

Ingrid Bobrich

Hygiene in Benin

Als Beispiel unserer beruflichen Vielfalt möchten wir unser Sektionsmitglied Ingrid Bobrich vorstellen. Sie ist Hygienefachschwester im Ruhestand, betreut aber in Hygienefragen noch eine Pflegeeinrichtung und engagiert sich „hygienisch“ in Afrika. Von 1999 bis 2002 war Ingrid Bobrich als „Conseilleré Regionale“ (Beraterin) im Deutschen Entwicklungsdienst (DED) in Natitingo, Benin, tätig. Schwerpunkte waren Wasserhygiene, die Prävention von damit verbundenen Infektionen und die Stärkung einer hygienischen Kosteneffizienz im Gesundheitswesen. Hierzu hat sie die entsprechenden Strukturen mit Hilfe beninischer Mitarbeiter/-innen geschaffen und auf diese Weise durch ihren immensen und nicht immer einfachen Einsatz versucht, unter den gegebenen Umständen ein gewisses Hygienebewusstsein zu vermitteln, u.a. mit deutschsprachigen Folien zum Thema Basishygiene, die sie ins Französische, der Amtssprache Benins, übersetzt hatte. In den darauf folgenden Jahren besuchte sie privat 1 bis 2mal jährlich Benin, um Hilfsgüter in das Land zu bringen und Projekte punktuell zu begleiten. Was motiviert sie dazu? Sie sagt: „Ich möchte mich nicht nur in meinem Lebensbereich bewegen und daher ist für mich das Lebenselixier: Ich lebe nicht nur um zu verstehen, sondern auch um Einiges zu bewegen und wenn möglich zu verändern.“

Barbara Nußbaum, Vorsitzende der DGKH-Sektion
„Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/ Rehabilitation“

Benin – ein kurzer Einblick

Der westafrikanische Staat Benin mit knapp 112.000 km² und fast 9 Millionen Einwohnern hat sich seit den 1990er Jahren zu einer stabilen und friedlichen Demokratie entwickelt. Ohne nennenswerte Rohstoffe bleibt Benin aber wirtschaftlich auf Handel, Landwirtschaft und Entwicklungshilfegelder angewiesen. Trotz massiven Engagements der Geberländer ist es in den vergangenen Jahren nicht gelungen, die Armut in Benin deutlich zu verringern. Das hohe Bevölkerungswachstum von über drei Prozent erschwert viele Anstrengungen in diesem Bereich. Etwa ein Drittel der Bevölkerung lebt unter der Armutsgrenze. Auf dem Index der menschlichen Entwicklung (HDI) von 2010 nimmt das Land Platz 134 von insgesamt 169 Staaten ein. Benin gehört damit zu den am wenigsten entwickelten Staaten der Welt. Die häufigsten Infektionserkrankungen sind Malaria, Gelbfieber, Tuberkulose, Hepatitis A, B und C, Masern, Keuchhusten und Röteln.

Seit meinem ersten Aufenthalt vor zwölf Jahren hat sich an der problematischen Situation im Gesundheitswesen Benins wenig geändert. Umso mehr sind im Land Personen und Aktivitäten zu unterstützen, die hier etwas bewegen wollen und können. Neben der eigentlichen Projektarbeit, bin

ich immer wieder von der Freundlichkeit, Fröhlichkeit und Improvisationsgabe der Menschen in Benin begeistert, dies ist auch mein Motivationsmotor. Denn wenn wir nur sehen, was wir sehen wollen oder zu sehen wünschen, sind wir geistig blind!

Welche Güter werden wirklich benötigt?

2007/2008 bat mich die beninische Ärztin Colette Azandjeme – im öffentlichen Gesundheitsdienst Benins tätig, nachdem sie 2006 ein Praktikum im Kreiskrankenhaus



Frau Bobrich bei der Fortbildungsveranstaltung der Frauen in Natitingo.



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e. V.

Verantwortlich:
Prof. Dr. med. Martin Exner
(Präsident)
Prof. Dr. med. Walter Popp
(Vizepräsident)

Joachimstaler Straße 10
10719 Berlin, Germany
Tel: +49 30 8855 1615
Fax: +49 30 8851 029

E-Mail: info@krankenhaushygiene.de
Internet:
www.krankenhaushygiene.de

Korrespondierende Autorin

Ingrid Bobrich

Hygienefachschwester und Mitglied
der DGKH-Sektion „Hygiene in der
ambulanten und stationären Kranken-
und Altenpflege / Rehabilitation“

Schloßstraße 20
76593 Gernsbach



Essensausgabe im Krankenhaus.

Rastatt absolviert hatte – Vorträge über Hygiene in den drei staatlichen Krankenhäusern des Département Queme zu halten. Durch meinen DED-Einsatz kannte ich bereits die Lebensumstände und die Probleme in der Krankenhaushygiene vor Ort, die durch den Mangel an Desinfektionsmitteln, diversen Materialien und das zum Teil unzureichende Hygienebewusstsein des Personals hervorgerufen werden.

Während es in der westlichen Welt ein Überangebot an Desinfektionsmitteln, Einmalhandschuhen, Papierhandtüchern etc. gibt, werden in Benin die Hände lediglich mit „Eau Javel“ gewaschen, einer Chlorbleichlauge, die als Desinfektionsmittel dient. In einer Waschschüssel wird das Mittel verdünnt und anschließend werden die Hände mit einem (!) Handtuch für das Personal abgetrocknet. Einmalhandschuhe werden gewaschen, getrocknet und

wieder verwendet, dergleichen geschieht mit Mullbinden, Tupfern etc.

Die Unterstützung von Hilfsorganisationen für „Drittländer“ ist sicherlich gut gemeint, muss aber aufgrund der Gegebenheiten vor Ort überdacht werden. Material und Geräte, wie z. B. Handtuchspender und Desinfektionsmittelspender, die in Europa nicht mehr benötigt werden, kommen vor Ort meist nicht zum Einsatz. Sie verrotten und verformen, es fehlen Ersatzteile und das entsprechende Verbrauchsmaterial. Daher ist es sinnvoll, anhand einer Gebrauchsgüterliste konkret anzufordern, ob die betreffenden Krankenhäuser beispielsweise Spender gebrauchen können, wie die Wartung erfolgen könnte und ob der sachgerechte Umgang und das Arbeiten durch das Personal dauerhaft gewährleistet sind. Es ist auch eine finanzielle Frage, ob der Einsatz von Einmalartikeln wie Papierhandtüchern überhaupt möglich ist.

Hygienische Hürden

Bei meinem Aufenthalt 2009 bat mich der Hotelbesitzer und Bürgermeister Lucien Houngnibo in seinen Hotels in Parakuu, Natitingo, die Küchen unter hygienischen Aspekten zu überprüfen sowie die Grundsätze der Lebensmittelhygiene und das Hygienebewusstsein zu vermitteln. Hierzu musste ich allerdings auch die Handhabbarkeit mit einbeziehen. Was ich vorfand: verfallene Lebensmittel, offen gelagerte Tiefkühlkost, Fisch und Fleisch durcheinander, kein Datum usw. Es fehlte an Sauberkeit der Arbeitsflächen, Trennung von rein und unrein. Obwohl ich mit viel Überzeugungskraft meine Anregungen im Be-



Pfahlbaudorf Ahitono auf Soûs-Awe.

reich der Lebensmittelhygiene vermittelt habe, stellt sich die Frage, ob ich hier nachhaltig erfolgreich war, dies wird sich erst bei meinen nächsten Besuchen 2011/2012 herausstellen.

2010 besuchte ich den regionalen Inselstaat Soûs-Awe mit einem Einzugsgebiet von 42 Pfahlbaudörfern. Dort gibt es drei Gesundheitszentren, zwei examinierte Pflegekräfte, Hebammen und Hilfskräfte, die für die Versorgung der Patienten verantwortlich sind. Komplizierte Geburten oder Notfälle werden mit einem Boot auf das Festland transportiert. So kann es passieren, dass eine Geburt durchaus einmal auf dem Boot stattfinden kann.

Fällt z. B. das Stromaggregat aus – mangels Sprit, weil der Bürgermeister seinen persönlichen und „dienstlichen“ Bedarf damit decken muss – gibt es Kerzenlicht und Taschenlampen.



Vorstellung und Abschluss des Wasserhygiene-Projektes in Natitingo.



Raum für Desinfektion der Instrumente.

Die Entsorgung gestaltet sich derart, dass die Fäkalien und Abfälle ins Wasser fallen oder geworfen werden.

Beim Essensverkauf in den Straßen Benins fällt auf, dass die Menschen im Umgang mit dem benutzten Blechgeschirr nicht sensibilisiert sind. So wird zum Abwaschen meist kein warmes oder sauberes Wasser verwendet, weil es sich nicht realisieren lässt. Die Lebensmittelhygiene, gerade was die Kühlung und den Schutz der Speisen vor Fliegen betrifft, ist meist sehr problematisch. Staatliche Kontrollen, die die Lebensmittelhygienebedingungen vor Ort inspizieren könnten, sind nur bedingt vorhanden.

Zum Jahreswechsel 2010/2011 konnte ich – wie bereits 2006 – 46 Pflegebetten mit Zubehör nach Benin bringen. Diese Betten wurden von Herrn Wenzel gespendet, Geschäftsführer des Schwarzwaldstiftes in Baden-Baden, das ich hygienisch betreue. Bestimmt waren die Betten für die Gesundheitszentren im Norden Benins. Um mich zu überzeugen, wo die Betten genau hinkommen, besuchte ich diese Zentren mit Hebammen und dem Chefarzt Dr. Imorou Bah Chabi Ali, der für ein 260-Betten-Krankenhaus in Tanguita und 20 Gesundheitszentren zuständig ist.

Behandlung in den Gesundheitszentren

Ein Gesundheitszentrum versorgt ca. zwölf Dörfer. Im Umkreis von 5 km müssen die Dorfbewohner zu Fuß in die Sprechstunde kommen; 2mal monatlich fährt die examinierte Pflegekraft zur Versorgung der Kranken in die umliegenden Dörfer. Dabei muss sie bis zu 65 km mit dem Moped zu-

rücklegen. Etwa 47 Prozent aller Geburten finden im Dorf statt. Mystische Vorstellungen, Aberglaube, Traditionen und Rituale herrschen hier gerade bei den Geburten immer noch vor.

Ein Gesundheitszentrum ist in der Regel folgendermaßen aufgebaut: Es gibt drei Räume mit jeweils zwei Betten für Schwangere, einen Kreißsaal mit zwei Betten, einen Behandlungsraum mit einem Bett und einen Apothekenraum. Es gibt keine Elektrizität, so dass Petroleum- und Taschenlampen als einzige Lichtquellen fungieren. Der Kühlschrank, in dem die Impfstoffe aufbewahrt werden, funktioniert mit Petroleum. Die Aufbereitung und Sterilisation der Instrumente erfolgt mit „Eau Javel“: Die Instrumente werden zuerst mit „Eau Javel“ (fünf Tabletten auf fünf Liter Wasser) zehn Minuten zur Desinfektion eingelegt und anschließend mit abgekochtem Wasser abgespült. Danach werden sie in einem Topf mit Einsatz auf einem Petroleumkocher sterilisiert. Diese Dampfsterilisation dauert 20 Minuten bei 120 °C. Zum Händewaschen stehen Flüssigseife und Brunnenwasser zur Verfügung, das in einer blauen Plastiktonne mit Ausflusshahn gespeichert wird. Eine Händedesinfektion ist nicht möglich.

Nur ca. 55 Prozent der Dorfbewohner lassen sich in einem Krankenhaus oder Gesundheitszentrum behandeln. Eine Behandlung mit einem zusätzlichen „Carnet de Sante“ (Gesundheits-Checkheft) kostet 100 CFA (entsprechen 20 Cent). Das ist vielen Dorfbewohnern „zu viel“. Das jährliche Durchschnittseinkommen beträgt 400 Euro, im armen Norden liegt es weit darunter.

Gemessen an unseren westlichen Vorstellungen hat das afrikanische Kranken-

haus oder Gesundheitszentrum für uns etwas Befremdliches, mitunter Schockierendes. Es handelt sich überwiegend um öffentliche Orte, d.h. die Körperlichkeit wird hinter keinem Wandschirm verbannt. Die Familie ist allgegenwärtig, leistet dem Kranken Gesellschaft und bekocht ihn. Auch die familiären Angelegenheiten werden besprochen und das in einer – gemessen an unseren Wertmaßstäben – eher lautstarken Art und Weise.

Ungeachtet aller Unzulänglichkeiten spürt man die Bemühungen von Staat und Gesellschaft, die Verhältnisse in Benin zu verbessern.

Nachdenkliches

Mit den Ereignissen und Widerständen vor Ort lernt man sehr schnell, sich in Geduld zu fassen und zu üben. Die Dinge dauern eben so lange wie sie dauern, sich deswegen aufzuregen, hat keinen Sinn. Die Afrikaner haben die Zeit, die Europäer die Uhr, dies war der Ausspruch einer beninischen Krankenhausdirektorin, die zu spät zu einer von mir geleiteten innerbetrieblichen Fortbildung kam. Abschließend eine, wie ich meine, treffende Aussage: „Manches ist erstaunlich, manches ist beeindruckend.“



Alte Krankenhausbetten im Krankenhaus Natitingo bevor die neuen Pflegebetten aus Deutschland kamen.



Die Kinderabteilung des Krankenhauses in Natitingo.