

**PROFESSIONELLE PFLEGE IN DER
ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT AM BEISPIEL
AFRIKA**

Fachbereichsarbeit

zur Erlangung des Diploms

für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

an der

Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Zwettl

am Landeskrankenhaus Waldviertel Zwettl

Beurteiler:

Mag.^a Martina Grubmüller

vorgelegt von

Katharina Hofbauer

Zwettl, im April 2010

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit „Professionelle Pflege in der Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Afrika“ behandelt die Aufgaben von Diplomiertem Pflegepersonal in Afrika, die notwendigen Vorbereitungen auf den Einsatz und mögliche Probleme.

Zu Beginn der Arbeit werden nationale und internationale Organisationen vorgestellt, die in der Entwicklungszusammenarbeit tätig sind. Das Hauptaugenmerk gilt allerdings der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“, mit der zusammengearbeitet und korrespondiert wurde.

Im Hauptteil dieser Fachbereichsarbeit wird der Aufgabenbereich von Diplomiertem Pflegepersonal im Einsatz genau beleuchtet.

Abschließend werden mögliche Konsequenzen und Probleme für MitarbeiterInnen in der Entwicklungszusammenarbeit angesprochen.

SUMMARY

The present paper „Professional Care in Development Cooperation using the example of Africa“ deals with the tasks of care attendants in Africa, the necessary preparation for the mission and the possible problems.

At the beginning of the paper are some national and international organisations presented, which are working in Development Cooperation. However the focus belongs to the organisation “Doctors Without Borders”, with which has been collaborated and corresponded.

In the main part of this paper the tasks of care attendants in the field is shown.

Terminal possible consequences and problems for the staff members in Development Cooperation are brought forward.

VORWORT

Ich möchte mit meiner Fachbereichsarbeit „Professionelle Pflege in der Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Afrika“ einen Einblick in das Aufgabengebiet von Diplomierte[m] Pflegepersonal geben.

Ich habe dieses Thema gewählt, da mich die Thematik persönlich sehr interessiert und ich selbst vorhabe, nach dem Erlangen meines Diploms und nach zweijähriger Berufserfahrung, mit „Ärzte ohne Grenzen“ nach Afrika zu gehen.

Dieser Kontinent übt schon seit jeher eine Faszination auf mich aus, weshalb ich mein Interesse genutzt und in diesem Zusammenhang bereits umfangreiche Recherche betrieben habe.

Ich habe von meiner Literatursuche und der Auseinandersetzung mit diesem Thema persönlich profitiert und bin nun absolut sicher, dass ich diese Erkenntnisse auch in die Praxis umsetzen werde.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK.....	6
2	DARSTELLUNG INTERNATIONALER ORGANISATIONEN	7
2.1	Die Weltgesundheitsorganisation.....	7
2.2	Das Kinderhilfswerk	8
2.3	Das Entwicklungsprogramm	8
3	ÄRZTE OHNE GRENZEN	9
3.1	Anforderungen	10
3.2	Schritte zum Einsatz	10
3.3	Ergebnisse des Kontaktes	11
4	VORBEREITUNG AUF DEN EINSATZ	14
4.1	Die Reisevorbereitung.....	14
4.2	Schutzimpfungen	15
4.3	AIDS-Test und Blutgruppe	15
4.4	Malariaprophylaxe.....	16
5	AUFGABEN IM EINSATZ.....	17
5.1	Projektentwicklung	17
5.2	Supervision	19
5.3	Gesundheitsberatung.....	20
5.4	Aus- und Fortbildung von ortsansässigem Personal.....	23
5.5	Krankheitskontrolle.....	25
5.6	Transkulturelle Pflege und Zusammenarbeit.....	27
6	MÖGLICHE RISIKEN FÜR DAS DIPLOMIERTE PERSONAL	29
7	RESÜMEE	31

8	LITERATURVERZEICHNIS.....	33
9	ANHANG	34
	Anhang 1: Fragenkatalog in Korrespondenz mit Frau Maria Lindenbauer.....	34
	Anhang 2: Allgemeine Anforderungen	37
	Anhang 3: Schritte zum Einsatz.....	38
	Anhang 4: Anforderungen an Diplomierte Pflegepersonal	40
	Anhang 5: Die Weltgesundheitsorganisation	41

1 EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK

Unter dem Begriff der Entwicklungszusammenarbeit versteht man allgemeine und spezielle Formen der Kooperation zwischen Geberländern auf der einen und wirtschaftlich benachteiligten Ländern auf der anderen Seite. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 27)

Diese Zusammenarbeit ist nur sinnvoll, wenn sich die Interessen beider Länder in einem gemeinsamen Projekt verwirklichen lassen.

Einheimische Organisationen oder der Staat sind oft wenig effizient, das Personal häufig schlecht ausgebildet, unterbezahlt und daher unmotiviert. Gerade in diesen Fällen ist die Entwicklungszusammenarbeit der erste und richtige Schritt für eine langfristige und nachhaltige Förderung der benachteiligten Länder. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 6f)

Die Schwerpunkte in der Entwicklungszusammenarbeit liegen auf der Grundversorgung mit Basis-, Präventivmedizin, der Sicherung kurativer Dienstleistungen, der Gesundheitsversorgung von Schwangeren, Müttern und Kleinkindern. Einen großen Stellenwert haben auch die Kontrolle endemischer Erkrankungen, beispielsweise Malaria oder Tuberkulose und die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Grundversorgung sowie das Bereitstellen wichtiger Medikamente. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 9)

Daher behandelt diese Fachbereichsarbeit zum Thema „Professionelle Pflege in der Entwicklungszusammenarbeit am Beispiel Afrika“ die Frage: „Welche Aufgaben haben Diplomierte Pflegepersonen in der Entwicklungszusammenarbeit in Afrika zu leisten?“

2 DARSTELLUNG INTERNATIONALER ORGANISATIONEN

Im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit finden sich zahlreiche Organisationen, sowohl auf nationaler (Österreichisches Rotes Kreuz und „Ärzte ohne Grenzen“) als aber vor allem auch auf internationaler Ebene. Hier seien besonders die Vereinten Nationen zu nennen, deren Unterorganisationen zum Beispiel die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Kinderhilfswerk (UNICEF) und das Entwicklungsprogramm (UNDP) sind. (vgl. Hackenbruck 1998, S.453)

2.1 Die Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) wurde am 7. April 1948 als Sonderorganisation der UN (United Nations, Vereinten Nationen) gegründet. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 454)

Sie zählt bis zum heutigen Tag 193 Mitgliedsstaaten. (vgl. <http://www.who.int/countries/en/>, 17.02.2010, 17:45)

Die WHO kann als wissensorientierte Organisation durch Partnerschaft in der internationalen Gemeinschaft eine armutsorientierte Gesundheitspolitik fördern und diese durch ihre Beziehungen zu den Mitgliedsstaaten außerdem noch stärker verfolgen. (vgl. Diesfeld 2001, S. 55)

„Ihr oberstes Ziel ist es, die Verantwortung für die Gesundheit in die Hände aller Beteiligten zu legen und die Medizin wieder in einen realen Bezug zur Bevölkerung zu bringen.“ (Hackenbruck 1998, S. 454)

Aus diesem Grund erstreckt sich der Aufgabenbereich der WHO von der Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, der Durchführung von Projekten unter Anwendung gewonnener Erkenntnisse, der Weiterbildung von geschultem Personal, der Seuchenbekämpfung bis hin zur Dokumentation und Veröffentlichung gesammelter Daten. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 455)

Durch zahlreiche Publikationen und Schriften, welche die wahrscheinlich bedeutendste Sammlung medizinischer und gesundheitspolitischer Literatur darstellen, ist die WHO die wohl wichtigste Organisation in der Entwicklungszusammenarbeit. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 457)

„Neben Verwaltung, Forschung, Technologie und eigenen Programmen werden auch – vor allem in Entwicklungsländern – nationale Gesundheitsprogramme unterstützt.“ (Hackenbruck 1998, S. 458)

2.2 Das Kinderhilfswerk

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations Children`s Fund) wurde 1946 unter dem Namen „United Nations International Children`s Emergency Fund“ (UNICEF) gegründet und konzentriert sich mit seinen Projekten ausschließlich auf humanitäre und entwicklungspolitische Hilfe für Kinder. Zu ihren Aktivitäten zählen unter anderem medizinische Grundversorgung, Impfprogramme, Ernährung, Ausbildung und die Katastrophenhilfe. Der UNICEF gehören 159 Mitgliedsstaaten an und 1965 erhielt die Organisation für ihre Bemühungen sogar den Friedensnobelpreis. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 466-469)

2.3 Das Entwicklungsprogramm

„Das UN-Entwicklungsprogramm [United Nations Development Programme, UNDP] ist die weltweit größte [...] Finanzquelle für Projekte der Entwicklungszusammenarbeit.“ (Hackenbruck 1998, S. 463)

Die 48 Mitgliedsstaaten haben sich die Koordination mit den einzelnen UN-Organisationen, die Stärkung der internationalen Zusammenarbeit und Entwicklung sowie die Durchführung von Entwicklungsprojekten, wie zum Beispiel der Armutsbekämpfung, zum Ziel gemacht. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 463 f.)

3 ÄRZTE OHNE GRENZEN

In Frankreich wurde 1971 die Organisation „Médecins sans Frontières“, kurz MSF, gegründet, die sich seitdem zur weltweit größten privaten medizinischen Nothilfeorganisation entwickelt hat. Die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ ist die deutsche Zweigstelle der MSF. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 421)

Die Schwerpunkte liegen auf der medizinischen Versorgung von Menschen in Kriegssituationen oder Opfer von Naturkatastrophen, unabhängig von Ethnie, Religion oder politischer Gesinnung. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 421)

Durch Fernsehbeiträge aus Katastrophengebieten wird die erforderliche öffentliche Aufmerksamkeit geweckt, die es möglich macht, schnell und effizient handeln zu können. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 56)

„Ärzte ohne Grenzen“ betreut in cirka 70 Ländern in Afrika, Asien und Lateinamerika 150 Projekte, wobei jährlich etwa 2.500 internationale Mitarbeiter entsendet werden. Aus dem medizinischen Bereich werden vor allem Krankenschwestern und –pfleger, Unterrichtsschwestern und –pfleger, OP- und Anästhesieschwestern und –pfleger, Hebammen, ÄrztInnen, FachärztInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen und MTA (Medizinisch Technische Assistenten und – Assistentinnen) gesucht. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 421f)

„Ärzte ohne Grenzen“ bietet seinen MitarbeiterInnen eine Aufwandsentschädigung und nach einjähriger Mitarbeit die Möglichkeit eines Arbeitsvertrages sowie Fortbildungskurse. Neben Kranken-, Reise-, Gepäck-, Unfall- und Rückholversicherung werden Verpflegung, Unterkunft sowie die Reisekosten von der Organisation übernommen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 423)

Einsatzzentren von „Ärzte ohne Grenzen“ befinden sich in Amsterdam, Brüssel, Paris, Genf und Barcelona. (vgl. <http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/schritte-zum-einsatz/>, 08.12.2009, 10:53)

3.1 Anforderungen

„Die freiwilligen Mitarbeiter sollten teamfähig sein und selbstständig arbeiten können. Krankenschwestern, -pfleger [...] sollten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Berufsausbildung und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung,
- sehr gute englische und/oder französische Sprachkenntnisse,
- etwa sechs bis 24 Monate Zeit für einen Einsatz,
- Auslandserfahrung, bevorzugt in Entwicklungsländern,
- tropenmedizinische Kenntnisse,
- hohe physische und psychische Belastbarkeit,
- Flexibilität, Organisations- und Improvisationstalent,
- Respekt vor anderen Kulturen.“ (Hackenbruck 1998, S. 422)

Ebenso sind auch die Fähigkeit zur Supervision und zur Weiterbildung von einheimischem Pflegepersonal im Einsatz gefragt und bilden gute Voraussetzungen für eine Tätigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit. (vgl. <http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/anforderungen/>, 06.12.2009, 16:48)

3.2 Schritte zum Einsatz

Wenn Interessierte die allgemeinen Anforderungen für eine Mitarbeit erfüllen, erhalten sie auf Anfrage ein Informationspaket und einen Bewerbungsbogen. Nach dessen Auswertung entscheidet sich die Organisation, ob der Bewerber/ die Bewerberin zu einem individuellen Auswahlgespräch eingeladen wird.

Im Anschluss folgt ein Auswahltag mit einer Gruppe von BewerberInnen, wodurch sichergestellt werden soll, dass die erforderlichen Kriterien erfüllt und geeignete Personen in die Einsatzgebiete geschickt werden. Bei positivem Abschluss dieser Kurse beginnt ein Vorbereitungskurs, bei dem ein allgemeiner, praxisorientierter Einblick in die Arbeit von „Ärzte ohne Grenzen“ gegeben wird. Nach Absolvierung dieses Vorbereitungskurses werden die BewerberInnen benachrichtigt, sobald eine freie Stelle zur Verfügung steht. Entspricht diese auch den Erwartungen des Bewerbers/ der Bewerberin, kann der Einsatz (zwischen 48 Stunden und sechs Wochen) starten. Die Anreise erfolgt über eines der Einsatzzentren von „Ärzte ohne Grenzen“, wo ein- oder mehrtägige Projektvorbereitungen stattfinden. (vgl. <http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/schritte-zum-einsatz/>, 08.12.2009, 10:53)

3.3 Ergebnisse des Kontaktes

Am 23. Oktober 2009 verfasste die Autorin das erste e-mail an Frau Mag.^a Marion Jaros, der Zuständigen für Public Awareness & Youth im Wiener Büro von „Ärzte ohne Grenzen“. Ihre Aufgabe ist es, jungen Leuten in Österreich die Arbeit von „Ärzte ohne Grenzen“ näher zu bringen.

Frau Mag.^a Jaros beantwortete die Anfrage nach Informationen für diese Fachbereichsarbeit prompt, machte Vorschläge zur Umsetzung, es folgte ein Telefonat und schließlich vermittelte sie einen Fragebogen, den die Autorin zu den Aufgaben von Diplomiertem Pflegepersonal in der Entwicklungszusammenarbeit verfasst hatte, an Frau Maria Lindenbauer, eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und Einsatzmitarbeiterin. Sie war bereits dreimal mit „Ärzte ohne Grenzen“ auf Einsatz, von Juni bis August 2003 in Sambia, von November 2005 bis Juli 2006 in Uganda und zuletzt von März bis September 2009 in Malawi.

Frau Maria Lindenbauer beantwortete den Fragebogen soweit es ihr möglich war, Frau Mag.^a Marion Jaros ergänzte fehlende Antworten auf manche Fragen nach Rücksprache mit der Human Resources Abteilung.

Cirka 70% des Diplomierten Pflegepersonals, das sich entschließt an einem Entwicklungsprojekt im Auftrag von „Ärzte ohne Grenzen“ teilzunehmen, leistet seine Arbeit in Afrika. Es existieren keine fixen Arbeitszeiten, je nach Projekt gibt es allerdings geregelte Ruhezeiten (rest and recovery) und nach einem Intervall von drei Monaten besteht ein siebentägiger Urlaubsanspruch.

Den Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern werden Unterkunft, Taschengeld, je nach Gebiet ein Fahrzeug mit Fahrer und Hilfsmittel für diverse Schulungen zur Verfügung gestellt. Außerdem werden persönliche Trainings und Schulungen angeboten.

Die Höhe des Taschengeldes unterscheidet sich je nach Projektland und wird fast ausschließlich für die Beschaffung von Lebensmitteln verwendet.

Da nicht bei jedem Projekt ein Arzt/ eine Ärztin vertreten ist, übernehmen Diplomierte Pflegepersonen sehr viele Kompetenzen.

Durch die vermehrte Teamzusammenarbeit liegen viele Aufgaben im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, allerdings auch oft ohne ärztliche Anordnung.

Die Hauptaufgaben liegen in der Tätigkeit als Supervisor/in beziehungsweise Trainer/in von ortsansässigem Personal, da dieses oft keine oder nur eine geringe medizinische Ausbildung besitzt, allerdings mit entsprechender Ausbildung viele Aufgaben übernehmen kann.

Der pflegerische Alltag besteht, im Gegensatz zu den uns vertrauten Aufgaben, im Organisieren von Schulungen für Personal, von medizinischen Behandlungen (wie Impfkationen, Aufklärungsgesprächen,...), im Management von Dienstplänen, der Sicherung von Qualität und hygienischen Gegebenheiten, Einstellungsgesprächen mit lokalem Personal und der Evaluierung des Pflegepersonals.

Trotz diverser Vorbereitungskurse kann es vorkommen, dass EinsatzmitarbeiterInnen dem psychischen oder physischen Druck in der Entwicklungszusammenarbeit nicht gewachsen sind und ihren Einsatz abbrechen. Leider gibt es in diesem Zusammenhang auch immer wieder Berichte über Gewalt an internationalen und nationalen Entwicklungsteams.

Natürlich stellt „Ärzte ohne Grenzen“ in solchen Fällen psychologische Betreuung zur Aufarbeitung zur Verfügung. Generell bekommen alle MitarbeiterInnen nach ihrer Rückkehr ins Heimatland neben einem ausführlichen Debriefing (darunter versteht man eine persönliche Nachbereitung und das Erzählen von Erlebtem) auch einen Anruf von einer/m erfahrenen/m Einsatzmitarbeiter/in, die/der psychologisch geschult wurde, um eventuellen Interventionsbedarf zu erkennen. Sollte die Notwendigkeit bestehen, dass psychologische Unterstützung benötigt wird, um Erlebtes zu verarbeiten, übernimmt „Ärzte ohne Grenzen“ einen Teilbetrag der Sitzungskosten.

Frau Lindenbauer machte die Erfahrung, dass die Entwicklungshelfer von Einheimischen angenommen und respektiert werden. Sollte es dennoch zu personenbezogenen Auseinandersetzungen kommen, gibt es klare Regelungen, wie mit diesen Konflikten umzugehen ist. So wird zum Beispiel ein Mediator bestimmt, der in die Diskussion schlichtend eingreifen kann.

Vor allem in Entwicklungsländern mit niedrigeren Hygienestandards ist es oft nicht einfach, diese vollkommen einzuhalten. Aus diesem Grund stellt die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ Utensilien wie Seife, Desinfektionsmittel und vor allem Wasser zur Verfügung, ermöglicht Personalschulungen, die den Einheimischen hygienisches Arbeiten beibringen sollen und trägt Sorge für genügend Personal.

Die entsandten Mitarbeiter sind während des gesamten Aufenthalts krankenversichert und im Falle einer Erkrankung kümmert sich der medizinische Koordinator des Projekts um das internationale Pflegepersonal. Natürlich ist im Falle eines persönlichen Notfalles ein Rückflug beziehungsweise Abbruch des Einsatzes jederzeit möglich.

Die Kommunikation via Internet ins Heimatland ist je nach Einsatzgebiet beschränkt oder nicht möglich. Auch Telefonate sind meist nicht möglich, da sie sehr teuer sind. (vgl. Anhang S. 34 ff.)

4 VORBEREITUNG AUF DEN EINSATZ

Neben dem Erfüllen von Grundvoraussetzungen vor Antritt des Einsatzes, wie tropenmedizinischem Wissen, sehr guten Fremdsprachenkenntnissen und Vorbereitungskursen, die von „Ärzte ohne Grenzen“ angeboten werden, sollte man noch viele andere wichtige Vorkehrungen treffen.

Daher gibt dieses Kapitel zusätzlich wissenswerte Tipps zu Reisevorbereitung, Medikamenteneinnahme, Malariaphylaxe und Schutzimpfungen.

4.1 Die Reisevorbereitung

Je nach Zielland und Gegebenheiten stehen verschiedene Schwerpunkte im Vordergrund der Vorbereitung.

Auf jeden Fall sollte man sich schon vor Abreise mit Kultur, Sitten, Religion und am besten auch mit der Sprache des Einsatzlandes auseinandersetzen.

Jede tropenmedizinische Einrichtung gibt Auskunft über Schutzimpfungen, die für ein spezielles Land unumgänglich sind, und darüber ob die Notwendigkeit zur Malariaphylaxe besteht.

Die wichtigsten Dokumente wie Reisedokumente, medizinische Dokumente, Impfpass und Flugtickets sollten auf jeden Fall vervielfältigt und getrennt von den Originalen mitgeführt werden. Weiters sind eine Gebissanierung und ein dem Land angemessener UV-Schutz empfehlenswert, um sich Schmerzen und Ärger zu ersparen.

Da oft selbst in medizinischen Einrichtungen nicht immer Medikamente vorrätig sind, ist es sinnvoll, selbst eine gut ausgerüstete Reiseapotheke mitzuführen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 405 f.)

4.2 Schutzimpfungen

Die Gelbfieberimpfung ist eine Pflichtimpfung und für die Einreise in einige afrikanische Länder obligat. Sie wird nur in bestimmten Impfbüros durchgeführt. Da das Insekt, welches das Gelbfieber überträgt, in sämtlichen tropischen Ländern vorkommt, wird die Impfung vor allem aus epidemiologischen Gründen gefordert und dient sekundär dem persönlichen Schutz. Die Dauer des Impfschutzes beginnt zehn Tage nach der Impfung und beträgt insgesamt zehn Jahre.

Empfehlenswert sind die Dreifach-Impfung Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis sowie Hepatitis A und B, ohne deren Impfschutz man keine Reise antreten sollte.

Für ein Leben unter einfachen hygienischen Standards empfiehlt sich die Typhus-Schluckimpfung, die allerdings nicht gegen Paratyphus und andere Salmonellosen schützt. Eine gleichzeitig durchgeführte Malariaprophylaxe oder Antibiotikatherapie kann jedoch zum Ausbleiben des Impfschutzes führen.

Der Schutz der Choleraimpfung ist sehr gering, weshalb im Falle einer Erkrankung die strikte Befolgung hygienischer Vorsichtsmaßnahmen weit wichtiger ist.

Über den afrikanischen Kontinent zieht südlich der Sahara der sogenannte Meningitisgürtel. Deshalb ist für einen längeren Aufenthalt in diesem Gebiet die Meningitisimpfung notwendig.

Eine Impfung gegen die Pest ist bei länger dauernden Aufenthalten in Tansania, im Sudan und in Namibia empfehlenswert. Jedoch ist eine Pesterkrankung auch mittels Antibiotikatherapie in den Griff zu bekommen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 407 ff.)

4.3 AIDS-Test und Blutgruppe

Im Falle einer notwendig werdenden Bluttransfusion sollte man seine Blutgruppe kennen, und, um sicher zu gehen, kein Überträger von AIDS zu sein, sollte vor Antritt der Reise ein HIV-Test durchgeführt werden. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 411)

4.4 Malariaphylaxe

„Malaria gilt als die wichtigste tropische Infektionskrankheit. Mehr als ein Drittel der Weltbevölkerung lebt in den Infektionsgebieten Afrikas, Asiens und Lateinamerikas. Alljährlich erkranken über 200 Mio. [Millionen] Menschen, 2-4 Mio. von ihnen sterben.“ (Diesfeld 2001, S. 165)

Die Dunkelziffer der Malariatodesfälle liegt jedoch viel höher, da viele Menschen zuhause erkranken und sterben, ohne in ein Gesundheitszentrum gekommen zu sein. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 261)

„Eine sorgfältige reisemedizinische Beratung über die Höhe des Risikos, die vorherrschende Malariaform, und die Wirksamkeit der Malariamedikamente in den verschiedenen Regionen ist vor jeder Ausreise erforderlich. In Hochendemiegebieten muss immer mit Infektionen gerechnet werden, es gibt jedoch gute Möglichkeiten, sich zu schützen. Die wichtigsten sind:

- Schlafen unter einem imprägnierten Moskitonetz
- Auftragen von Repellentien (Mückenschutzmitteln)
- bedeckende Kleidung
- medikamentöse Prophylaxe
- schnelle Erreichbarkeit von Diagnostik und effektiver Medikation.“
(Hackenbruck 2009, S. 270)

Die medikamentöse Prophylaxe sollte eine Woche vor Ausreise begonnen und bis vier Wochen nach Rückkehr eingenommen werden. Je nach Resistenzlage und Land werden Medikamente wie zum Beispiel Chloroquin, Proguanil oder Mefloquin empfohlen. Jedoch treten häufig erhebliche Nebenwirkungen wie psychische Veränderungen, depressive und psychotische Zustandsbilder auf.

Es gibt bis heute keine sichere medikamentöse Prophylaxe, da trotz ihrer Anwendung eine Infektion erfolgen kann. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 410; Hackenbruck 2009, S. 270 f.)

5 AUFGABEN IM EINSATZ

Der Aufgabenbereich von Diplomiertem Pflegepersonal ist nicht vergleichbar mit dem in Österreich. Da die Grundpflege der Patienten meistens von Angehörigen und einheimischem Personal übernommen wird, sind die internationalen Pflegekräfte vor allem für organisatorische oder Lehraufgaben verantwortlich. Zu diesen zählen die Aus- und Weiterbildung von ortsansässigem Personal, die Durchführung diverser Impfprogramme, Hygienemaßnahmen, Datenerhebung sowie Personalmanagement und Behördenkontakte. (vgl. <http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/wir-suchen/krankenschwester-pfleger/>, 06.12.2009, 11:23)

Die folgenden Kapitel behandeln Projektabwicklung, Supervision, Gesundheitsberatung, Aus- und Fortbildung von ortsansässigem Personal, Krankheitskontrolle und die transkulturelle Pflege und Zusammenarbeit.

5.1 Projektabwicklung

In der Entwicklungszusammenarbeit wird ein Projekt begonnen, wenn ein deutliches Gesundheitsproblem vorliegt, wobei Maßnahmen zur Beseitigung dieses Problems in das einheimische Gesundheitssystem integriert werden und eine Perspektive auf die Entwicklung von Selbstkompetenz (Hilfe zur Selbsthilfe) des jeweiligen Landes bestehen muss.

Die ersten Schritte zur Entstehung eines Projekts, wie Planung, Bedarfsanalyse, Problemanalyse und der Projektantrag, werden meist von den Organisationen (vgl. Kapitel 2) durchgeführt und stehen am Anfang des Planungsprozesses. Diese formulieren ebenfalls die Ziele, die im Zuge des Projekts erreicht werden sollen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 11; Hackenbruck 2009, S. 109 f.)

Die Aufgaben für Pflegepersonen in der Projektplanung umfassen also Durchführung, Überwachung, Evaluierung, Dokumentation und Koordination der Projekte. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 259 ff.)

Der Erfolg eines Projekts lässt sich daran messen, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden oder nicht. Das Mittel zur Erfassung des Erfolgs ist die Evaluation. Sie erfolgt in festgelegten Phasen oder vor Abschluss des Projekts und ist der beste Nachweis über erbrachte Leistungen und erreichte Ziele. So sieht die Organisation, die den Auftrag gab, ob die durchgeführten Maßnahmen effizient waren und zum gewünschten Ergebnis führten oder die Vorgangsweise geändert werden muss.

In diesem Zusammenhang sei vor allem die Supervision (vgl. Kapitel 5.2) zu nennen, die auch in der Projektplanung eine große Rolle spielt, da sie in der Evaluation ein wichtiges Instrument zur Auswertung darstellt.

Die Dokumentation von Evaluierung, Supervision, Fortschritten und Ereignissen stellt mitunter einen zentralen Bestandteil der Projektarbeit dar und ist unumgänglich. Zum einen wird sie von den Organisationen als Nachweis der erfolgten Leistungen verlangt, zum anderen bietet sie für neue Mitarbeiter einen guten Einblick in die Arbeit und hilft ihnen dabei, sich schnell einarbeiten und orientieren zu können.

Alle Aktivitäten müssen sowohl mit den Organisationen als auch mit dem gesamten Personal koordiniert sein. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 262-267)

Während Entwicklungsprogramme entweder durch die Regierung allein oder mit der Beratung von Organisationen durchgeführt werden, ist für die Projektabwicklung der Projektleiter zuständig. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 267)

Aus diesem Grund werden zur Kommunikation in der Projektzusammenarbeit Meetings einberufen, in denen Informationen ausgetauscht und Probleme diskutiert werden. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 267 f.)

5.2 Supervision

Zu den Aufgabenbereichen im Zuge der Supervision gehören regelmäßige Betreuung und Beratung der MitarbeiterInnen durch erfahrene KollegInnen oder Vorgesetzte. Ihr Ziel ist die Motivation, fachliche Weiterbildung der MitarbeiterInnen sowie Hilfe bei Problemen. Kennzeichnend für eine gute Supervision ist die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den angebotenen Dienstleistungen. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 165)

„[...] [Eine andere Definition von] Supervision im Sinne der Entwicklungszusammenarbeit [...] [lautet]: Beobachten und Führen von Mitarbeitern, um sicherzustellen, daß [sic!] die Aufgaben effektiv ausgeführt werden und die Mitarbeiter mehr Kompetenz und Sicherheit bei der Arbeit bekommen.“ (Hackenbruck 1998, S. 272)

Supervisionsbesuche stellen immer eine gute Gelegenheit für Gespräche und die Kontaktaufnahme mit den Einheimischen dar. Die Hauptaufgabe eines/r Supervisors/ Supervisorin besteht in der Gewährleistung, dass Projektziele erreicht werden, was von größter Wichtigkeit für eine erfolgreiche Projektdurchführung ist. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 272 f.)

Da auch beim Supervisor/ bei der Supervisorin Probleme und Fehlleistungen auftreten können, wird auch er/ sie von der nächsthöheren Instanz angeleitet und unterliegt somit einer eigenen Supervision. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 273)

Neben Führungsqualitäten sollte ein/e Supervisor/in auch andere Kompetenzen wie Objektivität, Fairness und Flexibilität besitzen.

Heutzutage werden auch Kurse und Seminare angeboten, in denen die Teilnehmer in Methoden, Prinzipien und Anwendungsmöglichkeiten der Supervision geschult und fortgebildet werden. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 274)

5.3 Gesundheitsberatung

Gesundheitserziehung kann sich an einzelne Personen oder Gruppen richten, an Kinder oder Erwachsene. Außerdem unterscheidet man zwischen kontinuierlichen Programmen und Kampagnen, die sich in der Dauer unterscheiden. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 302)

Heutzutage distanziert man sich vom Begriff „Erziehung“ und spricht in diesem Zusammenhang von Gesundheitsberatung, die zu Autonomie und Selbstbestimmung verhelfen soll.

Um die Menschen wirklich adäquat beraten zu können, muss man sich mit ihrer Kultur, Gesellschaft, ihren Bräuchen und gesundheitserhaltenden Faktoren auseinandersetzen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 302 ff.)

„Es besteht ein Bedarf an erfolgreicher Gesundheitserziehung, um

- gesundheitsrelevantes Verhalten zu fördern,
- die Nutzung angebotener präventiver Dienste zu verbessern,
- die korrekte Einnahme von verordneten Medikamenten zu gewährleisten,
- durch aktive Beteiligung der Betroffenen das rechtzeitige Erkennen von Krankheitssymptomen sicherzustellen,
- Gemeindeentwicklung im Sinne gesundheitsfördernder Entwicklung zu ermöglichen.“ (Diesfeld 2001, S. 133)

Die Gesundheitsberatung sollte nicht als Belehrung, sondern als Dialog erfolgen. Ziele sollten gemeinsam mit den Betroffenen analysiert, Inhalte festgelegt und Lösungsansätze gesucht werden. So bezeugt man als Berater/in Vertrauen in die Einheimischen und gibt ihnen Mitspracherecht, was sich zugleich motivationsfördernd auswirkt. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 306 f.)

Die fünf Elemente der Gesundheitsberatung sind Problemanalyse, Ausbildung, Ressourcen, Anreiz und Evaluierung. (vgl. Diesfeld 2001, S. 137)

Bei der Problemanalyse müssen das bestehende Problem und die Ursachen so genau wie möglich analysiert und ermittelt werden. Vor allem durch Gespräche mit der Bevölkerung kann man mögliche Problemfaktoren identifizieren.

In punkto Bildung muss darauf geachtet werden, dass die Beratungsinhalte verständlich und unter Berücksichtigung kultureller Unterschiede vermittelt werden, da die Einheimischen meist einen anderen Bezug zum Problem haben.

Die ersten beiden Schritte erweisen sich als nutzlos, wenn keine Ressourcen vorhanden sind, um eine Verhaltensänderung zu ermöglichen. Dies lässt sich sehr gut am Beispiel AIDS-Aufklärung veranschaulichen: Wird das Problem (ungeschützter Geschlechtsverkehr) erkannt und die Bevölkerung ausreichend aufgeklärt (Filme, Vorträge), so kann nur dann eine Veränderung im Verhalten herbeigeführt werden, wenn ausreichend Mittel (Präservative) vorhanden sind.

Der vorletzte wichtige Schritt ist der Anreiz zur Verhaltensänderung. Dieser muss gegeben sein, da sonst keine Veränderung eintritt beziehungsweise nicht beibehalten wird. Das heißt, dass die Betroffenen erkennen sollten, dass ihnen die Beratung Nutzen bringt und ihre Situation verbessert.

Die Evaluierung dieser Schritte gestaltet sich meist schwierig, da die Veränderungen nicht leicht oder gar nicht messbar sind, die Kausalität nicht leicht nachweisbar und eine genaue Datenanalyse oft unmöglich ist. Deshalb sollten schon bei der Problemanalyse mögliche Schwierigkeiten bei der Evaluierung berücksichtigt werden. (vgl. Diesfeld 2001, S. 137 ff.)

Die Gesundheitsberatung bedient sich verschiedener Methoden zur Vermittlung ihrer gesundheitsfördernden Inhalte.

Der Lehrvortrag ist die Methode, die am häufigsten verwendet, allerdings auch am wenigsten geschätzt wird, weder vom Vortragenden noch von den Zuhörern. Deshalb ist man bemüht den partizipativen Weg in der Gesundheitsberatung einzuschlagen. Partizipativ bedeutet, dass die Betroffenen Teil des Lösungsfindungsprozesses sind und das Problem gemeinsam diskutiert wird.

Auch das Aktionstheater erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Mit seiner Hilfe werden Probleme schauspielerisch dargestellt und die Zuschauer werden gebeten, verschiedene Lösungsvorschläge ins Spiel einzubringen. Diese werden anschließend sofort umgesetzt und „durchgespielt“. Auch das Einbeziehen von lokalen Künstlern ist im Fall des Aktionstheaters eine Bereicherung. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 308 ff.)

Im Gegensatz zu den Pflegepersonen, die Fremde im Einsatzland sind, sind lokale Künstler sowohl mit Sprache und Kultur, als auch mit dem Wertsystem der Adressaten vertraut und können in der Kommunikation eine Expertenrolle übernehmen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 310)

Als Hilfsmittel für die Vermittlung der Beratungsinhalte können Radio, Plakate, Schautafeln, Dias, Filme und Videos verwendet werden. Bei all diesen Medien sollte jedoch auf Verständlichkeit und auf mögliche kulturelle Unterschiede in der Auffassung geachtet werden. In Afrika lebt noch ein hoher Prozentsatz von Analphabeten, ebenso werden bei uns übliche Symbole nicht verstanden oder falsch gedeutet. Daher ist es besonders wichtig, diese Hilfsmittel vor ihrer Anwendung ausreichend auf ihre Wirkung bei den Einheimischen zu testen.

In diesem Zusammenhang sei vor allem die praktische Demonstration zu nennen. Sie ist wohl am besten geeignet Inhalte zu vermitteln, da sie ein Probieren und „Begreifen“ zulässt („learning by doing“). Jedoch müssen auch in diesem Fall ausreichend Anschauungsmaterialien und Ressourcen zur Verfügung stehen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 312 ff.)

Wenn Bildmedien richtig eingesetzt werden, helfen sie Diskussionen zu strukturieren und Schwerpunkte festzuhalten und bieten eine Möglichkeit die Vergangenheit zu beleuchten. Bei Herstellung und Einsatz dieser Medien müssen Wahrnehmung und Verständnis der Zielgruppe berücksichtigt werden, da sich auch das beste Medium ohne den „richtigen“, in diesem Sinne kulturspezifischen, Inhalt nutzlos erweist. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 316)

Da ausländische Berater Fremde in einem anderen Land sind, gilt auch hier:

„Ein Rat wird dann eher angenommen und verstanden, wenn er von jemandem kommt, der die eigene Situation kennt, der ähnliches lebt oder erlebt hat. [...] Zusammenfassend kann man es so formulieren: Anstöße geben, miteinander und voneinander Lernen ermöglichen, Trainingsprogramme organisieren, Kontakte mit anderen Organisationen und Institutionen herstellen und Engpässe bei den Ressourcen beseitigen helfen sind die Aufgaben, die [...] [Diplomierte Pflegepersonen als Gesundheitsberater] erfolgreich durchführen können [...].“
(Hackenbruck 1998, S. 318 f.)

5.4 Aus- und Fortbildung von ortsansässigem Personal

Die Aus- und Fortbildung von ortsansässigem Personal ist ein wichtiger Grundpfeiler in der Entwicklungszusammenarbeit.

Der Großteil der Pflegepersonen reist ohne Vorkenntnisse in der Aus- und Fortbildung ins Einsatzland und ist nicht mit Lehraufgaben betraut. Da dieser Sachverhalt auch von den Organisationen nur selten berücksichtigt wird, liegt die Verantwortung für die Aus- und Fortbildung von ortsansässigem Personal beim Diplomierten Pflegepersonal. Dadurch wird das Ziel verfolgt, selbstständige Übernahme und Bewältigung durch die Einheimischen zu ermöglichen und die Fortführung eines Projekts zu gewährleisten. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 322 f.)

Auch als Ausbilder/in kann man „Training of Trainers“, also Aus- und Fortbildungskurse, besuchen. Dies wird empfohlen, wenn das Pflegepersonal mit Lehrtätigkeiten nicht betraut ist. Von vielen Organisationen werden im Zusammenhang mit den Vorbereitungskursen auch die Themen Aus- und Fortbildung besprochen beziehungsweise Kurse angeboten. Ebenfalls hilfreich können Moderationsseminare oder spezielle Literatur sein.

Der Ausbildungsweg im Entwicklungsland ist meist nicht vergleichbar mit der Situation hierzulande. Deshalb hängt vor allem im Bereich der Aus- und Fortbildung viel vom Wissen über das Gastland, dessen Kultur, Geschichte, soziokulturelle Hintergründe und Gegebenheiten ab. Ein erfolgreicher Unterricht sollte die Lücke zwischen den unterschiedlichen Bildungsniveaus zu überbrücken wissen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 323-326)

Um eine kontinuierliche Weiterbildung zu ermöglichen, ist es von großer Bedeutung das einheimische Personal in dem Sinne vorzubereiten, dass eine Befähigung zur selbstständigen Planung und Durchführung gewährleistet wird. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 324)

„[Elgin Hackenbruck beschreibt im Buch „Go International!“] Sechs Schritte der Unterrichtsplanung:

1. Beurteilung der Lernbedürfnisse
2. Konzeption eines Ausbildungsplans
3. Vorbereitung der Unterrichtseinheiten
4. Durchführung der Ausbildung
5. Supervision
6. Auswertung“ (Hackenbruck 2009, S. 378)

Diese sechs Schritte geben einen groben Überblick und dienen als guter Leitfaden für die Planung von Aus- und Fortbildungen.

An erster Stelle steht die Identifikation des Lernbedarfs. Hier kommt es darauf an, den Einheimischen die Bedeutung verschiedener Tätigkeiten nahelegen und ihre Wichtigkeit zu erläutern, ohne sie zu unter- oder zu überfordern.

Die Konzeption (Leitfaden) des Ausbildungsplans beinhaltet unter anderem Entscheidungen zur Unterrichtsmethode, Dauer, Struktur, Veranstaltungsort und Anschauungsmaterialien, die auch zur praktischen Erprobung dienen.

Beim dritten Schritt, der Vorbereitung, geht es um die Organisation und die gesetzten Ziele für die einzelnen Unterrichtseinheiten. Es kann durchaus sinnvoll sein, einen erfahrenen Einheimischen mit der Aufgabe des Unterrichts zu betrauen, da dieser die gleichen Einstellungen mit der Zielgruppe hat und ihnen auch durch die Sprache gewisse Inhalte besser näherbringen kann als der/die „Fremde“.

Die Durchführung sollte sich möglichst nach den vorangegangenen Punkten richten, allerdings auf keinen Fall starr und unflexibel sein. Der Unterricht sollte Platz für Fragen, Einwände und Diskussion bieten.

Zur Supervision kann man kleine Wissensüberprüfungen, Gespräche und Kommunikation einsetzen. Das eigene Unterrichten sollte kritisch betrachtet und reflektiert, wenn nötig geändert werden. Ein Hauptaugenmerk liegt in diesem Zusammenhang auf der Motivation der Auszubildenden. Die Supervision sollte auf der Basis des Vertrauens und in einem geschützten Rahmen stattfinden.

Bei der Auswertung (Evaluierung) steht eine kritische Beurteilung im Vordergrund. Auch mithilfe von Feedback kann eine Bilanz gezogen werden, ob die Aus- und Fortbildungen ihren Zweck erfüllt haben und die Ziele erreicht wurden. Zwischenevaluierungen erweisen sich auch hier als sinnvoll, da bei einem unzufriedenstellenden Ergebnis der Unterricht geändert werden kann. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 379-383)

5.5 Krankheitskontrolle

Jedes Jahr stirbt ein Großteil der Menschen in Entwicklungsländern an Infektionskrankheiten. Schrecklich dabei ist, dass die meisten verhindert werden könnten beziehungsweise heutzutage schon gut behandelbar sind. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 45)

„Trotz der, in den letzten Jahren verstärkten Ausweitung von Behandlungsprogrammen fordert allein die HIV-Epidemie mehr als 2 Millionen Menschenleben pro Jahr. Nimmt man noch Malaria und Tuberkulose hinzu, so verursachen diese drei verheerenden Epidemien jährlich 5 Millionen Todesfälle.“ (Hackenbruck 2009, S. 45)

Einen erheblichen Teil der Krankheiten stellen tropische Armutserkrankungen dar. Vor allem in Afrika kommen sie in Form von bakteriellen Infektionen, beispielsweise Lepra, vor. Auch parasitäre Erkrankungen wie die Afrikanische Trypanosomiasis, die unter dem Synonym Schlafkrankheit bekannt ist, stellen einen Großteil der Erkrankungen dar. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 45)

Jeder Diplomierte Pflegeperson kann es im Laufe ihres Aufenthalts passieren, dass sie ein Kontrollprogramm für zum Beispiel Malaria, Tuberkulose oder HIV und AIDS initiieren oder durchführen soll.

Auch in diesem Fall ist die Planung der Vorgehensweise der erste Schritt. Informationssammlung über das bisherige Procedere beziehungsweise über bereits durchgeführte Programme ist ein wichtiger Ausgangspunkt, um das weitere Vorgehen zu planen. Falls diese Daten am Projektort nicht vorhanden sind, so können meist örtliche Gesundheitsbehörden darüber Auskünfte geben.

Den nächsten Schritt stellt das Stecken der Ziele dar. Auch hier sollte schon an die Evaluation gedacht werden. Schließlich muss man ebenso die Ressourcen berücksichtigen, die zur Verfügung stehen (materiell und finanziell).

Während der Durchführung der Programme sind die Pflegepersonen für Überwachung und Evaluierung zuständig. Die Ergebnisse werden mit den anfangs bestimmten Zielen verglichen und erhoben. Außerdem hat das Diplomierte Personal für die Fortführung des Programms nach seiner Abreise beziehungsweise bei der Übernahme anderer Tätigkeiten Sorge zu tragen. Dies beinhaltet auch in diesem Falle wiederum das Aus- und Fortbilden von Ortsansässigen, Gesundheitsberatung und Aufklärung, regelmäßige Supervision beziehungsweise das Organisieren von Material, damit das Programm nicht ins Stocken gerät.

Abschließend muss an dieser Stelle betont werden, dass jede/r Mitarbeiter/in in einem Kontrollprogramm für Malaria, Tuberkulose oder HIV und AIDS gefährdet ist, sich mit einer dieser Krankheiten zu infizieren. Daher sollten persönlicher Schutz und Präventivmaßnahmen, wie Tuberkuloseschutzimpfungen (vgl. Kapitel 4.2), AIDS-Test (vgl. Kapitel 4.3) oder Malariaprophylaxen (vgl. Kapitel 4.4), an oberster Stelle stehen. (vgl. Diesfeld 2001, S. 165-218)

5.6 Transkulturelle Pflege und Zusammenarbeit

Die Pflege-theoretikerin Madeleine Leininger definiert die transkulturelle Pflege als „...die vergleichende Studie und Analyse von unterschiedlichen Kulturen und Subkulturen bezüglich Krankenpflege, Pflegepraktiken, Anschauungen und Werten in Gesundheit und Krankheit mit dem Ziel, wissenschaftliches und humanistisches Wissen zu entwickeln. Diese Kenntnisse sind wichtig, um kulturspezifische und –übereinstimmende Pflege bereitzustellen.“ (vgl. Leininger, 1984, S. 493, zit. nach: Hackenbruck, 1998, S. 342)

Nur wenn diese Kriterien erfüllt werden, kann eine zufriedenstellende Pflege gewährleistet werden.

Auch in der Kommunikation muss auf interkulturelle Verständlichkeit geachtet werden. Sowohl auf verbaler als auch auf nonverbaler Ebene können vielfältig Missverständnisse auftreten, wie zum Beispiel Symbole, die in anderen Kulturen eine andere oder gegensätzliche Bedeutung haben und so entweder zu komischen Situationen oder im schlimmsten Fall zu Konflikten oder Beleidigungen führen können. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 342-345)

In Äthiopien sind ca. 70 verschiedene Ethnien beheimatet, was zur Folge hat, dass in diesem Land über 200 Sprachen und Dialekte gesprochen werden. Da ist es nicht verwunderlich, dass es auch innerhalb eines Landes zu Kommunikationsproblemen kommen kann. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 346)

Die Hilfe von Dolmetschern kann in der interkulturellen Kommunikation hilfreich sein. Jedoch kann es sehr wohl passieren, dass aufgrund von persönlichen Konflikten „falsch“ beziehungsweise zum eigenen Vorteil übersetzt wird. Deshalb ist es besonders wichtig, in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern auf die Reaktion des Gegenübers zu achten und beim leisesten Verdacht auf ein Missverständnis einzulenken.

Ein weiterer kultureller Unterschied liegt im Ausdruck von Gefühlen, Schmerz oder Kritik. Der Umgang mit Krankheit, Trauer oder Verlust kann auf die fremden MitarbeiterInnen im ersten Moment befremdlich wirken. Daher ist auch die Auseinandersetzung mit Kultur und bevölkerungsspezifischem Verhalten ein elementarer Bestandteil der Vorbereitung auf die Entwicklungszusammenarbeit. Als „vorbereitete/r“ Mitarbeiter/in zeigt man Respekt und Achtung vor der einheimischen Kultur und wird deshalb meist mit offenen Armen und freundlich empfangen. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 344 ff.)

Neben sprachlichen Barrieren können sowohl kulturelle Normen, Generations- oder Schichtunterschiede sowie Sozialisationsprozesse Gründe für eine problematische Kommunikation sein. Abgesehen von Problemen und Konflikten, die in jedem Land vorkommen können, finden in der Interaktion natürlich auch schöne Begegnungen statt, die auf einer guten Kommunikationsbasis begründet sind. (vgl. Hackenbruck 1998, S. 346)

6 MÖGLICHE RISIKEN FÜR DAS DIPLOMIERTE PERSONAL

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind wegen mangelnder Hygiene dem Risiko von Infektionen ebenso ausgesetzt wie der Gefahr, Opfer von Burnout oder Stress zu werden.

Trotz Freude und Neugier auf den Einsatz können die zunächst positiven und vielleicht auch idealisierten Vorstellungen einer Pflegeperson schnell ins Gegenteil umschlagen. Enttäuschung macht sich breit, wenn die Erwartungen nicht erfüllt werden. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 425)

„Das Wissen um die eigene Persönlichkeit und das eigene und fremde Verhalten unter Stress sowie die Kenntnis typischer „Stolpersteine“ in anderen kulturellen Umfeldern helfen dagegen, sich realistisch auf diesen Lebensabschnitt vorzubereiten und den konstruktiven Umgang mit unvermeidlichen Stresssituationen zu ermöglichen.“ (Hackenbruck 2009, S. 425 f.)

Im Falle von Stress sollte versucht werden, sich seine eigene Coping-Strategie anzueignen, um damit fertig zu werden beziehungsweise nach der Stresssituation wieder zur Ruhe zu gelangen. Entspannung und Beruhigung helfen sowohl bei Stress- als auch bei Burnoutsituationen. Außerdem sind eine gefestigte Persönlichkeit und die Fähigkeit Ruhe zu bewahren das Um und Auf in der Entwicklungszusammenarbeit. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 425-431)

Leider kann es passieren, dass Diplomierte Pflegepersonen Traumata oder Krisensituationen erleiden. Im Einsatz können sowohl Gewalt als auch Naturkatastrophen Auslöser solcher traumatischer Erlebnisse sein. Auch wenn sich das Pflegepersonal in der Entwicklungszusammenarbeit in beratenden oder leitenden Funktionen sieht, sollte es in solch einem Fall professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Im Falle eines Traumas werden oft von der entsendenden Organisation Kosten für entsprechende Sitzungen übernommen. (vgl. Kapitel 3.3)

Nach Abschluss des Einsatzes kann auch die Rückkehr ins Heimatland einen „Schock“ auslösen. Die Heimat wirkt nach einem längeren Aufenthalt oft fremd, verschiedene Verhaltensweisen muten unnatürlich an und die Rückkehrer können sich mit „dieser Welt“ nicht mehr identifizieren. Häufig fällt die Umgewöhnung und Eingliederung in die gewohnten Strukturen schwer. Auch in diesem Fall wird Hilfe durch die Entwicklungsorganisationen in Form von Gesprächen mit ausgebildeten MitarbeiterInnen oder professionellen PsychotherapeutInnen angeboten. (vgl. Hackenbruck 2009, S. 436-441)

Abschließend kann an dieser Stelle zusammengefasst werden, dass sich jede Pflegeperson vor ihrer Abreise realistische Vorstellungen machen und genaue Nachforschungen betreiben sollte, bevor sie mit falschen Erwartungen die Entwicklungszusammenarbeit beginnt, da diese großartige Erfahrung sonst schnell zu einer unangenehmen werden kann.

7 RESÜMEE

Nach Erlangen des Diploms für Gesundheits- und Krankenpflege sowie zweijähriger Berufserfahrung und der Erfüllung der allgemeinen Voraussetzungen können sich Diplomierte Pflegepersonen für die Entwicklungszusammenarbeit bewerben. Wenn die Leistung nach dem Durchlaufen strenger Auswahlkriterien und der Absolvierung von diversen Vorbereitungskursen genügt, kann man mit einer Organisation wie zum Beispiel „Ärzte ohne Grenzen“ in einem Einsatzland die Entwicklungszusammenarbeit antreten.

Das Aufgabengebiet von Diplomierten Pflegepersonen in der Entwicklungszusammenarbeit ist mit dem in der Heimat nicht vergleichbar.

Das Pflegepersonal verrichtet keine direkte Pflege am Krankenbett (diese Aufgabe übernehmen Ortsansässige oder Verwandte des Patienten), sondern ist vor allem für Organisation und Leitung verschiedener Tätigkeiten zuständig.

Zu seinem Aufgabengebiet zählen:

- Projektabwicklung
- Supervision
- Gesundheitsberatung
- Aus- und Fortbildung von ortsansässigem Personal
- Krankheitskontrolle
- Transkulturelle Pflege und Zusammenarbeit

Diese Aufgaben stellen für Pflegepersonen sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance dar, ihre Kompetenzen zu erweitern, ihre Kreativität spielen zu lassen und ein „Improvisationstalent“ zu werden.

Da nicht jedes Projekt ärztlich betreut wird, liegen viele Aufgaben, die sonst dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen wären, in der Hand von Diplomierten Pflegepersonen, die damit ihren Kompetenzbereich zum Teil überschreiten. Das bedeutet, dass viele Tätigkeiten ohne Arztanordnung ausgeführt werden.

Auch der interdisziplinäre Bereich hat in der Entwicklungszusammenarbeit einen großen Stellenwert. Die Zusammenarbeit mit internationalem medizinischem Personal, mit einheimischen MitarbeiterInnen sowie mit Behörden ist aus dem Aufgabengebiet Diplomierter Pflegepersonen nicht wegzudenken, da diese auch zum Großteil für die Koordination verschiedenster Projekte verantwortlich sind.

Voraussetzungen für die Aufgaben in der Entwicklungszusammenarbeit sind außerdem eine gründliche Auseinandersetzung mit Kultur, Bräuchen und Sitten des Einsatzlandes, sowie die Kenntnis organisatorischer Abläufe und bürokratischer Schritte.

Jede dieser Aufgaben verlangt ein gewisses Feingefühl und die Fähigkeit, sich auf die fremde Umgebung einzulassen und sich einzugliedern.

Ein Einsatz im Zuge der Entwicklungszusammenarbeit ist eine große Herausforderung, die für Diplomierte Pflegepersonen sowohl Weiterentwicklung als auch Scheitern bedeuten kann.

An dieser Stelle muss auch betont werden, dass nicht nur die Anreise und die fremde Umgebung im Projektland einen „Kulturschock“ auslösen können, sondern dass dieser auch bei der Ankunft im Heimatland auftreten kann. Durch die verschiedenen Lebensweisen und kulturellen Bräuche kann man sich anfangs im Einsatzland und nach längerem Aufenthalt auch zu Hause fehl am Platz fühlen. Aus diesem Grund wird von „Ärzte ohne Grenzen“ nach der Heimreise auch psychologische Unterstützung angeboten.

Mit dieser Fachbereichsarbeit kann nur ein kleiner Einblick in die faszinierenden Aspekte der Entwicklungszusammenarbeit wiedergegeben werden, da sich die Praxis (wie so oft) auch in dieser Hinsicht von der Theorie unterscheidet.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Diesfeld, Hans Jochen et al. (Hg.) (2001): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Hackenbruck, Elgin (Hg.) (1998): Going International. Pflegende in der Entwicklungszusammenarbeit und Humanitäre Hilfe. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden.

Hackenbruck, Elgin (Hg.) (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2009): Go International!. Handbuch zur Vorbereitung von Gesundheitsberufen auf die Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe. Verlag Hans Huber, Bern.

Internetseiten:

www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/anforderungen/,
06.12.2009, 16:48

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/schritte-zum-einsatz/>,
08.12.2009, 10:53

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/wir-suchen/krankenschwester-pfleger/>, 06.12.2009, 11:23

<http://www.who.int/countries/en/>, 17.02.2010, 17:45

9 ANHANG

Anhang 1: Fragenkatalog in Korrespondenz mit Frau Maria Lindenbauer

FRAGENKATALOG

Fragen wurden beantwortet von

Maria Lindenbauer (Krankenschwester, Einsatzmitarbeiterin)

Marion Jaros (Jugendarbeit, Büro von Ärzte ohne Grenzen Wien)

1. Wie viele DGKS/DGKP gehen durchschnittlich pro Jahr mit Ärzte ohne Grenzen auf Einsatz? Wie viele davon nach Afrika?
 - 2008: rund 1400 Einsätze von paramedizinischem Personal (DGKS/P, Hebammen, LabTec, Mental health), davon ca. 60 % DGKS/P und davon ca. 70 % in Afrika

2. Gibt es fixe Arbeitszeiten oder Urlaubsanspruch?
 - Arbeitszeiten sind normalerweise nicht fix,
 - je nach Projekt gibt es geregelte Ruhezeiten (rest and recovery)
 - Urlaubsanspruch hat man immer nach 3 Monaten - 7 Tage

3. Was wird den DGKS/DGKP zur Verfügung gestellt? (Hilfsmittel, Unterkünfte, Taschengeld, Fahrzeug,...)
 - Unterkunft
 - Taschengeld, je nach Projektland unterschiedlich bzw. davon wird Essen finanziert
 - Fahrzeug je nach Gebiet, immer mit Fahrer
 - Hilfsmittel für diverse Schulungen können organisiert werden
 - persönliche Trainings und Schulungen werden angeboten

4. Übernehmen die DGKS viele Aufgaben des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches? (Wenn ja,) welche?
 - eigentlich ist die Hauptaufgabe, nicht zu sehr im eigenverantwortlichen Bereich, sondern eher im mitverantwortlichen – gemeinsam mit dem Rest des Teams, aber oft ohne ärztlicher Anweisung (d.h. nicht in allen Projekten ist ein Arzt – vieles wird direkt von DGKS/P übernommen – die in den Hilfsprojekten sehr viele Kompetenzen haben.)

Man arbeitet vorwiegend als Trainerin bzw. Supervisor von lokalem Personal direkt im Hilfsprojekt oder in Koordinationspositionen in der jeweiligen Hauptstadt.

Das lokale Personal hat oft keine oder eine geringe einschlägige medizinische Ausbildung, kann aber oft mit entsprechender Anleitung viele Aufgaben übernehmen.

5. Wie sieht der pflegerische Alltag allgemein aus?
 - Schulungen für Personal organisieren
 - Organisation von diversen medizinischen Behandlungen (wie Impfaktionen,..)
 - Qualitätssicherung
 - Management von Dienstplänen
 - Kontrolle der hygienischen Gegebenheiten
 - Evaluierungen des Personals
 - Einstellungsgespräche (lokales Personal)

6. Kommt es vor, dass Einsätze aufgrund der physischen oder psychischen Belastung abgebrochen werden?
 - Ja
 - Alle MitarbeiterInnen bekommen nach ihrer Rückkehr neben einem ausführlichen persönlichen Debriefing (Nachbereitung, Erzählen – fachlich/persönlich) auch einen Anruf von einem erfahrener/n Einsatzmitarbeiter/in, die/der psychologisch geschult wurde um auf event. Interventionsbedarf (Notwendigkeit psychischer Unterstützung zur Verarbeitung von Erlebtem) aufmerksam zu werden. Sollten Sitzungen erforderlich sein, wird ein Teil dieser von Ärzte ohne Grenzen bezahlt.

7. Gab es schon einmal schlimme Zwischenfälle (Vergewaltigungen, Gewalt)?
 - Ja, ich habe keine derartigen persönliche Erfahrungen, doch es gibt immer wieder Berichte von Gewalt an internationalem und nationalem Team. Auch hier unterstützen Psychologen/Therapeuten bei der Aufarbeitung.

8. Wie werden die Helfer von den Einheimischen angenommen/ respektiert?
 - meiner Erfahrung nach sehr gut
 - manchmal kommt es zu personenbezogene Auseinandersetzungen, wie dies in jedem Arbeitsverhältnis – auch bei uns – möglich ist. Es gibt eine klare Regelung, wie mit Konflikten umzugehen ist (wer als Moderator eingreifen kann etc.)

9. Inwiefern ist Nähe bzw. Freundschaft zur Bevölkerung gegeben?
 - sofern es die Sicherheit im Land erlaubt, möglich, jedoch vorwiegend zu den nationalen Mitarbeitern

10. Inwieweit können hygienische Richtlinien in den Einsatzspitälern oder sonstigen Einsatzstellen eingehalten werden?

Voraussetzungen dafür sind:

- Bereitstellen der Utensilien wie Seife, Desinfektionsmittel, vor allem Wasser,..
- Personalschulungen
- Genug Personal
- All diese Bereiche werden von Ärzten ohne Grenzen übernommen. Es ist nicht immer leicht Hygienestandards 100 % einzuhalten, aber so weit wie unter den Bedingungen möglich, werden sie eingehalten.

11. Wie wird eine Erkrankung der DGKS/ DGKP selbst gehandhabt? Wie sieht es in diesem Zusammenhang mit der Krankenversicherung oder arbeitsrechtlich aus?

- medizinische Koordinator kümmert sich um Erkrankungen des internat Personals
- man ist krankenversichert

12. Ist im Falle eines persönlichen Notfalles ein Rückflug bzw. Abbruch des Einsatzes möglich?

Ja

13. Inwieweit ist die Kommunikation ins Heimatland gewährleistet? (Telefon, Internet,...)

- Je nach Einsatzgebiet beschränkt oder nicht möglich, Telefonate sind extrem teuer, mit wenig Taschengeld, daher eher sehr beschränkt möglich

Anhang 2: Allgemeine Anforderungen

www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/anforderungen/

ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN

Ärzte ohne Grenzen leistet effiziente medizinische Nothilfe und stellt dementsprechend auch spezielle Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Um den Herausforderungen im Einsatz entsprechen zu können, ist eine Mischung aus Engagement, Idealismus und Professionalität erforderlich.

Folgende Anforderungen müssen erfüllt werden:

- Abgeschlossene Berufsausbildung, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung (bzw. abgeschlossener Turnus)
- Sehr gute Englischkenntnisse; Französisch, Spanisch oder Portugiesisch und jede weitere Fremdsprache sind von Vorteil
- Mindestens sechs bis neun Monate Zeit für einen Ersteinsatz (bei ChirurgInnen und AnästhesistInnen auch ab drei Wochen)
- Flexibilität, Organisations- und Improvisationstalent
- Fähigkeit zur Supervision und Weiterbildung anderer
- Teamfähigkeit sowie hohe psychische und physische Belastbarkeit
- Auslandserfahrung (berufliche oder längere private Auslandsaufenthalte)
- Bereitschaft im Sinne der humanitären Prinzipien von Ärzte ohne Grenzen zu arbeiten
- Für AllgemeinmedizinerInnen und Krankenpflegepersonal: tropenmedizinische oder andere Spezialisierung (Public Health, Epidemiologie, o.ä.)
- Für LogistikerInnen: abgeschlossene einschlägige Berufsausbildung, umfassende technische und handwerkliche Fähigkeiten sowie Buchhaltungskennntnisse

Anhang 3: Schritte zum Einsatz

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/schritte-zum-einsatz/>

SCHRITTE ZUM EINSATZ

Wenn Sie die [angeführten Voraussetzungen für eine Mitarbeit](#) erfüllen und sich für einen Auslandseinsatz interessieren, verläuft der Weg zu einem möglichen Einsatz wie folgt.

Bitte beachten Sie, dass der Zeitraum vom Einreichen der Bewerbung bis zur Aufnahme in den "Pool" 1-3 Monate betragen kann.

1. Erstkontakt und Teilnahme an Informationsabend

Melden Sie sich telefonisch bei uns unter der Wiener Nummer +43 (01) 409 72 76 oder [füllen Sie das Online-Formular aus](#) und senden es an uns. Wir schicken Ihnen Informationsmaterial zu und laden Sie nach Möglichkeit zu einem der regelmäßig stattfindenden [Informationsabende](#) ein (u.a. in Wien, Linz, Innsbruck und Graz). Hier erhalten InteressentInnen Basisinformationen über die Organisation, die Arbeitsweise und konkrete Projekte von Ärzte ohne Grenzen.

2. Bewerbungsbogen ausfüllen

Für das weitere Auswahlverfahren erhalten Sie **nach dem Informationsabend** einen **Bewerbungsbogen**, den Sie mit Ihren Unterlagen an uns zurückschicken. Wir werten Ihre Unterlagen aus und entscheiden auf dieser Grundlage, ob wir Sie zu einem Gespräch einladen.

3. Teilnahme an Assessment Center

Dem **individuellen Auswahlgespräch** folgt dann ein **Auswahltag mit einer Gruppe von BewerberInnen** (Assessment Center). Durch dieses mehrstufige Auswahlverfahren wollen wir sicherstellen, dass Sie die erforderlichen Kriterien mitbringen und nur wirklich geeignete Kandidaten in die Hilfsgebiete entsandt werden.

4. Vorbereitungskurs absolvieren

Fällt das Auswahlverfahren positiv aus, kann - je nach zeitlicher Verfügbarkeit - die **Teilnahme an einem Vorbereitungskurs** besprochen werden.

Bei dem Vorbereitungskurs erhalten Sie einen allgemeinen, praxisorientierten Einblick in die medizinische und nichtmedizinische Arbeit von Ärzten ohne Grenzen.

5. Suche nach passendem Einsatz

Nach Absolvieren des Vorbereitungskurses werden wir Sie benachrichtigen, sobald eine passende Stelle für Sie verfügbar ist. Wenn Sie mit der angebotenen Stelle einverstanden sind, kann die Abreise sehr bald (zwischen 48 Stunden und sechs Wochen) erfolgen.

Achtung: Freie Stellen sind in der humanitären Nothilfe nur schlecht planbar. Manchmal kann es deshalb länger dauern, eine passende Stelle zu finden, bzw. wird oft schon in der Vorbereitung auf einen Einsatz Ihre Flexibilität auf die Probe gestellt.

6. Anreise ins Projekt

Die Anreise zum Projekt führt immer über eines der Einsatzzentren von Ärzten ohne Grenzen in Amsterdam, Brüssel, Paris, Genf oder Barcelona, wo noch eine ein- oder mehrtägige Projektvorbereitung stattfindet.

Anhang 4: Anforderungen an Diplomierte Pflegepersonal

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/auf-einsatz-gehen/wir-suchen/krankenschwester-pfleger/>

KRANKENSCHWESTERN & PFLEGER

Krankenschwestern und Krankenpfleger bilden zahlenmäßig die größte Berufsgruppe unter den Mitarbeitern von Ärzten ohne Grenzen.

Überwiegend werden Pflegepersonen mit mindestens zwei Fremdsprachen gesucht. Ob Krankenpflegediplom oder Kinderkrankenpflegediplom: eine fertige Ausbildung und die Bereitschaft, auch unter schwierigen und ungewohnten Umständen zu arbeiten und Verantwortung zu übernehmen, sind die wichtigsten Voraussetzungen.

Der Aufgabenbereich von Pflegekräften im Einsatz unterscheidet sich stark von der Tätigkeit in Österreich. Die Grundpflege der Patienten wird in vielen Einsatzorten von Angehörigen und einheimischem Personal übernommen. Die internationalen Pflegekräfte sind daher vor allem für die Aus- und Weiterbildung von lokalen Mitarbeitern und Helfern verantwortlich.

Weitere Aufgabengebiete sind die Durchführung von Impfprogrammen, Mutter-Kind-Beratung, Spitalsorganisation, Hygienemaßnahmen, Betreuung der Medikamentenlager, Organisation von Ernährungszentren, Datenerhebung, Personalmanagement und Behördenkontakte.

Spezielle Anforderungen:

- Krankenpflegediplom und zwei Jahre Praxis nach Erlangung des Diploms
- Tropenmedizinische Ausbildung oder andere Zusatzkenntnisse (Public Health, Epidemiology, Ernährung, TBC, HIV/AIDS etc.)
- mindestens sechs bis neun Monate Zeit für einen Einsatz
- Französischkenntnisse von großem Vorteil

Anhang 5: Die Weltgesundheitsorganisation

<http://www.who.int/countries/en/>

All countries which are Members of the United Nations may become members of WHO by accepting its Constitution. Other countries may be admitted as members when their application has been approved by a simple majority vote of the World Health Assembly. Territories which are not responsible for the conduct of their international relations may be admitted as Associate Members upon application made on their behalf by the Member or other authority responsible for their international relations. Members of WHO are grouped according to regional distribution (193 Member States).