



stichwort:

# GESUNDHEIT



medico international

### Liebe Leserinnen und Leser,

noch nie in der jüngeren Geschichte war der Unterschied bei Einkommen, sozialen Chancen und Gesundheitsstatus innerhalb und zwischen den Ländern so groß wie heute.

Doch dieses Sonderheft zur Weltgesundheit bleibt nicht bei der Beschreibung der Katastrophe stehen. Wir wollen die Unternehmungen zur Abhilfe sichtbar machen und das Gesundheits-Netzwerk beschreiben, in dem *medico international* sich bewegt: Dieses Netzwerk der Veränderung ist haltbar, obwohl es einen globalen Raum begreifen muss, der unfassbar und disparat erscheint. Der Zusammenhalt entsteht vielfach aus einer gemeinsamen Geschichte, in der die Erfahrungen aus den Gesundheitsbewegungen der 1980er Jahre aufbewahrt sind. Die Akteur\_innen des Netzwerkes haben alle ein menschenrechtliches Verständnis von Gesundheit. Ihre Praxis, die wir hier vorstellen, beharrt auf der Notwendigkeit und Möglichkeit von Gleichheit. Und damit bewegen sie sich im zentralen Auseinandersetzungsfeld der gegenwärtigen Krise: Wird weiter von unten nach oben umverteilt – auf Kosten der Gesundheit, oder gelingt es, eine Umkehr durchzusetzen? „Gesundheit als Menschenrecht zu sehen“, so der indische Nobelpreisträger Amartya Sen, „ist ein Aufruf die Gesundheit der Menschen voranzubringen, in ähnlicher Weise wie die Aktivisten im 18. Jahrhundert für Freiheit und Befreiung kämpften.“ In dieser weltumfassenden Aufgabe bewegt sich *medico* und sein Netzwerk von Partner\_innen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung. Reichen Sie dieses Heft weiter. Informieren Sie sich regelmäßig und bestellen Sie das vierteljährlich erscheinende Rundschreiben oder den monatlichen E-Mail-Newsletter. Helfen Sie mit Ihrer Spende, Akteur\_innen der Veränderung zu fördern, als Fördermitglied, mit einer Einzelspende. **Das Stichwort hierfür lautet: Gesundheit.**

Ihr *medico*-Team

---

## IMPRESSUM

**Herausgeber:** *medico international*  
Burgstraße 106, D-60389 Frankfurt am Main  
Tel. (069) 944 38-0, Fax (069) 43 60 02  
[info@medico.de](mailto:info@medico.de), [www.medico.de](http://www.medico.de)

**Redaktion:** Martin Glasenapp, Anne Jung, Katja Maurer, Kirsten Schubert  
**Korrektur:** Marek Artl  
**Gestaltung:** Andrea Schuldt

**Titelbild:** Anstellen und warten. Öffentlicher Krankenhausalltag in Indien. Foto: Reuters  
**Hinweis:** Alle Schaubilder aus *Le Monde diplomatique*, deutsche Ausgabe, März 2010.  
Wir danken für die Genehmigung des Abdrucks.



**Spendenkonto *medico international*:** 1800, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01



## EINFÜHRUNG

Sozialpolitik ist die richtige Medizin _____	4
Hilfe im Handgemenge _____	8



## I. KAPITEL: STADT • LAND • POLITIK

Pakistan: Die Ersten und die Einzigen _____	12
Indien: Ein Planet der Slums in Bangalore _____	14
Simbabwe: Politisch wirksam werden _____	16
El Salvador: Reform mit langem Atem _____	19



## II. KAPITEL: GLOBAL • LOKAL • VERNETZT

Gesundheitsbewegung: Für ein globales Solidarprinzip _____	22
People's Health Movement: Stimme der Ungehörten _____	25
Dr. Ravi Narayan: Arzt – Akademiker – Aktivist _____	26



## III. KAPITEL: KRISE • KRIEG • GEWALT

Die psychosozialen Folgen globaler Ausgrenzung _____	30
Gesundheitsarbeit in den palästinensischen Enklaven _____	33
Basisgesundheitsversorgung für Migrant_innen _____	35



## SERVICE & INFORMATIONEN

Informationsmaterial _____	37
Wo medico & seine Partner_innen tätig sind _____	38
FAQs zur Finanzpraxis von medico international _____	38



## SOZIALPOLITIK IST DIE RICHTIGE

*Die Beseitigung der Ungleichheit ist eine der wichtigsten gerechten Zugangs zu Gesundheit*

**D**ie Gesundheit der Menschen ist stets ein Abbild der sozialen Bedingungen, unter denen sie leben. So spiegelt sich die Ungleichverteilung von Macht, politischen Teilhaberechten und Gütern auch in der Lebenserwartung der Menschen. Ein Kind, das heute in Japan zur Welt kommt, wird durchschnittlich 83 Jahre alt, während es in Sierra Leone nur mit 47 Jahren rechnen kann.

**Wer arm ist, stirbt früher**

Die Ungleichheit kann also beziffert wer-

den: 36 Jahre – ein halbes Menschenleben. Für diese alarmierenden Unterschiede in Gesundheit und Lebenschancen gibt es keine biologische oder genetische Ursache. Es handelt sich nicht um ein „natürliches“, sondern um ein von Menschen gemachtes Phänomen. Auch der zweite Gesundheitsindikator neben der Lebenserwartung, die Säuglingssterblichkeitsrate, verdeutlicht die soziale Spaltung, die in der Welt herrscht. Von 1.000 Lebendgeborenen sterben in Mali 178 Kinder, bevor sie das fünfte Lebensjahr erreichen. In Deutschland sind es vier. Das



Foto: Reuters

Wer arm ist, wird noch immer häufiger krank und stirbt auch früher.

Die Bedingungen, unter denen wir aufwachsen, leben, arbeiten und lernen, sind es, die unsere Gesundheit entscheidend beeinflussen. Das gilt für die Verhältnisse in der Welt, wie für die in unseren eigenen Ländern. Denn auch hier herrschen Ungleichheiten und haben finanziell besser gestellte Menschen ein im Durchschnitt zehn Jahre längeres Leben.

### Es ist genug für alle

20 Millionen Menschen sterben jährlich an armutsbedingten Krankheiten, jede und jeder Dritte. Der Yale-Philosoph Dr. Thomas Pogge spricht in diesem Zusammenhang von der „größten Menschenrechtsverletzung in der Geschichte der Menschheit“. Denn es sind genügend Ressourcen und es ist genügend Wissen vorhanden, allen Menschen einen gleichen und gerechten Zugang zu Gesundheit und Wohlbefinden zu sichern. Dass dies nicht geschieht, ist Ergebnis einer extrem ungleichen Verteilung der Reichtümer: 1.000 Milliardäre besitzen so viel wie die ärmere Hälfte der Menschheit.

Schon der deutsche Arzt Rudolf Virchow wies Mitte des 19. Jahrhunderts darauf hin, dass die richtige Medizin gegen die meisten Krankheiten vor allen Dingen in kluger Sozialpolitik zu finden sei. Kurse in rückengerechtem Arbeiten für den überbelasteten Krankenpfleger oder Hygieneaufklärungsprogramme in den wachsenden Megaslums der Welt mögen ein wichtiger Bestandteil sein. Nachhaltiger und effektiver sind jedoch freier Zugang zu Bildung, faire Arbeitsbedingungen, eine geringe Einkommensungleichheit und politische Teilhaberechte. Verhältnisprävention also – statt Verhaltensprävention!

## MEDIZIN

### *Herausforderungen eines*

Menschenrecht auf Gesundheit verkommt so zur Farce.

Soziale Ungerechtigkeit, systematisch produziert durch politische Entscheidungen, „tötet in großem Maßstab“, so die Kommission für die sozialen Determinanten von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zwei Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser. Über eine Milliarde leidet an Unterernährung, wobei die Zahl der Hungernden im Zuge der Finanzkrise sprunghaft um 200 Millionen angestiegen ist.



Oberste Priorität hat dabei die Rückbesinnung darauf, dass die Sicherstellung des Zugangs zu bestmöglicher Gesundheit nicht den einzelnen Menschen selbst obliegt, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe ist. Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht, für dessen Verwirklichung zunächst die einzelnen Länder und schließlich auch die Länder gemeinsam verantwortlich sind. Sie ist ein öffentliches Gut und dieses kann heute nur global gedacht werden.

### **Krankheit ist ein Geschäft**

Tatsächlich aber erleben wir weltweit die zunehmende Privatisierung von Gesundheit. Die Umwandlung von Gesundheitsangeboten in marktförmige Produkte mag

gut für das Geschäft sein, aus gesundheitspolitischer Sicht aber hat sie in die Irre geführt. Die Leistungsfähigkeit von sozialstaatlichen Institutionen kann nicht allein mit betriebswirtschaftlichen Kennziffern erfasst werden. Hohe Bettenauslastung, Praxisbudgets und exorbitante Pharma-Renditen sagen noch nichts über den Grad des Wohlbefindens von Menschen aus. Dennoch hält die „Verbetriebswirtschaftlichung“ von Gesundheit an und sind es immer weniger die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen, die über Versorgungsangebote entscheiden, sondern wirtschaftliche Erwägungen. Unter solchen Umständen verkommt Gesundheit zur Ware, werden aus Patient\_innen Konsument\_innen und aus Krankheit ein Geschäft.

## Woran die Menschen sterben

- Infektionskrankheiten und Parasiten
- Mangelernährung von Müttern und Säuglingen, Unterversorgung bei der Geburtshilfe
- Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und andere chronische Erkrankungen
- Unfälle, Gewalteinwirkung
- keine Angaben

Problematisch ist die Kommerzialisierung von Gesundheit aber auch deshalb, weil mit ihr gerade jener Bereich von Gesundheitsfürsorge unter Druck geraten ist, der von fundamentaler Bedeutung ist: der „Public Health“-Sektor. Unbedingt gilt es immer wieder daran zu erinnern, dass auch die großen gesundheitlichen Erfolge, die in Europa erzielt werden konnten, das Ergebnis öffentlicher Gesundheitsfürsorge sind. Die Verbesserung der Trinkwasserversorgung, die Einführung einer funktionierenden Abfallbeseitigung, die Schaffung von Nahrungsmittelsicherheit, der Umweltschutz, das Angebot breitenwirksamer Impfungen, der Aufbau öffentlich kontrollierter Versicherungen – all das wäre nie zustande gekommen, wenn es allein der unternehmerischen Initiative überlassen geblieben wäre. Die immer wieder behauptete grundsätzliche Überlegenheit privater Initiativen gegenüber öffentlichen gilt nur solange Effektivität mit Effizienz verwechselt wird.

Zudem sind mittlerweile die globalen Hauptrisikofaktoren für die Gesundheit der Menschen Bluthochdruck, Tabakkonsum, hoher Blutzucker, mangelhafte körperliche Bewegung und Übergewicht. Durch veränderte Konsummuster, designed in den Marketingabteilung großer Unternehmen, nehmen chronische Krankheiten dramatisch zu. Sie sind die Symptome eines Systems, in dem das Ziel der Profitmaxi-

mierung über die Bedürfnisse der Menschen gestellt wird.

## Soziale Aneignung – global

Nicht ohne Grund haben Gesundheitsinitiativen in aller Welt damit begonnen, sich über die Grenzen hinweg zu vernetzen – zum Beispiel als People's Health Movement. Während hierzulande der Widerstand gegen die Privatisierungswelle wächst, bemühen sich Menschen im Süden, das „soziale Eigentum“ von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen aufzubauen. So unterschiedlich die Lebensumstände sein mögen, verfolgen Gesundheitsinitiativen im Süden doch das gleiche Ziel wie kritische Ärzteorganisationen, Sozialverbände und Gewerkschaften in Europa oder den USA. Sie streiten dort für die Einführung solidarisch verfasster sozialer Sicherungssysteme, um deren Erhalt es hier zu kämpfen gilt.

Doch die soziale Aneignung, und das ist Erfahrung der letzten 20 Jahre, bedeutet zunächst nicht sehr viel, wenn sie nicht verstetigt und institutionalisiert wird. Und in Zeiten, in denen das Kapital global agiert und keine Grenzen mehr kennt, muss auch der Kampf um menschenwürdige Lebensbedingungen und deren Verrechtlichung global stattfinden. Einer demokratisch organisierten und transparenten Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

Die globalen Netzwerke, die medico international seit Jahrzehnten unterstützt, sind nicht nur essentiell für eine emanzipatorische Nothilfe. Sie bieten auch die Grundlage für ein solidarisches Drängen auf eine andere Welt. ■

# HILFE IM HANDGEMENGE

*medico & seine Partner\_innen: Ein politisches Netz*

**D**ie indische Gynäkologin Dr. John ist eine lebenserfahrene selbstbewusste Frau. Wenn sie im feinen Sari den Raum betritt, dann klingeln die Ketten und Armreifen wie ein Echo ihrer inneren Stimme. Es ist der Klang einer freien Frau. Dr. John ist sich ihrer privilegierten Situation als Ärztin in Chennai wohl bewusst. Ihr Engagement für die Entrechteten und arm gehaltenen Landsleute im Rahmen der indischen Bewegung für das Menschenrecht auf Gesundheit ist eine vor langer Zeit von ihr getroffene politische Entscheidung.

Ein Schlüsselerlebnis, das ihre Politisierung als Ärztin erheblich beeinflusste, erzählt Dr. John immer wieder. Als junge Gynäkologin habe sie in einer armen ländlichen Region in Indien arbeiten müssen. Herausgefallen aus ihrem wohlhabenden Milieu sei sie zum ersten Mal mit einem Indien konfrontiert gewesen, das Lichtjahre von ihrem Leben entfernt gewesen sei. Unter diesen Umständen versagten ihre an guten Universitäten erlernten medizinischen Methoden. Eine Schwangere mit Zwillingen, die kurz vor der Niederkunft stand, kam zu ihr. Dr. John konnte ihr nicht helfen, weil keine medizinischen Geräte und keine Anästhesie zur Verfügung standen. Sie hätte sie nur ins nächste Krankenhaus schicken können. Aber die Mutter und beide Kinder hätten die Fahrt nicht überlebt. Eine Hebamme, zugleich Alphabetin, aus der Region habe dann kurzentschlossen die Kinder im Mutterlaib gedreht, eine natürliche Geburt ermöglicht

Mobile medizinische Einheiten der medico-Hilfe für die Kapverden in den



und alle drei Menschenleben gerettet. Danach war für Dr. John nichts mehr so wie vorher. Sie verstand, dass sich in Indien nur etwas ändert, wenn die Armen selbst zu Expert\_innen der Veränderung, zu Expert\_innen ihrer Rettung werden. In diesen Dienst hat sie seither ihr professionelles und politisches Vermögen gestellt.

Die Geschichte von Dr. John beschreibt einen Veränderungsprozess, den auch

medico international durchlaufen hat. Als junge Medizinstudent\_innen 1968 medico international gründeten, waren sie aufgerüttelt durch die Bilder der Hungersnot in Biafra. Sie sammelten Medikamente und brachten sie mit eingeschaltetem Martinshorn zum Frankfurter Flughafen. Von PR

1970er Jahren.



außen einfliegende, die Kontexte, Ressourcen und die Fähigkeiten der Menschen vor Ort ignorierende Hilfe ist. Das ist eine fundamentale Lektion, die alle in diesem Bereich Tätigen offenbar immer wieder neu lernen müssen, gerade weil in unserer medial überformten Zeit Schnelligkeit und Hilfe als zwei Seiten einer Medaille betrachtet werden.

### Wer sind die Expert\_innen?

medico international zog im Laufe der Jahre daraus die Schlussfolgerung mit Partnerorganisationen vor Ort zu kooperieren. So ist ein Netzwerk aus Partner\_innen entstanden und entwickelt sich immer weiter, das in seiner Heterogenität doch fundamentale Prinzipien teilt. Dazu gehören das Menschenrecht auf Gesundheit als höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden, das jedem und jeder zusteht; die Grundsätze einer umfassenden und universellen Basisgesundheitsversorgung, wie sie in der Erklärung von Alma Ata 1978 als „Gesundheit für alle“ von den Mitgliedsländern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt wurde; und die Haltung, dass Gesundheit in erster Linie durch politische, ökonomische und soziale Faktoren bestimmt wird. Die Verwirklichung des Rechts auf einen

verstanden sie bereits etwas, aber der gute Wille wurde mancherorts zum Fluch der guten Tat. Die eingesammelten Medikamente waren zum Teil abgelaufen. Die Beipackzettel für die Bevölkerung unverständlich. Es fehlte an Ärzt\_innen, die eine richtige Medikamentengabe hätten begleiten können. Auch wenn es gängigen Vorstellungen von Hilfe widerspricht, machte diese Erfahrung in der Praxis deutlich, wie problematisch eine von

gleichen Zugang zu Gesundheit muss bei diesen Faktoren ansetzen. Damit wandelte sich das medico-Gesundheitsverständnis von einem rein medizinischen Begriff zu einem sozialen und politischen Handeln, in dessen Mittelpunkt Gesundheit und Emanzipation des Menschen stehen.

So kann es nicht verwundern, dass medico in den 1980er Jahren die Befreiungs-

bemühungen in Mittelamerika unterstützte, die Gesundheit im Kontext sozialer Veränderungen betrachtete. Damals entstand der Begriff Befreiungshilfe. Ein Wendepunkt in der gesundheitspolitischen Geschichte von medico.

Nach den Giftgasangriffen der irakischen Armee unter Saddam Hussein und der Vertreibung und dem Verschwindenlassen Hunderttausender Kurden begann medico mit sozialmedizinischer Nothilfe die kurdische Bevölkerung im Irak zu unterstützen. Eine Hilfe im Handgemenge, die bis heute anhält.

### **Befreiungshilfe global denken**

Mit dem Ende des Ost-West-Konfliktes nahm die Globalisierung und vor allen Dingen ihre neoliberale Variante enorm an Fahrt auf. So viel war klar: Befreiungshilfe musste sich nun dem globalen Raum widmen und dort politische Gestaltungsversuche unternehmen. medico gründete gemeinsam mit der US-amerikanischen Stiftung Vietnam Veterans of War Foundation die Kampagne zur Ächtung der Landminen. Daraus entstand die erste weltweite Bürgerinitiative, die erfolgreich ein global gültiges Abkommen zum Verbot von Antipersonenminen durchsetzte. medico international gehörte zu den Organisationen, die dafür 1997 den Friedensnobelpreis erhielten.

Die Angriffe auf das World Trade Center mit mehreren Tausend Toten und dem darauf folgenden Krieg gegen den Terror haben den Handlungsspielraum für globalisierungskritische Bewegungen eingeschränkt. Trotzdem haben Gesundheitsinitiativen aus aller Welt, darunter auch medico, gerade zu diesem Zeitpunkt begonnen die globale Netzwerkarbeit für das Menschenrecht auf Gesundheit zu ver-

stärken. Konkrete Gesundheitsarbeit vor Ort verbindet sich seither mit einer kritischen Beschäftigung mit den globalen krankmachenden Strukturen (u.a. in alternativen Weltgesundheitsberichten), mit der Entwicklung alternativer Expertise von politischer Gesundheitsarbeit sowie Lobbyarbeit für das Menschenrecht auf Gesundheit.

Seit den Aufständen in der arabischen Welt und den Demonstrationen von Student\_innen in Madrid, Tel Aviv und Santiago de Chile sind wieder politische Akteure auf den Plan getreten, die an dem Status quo rütteln. Sie verknüpfen die Forderung nach demokratischer Teilhabe mit dem Einklagen von sozialer Gerechtigkeit. An der Seite dieser Unternehmungen einer jungen Generation, die die Idee einer gerechten Welt aufgreift und mit ihren Mitteln weiter entwickelt, sieht sich medico international heute.

Ein Beispiel ist die Unterstützung syrischer Untergrundärzt\_innen, die die Verletzten des Demokratieaufstands in geheimen Krankenhäusern behandeln. Unter den Umständen dieser Auseinandersetzungen hat gesundheitliche Nothilfe wieder ganz neues Gewicht erlangt. Die Gynäkologin Dr. John aus Indien dürfte mit Sympathie verfolgen, wie bürgerliche ägyptische Ärzt\_innen, gerufen von ihren Kindern auf dem Tahrir-Platz in Kairo, ihre Ethik als Sozialmediziner\_innen wieder entdeckten und Verwundete versorgten. Die Ärzt\_innen des Tahrir-Platz, zu denen auch der medico-Kollege Dr. Allah Shukrallah gehört, bildeten die Brücke in die Mitte der ägyptischen Gesellschaft. Sie verkörpern die Repolitisierung der Hilfe. Eine Hilfe im Handgemenge, wie medico sie seit mehr als 40 Jahren unterstützt. ■

I. KAPITEL

---

## STADT • LAND • POLITIK

Gesundheit für alle – das 1978 in Alma Ata von den WHO-Mitgliedsstaaten formulierte Ziel – ist das Leitmotiv der Gesundheitsarbeit von medico und seinen Partner\_innen weltweit. Dazu gehört die Basisgesundheitsfürsorge (Primary Health Care) als wesentliches Element. Ursprünglich für die ländliche Bevölkerung gedacht, steht das Konzept vor neuen Herausforderungen, weil die arm gehaltenen zum Überleben in die Städte flüchten. Rücken in der City of Slums die sozialen Faktoren der Gesundheit auf neue Weise in den Mittelpunkt?



# DIE ERSTEN UND DIE EINZIGEN

*Pakistan: Zivilgesellschaftlich organisierte Gesundheitsdienste sind in der Katastrophe handlungsfähig*

**D**r. Tanveer Ahmed, Geschäftsführer unserer pakistanischen Partnerorganisation Health and Nutrition Development Society (HANDS), schloss sein Medizinstudium zeitgleich mit der Weltgesundheitskonferenz von Alma Ata ab, auf der sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf das Konzept der Primary Health Care verpflichtete. Sein Professor war selbst in Alma Ata und kam mit dem festen Entschluss zurück, ein ähnliches Basisgesundheitsystem in den ländlichen Gegenden rund um Karachi einzuführen. So verließ eine Gruppe junger Ärzt\_innen 1979 die Universität und gründete HANDS, um ihre Vorstellung eines partizipativen Gesundheitswesens praktisch werden zu lassen. Mittlerweile ist HANDS eine der größten Mitgliedsorganisationen des People's Health Movement (PHM), dem auch medico angehört. Die gemeinsame Zugehörigkeit zum PHM brachte medico und HANDS zusammen, als die pakistanischen Kolleg\_innen ihre bisher härteste Bewährungsprobe zu bestehen hatten. Im August 2010 versanken 20% Pakistans in einem Hochwasser, das 20 Millionen Menschen ihres Obdachs beraubte und die gesamte Ernte zerstörte.

## Weit draußen auf dem Land

Die lokale Verankerung und ein weitverzweigtes Netz von Regionalbüros ermöglichten es HANDS, schnell auf die steigenden Fluten zu reagieren. In abge-

Direkte Kommunikation im Notfall, medico-Partner HANDS.



legenen Landstrichen waren die Kolleg\_innen nicht nur die ersten, sondern auch die einzigen, die den von der Flut Vertriebenen zur Seite standen. Während das Wasser langsam stieg, brachte HANDS alle verfügbaren Autos, Mitarbeiter\_innen und ca. 10.000 Freiwillige zum Einsatz – vier lange Tage und Nächte ohne Pause. Zusätzlich mieteten die Kolleg\_innen zwei Boote und Traktoren mit großen Anhängern, um die Menschen aus den gefährdeten Zonen an sichere Orte zu bringen. So gelang es, mehr als 80.000 Menschen zu evakuieren.

Die großen internationalen Organisationen waren so weit draußen auf dem Land nicht zu finden. Da die ausländischen Gelder nur schleppend bei den lokalen Behörden ankamen, hatte auch der Staat hier nichts zu verteilen. Es waren die pakistanische Zivilgesellschaft, Nachbarschaftshilfe und die Improvisationsfähigkeit der Betroffenen, die Schlimmeres verhinder-

ten. Mit der Hilfe medicos finanzierte HANDS die Einrichtung und den Ausbau von neun Flüchtlingslagern. In jedem Camp wurden Nahrungsmittel und Trinkwasserversorgung, Latrinen, Zelte, medizinische Versorgung und Unterricht für die Kinder organisiert. Damit die Bauern ihr gerettetes Vieh nicht verloren, wurden Futter beschafft und die Tiere geimpft. Auch Hilfen für die Rückkehr der Flüchtlinge und Wiederaufbauprogramme waren enthalten.

### Nothilfe und Entwicklung

Die Binnenflüchtlinge mussten aber auch selbst mit anpacken. HANDS setzt immer und überall auf die Eigeninitiative der Leute, will die Opfer von Katastrophen wie überhaupt der Armut und der Ausgrenzung nicht zu passiven Hilfsempfängern degradieren, deren Ohnmacht durch die Hilfe verlängert wird: „Selbsthilfeorganisationen auf lokaler Ebene sind in der Gesellschaft Pakistans ein Teil der Kultur“, sagt Dr. Tanveer. „Wenn jemand stirbt, sammelt die Gemeinde Geld für die Beerdigung. Wenn jemand heiratet, tragen alle ihren Teil zu den Kosten der Hochzeitsfeier bei. Dieser Teil der Hilfe existierte also schon früher. Aber nun transformieren wir diese Netze, indem wir ihnen ein Konzept geben, mit dem sie in ihren eigenen Dörfern den Entwicklungsprozess initiieren, durchführen und selbstständig weiterentwickeln können.“

Primary Health Care ist ein wichtiger Teil dieses Konzepts, umgesetzt nicht nur in dörflichen Gesundheitsposten und der Ausbildung von Frauen zu Gesundheitsarbeiterinnen, sondern auch in der Einrichtung von Grundschulen in jedem der HANDS-Dörfer.

## KRITISCHE NOTHILFE

In einer Notsituation, das haben Studien längst bewiesen, kommt es zu allererst zur Selbsthilfe der Betroffenen. Für medico ist es ein entscheidendes Kriterium auch in der Notsituation diese Selbsthilfefähigkeit zu stärken und als Ressource zu nutzen. Denn diese Selbstwirksamkeit ist nicht nur sinnvoll, sondern auch der erste Schritt zur Bewältigung einer solchen auch psychisch schwerwiegenden Erfahrung.

Die Vorstellung, dass eine schnelle und von außen bereitgestellte Hilfe, das Leid schnell beendet, ist verständlich. Tatsächlich geschieht es immer wieder, dass von außen übergestülpte Hilfe die Ressourcen vor Ort missachtet. Dann schadet sie mehr als sie nutzt. Der beste Schutz vor Katastrophen ist nicht die schnelle Hilfe, sondern liegt in politischen und sozialen Präventionsmaßnahmen. Die fatalen Auswirkungen von Naturkatastrophen sind fast immer menschengemacht. Dieses Konzept bezeichnet medico als „kritische Nothilfe“. Mehr dazu finden Sie unter [www.medico.de](http://www.medico.de)

Aus der spontanen Nothilfe ist mittlerweile eine langfristige Entwicklungszusammenarbeit geworden. In der geht es zwar oft noch immer um die Beseitigung der Flutschäden, immer häufiger aber darum, Dörfer zu bauen, die besser sind als die Orte, die von den Fluten zerstört wurden. Vor allem aber geht es darum, ein Gemeindeleben zu entwickeln, das besser sein wird als das Leben, das die Menschen vor der Flut führen mussten. ■

Bernd Eichner



**Nach der Flutkatastrophe 2010 setzte HANDS mit Unterstützung aus Spendengeldern von medico Nothilfe- und Wiedersiedlungsmaßnahmen in Millionenhöhe um.**



Foto: medico

# EIN PLANET DER SLUMS IN BANGALORE

*Indien: Mit Hilfe der Bewohner\_innen eine Gesundheitsinfrastruktur*

Die Globalisierung hat ein Gesicht: Es ist die scheinbar wie entfesselt wachsende Megacity. 15 der 20 größten Stadtregionen der Welt liegen im globalen Süden und ein Drittel der Stadtbewohner lebt dort in absoluter Armut. Wachsende Städte und mit ihnen die wachsenden Megaslums prägen auch zunehmend das Leben auf dem indischen Subkontinent. Das „Shining India“, welches die boomende Ökonomie der international aufstrebenden Regionalmacht verspricht, weicht hier oft Plastikplanen, Wellblechhütten, informellen und ungesicherten Beschäftigungen so wie miserablen Lebensbedingungen. In Städten wie der IT-Metropole Bangalore wird die Kluft zwischen arm und reich so deutlich wie kaum an einem anderen Ort. Die zu dem Reichtum der Wenigen beitragenden Konzerne liegen hier nur einen Steinwurf entfernt von Slums, welche unter dem Zustrom der armen Landbevölkerung aus allen Nähten platzen. Die Einwohnerzahl der drittgrößten Stadt Indiens hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt. Die schwache, unterfinanzierte öffentliche Gesundheits- und Sozialinfrastruktur aus heruntergekommenen staatlichen Hospitälern und Ambulanzen hält diesem Zuwachs kaum Stand, während private Luxuskliniken um wohlhabende Patient\_innen buhlen.

## Veränderung von unten

Im Armutsviertel KG Halli begann das Institute for Public Health (IPH) Bangalore,

Gesundheitszentrum in KG Halli bewusst für alle Bewohner\_innen.



ein Mitglied des indischen Zweiges des People's Health Movement, 2010 ein Projekt zur Stärkung der Gesundheitsrechte und Gesundheitsversorgung der armen Bewohner\_innen. Sie bilden Gemeindegesundheitsassistent\_innen aus, die aus diesem Viertel stammen und ganz konkrete Gesundheitsförderung leisten.

Durch die Begleitung bei der Schwangerschaft und bis zur Entbindung im Krankenhaus versuchen sie in einem Land, in dem die Müttersterblichkeit durchschnittlich 30 Mal höher ist als in Deutschland, in kleinen Schritten eine Veränderung von unten zu erreichen. Sie sind auch geschätzte Ansprechpartner\_innen für Fragen der Familienplanung, weil sie unabhängig und ergebnisoffen beraten. Die Beratungen

# ORE

## Infrastruktur aufbauen



mit einem Schwerpunkt auf sexuelle Gesundheit für Jugendliche werden sehr gut angenommen und sollen ausgeweitet werden.

Durch ihre Hausbesuche und die Vertrautheit mit den lokalen Gegebenheiten sind die Mitarbeiter\_innen von IPH auch „Gesundheitsforscher\_innen“, die lokale Probleme aufdecken und zur Diskussion stellen. Sie setzten Gemeindeversammlungen mit dem zuständigen Bürgermeister durch, auf denen die Beschwerden der Bewohner\_innen unter anderem über mangelnde Wasserversorgung, sanitäre Einrichtungen, Müllbeseitigung, Abwasserentsorgung, Straßenzustand oder soziale Hilfen für Witwen und extrem Arme, zur Sprache kamen – also jene sozialen

Determinanten der Gesundheit, ohne deren Verbesserung jegliche Gesundheitsversorgung immer nur ein endloses Kurieren an Symptomen bleibt.

### Dicke Bretter

Im Mittelpunkt ihrer Bemühungen steht die Etablierung einer gemeinsamen Plattform von Delegierten der Bewohner\_innen, der Gesundheitszentren, Arztpraxen und Kliniken in diesem Quartier sowie den offiziellen Behördenvertreter\_innen, die für die Dienstleistungen und Infrastruktur im Stadtteil verantwortlich sind. Bei deren Zusammenkünften sollen Defizite angesprochen und mögliche Lösungen für Gesundheitsprobleme gefunden werden. Dies ist nicht immer einfach bei vorhersehbaren Interessenkonflikten, denn die meisten der privaten kleinen Praxen und Kliniken konkurrieren um die wenigen zahlungskräftigen Patient\_innen und zeigten zunächst wenig Interesse an einer Zusammenarbeit.

Dank ihrer Hartnäckigkeit konnte das Team des IPH schon ein paar Bretter bohren: ein knappes Dutzend der Behandler\_innen kommen regelmäßig zu den monatlichen Treffen und tauschen sich über ihre Erfahrungen und mögliche Verbesserungen der Versorgung aus – und auch die Vertreter\_innen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst tauchen nach einer Reihe von Gesprächen mit ihren Vorgesetzten öfter auf.

Der wichtigste Effekt aber bleibt ohne Zweifel die Erfahrung der Menschen, dass sie selbst ihre Situation verbessern können: wenn sie zusammen ihre Stimme erheben, werden sie gehört und ihre Vorschläge ernst genommen. Ein solcher Zusammenhalt ist nicht selbstverständlich in einem ethnisch, religiös und kulturell so

vielfältigen Gebiet wie KG Halli. Auch diese „interkommunale Harmonie“, wie das Ziel des friedlichen Zusammenlebens in Indien genannt wird, ist eine wesentliche soziale Bedingung für Gesundheit. Und sie ermöglicht eben erst die erfolgreiche eigene Interessenvertretung der sonst stummen und armen Mehrheit, die ihren Anteil am „Shining India“ zu Recht einfordert. Denn anders als auf dem Land, kann

Gesundheitsfürsorge im städtischen Raum nicht auf schon bestehende Gemeinschaft der Betroffenen setzen, sondern muss ein solches Gemeinsames erst schaffen. ■

Andreas Wulf

➤ **Seit 2010 unterstützt medico die Arbeit des IPH im Armutsviertel KG Halli in Bangalore. Seit dem Tsunami 2005 existiert bereits eine enge Kooperation.**

## POLITISCH WIRKSAM WERDEN

*Simbabwe: Warum das Recht auf Gesundheit in die Verfassung gehört*

*Itai Rusike ist der Direktor der Community Working Group on Health (CWGH), ein zivilgesellschaftliches Netzwerk, das sich in Simbabwe für eine funktionierende und gerechte Gesundheitsversorgung einsetzt. Mit medico sprach er über die Bemühungen, das Recht auf Gesundheit in der Verfassung zu verankern und die allgemeine Lage im Land.*

**medico: Wie ist derzeit die Stimmung in Simbabwe?**

**Itai Rusike:** In den Jahren seit den Wahlen von 2008 hatten die Menschen ihre Hoffnungen darauf gesetzt, dass sich der Zugang zu Gesundheit, Bildung, Ernährung und Arbeit grundlegend verbessern würde. Diese Hoffnungen gehen gerade verloren.

**Lassen sich auch positive Entwicklungen feststellen?**

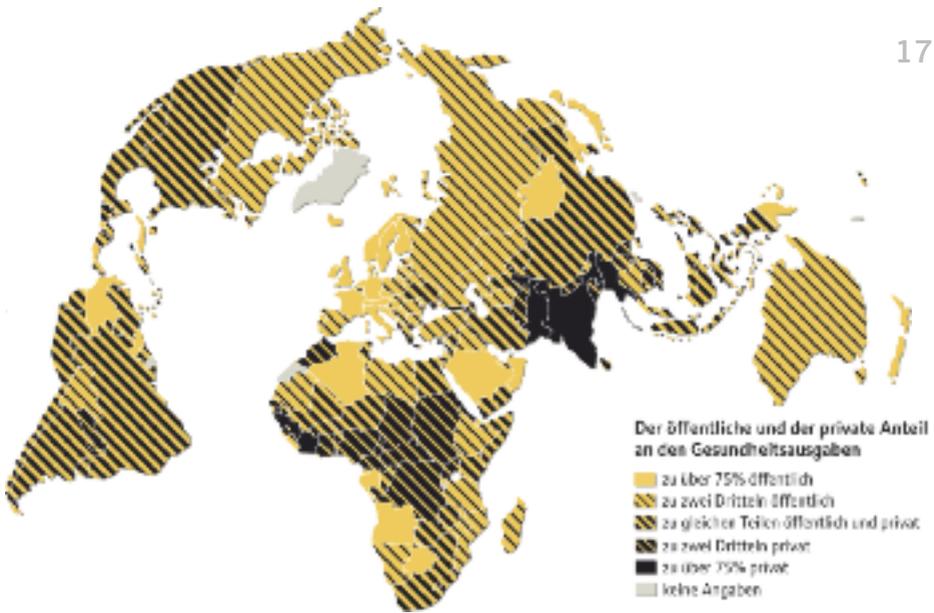
Nahrungsmittel sind inzwischen wieder verfügbar. Es bleibt aber die Herausforderung, dass die Mehrheit der Menschen sich die extrem hohen Kosten für Lebensmittel nicht leisten können.

**Wie sieht es denn mit der Gesundheitssituation aus? Hat sich hier etwas verbessert?**

Es war für uns traurig zu sehen, wie das in den 1980er Jahren aufgebaute Gesundheitssystem kollabiert ist. Als die neue Regierung antrat, bildete Gesundheit eine ihrer Schlüsselprioritäten. Und tatsächlich: es kam zu Verbesserungen, vor allem im Bereich der Verfügbarkeit von Medikamenten. Außerdem kommen



Foto: medico



die Fachleute, die aufgrund der wirtschaftlichen und politischen Lage das Land verlassen hatten, langsam zurück. Es entstand jedoch eine neue Kluft und die verläuft zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor.

**Die Regierung zahlt den Angestellten im öffentlichen Sektor nur ein sehr niedriges Gehalt, das kaum das Überleben sichert. Was sind die Konsequenzen für die Patient\_innen?**

Die Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, sind frustriert wegen der niedrigen Bezahlung. Die meisten von ihnen verdienen so wenig, dass sie unter der Armutsgrenze liegen. Dies trifft auch die Patient\_innen, weil die Angestellten teilweise während ihrer Arbeitszeit noch Zweitjobs erledigen, um über die Runden zu kommen. Die meisten Menschen können sich keine private Krankenversicherung leisten. Das bedeutet, dass sie auf die öffentliche Gesundheitsversorgung vertrauen müssen, die aber nicht gut funktioniert. Wenn Patient\_innen private Gesundheitsdienste aufsuchen, müssen

sie nicht selten ihr gesamtes Hab und Gut verkaufen, um sich medizinische Behandlung überhaupt leisten zu können.

**Gesundheit ist ein hochpolitisches Thema in Simbabwe. Wie verortest du die Arbeit der CWGH zwischen Kooperation und Konfrontation mit dem Staat? Ist es möglich, den Staat und dessen mangelhafte Pflichterfüllung zu kritisieren?**

Für uns als Zivilgesellschaft war es immer sehr schwierig, das System offen zu kritisieren, vor allem da die Regierung diese Art von Austausch mit der Zivilgesellschaft nicht gewöhnt ist. Mit dem neuen Gesundheitsminister, der Movement for Democratic Change (MDC) angehört, hat sich etwas Spielraum eröffnet. Er sieht die Zivilgesellschaft und Nichtregierungsorganisationen als Partner und möchte deren Beteiligung sicherstellen. Und wir haben das Gefühl, dass das der richtige Weg ist, denn so kann ein Dialog und demokratische Partizipation der verschiedenen Interessengruppen stattfinden.



„Gesundheit ist ein Menschenrecht“, Protest in Simbabwe.

## **Die CWGH hat eine Kampagne gestartet, damit das Recht auf Gesundheit in die neue Verfassung aufgenommen wird. Gibt es hier schon Erfolge?**

Wir haben die Kampagne für das Recht auf Gesundheit als Mitglied des Netz-

werkes People's Health Movement gestartet, nachdem die neue Regierung eine neue Verfassung angekündigt hatte. Wir wollen eine Verfassung, an deren Ausarbeitung eine breite Öffentlichkeit beteiligt wird und deren Umsetzung wir gemeinsam verteidigen. Denn so wichtig es ist, das Recht auf Gesundheit in der Verfassung zu haben, unterm Strich zählt die Umsetzung – denn ohne diese hat das Recht an sich keinerlei Wert, wie das Beispiel Südafrika zeigt.

## **Siehst du eine Gefahr darin, deine Unabhängigkeit zu verlieren, wenn du zu eng mit der Regierung zusammenarbeitest?**

Wir kooperieren mit der Regierung, aber wir werden nicht von ihr absorbiert. Wir bleiben unabhängig. Die Community Working Group ist eine kritische Organisation, die politische Themen diskutiert und dabei auch den Dialog mit den politisch Verantwortlichen sucht.

## **Die Community Working Group on Health arbeitet in ländlichen Gegenden. Was macht ihr dort?**

Wir möchten in den Gemeinden die lokale Partizipation stärken. So werden Gemeinden in die Lage versetzt, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und sich verfügbare Gesundheitsressourcen anzueignen – Gesundheitsarbeiter\_innen Seite an Seite mit lokalen Autoritäten und Bürgervertreter\_innen. So haben wir z.B. ein Wasser- und Sanitärprogramm aufgebaut, damit jeder Haushalt wenigstens eine Toilette hat und Infektionskrankheiten wie Cholera vermieden werden können. Zudem lernen die Menschen ihre Rechte einzufordern und lokale Gesundheitsprobleme öffentlich anzusprechen.

## **Wie sehen Sie die Aussichten für die zukünftige Entwicklung Simbawes? Was sind die wichtigsten Schritte, um Veränderungen zu erreichen?**

Der Kampf um eine bessere Gesundheitsversorgung muss im Zusammenhang mit der ökonomischen Lage betrachtet werden. Wir glauben daran, dass Simbabwe das Potenzial hat, sich von der heutigen Situation zu erholen, wenn die Politiker\_innen ihre Versprechen ernst nehmen. ■

Das Interview führte Anne Jung.

**> Aus Spenden und mit öffentlichen Mitteln des BMZ unterstützt medico die Community Working Group on Health in ihrer Aufklärungsarbeit, das Recht auf Gesundheit in die Verfassung aufzunehmen.**

# REFORM MIT LANGEM ATEM

*El Salvador: 450 Gesundheitsteams arbeiten in den ärmsten Gemeinden*

**E**ndlich. 20 Jahre nach Ende des Bürgerkriegs in El Salvador könnte es dem linksliberalen Präsidenten Mauricio Funes tatsächlich gelingen, so-

ziale Programme umzusetzen, die zu einer Überwindung der extremen gesellschaftlichen Armut in dem mittelamerikanischen Land beitragen könnten.



## DR. VIOLETA MENJIVAR

*Stellvertretende Gesundheitsministerin von El Salvador*

Geboren 1952, ehemalige Bürgermeisterin von San Salvador, trat 1979 der späteren FMLN bei und versorgte als Ärztin die Guerilleros medizinisch. Sie ist Teil des People's Health Movement.

*„Wenn man mich fragt, wie dieses Gesundheitsmodell entstanden ist, würde ich sagen, es fing alles an, als die FMLN in den Zonen, die sie während des Befreiungskriegs kontrollierte, erstmalig eine medizinische Versorgung für verwundete Guerilleros organisierte. Wir versorgten damals jedoch auch verletzte Soldat\_innen der Armee, da wir der Genfer Konvention entsprechend auch das Leben von Kriegsgefangenen respektierten. Alles begann also mit dem Ziel, eine Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung zu organisieren, die sich in einer kriegerischen Auseinandersetzung befand. Aber dann geschah Unglaubliches: In den von der Guerilla kontrollierten Zonen, wo es keine staatliche Gesundheitsversorgung gab, entstand eine autonome Gesundheitsbewegung. Es entwickelte sich ein Kontingent an Gesundheitsarbeiter\_innen, die Mehrheit hiervon mit ca. 95% Frauen, die zuvor traditionell als Bäuer\_innen gearbeitet hatten: Kleidung waschen, Bügeln, Kochen, Tortillas machen. Sie wurden dann als Gesundheitspromotor\_innen und medizinische Assistent\_innen ausgebildet und versorgten eben nicht nur die verletzten Kämpfer\_innen, sondern auch die Zivilbevölkerung.“*

(Treffen des People's Health Movement, Los Angeles 2010)

Eine der bedeutendsten Veränderungen erfährt zur Zeit das marode Gesundheitswesen des Landes, das in den vergangenen Jahren von der rechtsgerichteten ARENA-Regierung radikal privatisiert worden war. Unter der neuen Präsidentschaft werden nun Ideen einer Basisgesundheitsversorgung umgesetzt, für die schon in Zeiten des Bürgerkrieges vor 20 Jahren linke Ärzt\_innen und Gesundheitsarbeiter\_innen stritten. Damals zogen Gesundheitspromotor\_innen bereits in jene „befreiten Zonen“, die von der linken Guerilla zum Schutz der Bevölkerung geschaffen worden waren. Noch während des Krieges unterstützte medico international diese Gesundheitsdienste und regte nach dem Ende der Kämpfe an, die mittlerweile gut ausgebildeten und erfahrenen Promotor\_innen

anzuerkennen und in das öffentliche Gesundheitssystem zu übernehmen. 20 Jahre verhinderte die rechte Staatsmacht diese Anerkennung einer an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientierten Gesundheitsversorgung. Dass die Funes-Regierung heute diese institutionelle Gesundheitsreform von unten umsetzt, ist kein Zufall, bekleiden doch auch ehemalige Befreiungskämpfer\_innen die sozialen Ressorts der neuen Regierung. Kernpunkt der Gesundheitsreform ist die Einführung so genannter ECOS (Equipos Comunitarios de Salud Familiar), die sich auf der Ebene von Dörfern und Stadtteilen um die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung kümmern. Diese Gesundheitsteams bestehen in der Regel aus einem Arzt oder einer Ärztin, zwei Krankenschwestern und zwei Gesundheitspromotor\_innen. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass die Gesundheitsversorgung auch zu Menschen in armen und abgelegenen Gegenden kommt, die bisher keinen Zugang dazu hatten.

### **Umbau von unten**

Seit Beginn der Reform nahmen 450 solcher ECOS in den ärmsten Gemeinden El Salvadors ihre Arbeit auf. Zahlreiche Promotor\_innen, die zivilgesellschaftliche Organisationen wie die von medico unterstützte Asociación de Promotores Salvadoreños (APROCSAL) in den letzten Jahren für die Basisgesundheitsversorgung ausgebildet und eingesetzt haben, sind in die neuen ECOS eingegliedert worden. Mit dem Einsatz von 170 funktionsfähigen Krankenwagen, zu deren Einzugsgebiet auch abgelegene Dörfer gehören, wurde zudem das nationale Rettungssystem verbessert. Außerdem werden im Rahmen des Reformprozesses Ursachen von Krankheiten wie verschmutztes Trinkwas-

ser und schlechte Wohnverhältnisse bekämpft. Der Bedarf an medizinischer Versorgung wird jedoch durch die zur Verfügung stehenden Mittel nicht gedeckt. Außerdem fehlen wichtige Medikamente für die Basisgesundheitsversorgung und einfache Diagnoseinstrumente wie Stethoskope und Blutdruckmessgeräte sowie adäquate Räumlichkeiten für die Untersuchung und Behandlung von Patient\_innen vor Ort.

Und auch die Reform selbst ist ins Stocken gekommen, nicht zuletzt durch die auch in Zentralamerika spürbare Finanzkrise. So hat Funes zuletzt trotz anderslautender Ankündigungen, die versprochene Erhöhung des Gesundheitsetats deutlich reduziert. Trotz aller Skepsis gegenüber den Regierungsversprechen und der nach wie vor einflussreichen ARENA-Partei, zeigt sich die kritische Gesundheitsbewegung in El Salvador zufrieden über die Fortschritte seit 2009, denen viele Jahre mühsamer politischer Basisarbeit vorausgegangen sind. Allen ist aber auch klar, dass die Nachhaltigkeit des angestoßenen Reformprozesses noch immer nicht gesichert ist. Gesundheit wird in El Salvador ein zentrales Kampffeld bleiben. Und die Aktivist\_innen der APROCSAL wissen wovon sie sprechen – nicht wenige, die heute mit einem Medikamentenkoffer in die ländlichen Gemeinden gehen und Asambleas zu Gesundheitsfragen veranstalten, verteidigten in den 1980er Jahren die Dörfer gegen den rechten Terror des staatlichen Militärs. ■

Ramona Lenz

**> medico unterstützt unabhängige Gesundheitsinitiativen, die den Reformprozess der Regierung politisch begleiten und die Kontrolle in den Gemeinden sichern**

## II. KAPITEL

---

### GLOBAL • LOKAL • VERNETZT

Gesundheit ist eine politische Angelegenheit. Diese Erkenntnis hatte schon der Arzt und Sozialpolitiker Rudolf Virchow Ende des 19. Jahrhunderts. Aber in Zeiten, in denen Politik zu Markte getragen wird, wo artikulieren sich die politischen Interessen derer, die der Markt ausschließt? Ist eine Renaissance der Gesundheitsbewegung denkbar, die in den 1960er Jahren Patient\_innenkollektive gründete und Halbgötter in Weiß bekämpfte? Oder in den 1980er Jahren zum Beispiel in Brasilien ein für alle offenes staatliches Gesundheitswesen durchsetzte? Und was wären heute Ziele und wer die Adressaten?



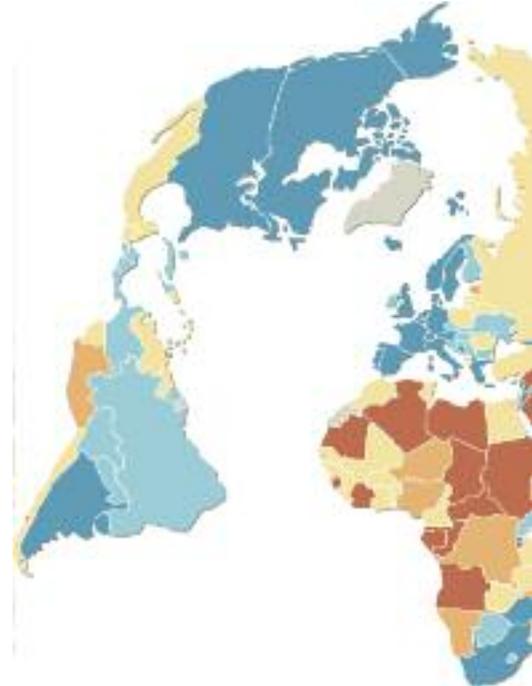
# FÜR EIN GLOBALES SOLIDARPRINZIPIAL

*Die weltweite Gesundheitsbewegung will die WHO reformieren*

**D**as Palais der Nationen in Genf ist schon eine Reise in die französische Schweiz wert. Insbesondere im Mai, wenn man entlang sorgfältig gepflegter Rasenflächen über von Bäumen gesäumte und mit Kies bestreute Promenaden dem beschaulich gelegenen Palais entgegenläuft. Durch hohe Glasfronten schaut man auf den Genfer See, von Ferne leuchten die Alpen. Der Zauber dieses Blickes legt sich zu dieser Jahreszeit wie eine rosa Wolke über das Thema, das hier verhandelt wird. Es will so gar nicht in die besänftigende Landschaft passen.

Bei der jährlichen Versammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai steht seit Jahren ein Thema ganz oben auf der Agenda: Die Krise der Weltgesundheit. Zwar konnte in den zurückliegenden Jahren ein bedeutender medizinisch-therapeutischer Fortschritt erzielt werden, doch ist noch immer ein großer – zuletzt sogar wieder wachsender – Teil der Weltbevölkerung davon ausgeschlossen. Alljährlich werden 100 Millionen Menschen durch die Kosten für lebensrettende Behandlungen in lebenslange Armut und Verschuldung getrieben.

Mit Blick auf den unterdessen weltweit erzeugten Reichtum ist die Tatsache, dass Millionen von Familien noch immer zu einem unerbittlichen Kampf um nur sauberes Wasser, den Zugang zu Toiletten und ausreichender Ernährung gezwungen sind, Ausdruck eines globalisierten Skandals, der nicht verschwiegen werden darf und dringliches Handeln erfordert. Die



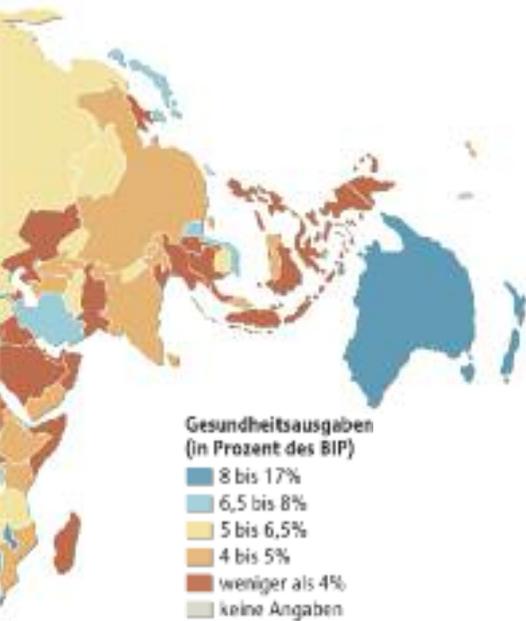
Frage der Formulierung einer globalen Gesundheitspolitik ist neu aufgeworfen. Sie muss sich auch mit den Folgen verfehlter wirtschaftlicher Strukturanpassungsprogramme auseinandersetzen, die von anderen UN-Organisationen, dem Internationalen Währungsfonds und der Weltbank den Ländern des Südens aufgezwungen worden waren und zu radikalen Einschnitten in der Gesundheitsversorgung geführt haben.

**„Trickle Down-Effekt“ gescheitert**

Das Ziel, allen Menschen zu ihrem Recht auf gleichen Zugang zur bestmöglichen Gesundheit zu verhelfen, ist Verfassungs-

P

n, um soziale Rechte durchzusetzen



auftrag der WHO. Demokratisch organisiert nach dem Prinzip „jeder Staat eine Stimme“ repräsentiert die WHO eine Art gesundheitspolitisches Weltparlament, in dem seit jeher auch die politische Auseinandersetzung um das Verständnis von Gesundheit geführt wird. Als sich 1978, am Ende der Entkolonialisierungsprozesse, die größer gewordene Zahl der WHO-Mitgliedsstaaten in Alma Ata trafen und „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ als Ziel beschlossen, war dies zumindest ein Ausdruck von demokratischem Welt-Willen. Dieses Ziel ging in der Folge wieder verloren, als mächtige Staaten und wirtschaftliche Interessengruppen für eine Neuausrichtung der Weltgesundheitspolitik entlang vertikaler, meist auf einzelne

Krankheiten bezogener, Programme sorgten und schließlich die WHO immer mehr Kompetenz an sogenannte „Public-Private-Partnerships“ abgab, bei denen die Industrie direkt mit am Tisch sitzt. Die WHO erschien lange Zeit nicht mehr als geeigneter Ansprechpartner für menschenrechtliche Gesundheitspolitik.

Das könnte sich nun wieder ändern. Denn unterdessen haben auch viele Mitgliedsstaaten der WHO erkannt, was die globale Gesundheitsbewegung immer wieder betont hatte: „Der Trickle-Down-Effekt ist gescheitert.“ Die Vorstellung, der Markt sei ein objektiver Regulator, der am Ende dafür Sorge trage, dass alle etwas abbekommen, hat sich als Irrweg erwiesen. Die soziale Spaltung in der Welt wird auch bei der WHO als zentrale Herausforderung der Weltgesundheitspolitik wahrgenommen, und zumindest rhetorisch hat sie das Credo der Neoliberalen aufgegeben.

Nur, was folgt daraus? Die angesehene Wissenschaftsjournalistin und Pulitzer-Preisträgerin Laurie Garrett forderte in ihrem Buch „Das Ende der Gesundheit“ eine „globale öffentliche Gesundheitsinfrastruktur, die nicht nur wesentliche Elemente der Krankheitsprävention und -überwachung umfassen müsse, sondern auch neue Strategien und Taktiken für die Bewältigung globaler Herausforderungen“. Für Garrett geht es nicht um pragmatische Lösungen, deren kurzfristige Erfolge am Ende nur langfristige Schäden verbergen. Es müsste ein „weit-aus komplexeres – und schwer definierbares – Ziel“ anvisiert werden, das aus „Politik, Soziologie, Wirtschaftswissenschaft und selbst aus Elementen von Re-

ligion, Philosophie und Psychologie“ bestünde. Es mag vermessen klingen, aber genau daran arbeitet *medico international* gemeinsam mit vielen anderen Gesundheitsinitiativen, Expert\_innen, internationalen Gremien und der globalen Gesundheitsbewegung, die sich unter anderem im *People's Health Movement* ausdrückt.

### Paradigma Gleichheit

Ausgangspunkt jedweder Neuformulierung globaler Gesundheitspolitik sind die fundamentalen Prinzipien Gleichheit, Solidarität und Demokratie. Alle Überlegungen, wie heute globale soziale Sicherung und damit auch Gesundheit für alle geschaffen werden kann, müssen diesen Prinzipien gerecht werden, sollen die Menschenrechte nicht nur eine schöne Idee bleiben. Es geht um die Frage der Schaffung von Gemeingütern (z.B. öffentliche Gesundheitsversorgungssysteme), die allen gleichermaßen zugänglich sind, die über Prozesse der Umverteilung von Reichtum solidarisch gesichert und demokratisch gesteuert werden. Solche Ideen, die in Ansätzen auf nationaler Ebene (noch) existieren, auf die globale Gesundheitspolitik zu übertragen, wäre allerdings ein Paradigmenwechsel.

Für diese Debatte ist die WHO ein wichtiger Ort. Ihre Rolle muss gegenüber anderen Akteuren der Weltgesundheit gestärkt werden. Aus Sicht der Gesundheitsbewegungen sollte die WHO in die Lage versetzt werden, sowohl bei Normsetzungsverfahren, als auch der späteren Überwachung von verabredeten Regeln, aktiv und federführend tätig zu werden. Voraussetzung für die Stärkung der WHO ist die Verbesserung ihrer demokratischen Kontrolle. Insbesondere gilt es, eine transparente zivilgesellschaftliche Mitsprache zu ermöglichen und zugleich den oft un-

durchsichtigen Einfluss partikularer Interessengruppen, wie der Pharma-Industrie oder Versicherungswirtschaft, zurückzudrängen

Einiges hat die internationale Gesundheitsbewegung auf diesem Weg erreicht. Zum Beispiel mit dem Untersuchungsbericht der WHO zu den „sozialen Determinanten von Gesundheit“, der 2010 veröffentlicht wurde, und darlegt, wo Strategien für eine andere globale Gesundheitspolitik ansetzen müssten. Die zivilgesellschaftlichen Koalition „*Democratising Global Health*“, die von *medico* mit angestoßen wurde, hat bereits die Akzente in der Debatte um die WHO-Reform verschieben können. In der Delhi-Erklärung, die 2011 verabschiedet wurde, haben diese Gruppierungen eine WHO-Reform gefordert, die nicht bei betriebswirtschaftlichen Anpassungen ansetzt, sondern klärt welches Verständnis von Gesundheit die WHO in der Zukunft leiten soll. Derzeit befindet sich die WHO an einem Scheideweg: sie ergibt sich entweder voll und ganz den Interessen jener Akteure, die Gesundheit durch die Brille von Konsumismus und Business betrachten, oder sie besinnt sich auf ihren verfassungsmäßigen Auftrag, dem Menschenrecht auf Gesundheit zu entsprechen.

Für die sozialen Bewegungen in aller Welt wäre eine starke WHO, die im Dienste öffentlicher Interessen steht eine große Unterstützung. Und so verwandelt sich das beschauliche Palais der Nationen in Genf alljährlich im Mai zu einem strategischen Ort, an dem wir uns in den letzten Jahren immer wieder gemeinsam mit unseren Projektpartner\_innen einfinden mussten. ■

Thomas Gebauer / Katja Maurer



Foto: ddpimages

## STIMME DER UNGEHÖRTEN

*Das People's Health Movement knüpft an die Traditionen politischer Gesundheitsbewegungen an – aber im globalen Kontext*

**A**ls Ende 2000 aus aller Welt Menschen in Bangladesh zur erstem People's Health Assembly (PHA) zusammenkamen, war den Beteiligten eines klar: Dies war der Start einer globalen Bewegung für das Recht auf Gesundheit, die sich in ähnlicher Weise konstituierte wie die zeitgleich entstandenen Weltsozialforen. Beiden gemeinsam war der Impuls, den ausgeschlossenen und ausgegrenzten Menschen in der „schönen neuen Welt“ Foren zu geben, auf denen die „Stimmen der Ungehörten“ zu hören sein würden und Alternativen eingefordert werden konnten. Die Gesundheitscharta der Menschen wurde auf der ersten PHA verabschiedet und fordert Bedingungen, die ein Leben in Gesundheit erst ermögli-

chen: gerechter Zugang zu Ressourcen und Wohlstand, ein Leben ohne Krieg und Gewalt, ohne Naturzerstörung und Diskriminierung kultureller, sozialer und ethnischer Minderheiten. Die Gesundheitscharta fordert die Menschen auf sich einzumischen und die Verhältnisse zu ändern, die ein gesundes Leben verhindern.

### Global denken – lokal handeln

Doch die globalisierte Solidarität muss sich in lokalen Kämpfen manifestieren. Das People's Health Movement konnte dies auf den verschiedenen Kontinenten erreichen: Die massenhafte Mobilisierung des indischen People's Health Movement in der Kampagne für das Recht auf Ge-

sundheit bildete den Rahmen breiter gesellschaftlicher Bündnisse zwischen linken Parteien, Gewerkschaften und sozialen Bewegungen, die den Horizont über eine auf Fachthemen bezogene Lobbyarbeit hinaus öffneten und das „Recht auf Gesundheit“ aus den konkreten Erfahrungen struktureller Vernachlässigung der Armen und Marginalisierten ableiteten. In Lateinamerika entstanden ebenfalls solche Bündnisse; in Ecuador etwa verbanden sich die Themen globaler Rohstoffraub, Gesundheitsschäden durch verstärkten Ressourcenabbau und Zerstörung indigener Lebenswelten zu starken Mobilisierungen gegen die Folgen einer einseitig auf Rohstoffausbeutung setzenden Wirtschaftspolitik vieler südamerikanischer Länder.

Flankierend hierzu kann sich das People's Health Movement auf supranationaler Ebene Gehör verschaffen. Am stärksten war der Einfluss auf die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingesetzte Kommission für Soziale Bedingungen der

Gesundheit, die unter diesem Druck einen ungewohnt radikalen Bericht ablieferte, der zu dem Ergebnis kommt: „Soziale Gerechtigkeit ist eine Sache von Leben und Tod. – Ungleichheit tötet Menschen im großen Maßstab.“

Seit 2005 findet an wechselnden Orten die International People's Health University (IPHU) statt. In Weiterbildungskursen und Diskussionsforen – einer Art Sommeruniversität für Gesundheitsaktivist\_innen aus der ganzen Welt – entstand ein Hunderte Teilnehmer\_innen umfassendes „Alumni-Netzwerk“, das gemeinsam über die politische Ökonomie der Gesundheit diskutiert und konkrete Erfahrungen aus den Gesundheitskämpfen in ihren jeweiligen Ländern und weltweit austauscht. ■

Andreas Wulf

**> medico ist Mitglied des PHM und unterstützt die vielfältigen Aktivitäten durch finanzielle Absicherung und aktive Beteiligung an den Debatten um die Steuerung der globalen Gesundheitspolitik.**

## ARZT – AKADEMIKER – AKTIVIST

*Ein Portrait des indischen Sozialmediziners  
Dr. Ravi Narayan*

**G**eboren und aufgewachsen in Bangalore in Südindien erlebt Ravi Narayan die Gegensätze und Ungleichheiten eines Subkontinents, in dessen Städten sich die Einwohnerzahl innerhalb eines Jahrzehnts verdoppelt, wo ein Großteil der Stadt- und Landbevölkerung keinen Zugang zur Basisgesundheitsver-

sorgung hat, während in Privatkliniken Springbrunnen in den mit Marmor ausgekleideten Eingangshallen plätschern. Er studiert Medizin, verlässt jedoch den angestrebten Weg als Arzt bald wieder: „Um wirklich etwas zu verändern, muss man mit den Menschen arbeiten – in den Stadtteilen, in den Slums und in den Dörfern.“

# GLOSSAR DES PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT

**People's Health Movement (PHM):** Mit dem Ziel eine globale Bewegung für das Recht auf Gesundheit „von unten“ zu stärken und zu vernetzen gründete sich im Jahr 2000 das People's Health Movement. Heute ist es in über 70 Ländern der Welt vertreten – z.B. in Gabon, Sri Lanka, Brasilien und Großbritannien – und auf verschiedenen Ebenen aktiv: lokal, national und global.  
www.phmovement.org

**People's Health Assembly (PHA):** Zur Weltgesundheitsversammlung „von unten“ kamen in Bangladesch im Jahr 2000 und Ecuador im Jahr 2005 über 1300 Menschen aus aller Welt. Mit der dritten PHA in Kapstadt/Südafrika im Juli 2012 soll insbesondere auch die Vernetzung der Gesundheitsaktivist\_innen auf dem afrikanischen Kontinent gestärkt werden.

**People's Health Charter (PHC):** Das Basisdokument des PHM entstand in einem kollektiven Prozess auf der ersten Weltversammlung. Es ist der

Aktionskonsens aller Menschen, die sich zum PHM zugehörig fühlen. Einzelpersonen oder Organisationen können ihn unterzeichnen, wollen sie dem Netzwerk beitreten.

**International People's Health University (IPHU):** Die 10-tägigen Kurse dienen zur Bildung von Multiplikator\_innen. Bis jetzt konnten mehr als 20 IPHUs in 15 Ländern der Welt verwirklicht werden. www.iphu.org

**Global Health Watch (GHW):** Der alternative Weltgesundheitsbericht ist im Jahr 2011 zum dritten Mal erschienen und kann online kostenlos heruntergeladen werden. www.ghwatch.org

**WHO-Watchers:** Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu analysieren und zu beeinflussen ist ein zentrales Element der Arbeit des PHM. Junge Gesundheitsaktivist\_innen aus aller Welt erhalten eine Schulung über Aufbau der WHO und Ablauf der Versammlungen.

Kaum die Abschlussurkunde des Medizinstudiums in der Hand, folgte er zunächst als junger Arzt 1971 dem Aufruf der indischen Regierung medizinische Versorgung in einem der vielen Flüchtlingscamps entlang der indischen Grenze zu leisten. Neun Millionen Menschen flohen vor der blutigen Unterdrückung eines Massenaufstandes, der später zur Unabhängigkeit des zukünftigen Bangladesch führte. Zusammen mit zwei Kollegen waren sie, neben einer Krankenschwester und einem Techniker, alleine verantwortlich für die Versorgung von 5.000 Flüchtlingen, zusammengerpfercht auf einer Fläche nicht



Foto: medico

größer als ein Hektar. Die Erfahrungen sollten sein Leben verändern.

Er beschloss die klinische Medizin zu verlassen und seinem gewachsenen Interesse an Public Health und Gesundheitspolitik zu folgen. Nach weiterbildendem Studium in London kehrte er als Akademiker in die medizinische Lehre nach Südinien zurück. Aus Protest über die biomedizinische Ausrichtung und den mangelnden Kontakt mit der Bevölkerung kündigte er jedoch bald seine sichere Anstellung an der Universität: Zusammen mit einer Gruppe von Freunden gründete er 1984 ein Zentrum für Ausbildung, politische Öff-

fentlichkeits- und Netzwerkarbeit für ein soziales Verständnis von Gesundheit. Der Mensch und der Einfluss der sozialen, ökonomischen, kulturellen und ökologischen Bedingungen auf seine Gesundheit sollten im Zentrum stehen und politische Teilhabe die Grundvoraussetzung für die Veränderungen sein. 1990 wurde die „Society for Community Health Awareness, Research and Action“ (SOCHARA) gegründet, welche bis heute mit einem multidisziplinären Team Öffentlichkeitsarbeit, Forschung und Lehre – mit klarem Schwerpunkt auf zivilgesellschaftlicher Beteiligung für Gesundheit – im Süden Indiens organisiert.

### **Gesundheit als Menschenrecht**

Von Beginn an auf verschiedenen Ebenen aktiv – lokal, national und global – war die Teilnahme an den Versammlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bald ein wichtiger Bestandteil seines Engagements. Wenn auch nur als zivilgesellschaftlicher Akteur und somit extrem eingeschränktes Rederecht, so konnten hier jedoch der Austausch mit Gleichgesinnten aus aller Welt stattfinden und globale Netzwerke geschmiedet werden. Unter der Leitung des charismatischen Generaldirektors Halfdan Mahler war 1978 ein entscheidender Schritt gelungen: mit der Erklärung von Alma Ata wurde erstmalig festgeschrieben, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist, welches der Beteiligung der Gesellschaft bedarf und dessen Grundvoraussetzung eine gerechte und solidarische Politik sein muss. Endlich konnten alle, die sich jahrzehntelang genau dafür eingesetzt hatten sagen „Das ist es, was wir wollen!“. In den Folgejahren bezogen sich Menschen und Organisationen nahezu euphorisch auf diese Deklaration. Ein Hoffnungsschimmer am Horizont!

Doch die Euphorie ließ schnell nach: Die 1980er und 1990er waren die Jahre massiver Kürzungen der Sozial- und Gesundheitsetats im Rahmen der sogenannten Strukturanpassungsprogramme insbesondere in den Entwicklungsländern. Die Rückzahlung der Schulden an Weltbank und den Internationalen Währungsfond stand im Vordergrund. Nicht mehr umfassende Gesundheitsprogramme wurden gefördert, sondern selektive, vermeintlich messbare, Programme der Basisgesundheitsversorgung. Die Menschen wurden wieder zunehmend zu Hilfeempfängern degradiert, welche durch warenförmig angebotene vertikal durchgeführte Gesundheitsprogramme „überleben“ können sollten.

### **Weltgesundheitsversammlung von unten**

Ravi Narayan war es leid, dem Desaster als passiver Zuschauer vom Balkon der WHO-Sitzungen aus zuzusehen und beschloss mit weiteren Aktivisten 1998 durch eine „Weltversammlung von unten“ ein Zeichen zu setzen. Hier sollten alle reden dürfen und das Menschenrecht auf Gesundheit im Zentrum stehen – nicht die Effizienzsteigerung selektiver Gesundheitsprogramme mit dem Ziel der Kostenreduktion.

Zur ersten People's Health Assembly kamen im Jahr 2000 mehr als 1.400 Menschen aus über 75 Ländern zusammen. Bei diesem Zusammentreffen so vieler Gleichgesinnter, die sich in Bangladesch erstmals persönlich begegneten, entstand die Idee eine globale Bewegung zu initiieren: das People's Health Movement. Dr. Ravi Narayan wurde ihr erster Geschäftsführer. ■

Kirsten Schubert

III. KAPITEL

## KRISE • KRIEG • GEWALT

Die neoliberale Globalisierung hat die Welten angeglichen. Die soziale Spaltung als gemeinsames Kennzeichen hat Phänomene der Gewalt und Ausgrenzung geschaffen, die sich in der seelischen Verfasstheit vieler spiegeln. Der Zwang, als Individuum einzeln bestehen zu müssen, hat soziale Bezüge gesprengt. Die Flüchtlinge verkörpern den auf sich selbst zurückgeworfenen Menschen, der mit der Flucht zugleich seinen Rechten zustrebt. Wie kann unter den Verhältnissen von Gewalt, Krieg und Ausgrenzung und den ihnen folgenden Beschädigungen der Seele Befreiung gedacht und unterstützt werden?



# DIE WIEDER-FIT-MACHER

*Angesichts der psychischen Folgen globaler Ausgrenzung ist die Debatte um angemessene Hilfen neu entbrannt*

**W**eltweit nimmt nach Aussage der WHO die Summe der psychischen Erkrankungen und Belastungen zu – insbesondere Depressionen, Angststörungen und Sucht. Dies betrifft zunehmend die armen und ärmsten Länder dieser Erde, in denen es gleichzeitig am wenigsten Hilfsangebote gibt. Faktoren wie Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit, rapide soziale Umbrüche, gefährliche und stressreiche Lebensbedingungen sowie das Risiko der Gewalt erhöhen nachweislich die Anfälligkeit, psychisch zu erkranken. Dies gilt besonders in Gesellschaften mit einem hohen Grad an Ungleichheit. Gleichzeitig verschärfen sich durch psychische Erkrankungen Armut und Ausgrenzung.

## Ungleichheit macht krank

Außerdem gibt es ein neues Phänomen. Der Zusammenhang zwischen struktureller und direkter Gewalt ist enger, aber auch unsichtbarer geworden. Der Politikwissenschaftler Peter Lock spricht davon, dass kriegerische Gewalt als Regulativ neoliberaler Globalisierung alltäglich geworden ist. Der Zusammenhang zwischen extremen Einkommenskonzentrationen und sich ausbreitenden Strukturen sozialer Apartheid wird zwar in der Sozialwissenschaft beschrieben, aber ohne dass dies politische Maßnahmen zur Folge hätte. Die Folgen der sozialen Ausgrenzung, die soziale und sexualisierte Gewalt, Entsolidarisierung, Empathieverlust und soziale Kälte, haben die Verlie-

Befreiung im Spiel. Flüchtlingsjungen in Afghanistan.



rer\_innen der neoliberalen Globalisierung allein zu tragen.

Schlimmer noch, ihre subjektive Lebenswirklichkeit erfahren viele Menschen als privates Scheitern. Sie erleben sich isoliert als Versager\_innen, erleben familiäre Gewalt und Konflikte als persönliche Unfähigkeit, sind mit psychischer Krankheit, Drogen- und Alkoholmissbrauch konfrontiert und haben Vertrauen in sich und die Welt verloren.

## Ambivalenz der Hilfe

Was bedeutet Hilfe in solchen Kontexten? Und was ist hilfreich und was nicht? Dies

ist Gegenstand von heftigen Debatten. Der Begriff von psychischen Krankheiten ist von den gesellschaftlichen Bedingungen und den jeweiligen kulturellen Deutungsmustern nicht zu trennen. Die Globalisierung von biomedizinischen Kategorien wie PTSD (Posttraumatische Belastungs-

phenopfer werden nicht gefragt, welche Hilfe sie sich wünschen, sondern mit fragwürdigen Studien per PTSD-Diagnosen zu Forschungs- und Versuchsobjekten von neurobiologisch orientierten Kurztherapien gemacht.

Statt sich in Beziehung zu den Betroffenen zu setzen, statt Empathie und Solidarität versprechen diese Methoden ein schnelles „Wieder-Fit-Machen“. Die Frage nach den Ursachen von traumatischen Erfahrungen bleibt häufig ausgeklammert. Erneut zeigt sich, dass über psychosoziale Hilfe politisch gesprochen werden muss.

### Rückeroberung von Handlungsfähigkeit

Seit mehr als 20 Jahren beschäftigt medico international die Frage, wie den individuellen, sozialen und politischen Auswirkungen massiver Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen begegnet werden kann, wie Gewaltüberlebende und psychisch Kranke ihre Würde und Handlungsfähigkeit zurückgewinnen und die Verantwortlichen zur Rechenschaft gezogen werden können. Unser Engagement begann in Nicaragua in den frühen 1980er Jahren, als es um die Folgen ging, die der Kampf gegen die Diktatur bei den Individuen hinterlassen hat. Später kam Hilfe für Folterüberlebende in Chile dazu. An der Frage der Hilfe für Folteropfer zeigt sich exemplarisch die Ambivalenz professioneller Hilfe für Menschen, die an den gesellschaftlichen Verhältnissen psychisch krank geworden sind. So sehr die Folterüberlebenden gesundheitlich unter den



Foto: Reuters

störung) oder Depression, die Sprache und Erklärungsmodell des Westens in Form der psychiatrischen Diagnoseklassifikation durchsetzt, widersprechen häufig den Vorstellungen und Erwartungen der Betroffenen. Sie individualisieren das Leiden durch einen Symptomkatalog und definieren es in Pathologien, die mehr den Marktinteressen an Psychopharmaka und anderen Therapieprodukten sowie der Privilegierung von Expert\_innenwissen dienen als der Sorge um angemessene Hilfe.

So ist z.B. in Indien der private Markt für Antidepressiva in den letzten Jahren massiv ausgeweitet worden – gerade unter den Armen. Auch Gewalt- und Katastro-

phenopfer werden nicht gefragt, welche Hilfe sie sich wünschen, sondern mit fragwürdigen Studien per PTSD-Diagnosen zu Forschungs- und Versuchsobjekten von neurobiologisch orientierten Kurztherapien gemacht.

Folgen litten, so sehr wehrten sie sich dagegen, als krank zu gelten. Krank war die Folter und die politische Gewalt, ihre Störungen waren normale menschliche Reaktionen auf unnormale, unmenschliche Erfahrungen. Der Begriff der Entprivatisierung entstand. Therapeut\_innen definieren ihre Professionalität darüber, dass sie sich eindeutig gegen Folter und Diktatur stellten. Sie waren solidarisch an der Seite der Gefolterten und erkannten sie gleichzeitig als schwer leidende Menschen an, die ein Recht auf individuelle Hilfe haben.

medico unterstützte diese Ansätze und begann eine Auseinandersetzung mit psychosozialer Arbeit, die immer beides im Blick hat: die Entprivatisierung krankmachender Erfahrungen durch die Förderung von öffentlicher Diskussion über soziale und politische Ursachen sowie den Respekt vor dem konkreten Leid der Betroffenen, denen Hilfe gebührt. medico mischte sich ein in die Debatte um psychiatrische Diagnosen, die diesen Zusammenhang ausblenden, kritisiert Therapieangebote, die den politischen, sozialen und kulturellen Kontext ignorieren sowie die lokale Professionalität entmündigen und sucht den Austausch mit Projektpartnern, die eigene, engagierte Konzepte entwickeln.

### Rekonstruktion des Sozialen

Dabei hat sich psychosoziale Hilfe weit über Therapieangebote hinaus entwickelt. Traumatische Erfahrungen in Kontexten extremer Armut und Ausgrenzung erfordern Hilfe für Veränderungsprozesse, die alle Bedürfnisse wahrnimmt und ganzheitlich organisiert ist: Für die südafrikanische Organisation Sinani z.B., die mit marginalisierten, gewaltgeprägten Gemeinden arbeitet, steht der Aufbau und die Weiterbildung von gemeindeorientierten Strukturen im Zentrum, um der Fragmentierung

und Zerstörung von Gemeinschaft entgegenzuwirken und Selbsthilfesysteme zu stärken, aber auch um sichere, stabile Orte zu schaffen, an denen Heilung stattfinden kann.

Das Thema ‚Trauma‘ wird dann bearbeitet, wenn es auftaucht: Oft in Form von Gruppenkonflikten oder extremen emotionalen Reaktionen von Mitgliedern. Dann versuchen die Sinani-Kolleg\_innen einen Dialog über Hintergründe und psychische Folgen von Gewalterfahrungen zu initiieren und dabei Verständnis für den Einzelnen und gegenseitige Wertschätzung zu fördern. Je nach Bedarf gibt es weitere Einzel- oder Gruppenangebote, aber auch kollektive Bewältigungsformen wie traditionelle Reinigungsrituale oder öffentliche Veranstaltungen werden unterstützt.

Die medico-Projektpraxis zeigt, dass psychosoziale Arbeit hilfreich sein kann, wenn es ihr gelingt, geschützte Räume zu schaffen und zu verteidigen. Ziel der Arbeit ist es, Menschen zu ermöglichen, sich an persönlichen und sozialen Veränderungsprozessen wieder beteiligen zu können. Solche Orte des Heilens sind im Wesentlichen von Beziehungen geprägt, die eine psychosoziale Haltung ausdrücken: Empathie, Würde, Vertrauen, Respekt und Solidarität. Eine Haltung, die auch die Anerkennung der Komplexität und Verantwortung bedeutet, die Hilfe mit sich bringt. ■

Usche Merk

**> 2011 unterstützte medico im Rahmen der psychosozialen Arbeit fast 30 Projekte. Sie reichen von Beratungsprojekten für Schwule und Lesben im Libanon, über die Kulturarbeit des Freedom-Theatre in Palästina, bis zur Menschenrechtsarbeit in Chile.**

# MAUERN UND SPERRZÄUNE

*Gesundheitsarbeit in den palästinensischen Enklaven ist eine Herausforderung zwischen militärischer und struktureller Gewalt*

Gaza nach dem Angriff 2010.

**A**lle Menschen haben den Anspruch auf gleichen Zugang zum erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit. Durch kaum etwas wird dieses Ziel so sehr unterwandert wie durch bewaffnete Konflikte.

In der Region Israel/Palästina entscheidet die nationale und ethnische Zugehörigkeit über den Zugang zu Gesundheit. In den besetzten Gebieten entstand ein Enklavensystem für Palästinenser\_innen, das schwerwiegende Behinderungen der Bewegungsfreiheit für Menschen und Güter nach sich zieht und die Möglichkeit von Entwicklung nicht nur blockiert, sondern in sämtlichen Lebensbereichen einen Rückschritt verursacht. Der Zugang zu Gesundheitsdiensten ist massiv eingeschränkt, und das Streben nach menschenwürdigen Lebensverhältnissen wird durch die politischen Rahmenbedingungen systematisch untergraben.

Auf Grund ihrer Nähe zu der Mauer und den israelischen Siedlungen sind viele ländliche palästinensische Gemeinden im Westjordanland von ihren Gesundheitsdiensten abgeschnitten sowie in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt. Vor allem arme und marginalisierte Menschen



Foto: Sebastian Bodesch

sind hiervon betroffen. An diesem Punkt setzt die Unterstützung der medico-Partner\_innen an. Die Familien- und Frauenärzt\_innen der Palestinian Medical Relief Society (PMRS) sind unterwegs mit mobilen Kliniken und besuchen die isolierten Gemeinden. Die Gesundheitsteams der PMRS leisten zusätzlich zum heilmedizinischen Angebot Gesundheitsaufklärung und präventive Dienste in den jeweiligen Gemeinden, bieten Erste-Hilfe-Kurse an und bilden Gemeindemitglieder in so wichtigen Themen wie Humanitäres Völkerrecht, Gesundheit als Menschenrecht sowie Umwelteinflüsse und Gesundheit aus.

Noch schlimmer ist die Situation im Gaza-Streifen. Israel entzieht sich nach wie vor seiner Verantwortung für das von ihm kontrollierte Gebiet. Die Blockade des Gaza-Streifens als Folge der israelischen

„Trennungspolitik“, seit Juni 2007 in Reaktion auf die Machtübernahme der Hamas noch verschärft, führt zur weiteren Schwächung der ohnehin unzureichenden zivilen Strukturen, etwa der Wasserver- und Abfallentsorgung sowie des Gesundheitssektors. medico unterstützt seinen Partner PMRS auf vielfältige Weise, damit gerade die ärmere Zivilbevölkerung Zugang zu Basisgesundheitsdiensten erhält. So konnten wir Zement und Stahl in den Gazastreifen einführen, um – trotz der israelischen Blockade – ein Gesundheitszentrum instand zu setzen; wir beschaffen Medikamente zur Deckung des unmittelbaren und akuten medizinischen Bedarfs von sozial schwachen Menschen und von medizintechnischen Hilfen für Menschen mit Behinderungen.

### Gesundheit ist mehr als Medizin

Schrumpfende soziale Kohäsion, gepaart mit wirtschaftlichem Niedergang und mangelnden Zukunftsperspektiven als Folge des israelischen Enklavensystems hinterlassen tiefe Spuren in der Psyche vieler Menschen. Häusliche Gewalt, Depressionen, die Akzeptanz reaktionärer Erklärungs- und Lösungsmuster sind Folgen dieses Prozesses. Die Hoffnungslosigkeit wird zunehmend privat wahrgenommen und folglich die Fähigkeit unterminiert, eine um die Gesundheit aller bemühte Solidargemeinschaft aufrechtzuerhalten und weiter aufzubauen. Deshalb unterstützt medico das Freiheitstheater Jenin: Theater ist auch Therapie. In der „Hochburg der Gewalt“, im Flüchtlingslager Jenin können Mädchen und Jungen im geschützten Raum ihre im Alltag erlebten Erfahrungen von Gewalt und Ohnmacht aufarbeiten. Das so gewonnene Selbstwertgefühl lässt sie solidarisch sein und tradierte Hierarchien hinterfragen.

### Auf die politischen Rahmenbedingungen kommt es an

Die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in der Krise ist ein Gebot der Menschlichkeit, eine notwendige Hilfestellung im Zeichen unserer Solidarität. Diese Hilfe bleibt solange notwendig, bis die politischen Rahmenbedingungen, die diese Hilfe erst notwendig machen, grundlegend verändert worden sind. Deshalb unterstützt medico die Ärzte für Menschenrechte - Israel dabei, die eigene israelische Öffentlichkeit auf den ungleichen Zugang zu Gesundheit, auf Menschenrechtsverletzungen und auf die sich vertiefenden Grenzen und Ausgrenzungen entlang nationaler, ethnischer Grenzen aufmerksam zu machen. Samstäglich fährt eine israelische mobile Klinik in die besetzten Palästinensergebiete. Israelisches Gesundheitspersonal baut nicht nur eine Brücke zur anderen Seite, sondern politisiert sich über die Erfahrungen, die sie auf der Schattenseite der Mauer machen.

Die Ärzte für Menschenrechte - Israel und PMRS arbeiten eng zusammen in ihrem Bestreben einem fast perfekten System von Ein- und Ausschluss die Stirn zu bieten. Diese auf einer gemeinsamen politischen Agenda aufbauende Zusammenarbeit von Israelis und Palästinenser\_innen zeugt exemplarisch davon, dass wir – allen Widrigkeiten zum Trotz – die Hoffnung auf den gleichen Zugang aller zum erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit nicht aufgeben dürfen. ■

Tsafrir Cohen



**medico unterstützte 2011 palästinensische und israelische Partner\_innen mit über einer Million Euro aus Spenden und öffentlichen Mitteln bei Projekten, die sich im Einsatz zur Überwindung des Konflikts verorten.**

# EUROPAS LANGER ARM BRINGT HIER DEN TOD

*Ein Interview mit Pater Jerome, der in Mauretanien Gesundheitsdienste für Migrant\_innen anbietet*



Foto: Reuters

**D**ie mauretanische Hafenstadt Nouadhibou war schon immer ein Ziel- und Sehnsuchtsort afrikanischer Migrant\_innen. Hier ist das Tor zu den Kanarischen Inseln, und hier begann der Sprung über das Meer in ein erhofftes besseres Leben. Die Hafenstadt hat heute ca. 160.000 Einwohner\_innen, davon geschätzte 40.000 Migrant\_innen, von denen ca. 70% letztendlich nach Europa oder Nordamerika weiterreisen wollen. War die Stadt früher ein Ort des Transits nach Europa, ist sie heute eine Sackgasse der Verzweiflung. Das europäische Grenzregime presst hier viele der Migrant\_innen, die zumeist aus West- und Zentralafrika kommen, in eine feindliche Umgebung, in der sie gezwungen sind zu verweilen und die zum Sterben zu viel, aber zum Leben umso weniger bietet. Seit 2003 leitet der nige-

rianische Pater Jerome die über 60 Jahre alte Mission, deren Gemeinde nur aus Migrant\_innen besteht. Der neue medico-Partner bietet über die Seelsorge hinaus zusätzlich Rechtsberatung und Gesundheitsversorgung an, die sich als lebensrettend erweist. Die medico-Hilfe umfasst die Kostenübernahme für eine Krankenschwester, Medikamente, Sensibilisierungskurse zu sexuell übertragbaren Krankheiten, aber auch gelegentlich Kostenübernahmen bei gesundheitsbedingten Rückreisen in die Heimatländer bzw. Überführungen im Todesfall.

## **Wie ist die Situation der Migrant\_innen in Nouadhibou?**

Das Leben der Migrant\_innen hier ist außergewöhnlich. Wenn ich von Migrant\_innen spreche, dann meine ich subsaharische Afrikaner\_innen. Sie sind angreifbar, weil sie schwarz, weil sie Afrikaner\_innen und weil sie Migrant\_innen sind sowie, wenn auch nicht alle, den christlichen Glauben praktizieren – in einem zu 99% muslimischen Land. Die Menschen kamen hierher um zu arbeiten, um ein besseres Leben zu finden, manche nahmen ein Boot nach Europa. Aber längst ist die Stadt eine Sackgasse, die die Migrant\_innen nicht mehr verlassen können. Diese Unglücklichen verlieren jedes gesellschaftliche Zugehörigkeitsgefühl. Wir versuchen, ihnen zu



Migrant\_innenviertel in Nouadhibou.

helfen. An erster Stelle steht die Gesundheitsversorgung. Migrant\_innen, die niemanden kennen, sind Krankheiten schutzlos ausgeliefert. Deshalb bieten wir eine Basisgesundheitsversorgung an, leisten Erste Hilfe und haben einige Medikamente vorrätig.

**Seitdem die europäische Grenzschutzagentur Frontex in Nouadhibou präsent ist, wird es für schwarze Menschen fast unmöglich, sich am Strand aufzuhalten, weil sofort eine illegale Überfahrt nach Europa vermutet werden kann...**

Nouadhibou ist mittlerweile ein „Vorhof“ Europas, und Frontex übt einen solchen Druck aus, dass es für Afrikaner\_innen inzwischen sogar schwierig ist in afrikanischen Ländern zu leben. Heute verfolgst dich in einer Stadt wie Nouadhibou, von der du denkst, dass du da zumindest überleben kannst, de facto europäische Gesetze – egal ob du bleiben oder ein Boot nach Europa nehmen willst. Selbst ich wurde dreimal eingesperrt, schikaniert und getreten, weil ich schwarz bin, nicht von hier komme und die Polizist\_innen meine Identität nicht kannten.

**Die Leute sind um die 20 Jahre alt, wenn sie hier ankommen, dann beginnt das Warten und fast alle verlieren ihre Zukunft...**

Ich versuche Mut zu machen, benenne aber auch die Verantwortlichen und besuche dafür Seminare und Tagungen, auch in Europa. Die Not resultiert aus wirtschaftlichen Interessen. Europa interessiert sich für Absatzmärkte und die mauretanische Regierung verkauft das Schicksal von Menschen, die noch nicht mal ihre Staatsbürger sind, in lukrativen Verträgen an Europa. Europas langer Arm bringt hier den Tod.

**Leiden Frauen besonders unter den Umständen?**

Ihre Situation ist entsetzlich, weil viele Frauen sehr angreifbar sind. Sie werden oft zur Prostitution gezwungen. Da sie massiv von Aids bedroht sind, bieten wir ihnen Kondome an. Es wäre ziemlich lausig von mir, ihnen nur zu predigen, dass sie sich nicht prostituieren sollen. Sie tun es, weil sie es tun müssen. Zumindest die Ausbreitung von Aids versuchen wir einzudämmen. ■

Das Interview führte Martin Glasenapp.

➤ **Der Entrechtung und Individualisierung im Migrationskontext setzt medico mit Partner\_innen in Mittelamerika, Mali, Mauretanien und vielen anderen Regionen solidarische Hilfen und politische Intervention entgegen.**

# LIEBE LESERINNEN UND LESER,

**S**ie finden hier eine Auswahl der Materialien, die medico mit viel Sorgfalt erstellt und zu Informations- und Bildungszwecken kostenfrei (mit einigen gekennzeichneten Ausnahmen) zur Verfügung stellt.

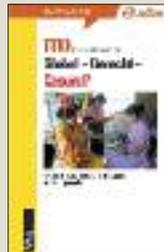
Sie helfen medico und den Projektpartner\_innen sehr, wenn Sie zur Weiterverbreitung dieser Materialien beitragen! Die vollständige Materialliste steht im Internet unter [www.medico.de](http://www.medico.de) bereit. Über „Kontakt Service Presse/Publikationen & Material“ finden Sie die hier abgebildeten und alle weiteren Publikationen zum Bestellen oder Herunterladen.

**Für Nachfragen stehen wir Ihnen gerne unter Tel. (069) 944 38-0 zur Verfügung.**



### Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

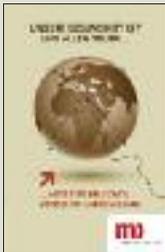
(DIN A1) medico-Plakate für Gesundheitszentren, Arztpraxen oder andere öffentliche wie private Orte. Damit sie unversehrt bei Ihnen ankommen, verschicken wir sie in einer Plakatrolle. Weil dadurch die Versandkosten sehr hoch sind (7,40 €), würden wir uns über eine Spende freuen. **Spendenstichwort: Gesundheit.**



### In der Reihe AttacBasis Texte:

medico international  
**Global – Gerecht – Gesund?**  
AttacBasisTexte 30

(96 Seiten) Fakten, Hintergründe und Strategien zur Weltgesundheit. Erhältlich in jeder guten Buchhandlung oder zu bestellen unter [www.attac.de](http://www.attac.de). 6,50 €. ISBN 978-3-89965-293-2



### medico-Kurzvorstellung

(16 Seiten, DIN A6) Hilfe in der Not ist unumgänglich. Ein politisches Verständnis von Hilfe geht aber darüber hinaus. medico und seine Partner\_innen stellen sich in 12 kurzen Projektbeispielen vor.



### medico-report 26 Im Inneren der Globalisierung

*Beiträge zur psychosozialen Arbeit im neuen Jahrtausend*

(230 S.) Der medico-report 26 reflektiert Konzepte und Praxis psychosozialer Arbeit in Gewaltkontexten und die unterschiedlichen Dimensionen von Täter- und Opferrealitäten in Zeiten der Globalisierung. 12 €.



### WHY? Jahr für Jahr sterben Flüchtlinge an den Außengrenzen Europas

(DIN A1) Das Plakat können Sie kostenlos bei uns bestellen. Damit es unversehrt bei Ihnen ankommt, verschicken wir es in einer Plakatrolle.

Weil dadurch die Versandkosten sehr hoch sind (7,40 €), würden wir uns über eine Spende freuen. **Spendenstichwort: Migration.**



### medico-report 27 Patienten, Patente und Profite *Globale Gesundheit und geistiges Eigentum*

(152 S.) Internationale Expert\_innen hinterfragen das bestehende weltweite Patentsystem und präsentieren innovative Ideen für eine alternative Medikamentenpolitik, die Menschenleben rettet und Kranken den Zugang zu einer elementaren Versorgung sichert. 12 €.

# VIER VON ÜBER 100 PROJEKTEN

*Wo medico & seine  
Partner\_innen tätig sind*

**D**as Menschenrecht auf den bestmöglichen Zugang zu Gesundheit ist Ausgangspunkt unserer Arbeit. Gemeinsam mit unseren Partner\_innen vor Ort und vernetzt im weltweiten People's Health Movement (PHM) setzen wir uns für Lebensverhältnisse ein, die ein Höchstmaß an Gesundheit ermöglichen. Neben medizinischer Versorgung bedarf es wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Bedingungen, die die Menschen befähigen, ihre Gesundheitspotentiale voll zu entfalten.



## ALTERNATIVE HEILMEDIZIN

MEXIKO: Stärkung und Verbesserung der Basisgesundheitsdienste und Pflanzenmedizin in Chiapas.  
*Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC)*

## WARUM SPENDEN?

*Fragen und Antworten zur Finanzpraxis  
von medico international*

### Wie finanziert medico seine Arbeit?

Die Unterstützung der Projektpartner\_innen finanziert medico aus Spenden und öffentlichen Zuschüssen. Letztere beantragen wir bei Institutionen wie dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium für Wirtschaft und Zusammenarbeit oder der EU. Doch nicht für jedes Projekt lassen sich Zuschüsse organisieren und längst nicht jeder Antrag wird bewilligt. Institutionelle Geber\_innen haben ihre eigenen Interessen und Förderrichtlinien. Spenden dagegen geben medico die Unabhängigkeit und Flexibilität, Gesundheitsinitiativen und solidarische Hilfe

jenseits von medialen und politischen Konjunkturen zu fördern.

### Wie stellt medico Transparenz über seine Arbeit her?

Jährlich legt medico in seinem Jahresbericht ausführlich Rechenschaft über die gesamte Arbeit im jeweiligen Vorjahr ab. Darin stellen wir die Schwerpunkte unserer Arbeit vor und listen auf, wie hoch unsere Spendeneinnahmen und öffentlichen



medico-Jahresbericht.  
Kostenlos zu bestellen  
unter [www.medico.de](http://www.medico.de)



## GESUNDHEITS- BERATUNG IM FREIHANDEL

SRI LANKA: Medizinische Unterstützung von Arbeiter\_innen der srilankischen Freihandelszonen durch Gesundheits- und Ernährungskurse sowie ein medizinisches Zentrum. *Free Trade Zones and General Services Employees Union.*

## KOMMUNALE GESUNDHEITS- DIENSTE

KENIA: Gesundheits- und Menschenrechtsarbeit junger Aktivist\_innen in den Slums von Nairobi. *Kamukunji Paralegal Trust (KAPLET)*

## SEXUELLE GESUNDHEITS- AUFKLÄRUNG

LIBANON: Beratung und Behandlung bei Fragen und Problemen sexueller Gesundheit (psychosoziale Probleme, Geschlechtskrankheiten, HIV/Aids) insb. für sexuelle Minderheiten (Lesben, Schwule, Transgender, Queer, Intersexuelle). *MARSA Sexual Health Centre*

Zuschüsse insgesamt waren und für welche Länder und Projektbereiche unsere Mittel eingesetzt wurden. medico erfüllt die Vorgaben der „Initiative Transparente Zivilgesellschaft“. Die Unterzeichner\_innen dieser Initiative verpflichten sich offenzulegen, welche Ziele ihre Organisation verfolgt, woher die Mittel stammen, wie sie verwendet werden und wer darüber entscheidet. Auf [www.medico.de](http://www.medico.de) sind all diese Informationen einsehbar.

### Wer überprüft die Arbeit der Zentrale und vor Ort?

Die Arbeit von medico wird regelmäßig von verschiedenen externen Institutionen geprüft. Jedes Jahr prüft eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft unseren Jahresabschluss. Das Frankfurter Finanzamt überprüft alle drei Jahre die Steuerbefreiung

und damit die Berechtigung zur Ausstellung von Spendenquittungen. Zuschussgeber\_innen wie zum Beispiel das Auswärtige Amt kontrollieren die ordnungsgemäße Verwendung öffentlich geförderter Projekte. Die Arbeit der Projektpartner\_innen wird durch medico geprüft, bei manchen Projekten werden zusätzlich externe Expert\_innen für Projektevaluierung und/oder lokale Wirtschaftsprüfer\_innen eingesetzt.

Wenn Sie Fragen zu unserer Arbeit haben, stehen wir gern zur Verfügung. Einfach anrufen oder mailen! ■



Das medico-rundschreiben berichtet vier mal jährlich über unsere Arbeit. Kostenlos zu bestellen unter [www.medico.de](http://www.medico.de)

# UNSER REICHTUM ...



**... IST DIE  
KRANKHEIT.**

**Die UN-Menschenrechtsberichterstattung über Ge. 1996 III -** Aber vier Millionen Menschen, die mühen werden, weil ihnen die Menschenrechte verweigert werden. Dieses Verbrechen ist die Kehrwelt dieses unvorstellbaren Reichtums: 1.000 Milliarde besitzen die Mittel, wie die Dritte Hilfe der Menschheit zusammen. Arbeitsbedingte Krankheiten sind die größte Menschenrechtsverletzung der Geschichte. medico international setzt sich mit seinem Partner für einen gleichen und gerechten Zugang zu Gesundheit ein. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung.

[www.medico.de](http://www.medico.de) | Spendenkonto 4800, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 902 05



medico international