

Ausland-Rundschau : die Hilfsaktionen des Schweizerischen Roten Kreuzes

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **91 (1982)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

ausland-rundschau

Die Hilfsaktionen des Schweizerischen Roten Kreuzes



Pionierarbeit für Kriegsverletzte und Behinderte im Libanon

Ein unseliger Bürgerkrieg

In der «Schweiz des Nahen Ostens» sind mit Ausbruch des Bürgerkrieges Gewalt, menschliches Elend, Unsicherheit und Anarchie eingekehrt. Vielfältige Kräfte und Gruppierungen ideologischer, politischer, sozialer und religiöser Prägung barsten förmlich auseinander und haben das kleine, ehemals blühende Land mit seinen rund drei Millionen Einwohnern während 18 Monaten bis Ende 1976 in blutige Kampfhandlungen gestürzt. Zwischen den zerstrittenen Parteien und Regionen wurde damals eine Waffenruhe bestimmt; sie ist bis heute unzählige Male durchbrochen worden. Der Libanon ist zunehmend Schauplatz der Machtkämpfe umliegender Länder und politisches Barometer für die Lage im Nahen Osten allgemein.

In allen Landesteilen, in und um die Hauptstadt Beirut, ist Zerstörung greifbar. Im Südlibanon sucht die palästinensische, ehemals Flüchtlingsbevölkerung mit Waffengewalt eine neue Heimat, im zentralen Küstenstreifen baut sich die christliche Minderheit einen Staat im Staate auf, und im Norden verteidigt das Nachbarland Syrien seine territorialen Machteinflüsse. Diesem fortgesetzten Zerreißspiel steht eine kriegsmüde Bevölkerung gegenüber, welche dringend jenen Frieden sucht, den niemand vor auszusehen wagt.

Das Los behinderter Menschen

Die Zahl der körperlich Kriegsgeschädigten wird im Libanon auf 8000 Men-



Dank der Prothesen neue Bewegungsfähigkeit für eine junge Libanesin, die beide Füße verlor.

schen geschätzt. Es sind amputierte und querschnittgelähmte junge und alte Behinderte, die sich mit ihrem schweren Schicksal in einem Alltag zurechtfinden müssen, in dem der Krieg weiterschwelt. Der Libanon war auf dieses Problem gänzlich unvorbereitet. Behinderung wurde seit Generationen in der libanesischen Mentalität fast durchweg als unabwendbares Los betrachtet, die Patienten in den Familien und vor der Gesellschaft «versteckt». Die hohe Zahl von Kriegsverletzten Ende 1976 erforderte indessen ein schrittweises Umdenken.

Hatten schon gesunde Menschen im Libanon Entbehrungen zu tragen, welches Schicksal war Behinderten vorgezeichnet? Ohne ausgebildete Fachärzte, Pflegepersonal, Orthopädisten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Werkstätten für berufliche Umschulung war an eine angemessene Rehabilitation der Kriegsversehrten kaum zu denken.

Ein erster Schritt wurde getan in Zusammenarbeit zwischen dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und der holländischen Regierung. Ansatzweise bestanden nämlich Rehabilitationszentren in den verschiedenen Regionen. Holland rüstete in der Folge vier dieser Zentren mit je einem vollständigen Prothesenatelier aus und versorgte gleichzeitig in einer Blitzaktion im ersten Quartal 1977 rund 400 Amputierte mit in Europa hergestellten Prothesen.

Hinter dieser spontanen Aktion steckte zweifellos eine grossartige Leistung. Indessen galt es, diese Bemühungen längerfristig fortzusetzen und eine umfassende und angemessene Infrastruktur für Wiedereingliederung von Amputierten und Querschnittgelähmten aufzubauen.

Ein Hilfsprogramm bringt Hoffnung

Im Bergdorf *Beit Chebab*, 40 km nördlich von Beirut in der christlichen Zone, hatte ein libanesisches Stiftungskomitee noch während des Bürgerkrieges eine frühere Klosterschule in ein Wiedereingliederungszentrum für Kriegsbehinderte umzuwandeln begonnen. Es mangelte jedoch an

qualifiziertem Fachpersonal, um die grösstenteils sehr jungen Amputierten und Querschnittgelähmten zu versorgen und die akuten und längerfristigen Bedürfnisse zu decken.

Hier haben sich daher das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) und das Schweizerische Arbeiter-Hilfswerk (SAH) in einer Gemeinschaftsaktion ab Juli 1977 engagiert. Eine Equipe mit zwei Orthopädisten, zwei Physiotherapeuten und einem Ergotherapeuten richtete sich zunächst auf die Versorgung von Amputierten aus. Es galt, neue Prothesen herzustellen, bereits abgegebene zu warten und die Patienten auf dem ganzen Weg ihrer medizinischen Rehabilitation fachlich zu begleiten. Die Therapeuten bemühten sich indessen bald auch um den Spitalbetrieb, um dort die hospitalisierten Para-, Tetra- und Hemiplegiker – ständig zwischen 50 und 60 Menschen – in deren täglichen Verrichtungen selbständig zu machen. Nach einem Jahr konnte auf ausländische Physiotherapeuten verzichtet und diese Aufgabe einheimischem Personal übergeben werden.

Der Ergotherapeut indessen legte den Schwerpunkt neben der internen Tätigkeit auf die «Begleitung» der Patienten nach Hause, indem in vielen Fällen durch behindertengerechte Anpassungen der Wohnstätten die Unabhängigkeit der entlassenen Querschnittgelähmten langfristig gesichert wurde.

Aus einem ursprünglich auf ein Jahr ausgelegten Hilfsprogramm erwuchs in Beit Chebab ein Projekt mit dreijähriger ständiger Präsenz von Rotkreuzdelegierten. Das Zentrum konnte sich in dieser Zeit organisatorisch und fachlich entfalten, und es dient heute allen Behinderten eines Einzugsgebietes von mehreren hunderttausend Menschen.

Mit ähnlichen Zielen wie Beit Chebab entstand ein Jahr später, also 1978, das Projekt *Tripoli* im muselmanischen Nordlibanon.

Das Zentrum Abou-Samra, welches seit Jahrzehnten von einem privaten Sozialverein geführt wird, enthält eine Altersabteilung mit 130 Bedürftigen, einen Spitaltrakt für bis 20 Querschnittgelähmte, einen Physiotherapiedienst und ab Aktionsbeginn des SRK und SAH ein Prothesenatelier und eine Ergotherapie. Während dreieinhalb Jahren stellten zwei Delegier-

te für Orthopädie und Ergotherapie – beides Franzosen – ihre Kraft in den so dringend notwendigen Dienst von Kriegsversehrten und Behinderten des Nordlibanon.

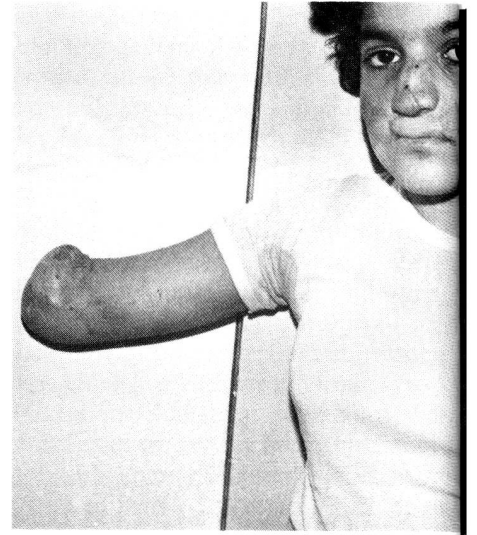
Einheimische Kräfte entfalten sich

Von Anfang an stand fest, dass beide Projekte im Libanon nicht nur vorübergehend humanitäre Ziele zu erfüllen, sondern eine echte und für das kriegsgeschädigte Land langfristige Wirkung zu bedeuten hätten. Der Beizug und die Ausbildung von einheimischem Personal lag somit nahe. Indessen stand den ausländischen Delegierten ein langer Weg bevor, für den weder ein Muster noch ein detailliertes Ausbildungsprogramm griffbereit waren.

Währenddem die Anfertigung von Prothesen und Geh- und Stützapparaten im libanesischen Gesundheitswesen bekannt sind, stellt die Ergotherapie ein völlig neues Fachgebiet dar. Selbst in Ärztekreisen ist man der nicht rasch greifbaren Wirkung der Ergotherapie gegenüber nach wie vor skeptisch. Einzig die inzwischen behandelten Patienten und deren Familien wissen um die erzielten Erfolge.

Im Libanon war also eine Therapie einzuführen, die als Beruf auch in der Schweiz noch jung, für Behinderte jedoch von ungeheurer Bedeutung ist. Aus der Situation des Kriegslandes heraus drängte sich Beschränkung auf die funktionelle Ergotherapie auf.

Im Fachgebiet *Orthopädie* konnten insgesamt drei libanesische Lehrlinge mit guten schulischen und technischen Voraussetzungen in Beit Chebab und Tripoli ausgebildet werden. Die jungen Menschen sind mit einer besonderen Motivation und Bereitschaft in diesen Dienst an Behinderten eingetreten und haben sich neben praktischen auch die theoretischen Fähigkeiten zu selbständiger Arbeit innerhalb von drei Jahren angeeignet. Der Beruf des Prothesenbauers erfordert nicht nur ein hohes Mass an technischem Verständnis, sondern ebenso sehr Einfühlungsvermögen in die besonderen psychischen Probleme des Behinderten. Die eingesetzten Delegierten sowie SRK und SAH sind daher besonders stolz, dass drei Libanesen ihre Berufsexamen in der Schweiz und in Frankreich nach europäischen Anforderungen mit Erfolg



bestanden haben. Die praktische Arbeit in Beit Chebab und Tripoli wird nunmehr durch einheimische Berufsleute weitergeführt.

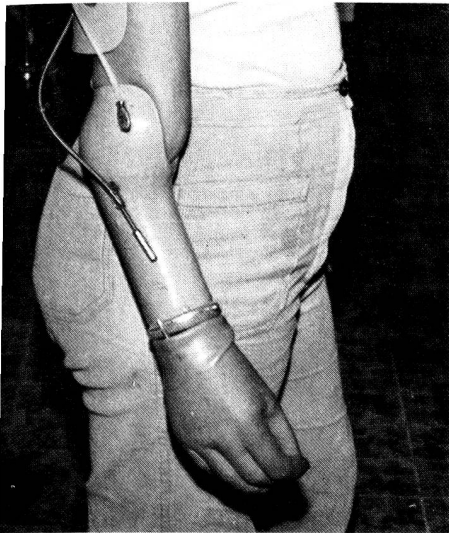
Die Suche nach dem richtigen Ausbildungsmass in der *Ergotherapie* war unvergleichlich schwieriger. Als Kompromiss wurde die funktionelle Ergotherapie gewählt. Zwei Lehrlinge und ein Helfer wurden ausgebildet, wobei auch sie Stages in Europa machten und hier Fähigkeitsbestätigungen erwarben. Die Ergotherapiedienste beider Zentren sind heute in libanesischen Händen.

Die ausgebildeten Kandidaten werden ihren Platz im Gesundheitswesen behaupten müssen, da im Libanon traditionell eine grosse Kluft zwischen Ärzten und paramedizinischem Personal besteht. Dem intellektuellen Akademiker wird zuweilen mehr Gewicht beigemessen als dem manuell begabten und motiviert arbeitenden Praktiker.

Im Dienst von Kriegsverletzten und Behinderten

Das Rote Kreuz und das Arbeiter-Hilfswerk haben im Libanon 1981 zwei Projekte abgeschlossen, die langfristig nationale Ausstrahlung auf die Versorgung von Behinderten haben werden. Darüber hinaus ist mit der geleisteten Arbeit ein Erfahrungsreichtum verbunden, der in neuen solchen Projekten anderswo genutzt werden kann.

Obwohl etwas trockene Statistik, verbergen sich hinter den nachstehenden Zahlen enorme gemeinsame Anstrengungen europäischer Fachdelegierter, libanesischer Lehrlinge und verant-



wortlicher Projektpartner. Bezogen auf drei Jahre in Beit Chebab und dreieinhalb Jahre in Tripoli sind folgende Leistungen erbracht worden:

Beit Chebab

- 344 Prothesen/Orthesen
- 3789 Ergotherapiebehandlungen
- 269 Korrekturschienen
- 47 Anpassungen von Wohnstätten

Tripoli

- 354 Prothesen/Orthesen/Apparate
- 1283 Ergotherapiebehandlungen
- 185 Korrekturschienen
- 12 Anpassungen von Wohnstätten

Die Fachdienste stehen heute wie erwähnt unter der Verantwortung von libanesischem Personal, das äusserst motiviert arbeitet und die konzentriert erworbenen Kenntnisse in die Tat umsetzt. Die angemessene Betreuung und Begleitung von Behinderten im Libanon muss weitergehen, denn sie bilden eine schwache Minderheit, die im nach wie vor kriegsgefährdeten Land ohne Versorgung unterzugehen droht. Ein humanitäres Ziel – Schutz und Hilfe an die Schwächsten – hat sich hier sinnvoll mit dem medizinischen Wiederaufbau verbunden. SRK und SAH sehen vor, die ausgebildeten libanesischen Fachkräfte durch punktuelle Missionen der ehemaligen Delegierten und Lehrmeister in den kommenden 2–3 Jahren noch zu unterstützen und zu stärken.

Versuch einer Beurteilung

Orthopädie im Kriegsland:

1. Eine Blitzversorgung mit Prothesen, wie dies im Libanon der Fall war, ist nur sinnvoll, wenn die versorgten



Oben links: Patientin von Beit Chebab, deren Armstumpf mit einem künstlichen Glied ergänzt wurde.

Oben rechts: Ein libanesischer Orthopädist von Tripoli arbeitet unter Aufsicht seines Lehrmeisters am Stützapparat für ein Mädchen mit Rückgratverkrümmung.

Ein junger Tetraplegiker übt in der Ergotherapie an der Schreibmaschine.

Patienten ständig auf fachlich-technische Beratung, einen Reparaturdienst und in regelmässigen Abständen auf Ersatz-Prothesen und -Apparate zählen können.

2. Der Entschluss SRK/SAH war richtig, im Libanon nicht nur praktische Arbeit zu leisten, sondern einheimische Fachkräfte an Ort und Stelle auszubilden. Dieser Aspekt musste naheliegenderweise sehr rasch in den Vordergrund treten.

3. Drei Jahre Ausbildung von lokalen Fachkräften als Orthopädisten ent-

spricht einem Minimum. Beide Projekte waren in dieser Hinsicht erfolgreich, indem Examen nach europäischen Anforderungen bestanden wurden.

4. Eine Übergangsphase mit punktuellen Missionen – zwischen Abschluss der permanenten Fachpräsenz und echter Verselbständigung der lokalen Kräfte – ist absolut erforderlich, damit die geleistete Arbeit nicht zerrinnt.

5. Die libanesischen Lehrlinge brachten als Voraussetzung das technische Baccalauréat erster und/oder zweiter

Teil mit, was eine optimale theoretische und praktische Ausbildung ermöglichte.

6. Das im Libanon angewandte Prothesensystem (Otto Bock) ist den Verhältnissen angepasst, jedoch investitions- und materialintensiv. In reine Entwicklungsländer ist es indessen der Komplexität wegen nicht übertragbar.

7. Die Fachdelegierten waren in dem Mass erfolgreich, als sie der libanesischen Eigendynamik Verständnis entgegenbringen konnten. Europäische Produktivität, Leistungszwang und übermässiger Perfektionismus in Nebenbelangen wirken in einem kriegsmüden Land kontraproduktiv.

Ergotherapie als Neuland:

1. Es ist zweifellos ein delikates Unterfangen, einen dermassen komplexen Berufszweig in ein Land wie den Libanon einzuführen, wo Behinderte angesichts falschen Charité-Denkens der Umwelt Unabhängigkeit a priori nicht suchen.

2. Innerhalb beider Projekte konnte die Ergotherapie als wichtige Massnahme in der Rehabilitation von Behinderten punktuell eingebracht werden. Die Ausstrahlung auf nationaler Ebene ist jedoch nicht wirklich messbar.

3. Im Libanon war einzig die funktionelle Ergotherapie denkbar. Der Weg zu diesem Entscheid war dornenvoll und hat insbesondere den Fachdelegierten eine enorme Flexibilität und Anpassung abgefordert.

4. Mit Punkt 3 einher geht die Ausbildung von lokalen Fachleuten. Diplomierung der libanesischen Ergotherapeuten in Europa war nicht möglich, und im Libanon selber bestehen in nächster Zeit keine Aussichten auf Anerkennung des erteilten Lehrganges.

5. Ergotherapie ist – im Gegensatz zur orthopädischen Versorgung – in einem Notprogramm nicht denkbar, sondern nur dann berechtigt, wenn die Rehabilitation von Behinderten systematisch aufgebaut und realisiert werden kann.

6. Abgesehen von der Notwendigkeit geeigneter Fachkräfte ist Ergotherapie nicht aufwand- oder materialintensiv. Mit relativ bescheidenen Mitteln können behinderte Patienten erstaunlich weit rehabilitiert werden.

Vreni Wenger

Projektbearbeitung SRK

Hilfe in akuten Notlagen und Spontanaktionen

Juni–Dezember 1981

Jugoslawien / Gesundheitswesen

Ausrüstung des Dispensariums Klinici im Departement Montenegro.

Rwanda / Choleraepidemie

Beitrag für Beschaffung von Medikamenten für die nordöstlichen Landesteile.

Rumänien / Gesundheitswesen

Ausrüstung für das Notspital in Bukarest.

Ostdeutschland / Sozialhilfe

Ausrüstung für ein Schwerstbehindertenheim.

Südyemen / Überschwemmungen

Naturalspende mit Zelten und Milchprodukten.

Iran/Irak / Bewaffneter Konflikt

Beitrag an das Nothilfeprogramm des IKRK.

Uganda / Notlage nach Bürgerkrieg

Kleiderspende für das Hilfsprogramm des IKRK für Gefangene und notleidende Zivilpersonen.

Iran / Erdbeben

Naturalspende mit Zelten, Lebensmitteln, Decken.

Peru / Erdbeben

Beitrag für Beschaffung von Hilfsgütern für die Provinzen Ayacucho und Huancavelica.

Nicaragua / Notlage Rio Coco

Beitrag für medizinische Hilfe und Lebensmittel für Miskito-Indianer.

Jordanien / Choleraepidemie

Beitrag für Beschaffung von Medikamenten.

Angola / Gesundheitswesen

Beitrag für Beschaffung von Tuberkulosemedikamenten.

Libanon / Kriegswirren

Woldecken für das Nothilfeprogramm des IKRK.

Ecuador / Behindertenhilfe

Beschaffung eines Transportmittels für Behinderte.

Laos / Gesundheitswesen

Naturalspende mit Lebensmitteln und Kleidern für Armenspitäler und Dispensarien.

Nepal / Überschwemmungen

Beitrag für Beschaffung von Hilfsgütern für Mittel- und Westnepal.

Tansania / Gesundheitswesen

Ausrüstung für Kleinspitäler.

Dominikanische Republik / Unterversorgung

Beitrag für dörfliche «Selbsthilfe-Programme» im Bereich der Ernährung.

Bolivien / Kinderkolonie

Beitrag für medizinische Versorgung von mittellosen und Waisenkindern in Santa Cruz.

Nicaragua / Nachkriegsprobleme

Beitrag an das Nothilfeprogramm des IKRK für Versorgung und Betreuung von Gefangenen und deren Familien.