. But in most parts of the world, the sugar and salt needed for homemade mix are common household items. Once they learn how, families can make and use the drink right away whenever it is needed—without having to depend on outsiders.

# Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

aus: Werner/Bower: HHWJ

"But you must consider safety!" argue the packeteers. "If people make their own rehydration drink, they may put in too much salt! That can be dangerous!"



"True," say the home mixers. "But if people mix a standard packet with too little water, the result can be equally dangerous!" And it does happen. Jon Rhode and others conducted a study with two groups of mothers in Indonesia. One group made Rehydration Drink using packets. Another group mixed salt, sugar, and water, using plastic measuring spoons. **The study showed a slightly higher number of mothers prepared dangerously salty drinks when using the packets.**



Another argument often given by those favoring packets is that the packets seem more like medicines, and therefore people accept them more readily than homemade mixes. This may be true. But, surely, to promote a simple drink by giving it the magic of a medicine is shortsighted. It makes far more sense to help people understand oral rehydration and why it works. Many health workers feel it is important to **look at Rehydration Drink as a FOOD, not a MEDICINE!** Strict medical controls for this basic food supplement are an obstacle, not a help.

The underlying issue in the argument about packets and home mixes is political. Do health planners want to use technology that will make poor families more self-reliant and independent? Or do they want to use outside technologies that make people more dependent on institutions and central control?

We think that, in most circumstances, the arguments in favor of the homemade drink strongly outweigh those in favor of packets. An exception might be in remote areas where sugar or salt is sometimes scarce or unavailable.



## What about packets for use in clinics?

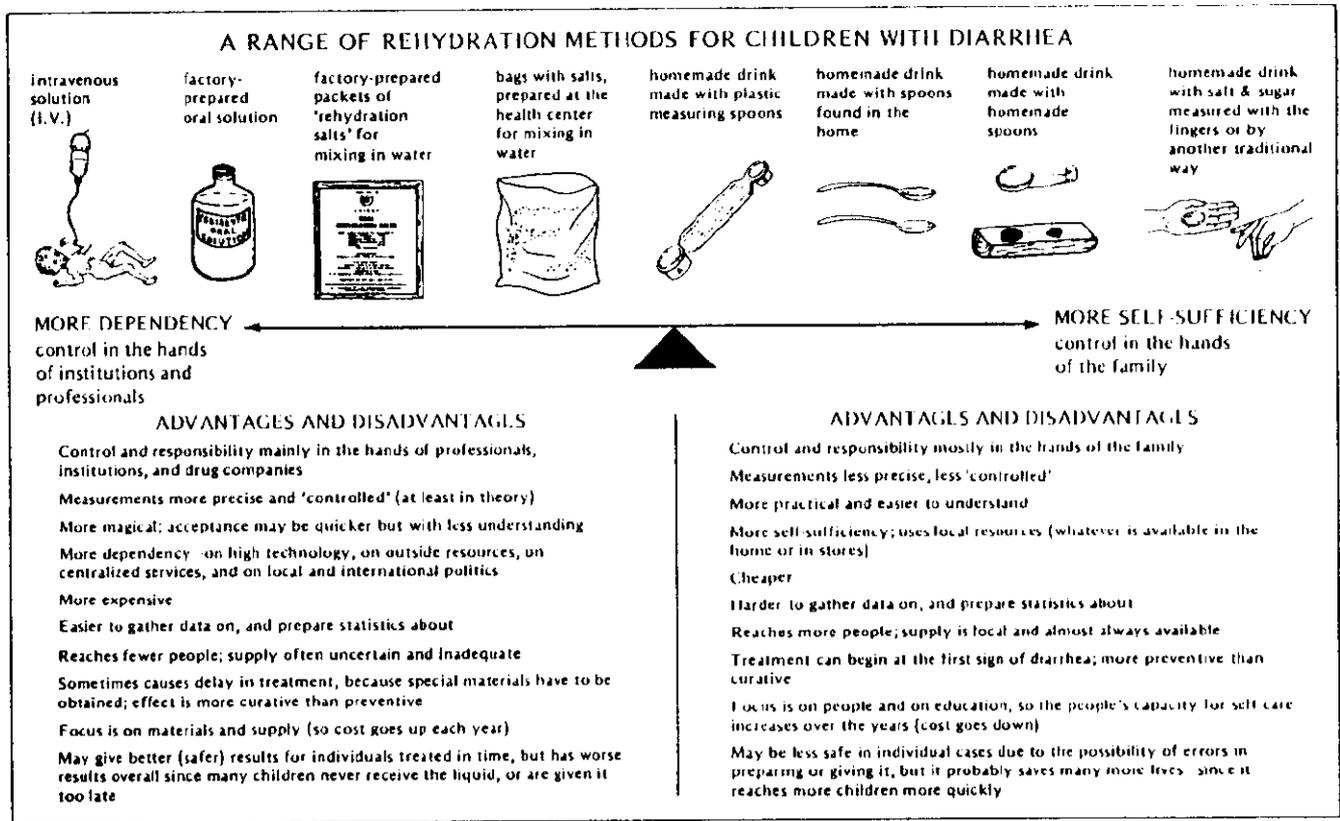
Some health program planners suggest that Special Drink should be prepared by families in their homes, but that packets or more complex mixes might be more appropriate in health posts and clinics. We disagree. The health post or clinic should be a center for parent education. So it is important that, even in the clinic, the parents learn to prepare the Rehydration Drink and give it to their children themselves.

**In the health post or clinic, use the same rehydration methods you want families to use in their homes.**



On the following page is a diagram showing many different methods of rehydration. They range from those that are completely dependent on outside resources (i.v. solution) to those that permit the greatest self-reliance on the part of the family.

Discuss these choices with the health workers in your training course, and decide together which approach will best serve the needs of people in your area.



# Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

Ausbildungsveranstaltungen zur Hygiene des Wassers

SAF-Kibuye

(Auszüge aus dem Begleittext zum didaktischen Material: "L'eau")

## Welche Ziele verfolgt die Ausbildung?

- Die Teilnehmer sollen für die Probleme, die in Zusammenhang mit dem Wasser existieren, sensibilisiert werden.
- Es soll aufgezeigt werden, daß die Probleme des Wassers in Zusammenhang mit den Problemen der Entwicklung und des Fortschritts allgemein stehen.
- Die Teilnehmer sollen entdecken, daß die Bevölkerungsentwicklung sanitäre Massnahmen bezüglich des Wassergebrauchs notwendig macht.
- Die Notwendigkeit von Latrinen und ihre sachgerechte Benutzung soll verständlich gemacht werden.
- Die Quellfassung soll als effizientes Mittel, Trinkwasser zu erhalten, dargestellt werden.
- Es soll aufgezeigt werden, daß Wasser durch Abkochen trinkbar wird.

## An wen richtet sich die Ausbildung?

Sie richtet sich an alle, Männer, Frauen, Jungen und Mädchen. Sie kann durchgeführt werden bei den Versammlungen der Bevölkerung im Rahmen des "umuganda" (Gemeinschaftsarbeit), in den Sozial- und Ernährungszentren, den medizinischen Einrichtungen und an den Schulen im Rahmen der Hygienekurse.

## Wie sollte das didaktische Material benutzt werden?

Das Material ist so konzipiert, daß es eine Diskussion, ein gemeinsames Nachdenken und eine gemeinsame Problemlösung anregen kann. Jeder Teil beginnt mit einem "Questionnaire d-veille" (Fragen zum Aufwecken), der die Teilnehmer zum Einstieg ins Problem veranlaßt und der ihre Ideen zum Thema herauslocken soll. So wird dem Animator ermöglicht in Kontakt mit der Gruppe zu treten und ihre Ideen und Fragen kennenzulernen.

Im Anschluss wird das Thema Schritt für Schritt entwickelt, indem der Animator immer wieder Fragen stellt und die geäußerten Ideen durch Bilder auf der Flanellwand verstärkt.

Die Bilder haben die Aufgabe, die Diskussion zu strukturieren, als Gedächtnisstütze zu dienen und wichtige Gedanken festzuhalten.

Jeder Teil sollte mit einer Diskussion über die möglichen Aktionen abschliessen: "Was können wir angesichts des gerade diskutierten Problems tun?"

Ein guter Animator weiß, daß einer theoretischen Ausbildung die Praxis folgen muß. Er bietet seine aktive Hilfestellung für die geplanten Aktivitäten an.

# Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

## SENSIBILISIERUNGSKURS : WASSER

### 1. Fragen zum "Aufwecken"

- + Warum ist heute das Wasser häufig unsauber?
- + Hatten unsere Vorfahren die gleichen Probleme wie wir heute?

### 2. Betrachten wir die Situation von früher:

- + Wie war früher die Lebenssituation auf dem Hügel?
- + Wie wohnten die Leute?
- + Wo gingen die Leute Wasser holen?
- + Was machten sie mit dem Wasser ?
- + War dieses Wasser sauber? Warum?
- + Wo kackten die Leute?
- + Führte das zu Problemen ?

### 3. Betrachten wir die Situation heute:

- + Welche Veränderungen gibt es auf dem Hügel?
- + Es gibt Leute, die nahe am Fluß wohnen. Sie müssen nicht ständig das Wasser nach Hause tragen. Wo verrichten sie die Tätigkeiten zu denen man Wasser benötigt? Welche Tätigkeiten?
- + Hat auf eurem Hügel jeder eine Latrine? Diejenigen, die keine haben, was tun sie?
- + Ist nach eurer Ansicht das Wasser sauber?
- + Welche Konsequenzen hat der Gebrauch unsauberen Wassers?

### 4. Nachdenken über die Gründe

- + Warum war früher das Bach(Fluß)wasser sauber und heute ist es verschmutzt?
- + Sind unsere Verhaltensweisen in bezug auf die Hygiene der heutigen Situation angepaßt?

### Bilder

bewaldeter Hügel

Wohnhaus

Fluß

Frau schöpft

Mann trinkt

jemand kackt

kahle Hügelspitze

Frau wäscht ab

Wäschewaschen

Körperpflege

Viehtränke

jemand kackt

Frau schöpft

Mann trinkt

# Arbeitsmaterialien für die Gruppenarbeit "Gesundheitsberatung und kommunikative Techniken"

## Bilder

### 5. Nachdenken über die Probleme

- + Welche Konsequenzen hat der Gebrauch unsauberen Wassers?

Bild mit kranken Personen (Krätze, Durchfall, Erbrechen u. a.)

### 6. Handlungsmöglichkeiten

- + Was kann man angesichts dieser Probleme tun?
- + Wie kann man verhindern, daß die Fäkalien das Wasser verschmutzen?
- + Wie kann man sauberes Wasser bekommen?
- + Wie kann man die durch Wasser bedingten Krankheiten vermeiden?

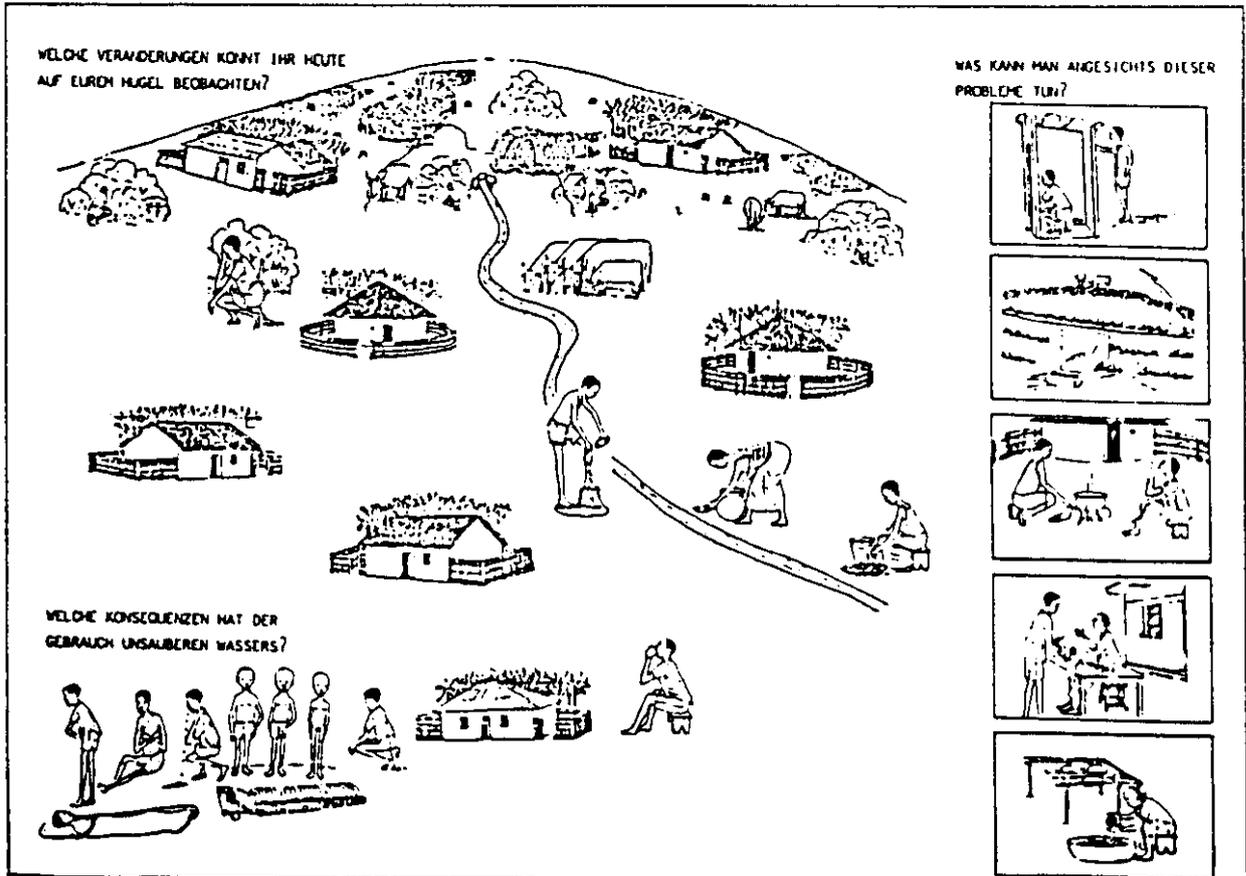
Latrine

Quellfassung

Wasser abkochen

Hygiene (Körper, Kleidung, Geschirr)

Dispensaire



## Anhang 2:

Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

# MEDIZIN DER

# ARMUT

- GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG -

Montags 19h

Hs Haut (Bau 401)

Unl. Klinik MAINZ



Veranstalter:

FACHSCHAFT MEDIZIN

unter der Schirmherrschaft von:

Prof. Dr. Löffelholz

Prof. Dr. Mainz

### "MEDIZIN DER ARMUT - GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG"

Montags 19<sup>00</sup> h c. t. Hörsaal der Hautklinik (Gebäude 401)  
Eine Veranstaltungsreihe der Fachschaft Medizin Klinik

- 1.) 27.4. Johannes Spatz ( Arzt; Bezirksstadtrat für Gesundheit im Bez. Wilmerdorf/Berlin, ehemalige DED und Friedensdienst )  
" Gesundheit für alle im Jahr 2000 ? - Strategien für Gesundheit in der 3. Welt "
- 2.) 4.5. Oliver Razou ( Student, Mitarbeiter am Studiennovellverwech der Tropeninstituts Heidelberg )  
" Favelatur in der 3. Welt - Hilfe für wen ? "
- 3.) 11.5. Ronald Skene-Rees ( Arzt; Tropeninstitut Heidelberg )  
" Probleme des Gesundheitswesens in Brasilien "
- 4.) 18.5. Eva Lubig ( Kinderärztin; Gesundheitsamt Wilmerdorf/Berlin, ehemals' Dienste in Übersee )  
" Orale Rehydrations- Basismedizinische Erfahrungen aus Tansania "
- 5.) 25.5. Reif Syrine ( Arzt; medico international )  
" Gesundheitsprogramme für Fliehkruppen in Pohnen einer basileidnischen Kontexte in Kiceregu "
- 6.) 1.6. Heio Hohmann ( Arzt für Allgemeinmedizin und 'master of community health'; Hauptgesundheitsamt Bremen, ehemals DfIund DED )  
" Ein Gesundheitssystem ohne Ärzte ? - Ein Bericht aus Botswana "
- 7.) 15.6. Regine Görren ( Biologin und Didaktikerin; Tropeninstitut Heidelberg )  
" Gesundheitserziehung und Familienplanung in Ruanda- Probleme interkultureller Kommunikation in Schwarzafrika "
- 8.) 22.6. Eva Wichtmann ( medico international )  
" Gesundheitswesen im Wandel ? - Philippinen nach der Marcos - Diktatur "
- 9.) 29.6. Henger Berg ( Arzt; Tropeninstitut Heidelberg )  
" Medizinische Versorgung in Slavarebieten - Informationen aus Mexico-City "
- 10.) 6.7. Dorothe Eich ( Ärztin für Frauenheilkunde, Tropeninstitut Heidelberg )  
" Methoden traditioneller und moderner Geburtshilfe in Korea "
- 11.) 13.7. Eva Wichtmann ( Ärztin; medico international )  
" Medizin der Apartheid - Bericht aus dem südlichen Afrika "

MAINZ

## Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

### "MEDIZIN DER ARMUT + GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG"

Montags 19<sup>00</sup>h c. t. Hörsaal der Hautklinik (Gebäude 401 )

Eine Veranstaltungsreihe der Fachschaft Medizin Klinik

- 1.) 27.4. Johannes Spatz ( Arzt; Bezirksstadtrat für Gesundheit im Bez. Wilmersdorf/Berlin, ehemals DED und Friedensdienst )  
" Gesundheit für alle im Jahr 2000 ?- Strategien für Gesundheit in der 3. Welt "
- 2.) 4.5. Oliver Razum ( Student, Mitarbeiter am Studienmodellversuch des Tropeninstituts Heidelberg )  
" Famulatur in der 3. Welt - Hilfe für wen ? "
- 3.) 11.5. Ronald Skewes-Ramm ( Arzt; Tropeninstitut Heidelberg )  
" Probleme des Gesundheitswesens in Brasilien "
- 4.) 18.5. Eva Luber ( Kinderärztin; Gesundheitsamt Wilmersdorf/Berlin, ehemals 'Dienste in Übersee' )  
" Orale Rehydrierung- Basismedizinische Erfahrungen aus Tansania "
- 5.) 25.5. Ralf Syring ( Arzt; medico international )  
" Gesundheitsprogramme für Risikogruppen im Rahmen eines basismedizinischen Konzepts in Nicaragua "
- 6.) 1.6. Heio Hohmann ( Arzt für Allgemeinmedizin und 'master of community health'; Hauptgesundheitsamt Bremen, ehemals DÜ und DED )  
" Ein Gesundheitssystem ohne Ärzte ? - Ein Bericht aus Botswana "
- 7.) 15.6. Regina Görden ( Biologin und Didaktikerin; Tropeninstitut Heidelberg )  
" Gesundheitserziehung und Familienplanung in Ruanda- Probleme interkultureller Kommunikation in Schwarzafrika "
- 8.) 22.6. Eva Wichtmann ( medico international )  
" Gesundheitswesen im Wandel ? - Philippinen nach der Marcos - Diktatur "
- 9.) 29.6. Henner Berg ( Arzt; Tropeninstitut Heidelberg )  
" Medizinische Versorgung in Slumgebieten - Informationen aus Mexico-City "
- 10.) 5.7. Dorothe Sich ( Ärztin für Frauenheilkunde, Tropeninstitut Heidelberg )  
" Methoden traditioneller und moderner Geburtshilfe in Korea "
- 11.) 13.7. Eva Wichtmann ( Ärztin; medico international )  
" Medizin der Apartheid - Bericht aus dem südlichen Afrika "

MAINZ

Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

Pharmaexporte in die Dritte Welt...  
oder: wem nützen die Pharmakonzerne?????

Mittwoch , 11. Juni 86  
20 Uhr  
Café am Forum  
Uniform

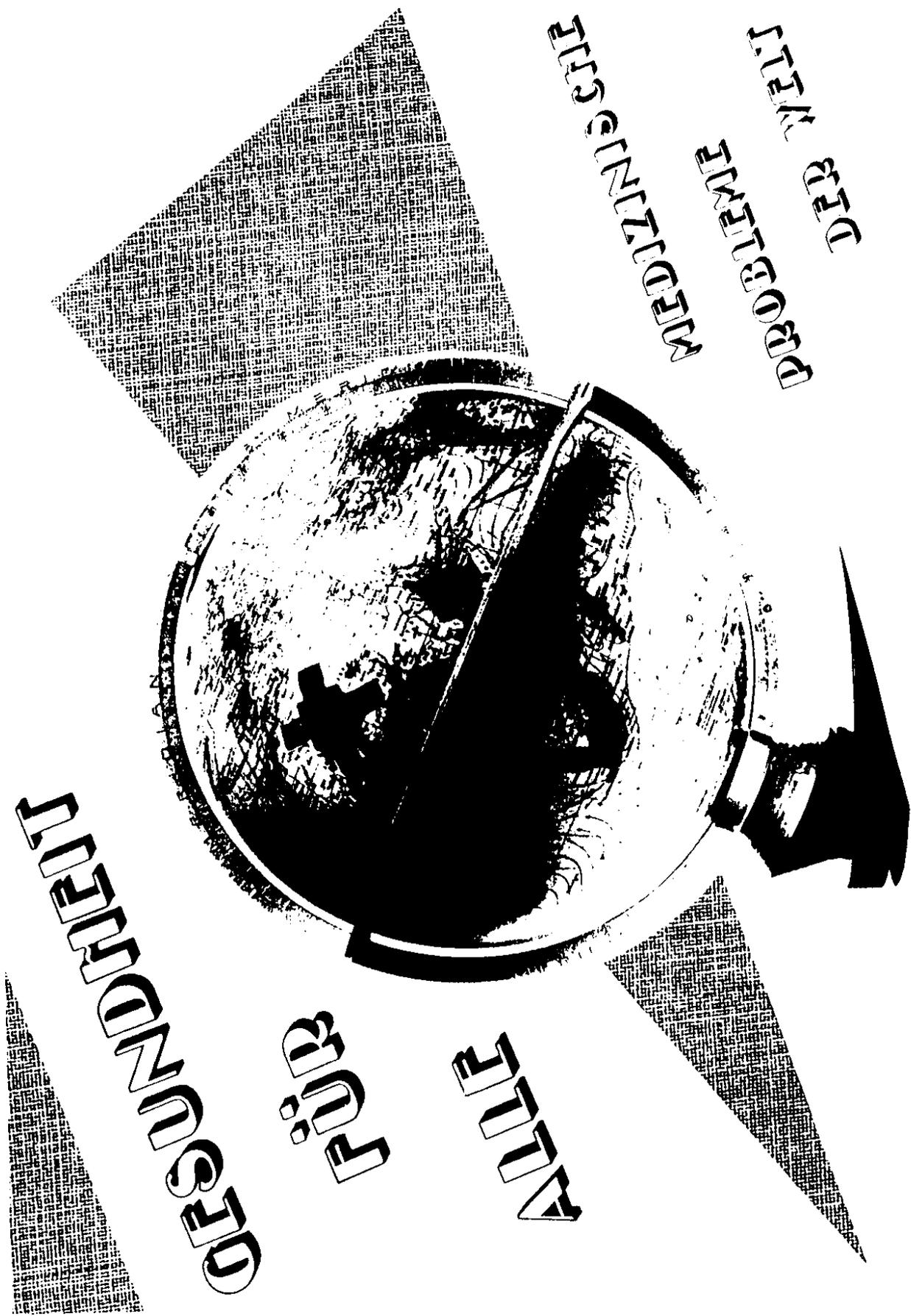


Vortrag , Dias und Diskussion  
mit Leo Locher von Medico International

Veranst. ASTA, Ref. Wissenschaft und Gesellschaft

MAINZ

Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

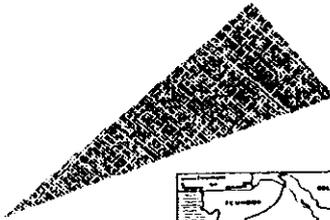


MARBURG

Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

Dienstags um 16 Uhr

Hörsaal der Physiologie DEUTSCHHAUSEN - 2

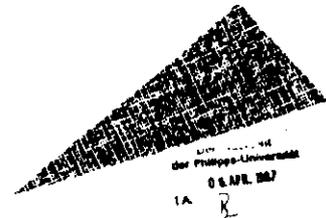


## 14.4. Volksmedizin in Peru

Referent: Enrique Blanco-Cruz

28.4. Dorfgesundheitshelfer in Benin  
Weitere Termine: 12.5., 26.5., 9.6. & 23.6.

*Veranstaltungsreihe der Fachschaft Medizin  
mit Unterstützung des World University Service und des ASA-Fachschaftsreferates*



# 28.4.

# Dorfgesundheitshelfer



## in Benin

Referentin: Ulla Simshäuser

12.5. Der Arztberuf in der Volksrepublik China  
Weitere Termine: 26.5., 9.6. & 23.6.

MARBURG

## Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

# SELAM.

(wir über uns)

Die Gruppe "S E L A M", die zusammen mit dem Marburger Komitee des WUS (World University Service) diese Veranstaltung organisiert hat, besteht aus ausländischen und deutschen Medizinstudenten und hat sich im Frühjahr 85 nach dem "Katastrophenphysikum" an der FS Medizin zusammengefunden. Unser Ziel war es zunächst, ausländischen Mitstudenten bei der Physikumsvorbereitung zu helfen. Daraus sind T u t o r i e n entstanden, mit "älteren" Medizinstudenten als Tutoren, die vom FB Medizin, vom akad. Auslandsamt und vom WUS unterstützt werden.

Um diese Prüfungsproblematik aber auch in einen größeren Zusammenhang zu stellen, beschäftigen wir uns außerdem mit allgemeinen Problemen des A u s l ä n d e r s t u d i u m s und seinen Hintergründen, mit Medizin in Entwicklungsländern usw. Wir versuchen, uns zu dieser Thematik selbst zu informieren, evtl. Referenten einzuladen, und dann unsere Informationen, z.B. in Form der heutigen Veranstaltung, auch weiterzutragen.

! ?  
! ?  
° Um unsere Arbeit in den kommenden Semestern weiterführen zu können, suchen wir noch interessierte S t u d e n t e n , die L u s t h a b e n , in u n s e r e r G r u p p e a k t i v m i t z u m a c h e n . Z . B . bei der Organisation der Tutorien, oder beim Austüfteln von Veranstaltungen oder, oder... Eigene Ideen und neue Vorschläge, was man im Rahmen einer solchen AG noch auf die Beine stellen oder diskutieren könnte, sind natürlich immer willkommen!

! ?  
° Außerdem fehlen uns noch T u t o r e n , die bereit wären, im SS 86 ein Tutorium in einem der Fächer Physiologie, Biochemie, Psych./Soziologie zu übernehmen. Wie sieht so ein Tutorium aus? Der Tutor betreut eine Gruppe von 3-5 ausländischen Studenten, mit denen er sich im Prüfungssemester regelmäßig trifft, um jeweils ein vorbereitetes Stoffgebiet und/oder die dazugehörigen Fragen durchzusprechen. Allerdings sollte diese Unterstützung bei der Prüfungsvorbereitung nicht mit dem Ende des Semesters aufhören, sondern bis zum Physikumstermin fortgesetzt werden.

Wer Lust hätte, in der einen oder anderen Richtung bei uns mitzumachen, kann entweder Mittwochs um 18.30 in der Fachschaft Medizin (Deutschhausstr.) vorbeischaun, oder sich direkt wenden an:

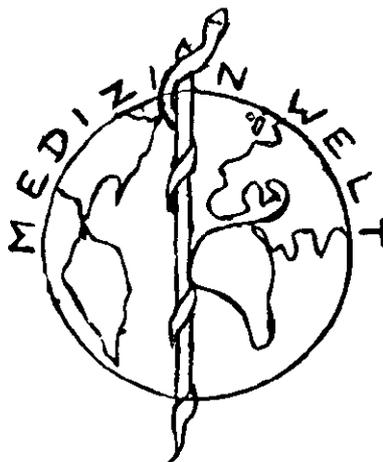
Zahir Nazary, Friedrichstr. 22, Tel. 24960  
Tasang Le, Radestr. 8, Tel. 27816  
Ingeborg Steinke, Sperberweg 8/Kappel, Tel. 41347

MARBURG

# Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

MEDIZIN WELT - MEDIZIN

Wie steht die medizinische  
Ländern aus ? Welche  
zwischen Gesundheits-  
wirtschaftlicher und  
Landes ? Unter welchen  
dort ein Arzt? Welche  
halten von Ärzten beim  
Und welche Möglichkeiten  
schen Entwicklungshilfe ?



Versorgung in anderen  
Zusammenhänge bestehen  
system und politischer  
sozialer Lage eines  
Bedingungen arbeitet  
Rolle spielt das Ver-  
Thema "Menschenrechte"?  
stecken in der medizini-

Diesen Fragen möchten wir in den Vorträgen und Diskussionen unserer  
Veranstaltungsreihe **MEDIZIN WELT** nachgehen.

Das Programm für das Sommersemester 1987 (Änderungen vorbehalten):

- Dienstag S Ü D A F R I K A  
12. Mai Eva Wichtmann von Medico International gibt einen Überblick über die  
aktuelle Lage und medizinische Projekte
- Dienstag E C U A D O R  
19. Mai Famulaturbericht über Geburtshilfe in Quito und anderen Teilen des  
Landes
- Dienstag P H I L I P P I N E N  
9. Juni Ein philippinischer Arzt stellt das Basisgesundheitswesen in  
Zusammenhang mit der momentanen politischen Lage vor.
- Dienstag U D S S R  
23. Juni Dr. Peter Nießen von amnesty international über eine Studie zur  
Psychiatisierung politischer Gefangener
- Dienstag N I C A R A G U A  
7. Juli Münchner Ärzte berichten über die Verhältnisse dort und Möglichkeiten  
zur Solidaritätsarbeit hier

ORT : Biochemie Neubau, Seminarraum 10, Schillerstr. 44, Rückgebäude  
(Eingang gegenüber der Mensa)

Z E I T : jeweils um 20 Uhr

MÜNCHEN

V.i.S.d.P.: Annette Greifenhagen, Arnulfstr. 140, 8 M 19

Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

Gruppe 'Gesundheit und "3. Welt"'  
öst. Hochschülerschaft

ÖIE, AAI, KIZ



# BEFREIUNG ZUR GESUNDHEIT

Entwicklungspolitische Informationstage

20. -26. März

GRAZ

## Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

Freitag, 20. März 20 Uhr, KIZ ( Kino im Augarten )

### Was ist eigentliche "Gesundheit" in Nicaragua?

Dias, Referat und Diskussion mit Dr. Erika Danneberg ( Psychoanalytikerin )

Erika Danneberg wirkte am Aufbau des 'salud mental', einer gemeindenahen psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung in Nicaragua mit. Dieser Abend soll auch dazu anregen, sich mit unserem Gesundheitsbegriff auseinanderzusetzen.

Montag, 23. März 19.30, AAI ( Afro-Asiatisches Institut  
Leechgasse 22 )

### Kolumbien und die OREWA - Indianer helfen sich selbst und zeigen neue Wege

Abend mit Pater Jairo Miguel Guerra

Die OREWA wurde 1979 von indianischen Studenten in Quibdó gegründet. Diese Organisation kämpft für die Rechte der Indianer der Provinz Choco und verteidigt mit ihnen Land, Kultur und Freiheit gegenüber Goldsuchern und Großgrundbesitzern. Einen Schwerpunkt ihrer Arbeit sieht die OREWA im Aufbau eines von der Bevölkerung selbst verwalteten Gesundheitssystems. Pater Jairo Miguel Guerra, der maßgeblich am Aufbau der OREWA mitgewirkt hat, berichtet über die aktuelle Situation.

Dienstag, 24. März 19.30, AAI

### Medizin in einem Buschspital

Dr. Franz Piribauer berichtet über seinen Aufenthalt und seine Famulatur in Sambia.-Als Student ins Ausland-Faszination, Exotik, endlich einmal "wer sein", "was tun können", "sinnvolle Ferien"?!

Mittwoch, 24. März 19.30, AAI

### Indianische Heilkunst

Kosmologie und medizinisches System lateinamerikanischer Indianer.

Dr. Franz Faust, Münchner Ethnologe, lebte längere Zeit in Kolumbien und erzählt über indianische Heilmethoden und traditionelle Gesundheitsbegriffe.

Montag, 23. bis Donnerstag, 26. März Vorklinik, Harrachgasse

### Ausstellung: Arzneimittel - Allheilmittel?

Ist Frausein eine Krankheit? Ist Alter eine Krankheit? Sind Entwicklungsländer der Abfallkübel unserer Pharmaindustrie? Die fragwürdigen Praktiken der "Pharmamultis" werden beleuchtet.

Wir laden alle Interessenten zu Gedankenaustausch, Diskussion und BÜCHERTISCH ein.

Übrigens: Die Gruppe 'Gesundheit und "3. Welt"' trifft sich (fast) jeden Mittwoch im AAI. Kontakte: Tel: 672216, Kurt, Gerhard und 382376, Helga

Impr: Gr. Ges. u. 3. W. 8010 Graz, Leechgasse 22

GRAZ

# Veranstaltungsprogramme aus verschiedenen Hochschulorten

## Studienbezogene Fördermaßnahmen für ausländische Medizinstudenten aus Entwicklungsländern

**Ziel des Projektes:** Den ausländischen Medizinstudenten aus Entwicklungsländern sollen durch diese unterstützenden, studienbegleitenden Maßnahmen die gleichen Chancen für die Bewältigung des Studiums wie inländischen Hörern geboten werden.

**Zielgruppe:** Aufgrund der geänderten Zulassungspraxis ist ein verstärkter Zustrom von Studenten aus Entwicklungsländern zu erwarten.  
(30 Neuzulassungen pro Studienjahr)

### Aufbau des Förderungsprogrammes:

1. SPRACHKURS "DEUTSCH FÜR MEDIZINER"
2. STUDIENSPEZIFISCHE ORIENTIERUNGSVERANSTALTUNG
3. BILDUNG EINER BEGLEITENDEN GRUPPE WÄHREND DES ERSTEN STUDIENABSCHNITTES
4. FERIENAKADEMIEN
5. TURNUS (z. Zt. noch für Ausländer gesperrt)

(Programm gekürzt wiedergegeben)

GRAZ

# AUSZEIT und "ew" - Entwicklungsländer seit 1969

## Verzeichnis der lieferbaren Hefte

1986

---

AUSZEIT 16 Nr. 4/5

Aktuelle Retrospektive des Ausländerstudiums

AUSZEIT 15 Nr. 2/3

Ausländische Studentinnen

AUSZEIT 14 Nr. 1

"Was erwartet Sie zu Hause?"

23 persönliche Antworten zur Reintegration von  
ausländischen Studenten und Studentinnen

1985

---

AUSZEIT 13 Nr. 5/6

Mediziner Ausbildung für Entwicklungsländer

AUSZEIT 12 Nr. 3/4

Reintegration von Hochschulabsolventen aus Lateinamerika

AUSZEIT 11 Nr. 1/2

Orientierungseinheiten für ausländische Studenten  
Praxisberichte

1984

---

AUSZEIT 10 Nr. 2/3

Ferienakademien  
Entwicklungspolitische Studienbegleitung  
Praxisberichte

AUSZEIT 9 Nr. 1

Studienberatung für Ausländer  
Berichte aus der Praxis

1983

---

AUSZEIT 6 Nr. 1/2

Studienhilfen und Reintegrationsförderung  
Studienbegleitende und -ergänzende Angebote für  
ausländische Studenten

AUSZEIT 7 Nr. 3

Soziale Situation und Probleme ausländischer Studenten

AUSZEIT 8 Nr. 4/5

Hochschulzugang von Ausländern  
Entwicklung und Rechtsprechung

1982

---

AUSZEIT 3 Nr. 1/2

Hochschulausbildung für Dritte-Welt-Studenten  
in West - Europa

Studie und Dokumentation

**AUSZEIT 4 Nr. 3/4**

Neuregelung der Zulassung für ausländische Studenten  
aus Entwicklungsländern  
Analysen und Dokumente - II. Teil

**AUSZEIT 5 Nr. 5**

Studienkollegs - Propädeutikum oder Kapazitätssteuerung

**1981**

---

**AUSZEIT 1 Studienbegleitende Reintegration  
Konzepte und Modelle**

**1980 "ew" - Entwicklungsländer**

---

Nr. 1/2 Studienziel und Reintegration  
Bericht und Dokumentation

Nr. 3/4 Ausländerrecht und Asylrecht  
Berichte und Dokumentation

**1978**

---

Nr. 1/2 Probleme des Ausländerstudiums

**1977**

---

Nr. 4/5 Ergebnisse der Konferenz für internationale  
wirtschaftliche Zusammenarbeit (KIWZ)

**1976**

---

Nr. 1/2 Medizinische Versorgung in der Dritten Welt und  
Ausländerstudium in der Bundesrepublik Deutschland

Nr. 3/4 Dokumentation der geplanten Grundsatzklärung der  
Bundesregierung zur Ausbildung von Ausländern  
in der Bundesrepublik

Nr. 6 Dokumentation: Urteil des Verwaltungsgerichts Aachen  
zur Frage der Feststellungsprüfung für Türken (und Griechen)

**1975**

---

Nr. 1 Technologie, technisch-wissenschaftliche Intelligenz  
und Ausländer der Dritten Welt

Nr. 2 Stellungnahme Nordrhein - Westfalens gegenüber der KMK  
zur Reform des Studienkollegs und der Ausländerzulassung

Nr. 3 Ausländerstudium und Reintegration  
Bericht einer Studienreise in die Türkei und den Iran

Nr. 4 Die Entwürfe für die neuen Rahmenordnungen

## 1974

---

- Nr. 2 Änderungsvorschlag für die "Rahmenordnung für ausländische Studienbewerber der KMK"
- Nr. 4 Die Beziehungen zwischen der EG und den afrikanischen Staaten
- Nr. 5 Die veränderte Funktion von Wissenschaft und Erziehung in industrialisierten Ländern der Dritten Welt

## 1973

---

- Nr. 2 Zulassung von ausländischen Studienbewerbern in NC - Fächern  
Visa für ausländische Studenten
- Nr. 3 Numerus Clausus in anderen Ländern  
Rückzahlung von Stipendien
- Nr. 4 ZVS - Ausländerverfahren
- Nr. 5 Dokumentation: Struktur und Aufgabenstellung des Akademischen Auslandsamtes und Modelle

## 1972

---

- Nr. 2 Reintegration ausländischer Hochschulabsolventen  
Stellenwert des Ausländerstudiums
- Nr. 3 Neue Rahmenordnung für deutsche Sprachprüfung ausländischer Studienbewerber
- Nr. 4 Grundsätze zum Studium von Ausländern in der BRD einschließlich Berlin (West)  
Dokumentation zum Studienkolleg
- Dok 2 Probleme des Ausländerstudiums  
Bildungspolitische Grundlagen von Partnerschaften mit Hochschulen in Entwicklungsländern
- Dok 3 Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen
- Dok 4 Deutsch für Ausländer
- Dok 1/1971 Dokumentation zur Aktion Studienkolleg
- Dok 1/1970 Der Sudan zwischen Afrika und Arabien
- Dok 2/1970 Indonesien
- Dok 5/1969 Numerus Clausus

# BILDUNG REPRESSION

*Befreiung*

**Justus Ellis**

**NAMIBIA**

1985, 144 Seiten, Abbildungen und  
Karten, 10.00 DM

**Sarah Graham-Brown**

**PALÄSTINA**

1987, c.a. 230 Seiten, Abbildungen  
und Grafiken, 14.00 DM

**Arun Kottenkar**

**AUSLÄNDISCHE STUDENTEN**

**in der Bundesrepublik Deutschland  
am Beispiel der Universität Frankfurt**

1986, 148 Seiten, 10.00 DM

**Manfred Ehling**

**ALS AUSLÄNDER AN  
DEUTSCHEN HOCHSCHULEN**

1987, 563 Seiten, 24.00 DM

**Martin Kunz**

**DRITTE-WELT-LÄNDEN**

1987, 400 Seiten, 19.80 DM

**Werner Nell**

**GESELLSCHAFT ALS KULTUR**

1987, 400 Seiten  
zahlreiche Schaubilder, 24.00 DM

# WUS

**WORLD UNIVERSITY SERVICE**

Goebenstraße 35 · 6200 Wiesbaden

Telefon (0 61 21) 4 55 25