

Medicus
Mundi
Schweiz

Bulletin

94 

Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All

Nr. 94, Oktober 2004

Wenn Frauen selbst bestimmen könnten

Gender, Frauengesundheit und
internationale Zusammenarbeit





Medicus Mundi Schweiz
Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All

Bulletin Nr. 94, Oktober 2004

Wenn Frauen selbst bestimmen könnten.

Gender, Frauengesundheit und internationale Zusammenarbeit

Netzwerk Medicus Mundi Schweiz

Die gemeinsame und verbindende Vision der Mitglieder des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz ist Gesundheit für alle: ein grösstmögliches Mass an Gesundheit für alle Menschen, insbesondere auch für benachteiligte Bevölkerungen.

Medicus Mundi Schweiz vernetzt die Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit, fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen, vermittelt ihnen Impulse für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit und macht ihre Tätigkeit einem weiteren Publikum bekannt. Das Bulletin von Medicus Mundi Schweiz erscheint viermal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet und enthält aktuelle Hinweise und Informationen.

Medicus Mundi Schweiz profitiert in seiner Arbeit von der langjährigen Partnerschaft mit der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, die auch die Herausgabe des vorliegenden Bulletins mit einem grosszügigen Beitrag unterstützt.

Geschäftsstelle und Redaktionssekretariat:

Medicus Mundi Schweiz
Netzwerk Gesundheit für alle
Murbacherstrasse 34
Postfach, CH-4013 Basel
Tel (+41) 061 383 18 10
info@medicumundi.ch, www.medicumundi.ch

Redaktionskommission:

Barbara Schürch, Nicolaus Lorenz, Thomas Schwarz, Helena Zweifel

Layout: VischerVettiger Basel

Produktion: Geschäftsstelle Medicus Mundi Schweiz, Thomas Schwarz

Druck: Birkhäuser + GBC

Auflage dieser Nummer: 1500 Exemplare

Erscheinungsweise: Vier Nummern im Jahr

Nächste Nummer:

Reader MMS-Symposium:

«Armut kann Ihre Gesundheit gefährden ...»

Redaktionsschluss: 31. Oktober 2004

Titelbild: Präsentation der Verbesserungen in der Gesundheitsvorsorge in Dharbanga/Bihar. Foto: Maria Winiger, Caritas



Helena Zweifel,
Co-Geschäftsführerin von
Medicus Mundi Schweiz

Wenn Frauen selbst bestimmten könnten...

Wenn Frauen selbst bestimmten könnten: welches wären ihre Schwerpunkte für die Entwicklungszusammenarbeit? Wir wissen wenig darüber, was Frauen in den Ländern des Südens und Ostens wirklich bewegt. Wenige haben die Zeit und Musse, auf Frauen zu hören, und nehmen deren Anliegen auch wirklich ernst. Frauengruppen sind ein Ort, wo Frauen offen über ihre Anliegen und Perspektiven reden können. Oft drehen sich die Gespräche um die Gesundheit, um sogenannte «Frauenkrankheiten», um Geburt und Mutterschaft, aber auch um wirtschaftliche Fragen im täglichen Überlebenskampf. Aus einer Frauenperspektive kommt der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ein hoher Stellenwert zu. Wird auf die Anliegen von Frauen eingegangen, etwa auf den Wunsch von jungen Müttern im Tschad nach Dorfhebammen, mit denen sie vertraut sind, erhält das Programm Wirkung. Oder das Wasserprojekt in Indien, welches das Bedürfnis der Frauen nach einem «stillen Örtchen» entspricht, gewinnt durch das überraschende Engagement der Frauen Auftrieb.

Der Zugang zu Gesundheit ist schicht- und geschlechtsspezifisch. So gehören geographische Hürden (Entfernung von einem Gesundheitsposten), kulturelle Tabus (Menstruation und Geburt gelten als unrein) und soziale und wirtschaftliche Hindernisse (Einstellung des Gesundheitspersonals gegenüber Frauen, Bevorzugung von Söhnen) zu den wichtigsten Faktoren, die Frauen den Zugang zu Gesundheit erschweren. Dieselben Faktoren hindern Frauen daran, gesund zu

bleiben: Mädchen und Frauen erhalten weniger zu essen, gehen seltener zum Arzt, können bei der Familienplanung nicht mitentscheiden oder sich vor einer HIV-Infektion schützen.

Um Gesundheit für alle zu erreichen – einhergehend mit einer gleichberechtigten Entwicklung für alle – müssen besondere Anstrengungen zur Stärkung der Frauen unternommen werden. Zudem muss der Dialog mit den Männern geführt werden, um sie für Genderfragen zu sensibilisieren. Gleichberechtigte Partizipation, Empowerment der Frauen und Sensibilisierung der Männer sind die drei Eckpunkte einer Strategie zur gleichberechtigten Entwicklung.

Genderanalysen, die nach den Bedürfnissen von Frauen und Männern fragen und die die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, den Zugang zu Ressourcen und geschlechtsspezifische Hindernisse identifizieren, sind wertvolle Instrumente zur Planung und Umsetzung von gendergerechten Programmen und Projekten. Wichtiger als die Instrumente ist jedoch die Haltung, das Bewusstsein und Offenheit für Gender, was auch die Bereitschaft beinhaltet, eigene Rollenbilder zu hinterfragen.

Mit dem Workshop «Wenn Frauen selbst bestimmen könnten...» hat Medicus Mundi Schweiz im Juni 2004 die Diskussion rund um Frauen, Gender und Gesundheit in der internationalen Zusammenarbeit wieder aufgenommen. Das vorliegende Bulletin widerspiegelt das breite Spektrum von Ansätzen schweizerischer Entwicklungsorganisationen. Es versteht sich als Aufforderung, über einzelne Frauenprojekte hinauszugehen und den Prozess zum konsequenten Einbezug einer Frauen- und Genderperspektive in der eigenen Organisation zu intensivieren.

Die 41 Mitgliedorganisationen von Medicus Mundi Schweiz:

Aids und Kind. Schweizerische Stiftung für Direkthilfe an betroffene Kinder
Aids-Hilfe Schweiz
AO International
Association Suisse Raoul Follereau
Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit
Bündner Partnerschaft HAS Haiti
Calcutta Project
Christoffel Blindenmission (Schweiz)
CO-OPERAID
DM – Echange et Mission
FMH Verbindung der Schweizer Ärzte
Fondation Sociale Suisse du Nord Cameroun
Fondation Suisse pour la Santé Mondiale
Förderverein für Otorhinolaryngologie
Freunde Behindertenintegration Kamerun
Gemeinschaft der St. Anna-Schwestern
Gruppe für Entwicklungszusammenarbeit Basel GRUHU
IAMANEH Schweiz
Institut Universitaire d'Etudes du Développement
INTERTEAM. Fachleute im Entwicklungseinsatz Jura-Afrique, Programme Santé
Kinderhilfe Bethlehem
Leprahilfe Emmaus Schweiz
Lungenliga Schweiz
medico international schweiz
mediCuba-Suisse
Mission 21
Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung
Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie
Schweizer Hilfsverein für das Albert Schweitzer-Spital Lambarene
Schweizer Indianerhilfe
Schweizerisches Korps für humanitäre Hilfe
Schweizerisches Rotes Kreuz
Schweizerisches Tropeninstitut
Schweizerische Vereinigung für Orthopädie in Tansania
Secours Dentaire International
SolidarMed
Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit PLANE S
Stiftung Terre des Hommes
Verein Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti

«Wir können Veränderungen nur durch Frauen herbeiführen»

Caritas Indien arbeitet in vielen Projekten explizit mit Frauen zusammen. Weshalb dieser Fokus auf Frauen? Was heisst es für eine Organisation, konsequent eine Frauenperspektive einzubeziehen? Im Gespräch mit dem Bulletin von Medicus Mundi Schweiz erzählt Stella Baltazar von frauenspezifischen Strategien, organisatorischen Grenzen und ihrem persönlichen Engagement.

In den Gesundheitsprojekten im indischen Bundesstaat Bihar spielen Frauengruppen eine zentrale Rolle. Wie ist Caritas Indien dabei vorgegangen?

Caritas arbeitet seit Jahren in Dharbanga im nördlichen Bihar, dem Armenhaus Indiens. Die Musahar – übersetzt: die «Rattenesser» – sind Dalits, Kastenlose, die traditionell vom Rattenfang lebten und damit gesellschaftlich und wirtschaftlich am untersten Ende der Skala stehen. Anfänglich war es sehr schwierig, mit den Musahar zu arbeiten. Sie hatten keine Zeit, da sie sich als TagelöhnerInnen verdingen mussten, sie lebten abseits des Dorfes und wurden von den andern Kasten geächtet. Es war eine äusserst schwierige Arbeit, Zugang zum Dorf der Musahar zu gewinnen. Doch nach Jahren der Zusammenarbeit mit Frauengruppen der anderen Kasten und einem Prozess des Dialogs gelang es uns, auch ihre Sympathien zu gewinnen. Nur so konnten wir beginnen, die Musahar-Frauen zu organisieren.

Bei der Organisation der Frauen unterstützen wir sie darin, sich auszudrücken und zu behaupten und ein positives Selbstbildnis aufzubauen. Es ist die Aufgabe der Animatorin von Gruppen, solche Werte zu vermitteln. Wir bilden auch Spargruppen, um Frauen zu zwingen, jede Woche zusammenzukommen. Gleichzeitig gewinnen sie an Selbstvertrauen, wenn sie etwa sagen können: Ich habe jetzt Zugang zu Geld, wenn ich es brauche.

Welches sind die Gründe, weshalb Caritas Indien primär mit Frauen zusammenarbeitet?

Wir glauben, dass wir Veränderungen nur durch Frauen herbeiführen können. Zu lange haben wir die Macht in den Händen der Männer belassen. Wir wissen, wie die patriarchalische Gesellschaft funktioniert, wie sie Menschen isoliert und trennt und die unteren Kasten, Frauen und Kinder ausschliesst. Wir haben zudem erfahren, dass wir die Frauen organisieren müssen, wenn wir eine menschliche Gesellschaft aufbauen wollen, in der alle respektiert werden. Denn wenn sich Frauen einmal organisiert haben, set-



Herstellung von Pflanzenmedizin

zen sie sich fürs Gemeinwohl ein und lassen niemanden aussen vor.

Die traditionelle Ausgrenzung der Frauen zeigt sich etwa darin, dass Entscheide allein von Männern getroffen werden. Ein ungeschriebenes Gesetz eines Dorfes besagt, dass Frauen ihre Häuser nicht verlassen dürfen, wenn das Panchayat – der Dorfrat – tagt, nicht einmal, um Wasser zu holen. Ich fragte einen der Männer, weshalb sie den Frauen, die schliesslich ihre Ehefrauen wären, so harte Restriktionen auferlegten. Die Antwort: «Wenn wir den Frauen erlauben würden, an den Dorfversammlungen teilzunehmen, denken Sie nicht, dass sie morgen auf unserem Köpfen herum tanzen würden?» Dies zeugt von grosser Unsicherheit und Furcht, aus der heraus sie versuchen, die andern zu beherrschen.

Das Empowerment der Frauen ruft oft Verunsicherung und Widerstand seitens der Männer hervor. Wie geht Ihr damit um, ohne das Ziel, die Stärkung der Frauen, aus den Augen zu verlieren?

Bei diesem Prozess müssen wir sehr vorsichtig vorgehen. Ein Beispiel aus Tamil Nadu soll dies illustrieren. Hier sind vorerst die Frauen organi-

siert worden, die dann von der Regierung Geld für die Reparatur des Dorfbrunnens forderten. Die Frauen nahmen die Arbeit auf und hatten Erfolg. Doch die Männer begannen zu murren und sagten, die Frauen würden sich jetzt aufspielen. Die Frauen spürten diesen Unfrieden sehr rasch und sagten sich: Wenn wir zulassen, dass die Männer gegen uns murren, schadet dies uns allen, denn die Männer haben die Macht, uns zu kontrollieren. Die Frauen beantragten nochmals finanzielle Unterstützung, diesmal zum Ausbau der Strasse, die das Dorf mit der Aussenwelt verbindet. Dank des vorherigen Erfolges wurde ihnen die Unterstützung zugesprochen. Die Frauen riefen nun das ganze Dorf zu einer Versammlung ein – ein historisches Ereignis. Sie waren bereit, den Männern die Verantwortung für den Strassenbau samt dem zugesprochenen Geld zu übergeben.

Dies ist eine wichtige Lektion, die ich von den Frauengruppen gelernt habe: Wenn wir zwei Schritte vorwärts machen, folgt ein Schritt rückwärts. Für mich ist auch ein Rückschritt ein Erfolg, denn dann können wir wieder zwei Schritte vorwärts machen. Das Leben ist nicht linear, und so können wir auch nicht linear vorwärts gehen.

Eure Strategie ist es nicht, ausschliesslich mit Frauen zu arbeiten. Ihr versteht dies vielmehr als ersten Schritt in einem Prozess?

Richtig. Wir dürfen bei der Mobilisierung der Dorfgemeinschaft Frauen nicht vernachlässigen unter dem Vorwand, eine integrierte Gesellschaft schaffen zu wollen. Die Annahme, dass bei der gleichzeitigen Organisation von Frauen und Männern Frauen automatisch inbegriffen und gefördert werden, hat sich als falsch erwiesen. Denn die Männer dominieren das Geschehen, wie sie sich seit alters her gewohnt sind. Daher müssen wir einen Fokus auf die Frauen richten und ihnen Raum und Zeit geben, ihr Selbstbewusstsein und ihre Fähigkeiten zu entwickeln.

Dies ist die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite dürfen wir die Männer nicht vergessen, denn Frauen leben nicht in Isolation, sondern



Debatte unter Frauen.

immer im Kontext der Familie und der Gemeinschaft. Sie sind sehr abhängig von der Familie, wie auch die Familie von ihnen abhängig ist, wirtschaftlich und sozial. Wenn die Frauen bereit sind, organisieren wir auch die Männer, und nach und nach bringen wir sie zusammen.

Gesundheit als Eintrittspforte

Welche Rolle spielen Gesundheitsfragen bei dieser Arbeit?

Gesundheit ist eine zentrale Eintrittspforte. Die Musahar zum Beispiel leben in desolaten Umständen, in dunklen, schmutzigen Hütten ausserhalb des Dorfes, ohne Toiletten, ohne Wasser, ohne jegliche Form von Hygiene. Jedes Jahr steht die Region drei Monate lang unter Wasser, was sich verheerend auf die Gesundheitssituation auswirkt: Durchfallerkrankungen, Tuberkulose und Erkrankungen der Atemwege, Malaria und Leishmaniosis und zunehmend auch HIV/Aids sind weit verbreitet, oft mit tödlichem Ausgang. Die staatliche Gesundheitsversorgung ist quasi inexistent.

Wir begannen, die Frauen zu organisieren und führten Informationsveranstaltungen und Ge-

sundheitskurse durch. Die Projektkoordinatorin, eine Krankenschwester im Dorfe, initiierte die Schaffung eines Gesundheitsfonds, in welchen jede Frau fünf Rupien pro Monat einzahlte. Die Organisation von Frauen in Gesundheitsgruppen, Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen über alternative Kräutermedizin und konkrete Behandlungen trugen dazu bei, dass Frauen nun selbst im Hinterhof Heilpflanzen ziehen. Ein projekteigener Kräutergarten diente als Modell. Heute produzieren die Frauen Heilpflanzen für 22 Krankheiten. Wenn ich ins Dorf komme, wollen mich die Frauen gleich in ihren Kräutergarten führen und mir die Pflanzen und ihr Wissen zeigen. Ich habe sehr viel von ihnen gelernt. Heute sind sie die Ärztinnen. Jedes Dorf hat eine Gesundheitsstelle, wo die Heilpflanzen verarbeitet und aufbewahrt werden. Wenn jetzt die Flut kommt, haben die Frauen ihr eigenes Haus-Set mit homöopathischen Medikamenten und Heilkräutern gegen typische Krankheiten schnell zur Hand. Gesundheit liegt damit in ihren eigenen Händen und im Verantwortungsbereich der Gemeinschaft.

Was hat sich für die Frauen in diesem Prozess verändert?

Die Organisation der Musahar-Frauen war für sie ein gewaltiger Schritt vorwärts. Bei meinem letzten Besuch in Bihar führten wir eine Versammlung mit über sechzig Frauen aus der Region durch, an der zwei Musahar-Frauen teilnahmen. Sie sassens jedoch ganz hinten. Ich ging zu ihnen und begann mit ihnen zu reden. Als eine von ihnen, eine ältere Frau, aufstand und sprach, war ich sehr gerührt, denn ich spürte ihre Kraft und spürte die Bedeutung, als Mitglied der Frauengruppe anerkannt zu werden – nach Generationen der steten Ausgrenzung und Erniedrigung.

Dies können wir nur durch einen sehr langen Prozess erreichen. Wir können das Stigma, mit dem Dalits behaftet sind, nicht ausradieren. Aber wird können zumindest die Kluft überbrücken, damit sie sich als Frauen identifizieren können, als Schwestern, Lebensspenderinnen, Ernährerinnen. Diese Identifikation ist zentral zur Überwindung der Kastenbarrieren.

Welchen Einfluss haben diese Veränderungen auf die Beziehungen zwischen den Geschlechtern auch im privaten Bereich, in Haushalt und Familie?

Darüber wissen wir noch wenig. Während sechs Monaten sind die Männer weg, auf der Suche nach Arbeit in ferne Städte migriert. Seit langem müssen die Frauen die Verantwortung für das Wohlergehen der Familie, insbesondere der Kinder, übernehmen und ums Überleben kämpfen. Ich denke, dies hat zu einer gewissen Eigenständigkeit der Frauen beigetragen.

Wie schlägt sich der konsequente Einbezug von Frauen auf Projektebene in der Struktur und Kultur von Caritas Indien nieder, einer doch eher männerdominierten Organisation?

Caritas Indien hat tatsächlich starke patriarchalische Strukturen. Alle Abteilungen haben einen männlichen Chef. Wir führten kürzlich eine interne Weiterbildung zu Gender durch, woran auch der stellvertretende Direktor teilnahm. Wir wol-

len, dass Genderanliegen in alle Bereiche integriert werden. Wir stehen erst am Anfang eines langen Prozesses.

Glücklicherweise hat die Asienabteilung von Caritas Schweiz eine sehr qualifizierte Frau als Abteilungsleiterin, die mir grosse professionelle und persönliche Unterstützung für meine Arbeit gibt.

Was bewegt Sie persönlich, sich so konsequent für Frauen zu engagieren?

Ich erfahre eine riesige Diskrepanz zwischen der Realität der Frauen und ihren Fähigkeiten, Leben zu schaffen. Der Moment der Befreiung heisst für mich, das Leben in die eigenen Hände nehmen und die eigene Geschichte zu schaffen. Dies ist meine persönliche Philosophie.

Ein Erlebnis vor knapp zwanzig Jahren hat mich diesbezüglich nachhaltig beeinflusst. Ich erinnere mich sehr genau an die Frau mit den zwei kleinen Kindern, die im staubigen, heissen Bus neben mir sass, müde und hungrig von der langen Reise. Der kleine Junge bettelte um eine Banane, und die Mutter kaufte ihm eine. Auch das kleine Mädchen wollte etwas zu essen, doch die Mutter fuhr es an, es solle warten, zu Hause gäbe es Wasser, in dem der Reis gekocht wurde. Was hat denn das kleine Mädchen getan, um so harsch zurechtgewiesen zu werden? Es wird keine Veränderungen geben, ehe Frauen ihre negative Einstellung gegenüber Mädchen und Frauen nicht verändert haben. Daher müssen wir mit Frauen arbeiten, sie bilden und ihrer Stärken bewusst werden lassen.

**Sr. Stella Baltazar ist Inderin und lebt und arbeitet als Konsultantin und Ressourcenperson für Caritas Schweiz in Indien. Sie hat einen Master in Soziologie und Theologie, doch, wie sie selbst sagt, «mein wirkliches Wissen habe ich von den Frauengruppen in den Dörfern Indiens». Das Gespräch mit ihr führte Helena Zweifel, Co-Geschäftsführerin von Medicus Mundi Schweiz, Netzwerk Gesundheit für alle. Kontakt: bstella@rediffmail.com*

Der lange Weg aus der Unterdrückung

Armut und Unterdrückung bilden den Nährboden der Gewalt im indischen Bundesstaat Jharkhand. Während extremistische Untergrundbewegungen ihre Visionen durch Gewalt erreichen wollen, machen Frauen auf anderer Ebene mobil: Sie haben sich in hundert Dörfern bereits in Frauengruppen (Mahila Sabhas) organisiert und realisiert, dass sie nicht länger passiv auf unzuverlässige Unterstützung von aussen angewiesen oder widrigen Umständen hilflos ausgeliefert sind.

Von Peter Eppler*

Dem im November 2000 neu geschaffenen indischen Bundesstaat Jharkhand ist der Reichtum bereits in die Wiege gelegt worden. Hier befinden sich rund 40 Prozent der Bodenschätze Indiens. Sie beinhalten unter anderem riesige Kohlevorräte, Uran, Kupfer und Pyrit. Durch geologische Untersuchungen sollen weitere Mineralien und Edelmetallvorkommen für die Ausbeutung geortet werden. Die Wirtschaftsaguren sehen im neuen Bundesstaat bereits ein Land der Zukunft und potentiellen Industrialisierung.

Jharkhand hat allerdings noch politische Altlasten zu bewältigen, bevor es in Ruhe zu neuen Ufern aufbrechen kann. Das Gebiet gehörte früher zum Bundesstaat Bihar, welcher nicht zu unrecht vom Literaturnobelpreisträger V.S. Naipaul das «Ende der Welt» genannt wurde. In einem Klima geprägt von politischer Willkür, Feudalverhalten und Unterdrückung von Dalits (niedrigen Kasten und ethnischen Minoritäten) gab es für die sozio-ökonomisch Benachteiligten nur wenig Hoffnung. In dieser Ausweglosigkeit wurde in Bihar 1967 die Naxalitenbewegung aktiv, die aus dem Untergrund heraus operierte und ultra-linke Zielsetzungen verfolgte. Gegenwärtig ist die Bewegung in Jharkhand besonders gewalttätig – vor allem Polizisten sind im Visier der Naxaliten. So katapultierte am 27. Januar 2002 eine Bombe einen Jeep rund zehn Meter in die Luft und hinterliess einen fünf Meter tiefen Krater. Unter den elf Opfern befanden sich neun Polizisten. Rund zwei Drittel von Jharkhand sind mittlerweile von den Naxaliten infiltriert worden, besonders die schlecht erschlossenen Hügel- und Waldgebiete. Aktuelle Statistiken des indischen Innenministeriums zeigen, dass Jharkhand Spitzenreiter bezüglich der Opfer ist, welche die politische Auseinandersetzung in den am schwersten betroffenen Bundesstaaten bereits gefordert hat.

Mahila Sabhas: Frauen machen mobil

Im Distrikt Dumka des Bundesstaates Jharkhand arbeitet die lokale Entwicklungsorganisation Badlao mit Unterstützung des Schweizerischen Roten Kreuzes bereits seit 1992, vorwiegend mit

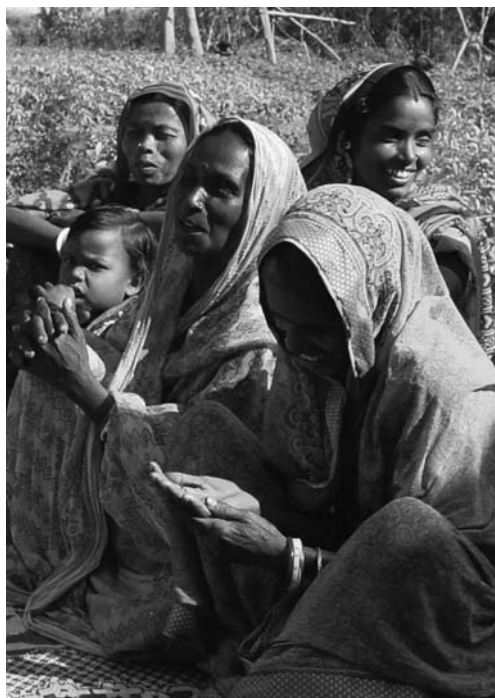
den indigenen Santals und einer Bengali sprechenden Bevölkerungsgruppe, die zu den niedrigkastigen Dalits zählen. Anfangs gehörten dreissig Dörfer zum Arbeitsgebiet, mittlerweile sind es hundert. Während sich Badlao aus den älteren Dörfern schrittweise zurückzieht, brauchen die im Jahre 2000 neu dazugekommen vierzig Dörfer noch die volle Unterstützung. In jedem Dorf haben sich die Frauen in Gruppen (Mahila Sabhas) organisiert, welche sich mit frauenspezifischen Anliegen und der Dorfentwicklung befassen. Diese Solidarisierung hat sich bereits positiv ausgewirkt. Sohagini Murmu sagt: «Wenn im Wald das Feuer ausbricht, wissen bald alle davon. Wenn jemand Kummer und Sorgen hat, weiss niemand davon – jetzt haben wir begonnen, Kummer und Sorgen miteinander zu teilen.» Badlao konnte in den letzten zehn Jahren durch

Gesundheitsförderung und gezielte Aufklärung über den Anspruch auf Regierungsdienstleistungen bereits gute Erfolge im Bereich der Basisgesundheit erzielen. So konnte beispielsweise die Kindersterblichkeit in den hundert Dörfern von 68 auf 12,2 pro tausend Kinder unter fünf Jahren gesenkt werden. Im letzten Jahr ist nicht eine einzige Frau während der Schwangerschaft oder bei der Geburt gestorben. Verhütbare Krankheiten, welche früher als Strafe der Götter oder durch Zauberei verursacht betrachtet wurden, fallen heute in die Eigenverantwortung der Frauen und Mütter – diese sind nicht länger Opfer unkontrollierbarer Mächte, sondern Gestalterinnen des eigenen Schicksals. Die Verbesserung der Gesundheit in der Familie kommt jedoch nicht von selbst, sondern wurde durch folgende gezielte Massnahmen erreicht:



Das Verhüten von Krankheiten fällt heute in die Eigenverantwortung der Frauen.

- Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsshelferinnen, welche in den Mahila Sabhas Gesundheitserziehung bezüglich Hygiene, Ernährung, notwendige Impfungen und Familienplanung durchführen. Patienten, welchen auf Dorfebene nicht geholfen werden kann, werden über ihre Rechte aufgeklärt und an Regierungsstellen verwiesen.
- Weiterbildung von traditionellen Hebammen, die in den medizinisch unterversorgten Dörfern von alters her eine wichtige Funktion haben. Der oft innerhalb der Familie vererbte Beruf gilt als «unrein». Die Hebammen haben deshalb einen tiefen gesellschaftlichen Status. Die Ausbildung der Hebammen bezüglich Hygiene, vor- und nachgeburtliche Beratung, Geburtshilfe, Kinderbetreuung und Familienplanung führt in den Dörfern zu einer markanten gesundheitlichen Verbesserung und hilft, den gesellschaftlichen Status der Hebammen anzuheben.



Fotos: Peter Eppler, SRK

In Frauengruppen werden Gesundheitsfragen, aber auch Landrechte für Frauen aufgegriffen.

In den 100 Dörfern wurde die Verbesserung der Lebensbedingungen auch durch einkommensfördernde Aktivitäten, Bildungsprogramme und die organisatorische Entwicklung der Frauengruppen gefördert. Seit 2001 verlagerte Badlao jedoch den Schwerpunkt vermehrt auf das Empowerment und das Vernetzen der Mahila Shabas untereinander und mit Regierungsstellen. Um eine gezielte organisatorische Entwicklung und Nachhaltigkeit zu erreichen, war es wichtig, die Komitee-Mitglieder der Frauengruppen bezüglich Organisationsstruktur, Leitungsaufgaben, Buchhaltung, Konfliktbearbeitung, Rechte gegenüber den Regierungsstellen sowie die Planung und das Monitoring von Aktivitäten zu schulen. Dies hat zu vielversprechenden Resultaten geführt. In gebietsweisen Versammlungen von Abgeordneten der Mahila Sabhas werden die Fortschritte und Probleme der einzelnen Dörfer, die Beanspruchung von Dienstleistungen und weitere Anliegen periodisch besprochen. Die Frauen haben realisiert, dass sie nicht länger passiv auf unzuverlässige Unterstützung von aus-

sen angewiesen oder widrigen Umständen hilflos ausgeliefert sind. In einer gemeinsamen Aktion der Mahila Shabas setzten sich die Frauen beispielsweise dafür ein, dass Landrechte im Gebiet der Santals (ethnische Minorität) auch von Frauen erworben werden können, obwohl eine starke Opposition der Männer vorhanden ist. Die Frauenbewegung war in der Landrechtsfrage jedoch so stark engagiert, dass diese von den Politikern aufgenommen wurde. Der Chefminister von Jharkhand sprach sich in einer öffentlichen Veranstaltung dafür aus, dass Landrechte ein elementares Recht der Frauen sein sollten und beglückwünschte Vibha Parthasarthi, die Vertreterin der Mahila Sabhas, dass die Frauenbewegung zu einer öffentlichen Debatte in dieser Sachfrage geführt hatte. Auch betreffend die Vergabe von Kleinkrediten, die Einschulung der Kinder in die Elementarschule und Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheitswesen, Landwirtschaft und

Wasserirrigation konnten die Mahila Sabhas von Regierungsprogrammen punktuell eine entsprechende Unterstützung beanspruchen. Den Frauengruppen in den hundert Dörfern gelang es in den dreieinhalb Jahren von April 2001 bis September 2003 insgesamt Leistungen und Güter im Wert von über 270 000 Franken von verschiedenen Regierungsstellen zu erhalten. Dies in einem von Behördenwillkür geprägten Umfeld, in welchem staatliche Unterstützung normalerweise vor allem den Einflusserreichen und Begüterten zukommt.

Auch soziale Veränderungen resultierten aus dem erstarkten Selbstbewusstsein und der Solidarität der Frauen untereinander. Was früher als privates Problem galt, konnte oft durch eine kollektive Intervention zugunsten der Betroffenen gelöst werden. Dank dem Einfluss der Mahila Shabas reduzierte sich der Alkoholkonsum der Männer und die damit verbundene häusliche Gewalt, die Kinderheirat wurde zur Ausnahme und Konflikte konnten vermehrt gelöst oder Gerechtigkeit eingefordert werden.

Welches Ausmass soziale Unterdrückung annehmen kann, zeigt der Fall von Sajoni Kisku. Sie erlaubte sich, den Acker selber zu pflügen, weil ihr Mann abwesend war. Dies verleitete den Dorfvorsteher (Pradhan) und seine Gefolgsleute dazu, die Frau zu strafen, da bei den Santals den Frauen das Pflügen traditionellerweise nicht erlaubt ist. Sajoni Kisku wurde anstatt der Ochsen vor den Pflug gespannt und musste das Feld fertig pflügen. Sie wurde geschlagen, gezwungen, wie das Vieh Stroh zu essen, und an der brütenden Sonne an einen Pfahl gebunden. Neben dem Erleiden dieser unmenschlichen Tortur, welche auch zur Verletzung eines Auges führte, musste sie eine hohe Busse bezahlen. Die Badlao-Angestellte Bitiya Murmu besuchte darauf unter Drohungen der Peiniger die Familie von Sajoni Kisku. Als einige Tage später weitere Badlao-Angestellte mit einem Journalisten die betroffene Familie nochmals aufsuchten, liess der Dorfvorsteher die Besucher einsperren. Nur durch die alarmierte Polizei konnten sie wieder befreit

werden. In der Folge brachten Badlao-Mitarbeiter und Repräsentantinnen der Mahila Shabas den Fall vor den Polizeichef, den Chief Minister des Bundesstaates Jharkhand und selbst vor den Präsidenten und den Premierminister von Indien. Ferner informierten sie die Nationale Kommission für Frauenangelegenheiten (Rashtriya Mahila Ayog). Dem Fall wurde in den Medien viel Platz eingeräumt. Die Täter wurden dabei öffentlich an den Pranger gestellt. Auch Menschenrechtsgruppen ergriffen die Gelegenheit, die Landrechtsfrage aus Genderperspektive aufzugreifen und sich für die Rechte der Frauen einzusetzen. Schliesslich wurde Bitiya Murmu für ihr mutiges Engagement von der Nationalen Kommission für Frauenangelegenheiten geehrt.

Solidarität ist auf allen Ebenen notwendig

«The sun has not changed, the moon has not changed, but our women leaders have changed our lives» singen die Frauen in ihrer Versammlung. Dennoch ist der Weg aus der Unterdrückung noch weit. Die Befreiung der Schwächsten und Benachteiligten aus den gegenwärtigen Zwängen und der Armut, getragen von der Selbsthilfestrategie der Mahila Sabhas, braucht auch ein positives politisches Umfeld und globale Strategien, welche die Interessen marginalisierter Bevölkerungsschichten aufnehmen und gezielt unterstützen. Eine Vernachlässigung dieser Pflichten bedeutet letztlich mehr Wasser auf die Mühlen von Extremisten, welche wie die Naxaliten Jharkhands den Schwachen und Benachteiligten suggerieren, dass eine gerechtere und menschlichere Zukunft nur durch Gewalt erreicht werden kann.

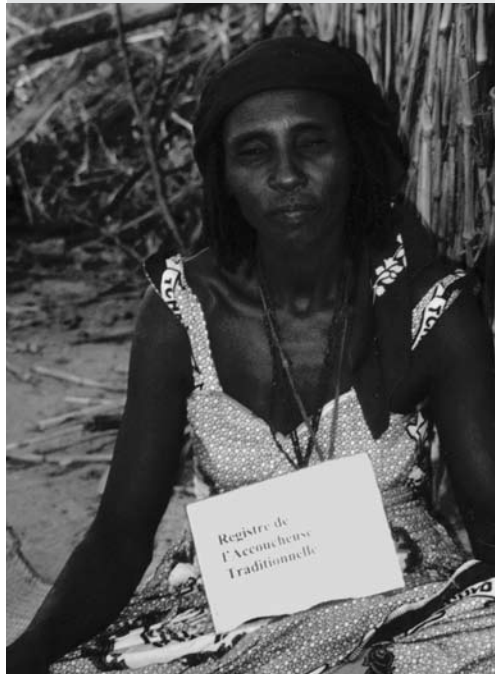
**Peter Eppler, Ethnologe, lebte und arbeitete über zehn Jahre auf dem indischen Subkontinent. Seit 1999 arbeitet er als Programmverantwortlicher des SRK in Bern. Kontakt: peter.eppler@redcross.ch*

Dans le cadre d'un programme d'appui aux structures de santé:

Les accoucheuses « traditionnelles » contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et infantile

Cet article donne les raisons de l'institution de la collaboration avec les accoucheuses « traditionnelles » dans le programme de santé de la DDC au Tchad. Il détaille la méthodologie et donne un aperçu sur les résultats obtenus après trois ans de collaboration.

Par *Sainta Ndem Goidi et Susanne Enz Dia**



Rabié de Gambir a bien assimilé la formation. Elle sera admise au stage pratique à l'hôpital de Bokoro.

Dans le Tchad rural, la majorité des femmes accouchent à domicile – seules ou assistées par une parente, une voisine ou une accoucheuse « traditionnelle ». Le centre de santé n'est souvent que le dernier recours en cas de complications. Le refus des femmes d'accoucher au centre de santé a des raisons structurelles et culturelles. Les distances pour atteindre un centre de santé sont grandes – jusqu'à 30 km et plus ; en plus les routes sont mauvaises. Le personnel des centres de santé est peu qualifié et masculin le plus souvent. Une structure d'accueil adéquate pour l'accouchement fait souvent défaut (manque d'intimité). Arrivées au centre de santé, l'attente est longue, les femmes sont mal accueillies et n'ont pas la certitude d'être prises en charge.

Ces retards à trois niveaux – le temps écoulé avant de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux, le temps nécessaire pour arriver au centre de santé et le temps écoulé jusqu'à la dispensation des soins – constituent des facteurs de risque importants contribuant aux décès maternel et infantile qui sont très élevés au Tchad. Selon une enquête menée en 1996 et 1997, les décès maternels sont estimés à 827 cas pour 100 000 naissances vivantes. Une femme sur dix-huit entre 15 et 49 ans risque de perdre sa vie suite à une grossesse ou un accouchement. La mortalité néonatale (avant d'atteindre un mois) est évalué à 44 sur mille enfants.

Les lacunes observées au niveau des structures sanitaires ne pourront pas être comblées dans un avenir proche. Les femmes rurales dépendront donc toujours des services de leurs accoucheuses locales. Ce constat nous a amené à chercher la collaboration avec les accoucheuses dans le cadre du programme d'appui aux structures publiques et communautaire de santé, financé par la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) dans quatre districts sanitaires du Tchad. Mais comment ces accoucheuses peuvent-elles contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile ?

Nous basant sur ce que les accoucheuses locales savent et font déjà, nous voulions introduire

des changements modestes dans leurs pratiques. Dans un premier temps, il fallait donc connaître leurs pratiques. Une recherche qualitative devait nous fournir les éléments pour l'élaboration d'un module de formation.

Le premier pas : connaître les pratiques

La recherche a eu lieu en avril 1997 dans les deux régions où notre programme intervient ; deux régions culturellement et géographiquement différentes. La première région sahélienne est dominée par la culture arabe et la croyance musulmane. La deuxième région est située en savane où il y a une prédominance des croyances animistes et chrétiennes. Nous avons mené des entretiens semi-structurés avec les accoucheuses et des discussions focalisées avec des groupes de mères qui ont accouché avec l'aide d'une accoucheuse locale.

La recherche a fait ressortir deux sujets-clés à prendre en considération dans le module de formation : l'absence de suivi des femmes enceintes et le manque d'hygiène. Les discussions avec les mères ont fait apparaître l'importance d'un travail de sensibilisation complémentaire au niveau de la population et du personnel des structures sanitaires.

La formation: renforcer l'expertise spécifique

Le but de la formation des accoucheuses locales est de déconseiller des pratiques nuisibles à la santé de la mère et de l'enfant du point de vue biomédical, de renforcer des pratiques favorables et d'améliorer certains aspects de leur travail.

L'introduction de nouvelles techniques du répertoire de la médecine moderne (port de gants, stérilisation) de même que l'enseignement des techniques de l'accouchement en tant que telles ne sont pas prévues dans la formation. En outre, nous n'envisageons pas la création d'un système parallèle et concurrentiel aux structures étatiques de santé ; nous voulons plutôt renforcer leur complémentarité et favoriser la collaboration entre les deux systèmes. L'accoucheuse locale est considé-

rée comme experte dans le domaine de l'accouchement normal. La formation la renforce dans ce domaine et vise à diminuer les risques d'un accouchement à domicile. Par contre pour le suivi des grossesses et les accouchements compliqués, le personnel de santé est jugé compétent.

Consultation prénatale : Dans les deux régions, une femme enceinte et une accoucheuse entretiennent souvent des rapports de parenté ou de voisinage. Pourtant la grossesse n'est pas le sujet de leurs entretiens. En général, une grossesse est cachée le plus longtemps possible pour éviter d'attirer le « mauvais œil » ou la « mauvaise langue » qui constituent un danger pour une grossesse. Une personne qui s'approche d'une femme enceinte pour discuter sur la grossesse est suspectée d'attirer le malheur. L'accoucheuse n'est appelée que lorsque le travail a commencé ou après l'accouchement, juste pour couper le cordon ombilical et administrer les soins à la mère et au nouveau-né.

La consultation prénatale (CPN), telle que pratiquée par la médecine moderne, permet de détecter une grande partie des grossesses à risque et, avec les mesures adéquates, de diminuer les risques liés à l'accouchement. Nous n'apprenons pas aux accoucheuses comment faire cette consultation prénatale, mais nous les conscientisons sur l'importance de cette consultation. Le centre de santé reste la structure compétente pour la CPN. Le fait d'accoucher à domicile, en présence d'une accoucheuse locale, ne doit pas empêcher les femmes enceintes d'aller à la CPN au centre de santé.

Hygiène : Dans les deux régions, les femmes accouchent sur la terre nue. Il y a un aspect symbolique ainsi qu'un aspect pratique dans cette manière de faire. En ce qui concerne le symbolique, les accoucheuses ont évoqué le contact direct de l'enfant avec la terre. « L'enfant vient sur terre, donc il faut qu'il soit en contact direct avec la terre qui l'accueille », nous explique une accoucheuse de Bokoro. Cette manière de fai-



Sensibilisation de la population après la formation des accoucheuses dans un village près de Maro.

re est pratique car elle évite de souiller des nattes et des draps et favorise le nettoyage. Des notions élémentaires d'hygiène sont transmises lors de la formation, telles que le lavage des mains avant de faire le toucher, l'utilisation des nattes, des tissus propres et d'un plastique comme alèse ainsi que l'utilisation des lames de rasoir neuves pour couper le cordon ombilical. Ces mesures visent à diminuer le risque de tétanos chez la mère et l'enfant.

Reconnaissance des complications : Les complications obstétricales, telles que l'hémorragie pré- et postnatale, la rétention placentaire, le travail prolongé ou dystocique, la (pré-)éclampsie et la mauvaise présentation ne sont pas forcément connues par les accoucheuses comme risque de mortalité. Souvent elles tripotent jusqu'à un stade alarmant avant de conduire une femme à l'hôpital. Au cours de la formation nous expliquons la reconnaissance des complications et nous insistons sur la nécessité de référer les femmes le plus tôt possible.

Pratiques favorables : La recherche sur les pratiques d'accouchement a mis à jour non seulement des risques, mais également des potentiels à valoriser et divulguer. Il n'y a pas d'objection, par exemple, aux positions assises et accroupies d'accouchement. Les accoucheuses musulmanes utilisent du fil et font un nœud avant de couper le cordon ombilical. Nous avons recommandé cette pratique également aux autres accoucheuses. Après l'accouchement, une accoucheuse musulmane s'occupe de l'accouchée et de son enfant pendant sept jours. Elle leur rend visite deux fois par jour et s'occupe des soins. Ce service ne pourrait jamais être assuré par les structures publiques. Un repos de quarante jours est accordé à la mère durant lequel elle ne quitte pas la concession, ce qui la libère des travaux fatigants tels que ramasser du bois, chercher de l'eau et le travail champêtre. Cette pratique se voit plus en ville qu'à la campagne et nécessite d'être revalorisée. Dans les deux régions, l'accouchée reçoit des bains chauds pendant plusieurs jours. Le cordon ombilical du nouveau-né est lavé deux fois et traité avec de l'huile chauffée. Ces pratiques ont fait

leur preuve et sont recommandées également par les sages-femmes et les médecins des hôpitaux.

Stage pratique : Après la première partie théorique de la formation, les accoucheuses rentrent chez elles et sont supposées appliquer ce qu'elles viennent d'apprendre. Lors du premier suivi, les formatrices évaluent le degré d'assimilation des nouvelles connaissances. Au cas où celui-ci est jugé bon ou satisfaisant, l'accoucheuse est acceptée pour un stage pratique de deux semaines à la maternité de l'hôpital de district. Là-bas l'accoucheuse accouche les femmes selon les recommandations de la formation sous la supervision d'une sage-femme diplômée.

Le travail avec la communauté : accepter les changements

Les changements que la formation veut introduire, même modestes, demandent à être acceptés non seulement par les accoucheuses, mais également par les communautés dans lesquelles les accoucheuses oeuvrent. Plus d'une fois nous avons entendu le propos « nous comprenons bien la nécessité d'accoucher sur une natte, mais est-ce que les femmes vont accepter de souiller leurs nattes ? » Pour faciliter aux accoucheuses l'application des innovations et la réduction des résistances, une sensibilisation intense et un dialogue avec la population, les maris sont indispensables. La tâche de sensibilisation incombe aux comités de santé (COSAN) constitués autour de chaque centre de santé. Les COSAN sont formés pour cette tâche. Après la formation des accoucheuses, chaque accoucheuse est accompagnée dans son village par le COSAN et les formatrices et une première sensibilisation a lieu. La sensibilisation aborde certains éléments de la formation comme la nécessité d'aller faire la CPN au centre de santé, les risques d'accoucher sur la terre nue, les avantages de l'allaitement maternel et de la vaccination des nouveau-nés ainsi que la rémunération des accoucheuses pour les services rendus.

A vrai dire, le dialogue avec la communauté, son implication dans la formation des accoucheuses,

commence bien avant cette sensibilisation : c'est elle qui choisit l'accoucheuse devant bénéficier de la formation. Afin de diminuer le risque que l'on nous présente une femme quelconque comme accoucheuse, nous passons dans chaque village, tenons une réunion avec les femmes et les autorités locales (chefs de villages, chefs religieux etc.) ; nous donnons les critères de choix et demandons aux femmes du village de nous indiquer leur accoucheuse. Les membres du COSAN, les délégué(e)s des villages, font fonction de guide pendant ce tour d'identification et sont chargés de nous communiquer le choix définitif des femmes.

Le travail avec le personnel de santé : comprendre la complémentarité

Les discussions avec les mères ont montré que le personnel de santé manque souvent d'empathie. Les femmes sont mal accueillies et ne reçoivent pas d'informations, par exemple sur le type, la nécessité et les effets secondaires des vaccinations. Bien souvent, l'assistance de l'infirmier ou de la sage-femme n'est demandée qu'en cas de problèmes, après que l'accoucheuse ait épuisé son savoir-faire et lorsque la femme en travail est déjà épuisée. A ce stade, l'infirmier ou la sage-femme sont eux aussi souvent incapables de venir au secours de la femme et l'on peut comprendre leur morosité par rapport à ces femmes « têtues ». L'idée d'une collaboration avec les accoucheuses locales est aussi innovatrice pour le personnel de santé comme pour les accoucheuses. Si une collaboration doit s'établir effectivement, le dialogue avec le personnel de santé est indispensable. Le fait que les accoucheuses soient formées et agissent en complémentarité avec le service de santé public et non pas en compétitivité avec celui-ci n'est compris ni des infirmiers, ni des sages-femmes dès le début.

L'infirmier responsable d'un centre de santé (partout des hommes dans notre cas) est chargé du suivi des accoucheuses formées. Il leur rend visite périodiquement (une fois par mois) et s'entretient avec elles sur leur travail. Le registre de

l'accoucheuse, dans lequel elle coche ses cas (nombre d'accouchements normaux, compliqués, décès et autres) ainsi que son propre registre lui servent de guide pour poser des questions. Pour préparer les accoucheuses à ces visites, l'infirmier est présenté aux accoucheuses au cours de la formation comme leur collaborateur direct. Les formatrices ne jouent que le rôle d'intermédiaire.

Résultats obtenus

Nous avons lancé cette formation à trois étapes (formation en groupe, suivi individuel à domicile, stage pratique à la maternité) et s'adressant à trois groupes d'interlocutrices et d'interlocuteurs (accoucheuses, personnel de santé, comité de santé et population) en 1998 d'abord dans les villages autour de cinq centres de santé. En 2001, après trois ans d'expérience, les tendances suivantes sont perceptibles :

Les accoucheuses s'approchent des femmes enceintes pour leur conseiller d'aller à la consultation prénatale. Elles reconnaissent les signes d'un accouchement compliqué et réfèrent les femmes au centre de santé ou à l'hôpital. Elles respectent de plus en plus des règles simples d'hygiène et abandonnent des pratiques néfastes. Les accoucheuses, qui avaient peur des infirmiers et sage-femmes auparavant, ne se cachent plus. Elles sont (re)connues et accompagnent les femmes aux structures de santé.

Le personnel de santé de son côté, qui était retissant au début, adhère à l'approche et collabore avec les accoucheuses. Le fait que le Ministère de la Santé Publique a déclaré la collaboration avec les accoucheuses comme une stratégie de prévention de la mortalité maternelle, a certainement favorisé l'esprit coopératif du personnel de santé.

Dans deux centres de santé de la région méridionale qui n'enregistraient pratiquement pas de femmes pour la consultation prénatale avant la formation, les femmes enceintes estimées de la zone qui viennent se consulter dépassent les cent pour-cents après la formation.



Photos : Susanne Enz Dia

Après la formation, l'accoucheuse est visitée chez elle. Zenoba, les yeux baissés, dans un village près de Gambir avec la formatrice.

Dans les trois autres centres de santé où le personnel de santé est irrégulier dans la prestation des services de la CPN et où les comités de santé sont moins dynamiques pour la sensibilisation, les chiffres obtenus ne donnent pas un bilan aussi satisfaisant. Néanmoins, cette expérience confirme notre hypothèse de la nécessité de la complémentarité des trois piliers de la formation. La formation des accoucheuses ne peut réussir qu'avec la collaboration du personnel de santé et l'engagement du comité de santé pour la sensibilisation.

Epilogue en 2004

Le travail avec les accoucheuses est élargi entre-temps sur l'ensemble des centres de santé des quatre districts et même au-delà. Le Ministère de la Santé Publique utilise le module de formation au niveau national.

**Le programme de la DDC est exécuté par le BASE (Bureau d'Appui Santé et Environnement), une ONG tchadienne. Saïnta Ndem Goidi (1961) est psychopédagogue de formation, une accoucheuse qui a appris de sa grande-mère et a reçu un recyclage à la maternité de l'Hôpital Central de N'Djaména. Au BASE elle est responsable de la formation des accoucheuses. Susanne Enz Dia (1965) est ethnologue et était conseillère du programme de 1996 à 2001. Contact : basen@intnet.td*

Über den konsequenten Einbezug einer Genderperspektive

Hundert Prozent Beteiligung

Die Beteiligung aller Frauen und Männer aller Schichten ist eine Grundvoraussetzung für die Versorgung mit sauberem Trinkwasser. Mit dem Konzept der hundertprozentigen Beteiligung ist Gram Vikas in Orissa, Indien, in der Förderung einer gleichberechtigten Entwicklung neue Wege gegangen.

Von Helena Zweifel*



Frauen wollen bei der Wasserversorgung und anderen Projekten mitbestimmen.

Es ist dunkel geworden, wir sind mit dem Auto unterwegs auf dem Weg zu Gram Vikas, einer indischen Entwicklungsorganisation im ländlichen Orissa. Wie wir um eine Kurve kommen, sehen wir plötzlich im Scheinwerferlicht, am Strassenrand aufgereiht, die nackten Hintern von Frauen, die hier ihre Notdurft verrichten. Mit dem Sari versuchen sie beschämt ihr Gesicht zu verdecken. Eine alltägliche Szene...

In 70 Prozent der Dörfer Indiens und in über 95 Prozent der Dörfer Orissas gibt es keine Toiletten, und Millionen von Mädchen und Frauen müssen bis zum Einbruch der Dunkelheit warten, ehe sie sich erleichtern können. Für Männer gilt diese Regel nicht. Trotz des Ausmasses des Problems und damit einhergehender Krankheiten wird das Bedürfnis nach einem «privaten Örtchen» in der Entwicklungszusammenarbeit kaum als Problem erkannt.

Eine 1991 von Gram Vikas durchgeführte Studie zu den Ursachen der Armut im ländlichen Orissa identifizierte als wichtigste verursachende Faktoren sehr hohe Morbidität und Mortalität und in der Folge geringe Produktivität und zunehmende Verschuldung. Über 80 Prozent der Krankheits- und Todesfälle können auf Krankheiten zurückgeführt werden, die durch verschmutztes Wasser verursacht werden: Durchfall, Ruhr, Krätze, Magen-Darm-Katarrh, Gelbsucht, Typhus und zunehmend Malaria.

Gram Vikas sah im Zugang zu sauberem Trinkwasser und sanitären Anlagen unmittelbaren Handlungsbedarf und entwickelte das Rural Health and Environment Program (RHEP). Auf Dorfebene wird ein Wasserversorgungssystem mit sanitärer Infrastruktur entwickelt, wobei jedes einzelne Haus aus dem zentralen Wassertank mit fliessendem Wasser und einer Toilette versorgt wird. Ein solches System kann jedoch nur nachhaltig funktionieren, wenn alle Familien im Dorfe mitmachen. Das zentrale Prinzip ist daher die hundertprozentige Beteiligung: Alle erwachsenen Frauen und Männer aus allen Kasten und sozialen Gruppen nehmen teil, jede Familie baut eine Toilette mit Bad und erhält eine individuelle

Wasserleitung. Zu den weiteren Prinzipien gehören die finanzielle Beteiligung aller am Stammkapital (Corpus Fund), die Teilung der Kosten (Beitrag der DorfbewohnerInnen: 30 bis 40 Prozent der Gesamtkosten), Stärkung der dörflichen Institutionen zur Umsetzung des Projekts und zum Management der Dienstleistungen und die Partizipation der Frauen.

Das überraschende Engagement der Frauen

Der erste Schritt – das gesamte Dorf zu motivieren, einzubeziehen und Konsens zu schaffen – ist auch der schwierigste. Gross sind die Unterschiede in indischen Dörfern zwischen Klassen und Kasten und die traditionellen Grenzen sehr rigide. Für die ersten fünf Dörfer der Pilotphase dauerte der Prozess der Mobilisierung der ganzen Dorfgemeinschaft fünf Jahre. Die meisten Mitarbeiter von Gram Vikas sind Männer, und so war es selbstverständlich, dass diese die Männer des Dorfes kontaktierten und mit ihnen verhandelten.

Dieses Vorgehen wurde nicht hinterfragt. Frauen galten als «nicht ansprechbar» wegen gesellschaftlicher Tabus oder wurden nicht beigezogen, da «sie dazu nichts zu sagen hätten». Sie nahmen auch kaum an den Versammlungen teil.

Doch zur grossen Überraschung der meist männlichen MitarbeiterInnen von Gram Vikas zeigte sich, dass jene Dörfer am ehesten und erfolgreichsten mitmachten, wo die Frauen aktiv wurden. Denn die Frauen sind sehr am erleichterten Zugang zu sauberem Wasser und an Toiletten interessiert. Frauen sind fürs Wassertragen verantwortlich, was oftmals lange Distanzen mit schwerer Last bedeutet. Wie bereits erwähnt ist die Vorschrift für Frauen und Mädchen, bis zum Einbruch der Dunkelheit zu warten und den Stuhl zurückzuhalten, für sie eine physische und psychische Pein. Hinzu kommen Probleme der Hygiene, insbesondere bei der Menstruation oder nach der Geburt, für viele Frauen mit gravierenden gesundheitlichen Folgen.

Die frauenspezifischen Bedürfnisse, insbesondere betreffend intimer Fragen im Zusammenhang mit dem weiblichen Körper und Sexualität, wurden nicht wahrgenommen oder in den privaten Bereich abgedrängt. Erst viel später wurde Gram Vikas darauf aufmerksam, wie viele Frauen an «Frauenkrankheiten» leiden und wie gross die Scham ist, darüber zu reden. Das Bedürfnis von Frauen nach der Abgeschlossenheit einer Toilette oder eines Badezimmers wurde kaum je verbalisiert und von Gram Vikas vorerst unbeabsichtigt aufgegriffen. Die Anknüpfung an praktischen Gender-Bedürfnissen erwies sich als wichtiger Motor für die aktive Teilnahme von Frauen an den Entwicklungsprozessen und letztlich auch für das Gelingen des Programms.

Empowerment der Frauen

Um Frauen vermehrt anzusprechen und in den gemeinsamen Prozess einzubeziehen bildete GV separate Frauen-Spar- und Kreditgruppen mit 10 bis 15 Frauen, die monatlich einen bestimmten Betrag sparten. Im Rahmen dieser Gruppen lernten Frauen neue Fähigkeiten und überschritten traditionelle Grenzen, wenn sie etwa selbst auf die Bank oder Regierungsbüros gingen. In diesen separaten Gruppen waren Frauen unter sich. Die Gruppen boten ihnen einen Ort, wo sie auch sehr private Dinge diskutierten, einschliesslich ihrer Gesundheit, gynäkologischen Problemen, Kinderpflege und Hygiene etc. Diese separaten Frauengruppen waren wichtig, um Frauen individuell und sozial zu stärken (ökonomisches und soziales Empowerment). Erst dadurch fanden sie auch einen Platz und eine Stimme in den gemischten Versammlungen und Entscheidungsprozessen.

Gleichzeitig musste der Dialog mit den Männern zum Thema Einbezug der Frauen kontinuierlich fortgesetzt werden. Der Einbezug der Frauen war wichtig aus Effektivitätsgründen, der Erfolg war letztlich davon abhängig, dass Männer und Frauen sich beteiligten. Die Vorgabe der hundertprozentigen Beteiligung wurde von der Dorfgemeinschaft nur zögerlich und z.T. auch wider-

willig befolgt, stiess jedoch kaum auf offenen Widerstand. Man war sich eher unbehaglich und fügte sich letztlich darin. Das Ziel des Projekts war die Schaffung gemeinschaftlich verwalteter Wasserversorgungssysteme und sanitärer Anlagen mit individuellem Anschluss, wovon alle profitieren würden (win-win). In der Schaffung von «uncontested domains» – Bereichen, wo Männer keine direkten Interessenskonflikte mit Frauen haben, sieht Jayapadma, Programmkoordinatorin bei Gram Vikas, einen Grund für den relativ reibungslosen Einbezug der Frauen auf Dorfebene.

Veränderungen

RHEP ist heute sehr erfolgreich und wurde 2001 mit dem «Most Innovative Projekt Award» des Global Development Networks der Weltbank geehrt. Das Modell funktioniert in über hundert Dörfern, wobei etwa 8000 Familien (etwa 40 000 Menschen) involviert sind, und es weitet sich stetig aus. Frauen spielen eine wichtige Rolle bei der «Werbung» für RHEP: So versuchen Frauen, die den Segen von fliessendem Wasser und Toiletten im Nachbardorf gesehen haben, ihre Männer zu überzeugen, oder junge Mädchen möchten nur in ein RHEP-Dorf heiraten.

RHEP hat wirkungsvolle Veränderungsprozesse und Energien in Richtung gleichberechtigter Entwicklung von Frauen und Männern ausgelöst. Strukturen und Bereiche wurden auf Programmebene geschaffen, die die gleichberechtigte Partizipation der Frauen und Männern begünstigten und die neue Bereiche für Frauen eröffneten, jedoch ohne den Einflussbereich der Männer zu schmälern. Heute wird die wesentliche Rolle der Frauen für das Gelingen des Programms von allen anerkannt und die Frauen haben im Prozess an Selbstvertrauen, Können und Respekt gewonnen.

Doch ganz gleichberechtigt ist die Beteiligung der Frauen noch nicht. Nach wie vor «übersehen» Projektmitarbeiter immer wieder die Frauen und ihre Bedürfnisse und reden allein mit den Männern. Frauen übernehmen eher dienende Funktionen und Routineaufgaben wie Putzen, Unterhalt-

Fotos: Helena Zweifel



100 Prozent Beteiligung heisst: alle Frauen und Männer nehmen an den Dorfversammlungen aktiv teil.

der Einrichtungen oder Einsammeln der Beiträge, während Aufgaben, die mit Verfügungsmacht verbunden sind wie die Verwaltung des Corpus Fund, fest in den Händen der Männer bleibt – in Anlehnung an die der traditionellen Rollenmuster. Der Einbezug der Frauen in Entscheidungsprozesse ist meist auf RHEP beschränkt: «Gram Vikas sagt dass wir Frauen einbeziehen müssen, um Entscheide zu machen, doch dies gilt nur für RHEP», erklärte ein Vertreter des Dorfkomitees. Soziale Probleme werden nicht oder nur zögerlich angegangen: zum Beispiel frühe Heirat, Gewalt in der Ehe, ungleicher Lohn, Eigentumsrechte für Frauen, etc. Obgleich Frauen zum Familieneinkommen beitragen, bleibt die Kontrolle beim männlichen Familienoberhaupt.

Für den konsequenten Einbezug einer Genderperspektive braucht es mehr als quantitative Vorgaben. Es braucht vor allem Sensitivität, Offenheit und das Bewusstsein, dass Frauen und Männer gleichwertig sind und gleiches leisten können. Eine der Schwächen des Programms ist mangelndes Genderbewusstsein bei den ProjektmitarbeiterInnen. In vielen Fällen wird die Beteiligung von Männern und Frauen und Frauengruppen im Dorfkomitee oder an den Versammlungen pro forma durchgeführt. Wie in den Dörfern beschränken die Mitarbeiter das Empowerment der Frauen auf das Projekt, ohne die eigenen Rollenbilder zu hinterfragen.

Der Genderprozess

Um wirksam und nachhaltig zu sein, muss eine Gender- und Frauenperspektive und die zugrunde liegenden Werte tief ins Wertesystem, ins Denken, in die Praktiken und Strukturen einer Organisation verankert werden. Gender muss in den Hauptelementen einer Organisation institutionalisiert werden, in Politik, Strategie, Strukturen, Prozesse, Kultur, Personalentwicklung, in Programmen und Projekten.

Gram Vikas hat im Herbst 2000 einem Genderprozess initiiert und hat sich weiterentwickelt. Eine zentrale Grundlage für einen konsequenten Einbezug einer Genderperspektive bildeten

die «Gender Learning Events», an denen die MitarbeiterInnen die eigenen Rollenbilder reflektierten und deren Auswirkungen auf die Projektaktivitäten diskutierten. Gerade die Mitarbeiter, die engen Kontakt zur Dorfbevölkerung haben, kommen aus der indischen Mittelschicht mit sehr traditionellen Hindu-Werten und Normen der strikten Unterordnung der Frauen. In den «Learning Events» begannen sie sich, Fragen der Gleichberechtigung der Geschlechter zu öffnen, einem Grundsatz, der in der indischen Verfassung seit 1947 verankert ist.

Wichtige Meilensteine im Prozess bildeten die Entwicklung und Verabschiedung einer Genderpolitik, der bewusste Einbezug von Frauen und Männern in die Planungs- und Evaluationsprozesse auf verschiedenen Ebenen und wiederholte Gender Learning Events auch zu methodischen Ansätzen und zur Entwicklung von Posters und Liedern zum Thema. Mit diesen Anlässen kann der Genderdialog lebendig erhalten werden. «Jetzt werfen an den Sitzungen auch die männlichen Mitarbeiter Fragen zu Gender auf», beobachtete Jayapadma, der früher als einziger Frau im oberen Kader diese Aufgabe zugeschrieben worden war. «Vorher hatten wir Programme, welche Frauen einbezogen, aber es gab keinen Fokus auf Gender und keine Gendersensibilisierung. Wir hatten einen eher zufälligen Ansatz. Heute ist das anders, schau nur meine neuen Posters an», und stolz zeigte mir Subrath eines seiner selbst gezeichneten Posters, auf denen Frauen und Männer gleichberechtigt teilnehmen und mit denen er Diskussionen in den Dörfern initiiert.

**Helena Zweifel, Ethnologin, ist Co-Geschäftsführerin von Medicus Mundi Schweiz (hzweifel@medicusmundi.ch). Von Oktober 2000 bis Juni 2001 begleitete sie im Auftrag der DEZA den Genderprozess bei Gram Vikas, einer indischen Basisorganisation, die primär mit der Urbevölkerung und anderen benachteiligten Gruppen im ländlichen Orissa arbeitet (www.gramvikas.org)*

Facing the effects of gender based inequality to women and children's health in Kosovo

Building up Health Competence

This article is focused on women's position in Kosovo society, addressing the obstacles that women and girls in Kosova face towards achieving equal fulfilment and enjoyment of their rights and the impact on their health and the health of their children. One example is described to point out the efforts of the Swiss Red Cross to influence women's health and indirectly their position in Kosovo's society.

By Afërdita Ademi and Fried Didden*

Foto: Ernst Libber, SRK



Frau und Junge in Roma-Gemeinde.

Kosovo is a small and landlocked territory in the centre of the Balkan Peninsula. Kosovo borders Macedonia, Albania, Serbia and Montenegro. Its area covers 10'877 km² and is at present divided into 30 municipalities. The capital city is Prishtinë / Priština. At the end of the Second World War, Kosovo was predominantly a rural society and 80 percent of the total population lived outside the cities. In 2000, it was estimated in a Living Standard Measurement Survey that still over 60 percent of the population lives in rural areas. Kosovo has still particularly large households. Most of the households have a single family but there are "multiple households" with 2 or 3 families living in one household.

The resident population in Kosovo is approximately 1.9 million inhabitants. In an ageing Europe, the population of Kosovo is an exception. The population is very young, with 33 percent of people being under 15 years of age. The level of the "active" population (between 15 and 64 years of age) is about 62 percent. The dependency ratio is high, largely because of the large proportion of people under 15.

According to the Living Standard Measurement Survey, 12 percent of the population is extremely poor and another almost 40 percent is poor. According to the World Bank, 12 percent of the population lives without any income, in a very difficult situation, poorly fed and dressed, living in an environment of poor public health services and low levels of education.

A major problem in Kosovo is the high unemployment rate, which has major social and economic consequences. The average monthly salary in Kosovo in a social-owned enterprise is approximately 60–120 Euro. Various sources estimate the current unemployment rate at about 55 percent, representing thus more than half of the working population.

Women: little autonomy, low literacy, high fertility...

Women share the burden of these harsh socio-economic conditions. The changing and diffi-

cult economic conditions have affected differently various groups of women. The proportion of men integrated into the labour force is double (60 percent) to that of women (30 percent). The picture is very clear that the women have no equal access to economic opportunities. In various municipalities, women claim that there is discrimination against them in applying for new jobs. Conversely men are much more closely identified with the public world, with the activities of waged work and the rights and duties of citizenship, while women are more identified to work at home and take care for household which brings them into the unequal economical and social situation.

This lack of these economic power opportunities heavily affects women's autonomy in the private and public sphere and curtails their ability to claim and enjoy their rights. Women and girls who depend entirely on male members of the family cannot attend schools against the will of the family, and have little saying in family or community matters. The most important duty of the women is the responsibility for household and domestic labour – for the care of children and the elderly.

In Kosovo, illiteracy is a gender issue. Women have a lower educational attainment than men in all age groups. This problem persists particularly in rural areas. There is no major difference between the inclusion of girls and boys in primary school. However, this changes in secondary and higher education, where 54 percent of the girls and 65 percent of the boys attend secondary schools, and 18 percent of the boys and 16 percent of the girls attend higher schools.

The fertility rate in Kosovo remains high, compared to the rest of Europe. Kosovo women have, on average, 2.7 children. Women give birth at brief intervals. The mean interval between successive births is two years. According to statements from the UNDP (2002), Kosovo women deliver too many babies in a very short time interval and have wrong eating habits during preg-

nancy. Based on a survey carried out by UNFPA in 1999, it was estimated that 5.4 percent of mothers were malnourished (insufficient calorie intake, lack of proteins). At the same time, maternal obesity was also high with 10.7 percent. Both aspects are affecting the health of mother and children. According to the survey done by UNFPA, the perinatal mortality rate (fetal and neonatal losses in relation to all infants born) was 33/1000. Maternal mortality ratio per 100'000 live births was 23 in the year according to a UNICEF Evaluation report.

The high rate of child and maternal death, the low use of contraceptives (around 20 percent of the women) and the high rate of abortions (officially 4.8 abortions in 100 live births) are the consequences of the lack of knowledge and access to healthcare services especially on reproductive and child health. Low use of contraceptives is obvious; there is a difference of use of contraceptives between women who live in the town and in the villages. Urban women use around 21 percent contraceptives.

Empowerment – the key to health

The inequality in education and socio-economic conditions and the still dominant patriarchal culture affects the health of the women and their children. Investing in education of women is an important condition to their future position, and health status.

Since 1999 the Swiss Red Cross is active in Kosovo. After the conflict the first goal of their presence was to relieve the most urgent needs of the population through emergency aid. In the first one and a half year much effort was put in reconstruction activities and giving aid to the suffering population.

After this phase the Swiss Red Cross continued with development programs. In 2000 the first steps were made in this new direction. The choice was made to concentrate the Swiss Red Cross activities on the low health status of the population and the reform of the healthcare system.

A project, through a partnership between the Red Cross of Kosovo and the Swiss Red Cross, in close collaboration with the Institute of Public Health, started in 2001 with the development of the project of Family Health Education Courses, being implemented throughout Kosovo. The aim of this project was to improve the public and professional capacities in promoting health, increasing health awareness, as well as change of behaviour in the community towards health. The project was completed at the end of 2003: more than 6'000 women and men were trained all over Kosovo, more than 100 trainers educated. The project will be continued by the Red Cross of Kosovo as one of its new strategies.

One of the important lessons learnt in the Family Health Education Courses project was to start new projects on a smaller scale (doing pilots) instead of implementing them on a national level and involving communities on a much broader scale. The capacity building and organisational development processes of partners should not be underestimated and are one important part of all projects and programs. These and other findings lead to the conclusion to put family medicine and family health into the centre of the future activities of the Swiss Red Cross in Kosovo in line with the National Health Strategy and strongly addressing the needs of the population for preventive reproductive health: family planning, contraception, antenatal, delivery and postnatal care, mother (parents) and childcare and abuse of women and children in the family.

In September 2003, the Swiss Red Cross made the decision to establish a new project, which was granted by January 2004 through the Swiss Solidarity Chain. Swiss Red Cross was officially invited to join meetings and to contribute to the discussions about the healthcare reforms and to implement a pilot project in the action plan of the Ministry of Health regarding the health goals of a healthy start in life; protection of young people; and increase of capacity of human resources in primary healthcare. A local Steering Commit-

tee was organised in September 2003. It decided for the project-implementation in two municipalities: Viti and Kacanik.

Within the planned project, empowerment of people, particularly women, improvement of their self-esteem and helping them to develop and use their physical, mental and emotional capabilities are the major objectives. The project intends to influence the attitude, knowledge and opportunities of Kosovo's population within preventive reproductive health. The project aims at building up health competence among the population. And, in the long-term, the project will contribute to the reduction of levels of discrimination against women and the increase of their opportunities.

The lessons learnt within these two pilot areas will be replicated in other areas and regions of Kosovo. The Ministry of Health, in cooperation with the municipalities and departments involved, will be in the position to draw clear conclusions from the pilot projects and replicate them in other parts of Kosovo.

Women in Kosovo's society are still vulnerable; gender-based inequality and discrimination exists on prominent level. As they have major negative effects on the health of the women and their children, they need the attention of the Government, local and International NGOs. The contribution of the Swiss Red Cross will hopefully improve the reproductive health status and position of women in Kosovo.

**Afërdita Ademi, a medical doctor specialised in family medicine, heads the SRC Health programme in Kosovo. A portrait of her, "Sensibilisiert für die Minderheiten", can be found in the SRC Magazine on www.redcross.ch. Fried Didden, Nurse and Social Scientist, is a Dutch working since two years in the SRC Health Programme in Kosovo. Contact: iz@redcross.ch*

Als Frau das Tabu Aids brechen

Der Test hat es bewiesen, HIV-positiv! Doch wer kann dieses Urteil aussprechen, wer es ertragen in Situationen, wo eine medizinische Behandlung aus finanziellen oder sonstigen Gründen unmöglich ist? Mit dieser Frage sieht sich auch die Communauté Evangélique au Kwango (CEK) in der DR Kongo und deren Gesundheitsdienst konfrontiert.

Die CEK ist Partnerkirche von mission 21. Sie ist eine der wenigen funktionierenden Institutionen im Kwango-Gebiet, dem Grenzgebiet zu Angola, das ungefähr der Grösse der Schweiz entspricht. Die Aidsrate in der DR Kongo ist im afrikanischen Vergleich sehr hoch. Die Lebenserwartung liegt bei rund 40 Jahren. Kinder und Jugendliche machen den grösseren Teil der Bevölkerung aus. Zahlen und Statistiken sprechen eine deutliche Sprache. Doch wer und wo sind die VirusträgerInnen? Wo sehen wir sie? Wo hören wir sie? Noch gesunde VirusträgerInnen leben solange normal in der Gesellschaft, bis sie als Aidskranke identifiziert werden. Dann verschwinden viele in der Isolation, in Spitälern, in Zufluchts- und Selbsthilfshäusern für betroffene und ausgestossene Frauen, im verstecktesten Winkel des Hauses. Immer mehr Frauen und Mädchen werden zu Krankenpflegerinnen im eigenen Haus, können sich aber mit niemandem darüber austauschen. Kulturell verankerte Tabus, moralische Schuldzuweisungen und der drohende Ausschluss aus der Gesellschaft verunmöglichen es, der Realität ins Auge zu schauen, weil sie für die Betroffenen nicht zu ertragen wäre.

In dieser Situation versucht die CEK ihre Einflussmöglichkeiten und das Vertrauen in der Bevölkerung zu nutzen, um durch Aufklärungskampagnen und eine Bewusstseinsveränderung die Verbreitung des Virus zu bremsen und gleichzeitig Aidsbetroffene zu begleiten. Dabei ist es ihr wichtig, eine Verbindung herzustellen zwischen den Kenntnissen und der Übertragung ins Alltagsleben – wie die von Yvonne Kambale Kavuo erzählte Geschichte eindrücklich darlegt.

«Das Erzählen meiner Geschichte hat mich von einer schweren Last befreit.»

Yvonne Kambale Kavuo ist Beraterin im HIV/Aidsprogramm bei der Eglise du Christ au Congo (ECC). Kürzlich hatte ich bei einem Besuch in Kinshasa die Gelegenheit, Yvonne's persönliche Geschichte zu hören und sie aufzuschreiben. Eigentlich bat ich sie, mir einen Rat zu geben, wie ich eine Person finden könne, die mir aus ihrem

persönlichen Leben mit der Krankheit Aids erzählen würde. Hier ihre Antwort:

«Du suchst etwas, was nur sehr schwer zu finden ist. Über Statistiken, Zahlen, medizinische Erkenntnisse und so weiter zu berichten ist sehr viel einfacher, als eine Person zu finden, die ihre persönlichen Erlebnisse mitteilen kann. Wenn Du möchtest, erzähle ich Dir meine Geschichte. Ich möchte aber, dass Du weisst, wie viel es mich noch immer kostet, darüber zu sprechen. Noch heute fühle ich mich so, als würde ich ein Stück meine Seele hergeben und empfinde eine grosse Leere und Traurigkeit in mir, wenn ich über das berichte, was mein Leben und meine Arbeit so grundlegend verändert hat.

Es war vor rund zehn Jahren, als ich während meines Aufenthalts in Nairobi einen Telefonanruf erhielt. Ich war damals tätig in einem HIV-Aidsprogramm, wo ich täglich Menschen, die mit dem HIV-Virus infiziert waren, medizinisch beriet, um ihnen aufzuzeigen, wie auch ein Leben mit dem Virus bei entsprechender Gesundheitspflege durchaus während zehn Jahren geführt werden kann.

Am Telefon war meine Schwester aus Kinshasa. Sie sagte: «Yvonne, ich bin HIV-positiv...»

Da war ich wie gelähmt. Ich konnte während einer Minute kein Wort hervorbringen, bis mich meine Schwester fragte: «Bist Du noch da, hast Du gehört, was ich Dir gesagt habe?» – Ich beruhigte meine Schwester und sagte ihr: «Das ist nicht so schlimm, Du kannst bestimmt noch zehn Jahre gesund weiter leben», und vieles mehr.

Ich versprach ihr, sie so bald als möglich zu besuchen.

Nachdem ich den Telefonhörer aufgelegt hatte, schloss ich mich in mein Zimmer ein und weinte bestimmt eine Nacht und einen Tag lang und fühlte mich während der folgenden Tage sehr elend. Jetzt, als es mich persönlich traf, empfand ich die Situation plötzlich völlig anders. Als ich meine Schwester nach knapp einem Monat in Kinshasa besuchte, erschrak ich sehr. Sie konnte nichts essen, ihr Gesundheitszustand war so schlecht, dass sie nur mit grosser Mühe ihre knapp zwei-



Foto: mission 21

«Erst vier Jahre nach dem Tod meiner Schwester war ich in der Lage, meine Geschichte jemandem zu erzählen.»
Yvonne Kambale Kavuo, Beraterin im HIV/Aidsprogramm bei CEK und beim Evangelischen Kirchenbund, Kinshasa.

jährige Tochter betreuen konnte. Niemand – ausser ihrem Ehemann und mir – wusste um ihre HIV-Infektion, sie konnte nicht darüber sprechen und hatte sich völlig zurückgezogen.

Nicht nur für meine Schwester war es unmöglich, in unserer Familie und im Freundeskreis darüber zu sprechen. Sogar ich selber konnte es diesmal nicht, obwohl ich in meinem Beruf täglich damit zu tun hatte. Das Tabu war eine undurchdringliche und unumgängliche Mauer. Deshalb entschloss ich mich trotz meiner beschränkten Möglichkeiten, sie – zusammen mit ihrer Tochter Sarah und ihrem Ehemann – in meiner Wohnung in Nairobi aufzunehmen. Während ich tagsüber zur Arbeit ging, konnte ihr Ehemann sein Studium am neuen Ort weiter führen, die kleine Sarah half meiner Schwester zu Hause über die Einsamkeit hinweg. Durch neue Kontakte zu Frauen, die ebenfalls Trägerinnen des HI-Virus waren, konnte sie sich aus ihrer Isolation befreien. Du hättest sehen sollen, wie sie aufblühte! Sie hat zugenommen, sie sah richtig gesund aus und war dicker als ich. Wir schöpften grosse Hoffnung und blickten zuversichtlich in die Zukunft...

Das weibliche Gesicht von HIV/Aids

HIV/Aids betrifft sowohl Frauen wie Männer, doch biologische Voraussetzungen und geschlechtsspezifische Normen, Rollen und Verhaltensweisen bestimmen die Infektion wie auch den Verlauf der Krankheit. Heute sind 47 Prozent der 36.1 Millionen Menschen, die mit HIV leben, Frauen, und ihr proportionaler Anteil nimmt zu. In Afrika südlich der Sahara sind 58 Prozent der HIV-Infizierten Frauen. Weibliche Teenager werden sechsmal öfters infiziert als ihre männlichen Kollegen. Die gesellschaftlich zugeschriebenen Rollen und Normen und ungleichen Geschlechterbeziehungen, zusammen mit Armut, Analphabetismus und Arbeitslosigkeit, machen Frauen verwundbarer. In den meisten Gesellschaften bestimmen Männer über das sexuelle Verhalten und können Frauen und Kindern ihren Willen aufzwingen. Zumeist ist die Stigmatisierung und Diskriminierung betroffener Frauen härter. Massnahmen im Kampf gegen HIV/Aids müssen auf spezifische Bedürfnisse von Frauen und Männern zugeschnitten

werden. Im Zentrum einer geschlechtsspezifischen Strategie stehen die Überwindung sozialer Hindernisse, die Frauen am Zugang zu Informationen und Gesundheitsdiensten hindern. Hinzu kommt die Förderung der sozialen Stellung, ökonomische Unabhängigkeit und Empowerment von Frauen, damit sie über ihre Gesundheit und Sexualität selbst bestimmen können. Eine Veränderung der Geschlechtsbeziehungen bedeutet auch Arbeit mit Männern, welche in ihrer Rolle als Entscheidungsträger wesentlich zu einer Veränderung in Richtung verantwortungsbewusstes Sexualverhalten und gleichbestimmte Sexualität beitragen können.

Weiterführende Informationen:

www.aidsfocus.ch – Gender

www.unicef.org – The Female Face of Aids

www.womanandaids.unaids.org – Global Coalition of Women and AIDS

www.icw.org – International Community of Women Living with HIV/AIDS

Doch es sollte anders kommen. Nach knapp einem Jahr verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand rapide. Sie musste öfters für längere Zeit im Spital bleiben. Neben meinen täglichen Besuchen im Krankenhaus kümmerte ich mich um meine kleine Nichte und meinen Schwager, der unter der Situation psychisch sehr litt. Meine schlaflosen Nächte, die Spitalbesuche und die kleine Sarah nahmen mich zunehmend in Anspruch, so dass ich an meinem Arbeitsplatz oft unkonzentriert und mit meinen Gedanken abwesend war. Ich wurde selber krank und verlor meine Stelle. Eines Abends, nachdem ich Sarah ins Bett gebracht hatte, sagte meine Schwester zu mir: «Yvonne, ich bin so glücklich und dankbar für die Zeit, die Du mir und uns geschenkt hast. Doch

ich habe eine grosse Sorge und möchte Dich noch ein letztes Mal um etwas bitten. Wenn ich sterbe, möchte ich, dass Du Dich an meiner Stelle um Sarah kümmerst.» Ich versprach es ihr. Da bat sie mich, zu singen und zu beten und nicht damit aufzuhören...

Sie lag in meinen Armen, im Nebenzimmer redete Sarah im Schlaf «Mama, Mama» und weinte, als meine Schwester starb.

Nach der Beerdigung fiel ich in eine tiefe Depression. Niemand wusste von der Todesursache. Die kleine Sarah hatte Angst, auch mich zu verlieren und hing deshalb so sehr an mir, dass ich sie überall hin mit nehmen musste, was meinen Alltag und meine Arbeitsfähigkeit sehr einschränkte. Ich habe uns während zwei Jahren mit Ge-

legenheitsjobs über Wasser gehalten, bis ich als Koordinatorin und Beraterin in meinem jetzigen Arbeitsfeld – dem HIV-Aidsprogramm in Kinschasa – einsteigen konnte.

Erst vier Jahre nach dem Tod meiner Schwester war ich in der Lage, meine Geschichte jemandem zu erzählen. Es war ein Pfarrer aus Deutschland, auf dessen Verschwiegenheit ich mich verlassen konnte, dem ich meine Geschichte zum ersten Mal anvertraut hatte. Er weinte. Das Erzählen meiner Geschichte hat mich von einer schweren Last befreit. Meine Schwester habe ich verloren; geblieben ist mir meine gesunde, inzwischen zehnjährige Nichte Sarah und eine Erfahrung, die mein Leben und meine Arbeit verändert hat. Heute komme ich bei meiner Arbeit mit verschiedensten Gruppen ins Gespräch. In Jugendgruppen und Seminaren werden Informationen über Prävention weiter gegeben und medizinische Fragen diskutiert. Wichtig ist mir aber, mit den Jugendlichen auch über soziale Fragen ins Gespräch zu kommen. Was heisst Sexualität für Männer, was für Frauen? Wie sind ihre Geschlechterrollen durch die Gesellschaft definiert? Das offene Gespräch über Treue und Moral, über Mythen, Zauberei, Bestrafung von Sünden etc. trägt bei zu einer Bewusstseinsbildung und Enttabuisierung des Themas Aids.

Wo sich Frauengruppen unter der Voraussetzung der absoluten Diskretion zum Thema Aids treffen, kommen mit erstaunlicher Offenheit ganz private und intime Gründe für ihre Ansteckung zur Sprache. Sie beschreiben gleichzeitig eine allgemeine Situation, die in der Familie und auch in der Öffentlichkeit nicht diskutiert werden kann. Oft lassen finanzielle und soziale Abhängigkeit, sexuelles Verhalten und Praktiken und sehr oft auch physische Gewalt einer Frau keine Wahl, selbst über sexuelle Kontakte zu entscheiden. Bei der Feststellung einer Ansteckung werden viele verstossen oder gemieden. Andere ernähren und pflegen infizierte Familienangehörige. Für all diese Frauen ist es ein grosses Bedürfnis, sich untereinander auszutauschen um aus ihrer Isolation heraus zu finden.

Es gibt eine grosse Kluft zwischen zwei Welten: der Theorie mit Statistiken und medizinischen Erkenntnissen einerseits und der persönlichen Betroffenheit andererseits. Heute versuche ich in meiner Arbeit, diese beiden Welten zusammen zu bringen und den vermeintlich «Unbetroffenen» verständlich zu machen, dass es um eine im Alltag präsenste Realität geht, die jede/n betreffen kann. In meiner Arbeit setze ich mich dafür ein, dass die Menschen befähigt werden, das Tabu zu brechen, damit sie sich der Realität stellen können, die unseren gesamten Kontinent zu verschlingen droht.»

*Das Gespräch mit Yvonne Kambale Kavuo hat Marianne Herrera, Mitarbeiterin in der Stabsstelle Frauen und Gender von mission 21, anlässlich ihres Besuches an der Frauenkonferenz der Afrikanischen Partnerkirchen von mission 21 geführt. Kontakt: marianne.herrera@mission-21.org. Vom 2. bis 11. Dezember 2004 werden Yvonne Kambale Kavuo und Emery Mpwate aus der DR. Kongo mission 21 in Basel besuchen. Sie sind daran interessiert, auch an anderen Anlässen in der Schweiz über ihre Arbeit zu berichten. Auskunft und Vermittlung: shabnam.barth@mission-21.org.

Fernsehen fördert die Gesundheit

Wissensmangel kann gefährlich sein, sogar tödlich, wenn es um Gesundheitsfragen geht. Zum Beispiel in Mauretanien, das eine der höchsten Müttersterblichkeitsraten in Afrika aufweist und wo jährlich 21 000 Kinder unter fünf Jahren sterben. Mit der Produktion von speziell auf Frauen ausgerichteter Gesundheitserziehungsmaterial will World Vision Mauretanien einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten.

Von Karin Rööfli*



Ein grosser Teil der Bevölkerung Mauretaniens hat Zugang zu Radio und/oder TV.

Die Islamische Republik Mauretanien hat eine Fläche von 1 030 700 km² und zählt ca. drei Mio. Einwohner. Zwei Drittel des Landes nimmt die Sahara ein. Trotz Bemühungen seitens der Regierung, das Gesundheitswesen zu verbessern, ist die Gesundheitsversorgung in Mauretanien ungenügend. Ein grosser Teil der Bevölkerung, vor allem in ländlichen Gegenden, hat keinen Zugang zu moderner Gesundheitsversorgung. Viele Infektionskrankheiten breiten sich aus, vor allem in der Nähe der Städte, wo auch sexuell übertragbare Krankheiten stark zunehmen. Im Süden machen die Malaria, die Bilharziose und der Guineawurm Probleme, im Norden sind Atemwegserkrankungen wie Tuberkulose häufiger. Die öffentliche Gesundheitsaufklärung ist marginal und das traditionelle Wissen oft von Mythen und Tabus geprägt.

Nur etwa 30 Prozent der Frauen in Mauretanien können lesen und schreiben und sich so selber informieren. Trotzdem haben die Frauen meistens die Rolle des Familiendoktors inne und entscheiden in vielen Fällen, was zu tun ist. Aber eine Mutter, die den Sinn und Zweck des Impfens nicht versteht, kann das Leben ihrer Kinder aufs Spiel setzen. Wer über Aids nicht Bescheid weiss, setzt sich und die anderen hohem Risiko aus. Falsche Vorstellungen über Malariaübertragung, über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Durchfall etc. können fatale Folgen haben. Für Fragen der Familienplanung ist die Frau auf die Zustimmung des Mannes angewiesen.

In Mauretanien stirbt eine von 16 Frauen an den Folgen einer Schwangerschaft. Ursache für über 80 Prozent dieser Todesfälle sind starke Blutungen, eitrige Infektionen, Ausbleiben der Wehen, Bluthochdruck. Eine traurige Tatsache ist, dass die meisten dieser Tragödien vermieden werden könnten. In Mauretanien gebären die meisten Frauen zu Hause. Einzige Unterstützung sind oft die Familienmitglieder oder andere Dorfbewohner. Bei Komplikationen sind diese überfordert. Schlimme Komplikationen treten bei etwa 15 Prozent der Geburten auf. Viele Frauen sterben

einen schmerzhaften Tod auf einer Eselskarre, unterwegs auf einem holprigen Weg ins weit entfernte Spital. Eine ausgebildete Hebamme hätte ihr Leben retten können. Leider ist in Mauretanien nur bei etwa 40 Prozent der Geburten eine Hebamme anwesend. Dazu kommt, dass schätzungsweise 72 Prozent der Frauen in Mauretanien aus traditionellen oder religiösen Gründen beschnitten sind, was oft die Ursache von Komplikationen bei Geburten ist.

Obwohl in Mauretanien viele Frauen nicht lesen können, hat doch ungefähr jede zweite Zugang zu Radio oder Fernsehen. Daher ist Gesundheitserziehung via Massenmedien nicht nur wirkungsvoll, sondern auch kostengünstig, um möglichst weite Teile der Bevölkerung zu erreichen. Dies geschieht mit Fernsehspots, Videos oder Radiosendungen, aber auch durch Poster und Plakate zu gesundheitsrelevanten Themen wie HIV/Aids, Malaria oder Rauchen. Wichtig ist dabei, die Programme und Inhalte auf Frauen anzupassen, um ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen. Wenn immer möglich, sind auch religiöse Würdenträger mit einzubeziehen, deren Aussagen viel Gewicht in der öffentlichen Meinungsbildung haben, vor allem bei sogenannten Tabuthemen wie HIV/Aids oder Beschneidung. Besonders attraktiv wirken Liveaufführungen mit lokalen Theater- und Musikgruppen zu bestimmten gesundheitsrelevanten Themen wie HIV/Aids, Hygiene, Tuberkulose oder Impfungen. Der Caravane de l'Espoir, ein mit Bühne und Leinwand ausgestatteter Lastwagen, der von Ort zu Ort fährt und dort seine Show aufführt, zieht grosse Menschenmassen an. Auf diese Weise können auf unterhaltsame und einprägsame Weise wichtige Informationen weitergegeben werden.

Wirkungsvoll sind auch Flipchart-Vorführungen für Frauengruppen in Dörfern, Gemeindezentren oder Gesundheitsposten. Frauen lernen dort Methoden zur Rehydratation, Familienplanung, Pränataler Kontrolle oder ausgewogener Ernährung kennen. Frauen, die an solchen Anlässen teilnehmen, haben viele Aha-Erlebnisse. Die Teilneh-

merinnen an einem von World Vision Mauretanien organisierten Training bestätigen dies: Oumou Diop, 20 Jahre, keine Kinder: «Ich habe gelernt, wie wichtig prä- und postnatale Kontrollen sind, und werde das umsetzen, wenn es soweit ist. Bisher haben wir auch gedacht, dass Malaria durch Körperausdünstungen weitergegeben wird. Wir wussten nicht, dass es durch Mücken übertragen wird.»

Safiyetou Diow, 30 Jahre, 8 Kinder: «Normalerweise riefen wir einen Heiler, wenn jemand Malaria hatte. Der gab uns ein Pulver, das wir mit Wasser mischen und dann trinken oder uns damit waschen sollten. Oder er schrieb etwas auf ein Papier, zum Beispiel «Gott beschützt» oder einen Koranvers. Diesen Zettel mahlten wir und tranken ihn mit Wasser oder trugen ihn in einem Lederbeutel um den Hals. Der Heiler wollte dafür natürlich Geld.»

Aissata Gueyw, 25 Jahre, 3 Kinder: «Heute wissen wir, dass wir uns und unsere Kinder mit imprägnierten Moskitonetzen gegen die Mücken schützen können. Wir wissen auch, dass es wichtig ist, unsere Häuser und die Umgebung sauber zu halten. Abfall und stehendes Wasser ziehen die Mücken an.»

Khadjetou Samba, 33 Jahre, 7 Kinder: «Ich habe immer geglaubt, dass ich mein Kind weder stillen noch ihm sonst etwas geben sollte, wenn es Durchfall hat. Nun weiss ich, dass das Gegenteil wahr ist. Ich muss es sogar häufiger stillen und ihm eine Rehydrations-Lösung geben. Auch das Wasser von gekochtem Reis hilft, den Durchfall zu stoppen. Das haben wir zu Hause und das kostet uns kaum etwas.»

Fatimata Ba, 40 Jahre, 8 Kinder: «Ich habe zwei Kinder wegen Masern verloren, zwei Söhne, drei- und vierjährig. Sie waren nicht geimpft. Ich bin traurig, dass ich damals nicht wusste, was ich heute weiss. Aber ich habe gelernt und kann Dinge heute besser machen.»

*Karin Rööfli ist Programmverantwortliche für Westafrika bei World Vision Schweiz. Kontakt: k.rooesli@worldvision.ch

Ignorant mothers?

Should we not be questioning our own approach rather than blaming mothers for not adopting recommended health practices?

By Helen Fielding*

For several years the annual reports and internal evaluations of the Terre des hommes (Tdh) mother and child health programme in Burkina have highlighted the same problems: “The mothers are ignorant.” – “The mothers are not interested.” – “The mothers don’t follow our advice.”

Although often presented as an incidental minor inconvenience, this is in fact a critical problem for a project based on the premise that the health of children is inseparable from the health of their mothers and that one of the best ways to improve the health of children is to “sensitise” their mothers concerning better health practices through health promotion activities.

Fortunately, rather than continuing to carry out more of the same activities, the health team is now taking the time to ask the questions: “Why are the mothers not interested?” – “Why don’t they follow our (internationally approved) advice?” – “What do they already know and why don’t they put this knowledge into practice?”

When asked the basic questions such as “who does what and when”, “who makes the decisions?”, “who controls the resources?”, the staff were unanimous that mothers in the project areas have a heavy workload, do not make decisions about taking children for health treatment and do not control resources to pay for health care. Many women have learnt the lessons taught by health workers but are not in a position to put this knowledge into practice.

Although the mothers play a crucial role in the daily care of their children and in first aid treatment with local remedies, it is usually their husbands who decide whether to allocate scarce resources to pay for the treatment of a sick child. The staff also admitted that the mother in law often has more influence on healthcare practices than the mother herself. Yet somehow they had dissociated this cultural knowledge from their activities as health workers and had continued to blame the mothers for the problems encountered by the project.

Once the link was made it became increasingly clear that health promotion activities aimed at

mothers to improve their health practices would not be effective unless the project also addressed fathers and mothers-in-law for, even if the mothers understood the message, they would often not be in a position to put it into practice unless the problems of resource allocation, cultural pressure and role allocation were also addressed.

Similar incoherences occur in many projects. Maybe this is because project staff have been used to operating in a certain way and have ceased to question the appropriateness of their actions in reality. Maybe it is due to the many competing priorities facing project managers or simply because of the lack of time to sit back and reflect on the underlying causes of problems we are addressing and on the real impact of what we are doing.

Sometimes it seems to be due to a divide between professional and private worlds. This was tragically illustrated recently during a Tdh planning



Who is the expert – the mother or the programme officer?

workshop in Guinea by an influential health official who, despite campaigning for an end to female genital mutilation in his professional capacity, was unable to stop the practice being carried out on his own daughter when she was sent to relatives for a holiday.

This problem is a typical example of the practical need to use a gender approach taking into account the socially ascribed roles, the different needs of men and women and the relation between them.

The Search for a Solution

Tdh seeks to use a gender approach in all its projects, but this is not easy to implement in practice. Gender is considered to be a cross-cutting issue but therefore runs the risk of becoming a forgotten issue. How does a country manager, expected to be a jack of all trades and all too often conscious of being master of none, integrate a gender approach into its projects in practice? Some practical ideas are described below, together with some of their advantages and disadvantages:

Gender Guidelines: An inter-departmental gender group set about the task of developing a practical tool in the form of guidelines¹ consisting of a short introduction to the subject of gender and two pages of questions to be used at key moments during the project cycle management process. This represents a first step towards ensuring the integration of this transversal issue but even these two pages may well be too long and complicated to ensure that busy managers use them. Conversely it was soon realised that more specific questions are needed for health and nutrition projects. At the moment it seems that the guidelines are a useful tool for an interested manager but will not necessarily be used by someone who does not already have an interest in gender.

Gender watchdogs and hats! Sometimes it requires as little as one person willing to act as “gender watchdog” and ask the right questions at the right moment to keep the project team aware



The participation of both women and men in project planning is important.

of the importance of viewing everything through a “gender lens”. At the most basic level the “watchdog” has only to ensure that the three or four relevant questions in the guidelines are asked (and answered!) at the appropriate moment. The watchdog concept however brings with it the danger of transferring the responsibility to one person when managers at all levels should be responsible for integrating a gender approach into their routine work.

This concept is a particularly practical way of ensuring that gender issues are included at key moments of the project cycle such as during planning workshops. To counteract the competing demands of other cross-cutting issues, “hats” can be allocated to different members of the planning team. These hats can be interchangeable to em-

phasise the hierarchical rather than thematic responsibility for implementation of transversal issues.

Ensuring real participation in planning: The participation of both men and women in project planning is also important. As senior project and local partner staff are often in the majority male (even in mother and child health projects in which the majority of lower level staff in the field may be women), this will probably mean consciously inviting women of appropriate professional background, social status and confidence. The aim of this is not to “be gender” as is so often jokingly said, but to include points of view which would otherwise not be heard and may be essential to the success of the project. This does not mean invit-

ing a “token” woman or women to justify decisions made by men. Nor does it mean, as an example reported from a health project in Burkina, electing women on to village committees to prepare the meal and clean the meeting room! Despite the difficulty in finding women in positions of responsibility, an effort needs to be made to invite suitable female representatives who should be encouraged to bring their unique point of view. This will call for particular sensitivity on the part of the moderator and may mean placing women who are in the minority together in one group where they have a better chance of expressing themselves rather than scattering them amongst different groups where their minority point of view is less likely to be voiced.

During a recent planning workshop for a Tdh nutrition project it was striking that, in spite a numerical majority of women, the discussions were dominated by a small number of men occupying higher positions in the social order. An attempt was made to allow the women to express their opinions by creating single sex working groups but in the plenary many of the women’s ideas were squashed by a minority of senior male doctors unused to having their authority questioned. Whereas it is important to take into account the views of both men and women, gender inequities in health cannot be ignored. For example, reproductive ill-health affects women more than men and women therefore need to have their voices heard concerning their priorities with regards to health needs. This is one small contribution to reducing gender inequity in health and health care and ensuring that those with the greatest need receive their fair share of resources.

Participation Simulation: During a recent planning workshop, after conducting a general problem analysis, the Tdh resource person acting as moderator divided the group into several smaller groups to conduct the same exercise from the point of view of different groups within the target community, attempting to get inside the skin of specific groups with differing priorities. The

result was of course several completely different analyses! Even though this was an artificial exercise, and in no way a substitute for real consultation of beneficiaries and partners, it brought home the importance of consulting different groups, men, women, girls, boys, elders, youth etc separately and the team left the workshop with new motivation for consulting the various members of the community in which they work.

Questions for Mainstreaming: If nothing else, then at least the three basic “mainstreaming” questions² need to be asked:

What is the “gender situation” (this needs to be specific to the community in the immediate project area and should include as a minimum who does what and when, who controls resources and makes decisions, gender roles and needs).

How does this situation affect our project? (For instance, if fathers and mothers in law are influential in the health of children in the project area then activities must be planned to include them).

How does our project affect the gender situation? (are we increasing an already impossible workload on women by expecting mothers to travel long distances to attend baby clinics or leave the rest of their families while caring for a hospitalised malnourished child?).

Begin with Ourselves: In the Tdh nutrition capitalisation workshop for the Asia region it was also highlighted that, when trying to integrate a gender approach, we have to begin with ourselves. A country manager without a clear understanding of, and commitment to, a gender approach, will find it difficult to integrate this in practice, or rather will find it easy to let this slip to the bottom of the pile of priorities. Partners who are asked to use a gender approach will sooner or later ask for proof that we are practising what we preach in our own organisations. This forces us to examine our own assumptions but can be a threatening experience.

Practical examples from Terre des hommes Field Experience

In Nepal a psycho-social, rather than a technical approach was taken to a pilot nutrition project in Kathmandu³ with an emphasis on actively listening to mothers and treating their situation in a holistic way. This study concluded that the first and most important factor influencing the nutritional status of children in urban Kathmandou was the position of women within the family and society. This was ranked before food security, access to water and use of health services. It was therefore essential to make gender a central theme.

It also underlined the importance of the relation between the health promoter and the care giver and of listening before giving advice. This is often particularly difficult for health workers who owe much of their status to their ability to provide solutions. It was found that the attitude of the female health workers often reflected their own distress when faced with a seemingly hopeless situation. There was a tendency to concentrate on “medical” information and practical services rather than psychological or social problems, often because they felt there was nothing they could do to “solve” the psychosocial problems. At least by offering a medical solution they felt that they were doing something useful or at least legitimising their own role.

The study also reveals that female health workers confronted with a reminder of their own difficulties can react with empathy, but just as often recoil in fear and resentment. It is therefore not enough to try to change the habits of health workers without giving consideration to their own needs in relation to the role they are expected to fulfil.

Tdh Nepal chose not just to integrate a psycho-social approach but to specifically use it as a work method – not just looking at social conditions as separate but accepting them as an integral part of the health project.

In breastfeeding counselling training carried out in Guinea for health personnel from the West

Africa region⁴, in addition to training in medical techniques, the emphasis was also on the approach used when counselling mothers. This involved making mothers feel at ease, showing empathy, reserving judgement, encouraging existing good practices, suggesting rather than ordering, and generally treating the mothers as people in their own right rather than mere tools for reaching their babies. This simple approach surprised even sceptical health workers who saw women, accustomed to being scolded for their poor health practices, open up to explain the reasons for their behaviour once they felt accepted by someone willing to listen to their real problems.

We haven’t yet found an ideal term for this approach “active listening”, “listen and learn” or “psycho-social approach”. In practice it has many similarities with a gender approach and, like gender, this needs to be treated as a transversal issue.

Recommendations for Managers

Don’t take the integration of a gender approach for granted. Even a cross-cutting issue needs specific attention to ensure its implementation in practice. This will include the necessary budget and time allocation for training to ensure that all staff are not only aware of the issues involved but have also adopted them as their own and are competent in this area.

Thus the importance of training and of real appropriation at all levels. This training must include practical ideas and concrete ways of including them in the everyday life of a project.

Encourage field staff to reflect on their cultural knowledge and bridge the divide between personal and professional worlds with regard to gender issues.

Give teams permission to critically reflect on the way in which they are carrying out their activities and whether this is really the best way to achieve their objectives. This involves accepting the fact that the technical message alone is not enough – more emphasis needs to be put on how this message is shared.

Photos: Fondation Terre des Hommes



Mothers are people in their own right rather than mere tools for reaching their children.

Provide field managers with simple tools and ideas which can be integrated into existing systems and will not involve a large amount of additional work.

In order for these tools and ideas to be effective, they need to be situated in a context in which gender is seen as a mainstream institutional priority, permeating all decisions at all levels.

Although we still have a long way to go, Tdh is beginning to try to put these ideas into practice. As a result, health project staff in Burkina are already less likely to attribute difficulties in achieving project objectives to “ignorant mothers”, and more likely to question their own approach to finding the most appropriate solution.

*Helen Fielding, Programme Manager West Africa,

Fondation Terre des hommes, Lausanne. Contact : helen.fielding@tdh.ch.

Notes:

- 1 Gender Guidelines: see www.tdh.ch (services, download).
- 2 These questions are more usually associated with the mainstreaming of HIV/AIDS. See for example SDC documents for mainstreaming of HIV/AIDS.
- 3 Unravelling Malnutrition. Challenges of a psycho-social approach. Barbara Weyermann.
- 4 WHO/Unicef 40 hour training for Breastfeeding Counsellors

Gleichberechtigung – der Schlüssel zur Armut- reduktion

Ob es um Aids in Südafrika, Brunnen in Tansania, häusliche Gewalt in der Ukraine oder Genitalverstümmelung in Ägypten geht: Projekte haben die grössten Erfolgsaussichten, wenn Genderaspekte systematisch in die Planung einbezogen werden. Die DEZA hat deshalb eine umfassende Genderpolitik verabschiedet, die sowohl Frauen als auch Männern zugute kommt.

Von Maya Tissafi*

«77 Prozent der mit HIV infizierten 15- bis 24-jährigen SüdafrikanerInnen sind Frauen. 62 Prozent von ihnen glaubten, dass die Chance sich anzustecken, ziemlich klein wäre.» – Die im Sommer von der Wits University veröffentlichte Studie schockiert. «Jede vierte Südafrikanerin zwischen 20 und 24 Jahren ist HIV positiv, bei den Männern sind es jeder sechzehnte», fasst die Studie die geschlechterspezifischen Unterschiede zusammen.

Heute sind weltweit Kinder und Frauen am meisten von HIV/Aids betroffen. Aufklärungskampagnen und Kondomabgabe haben in verschiedenen Ländern bemerkenswerte Erfolge gezeigt. Gendersensitive Interventionen, zum Beispiel die Sensibilisierungsarbeit mit männlichen Jugendlichen oder die Stärkung der Mädchen und Frauen (Empowerment) sowie die Förderung von Bildung und die Schaffung von Einkommensmöglichkeiten sind Beispiele dafür, wie die Internationale Zusammenarbeit ihre lokalen Partner dabei unterstützt, die Epidemie einzudämmen.

«Viele HIV infizierte Männer im südlichen Afrika glauben daran, dass der Sex mit einer Jungfrau ihre Krankheit heilen kann», sagt die Schulleiterin in einem von der DEZA unterstützten Projekt. «Dies führt zu sexuellen Übergriffen an Schulkinderinnen. Wir thematisieren diese Mythen in der Schule und versuchen in getrennten Gruppen mit Mädchen und Jungs über Gewalt zu diskutieren.» Die Schulleiterin ist sich sicher, dass Initiativen nur erfolgreich sind, wenn sie nach den Rollen und Aufgaben von Männern und Frauen fragen, wenn sie deren soziale und ökonomische Situation beleuchten und kulturelle Stereotypen hinterfragen.

Konsequente Genderpolitik

Trotz Fortschritten ist die Diskriminierung von Frauen noch immer die weltweit am meisten verbreitete Form der Ausgrenzung. Die ungleichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen und ihre ungleiche Beteiligung an Entscheidungen gehören zu den strukturellen Ursachen sozialer und politischer Instabilität, die zu Armut

führen. Zahlreiche Entwicklungsprojekte sind gescheitert, weil sie unterschiedliche Rollen und Aufgaben von Männern und Frauen nicht berücksichtigten. Dies verdeutlicht auch ein Projekt des UNDP (United Nations Development Programme) in Ägypten: «Heute gibt es in Ägypten Dörfer, in denen die Genitalverstümmelung von Mädchen vollständig aufgegeben wurde», erklärt Laila Benassi vom UNDP nicht ohne Stolz. Dieser Erfolg ist einem umfassenden genderspezifischen Programm zur Eindämmung der Genitalverstümmelung bei Mädchen (Female Genital Mutilation FGM) zu verdanken, an dem die ägyptische Regierung massgeblich mitwirkte. Bevor sich Erfolge einstellten, brauchte es allerdings ein Umdenken bei den Projektverantwortlichen.



Einweihung des neuen Brunnen, die tägliche Arbeit wird von Frauen verrichtet (Tansania).

Die Genitalbeschneidung bei Mädchen ist in Oberägypten eine tief verwurzelte Massnahme zur Diskriminierung von Frauen. «Weil vor allem sie betroffen waren, arbeiteten wir am Anfang nur mit Mädchen und Frauen zusammen», erinnert sich Benassi. Die Sensibilisierung von Frauen führte aber nur zu einer beschränkten Eindämmung von FGM, denn oft sind es die Männer, die darauf bestehen, dass ihre zukünftige Frau beschnitten ist. Diese Erkenntnis führte zum Einbezug der Männer in das Programm – und zum Erfolg: «Durch die Arbeit mit ihnen und der ganzen Familie konnten wir nachhaltige Verbesserungen verzeichnen.» Durch die Eindämmung von FGM werden zahlreiche Frauen vor dem Tod oder vor lebenslangen gesundheitlichen Problemen bewahrt. Das hat selbstverständlich positive Auswirkungen auf die Familien und auf das gesamte wirtschaftliche und soziale System.

Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) hat die entsprechenden Konsequenzen gezogen: Die reinen Frauenförderungsprogramme, wie sie als Antwort auf die allgegenwärtige Benachteiligung der Frauen während der Uno-Frauendekade (1976–1985) entwickelt wurden, wurden abgelöst durch eine umfassende Gender- und Gleichstellungspolitik. Der Genderansatz nimmt das Machtverhältnis zwischen Frauen und Männern ins Visier und betrachtet Probleme (Einkommensförderung, Landwirtschaft, Verwaltungsstellen für Frauen) nicht mehr isoliert. Genderanliegen müssen konsequent in alle Bereiche der DEZA-Programmplanung einbezogen werden. Ein entsprechendes Instrument zur Umsetzung der Genderpolitik, das Toolkit «Gender – Gleichstellung in der Umsetzung», steht bereit. Die Umsetzung selber hängt aber noch stark von der Sensibilität der einzelnen MitarbeiterInnen ab.

Gendersensitive Bestandesaufnahme

In den meisten Gesellschaften spielen Frauen und Männer zu Hause, in ihrer unmittelbaren Gemeinschaft und im breiteren gesellschaftlichen Kontext unterschiedliche Rollen. Oft



HIV-AIDS Präventionsarbeit mit LehrerInnen und MultiplikatorInnen (Tansania).

können Frauen oder Männer aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit, aufgrund von Ausbildung, Mitspracherecht oder finanzieller Situation, nicht die Rollen einnehmen, die sie möchten. Deshalb ist als erster Schritt jeder Planung eine genderbewusste Analyse des Kontextes unabdingbar. Das Toolkit hilft, das richtige Analyseinstrument auszuwählen.

Eine derartige Bestandaufnahme in der Ukraine hat aufgezeigt, dass sich die ökonomische und soziale Situation der Männer in den letzten Jahren massiv verschlechtert hat. Viele Männer sind arbeitslos und haben ihre Rolle als Ernährer der Familie verloren. Dieses «Versagen» hat zu einer starken Zunahme von Alkoholproblemen und von häuslicher Gewalt gegen Frauen geführt. Nicht zuletzt die betroffenen Frauen haben deshalb gefordert, dass ihre Männer aktiv in Projekte einbezogen werden, weil sie sich da-

von eine Verbesserung ihrer Situation erhofften. Der Einbezug der Männer wirkt zudem als präventive Massnahme gegen die Abwanderung in die Städte und trägt dazu bei, die oft mit Migration verbundene zusätzliche Belastung der Frauen als Haushaltsvorstände zu verhindern.

Frauen müssen mitentscheiden

Gender Mainstreaming, die durchgängige Berücksichtigung der Geschlechterperspektive, umfasst genderspezifische Programme (FGM, Kindersoldaten), genderbewusste Organisationen, aber auch Gender als integralen Bestandteil aller Planungsphasen, wie ein Beispiel aus Ostafrika verdeutlicht:

Im tansanischen Kilomberodistrikt stellte sich während einer Analyse der Wassersituation für ein Cholera-Projekt heraus, dass Brunnen ausgetrocknet waren, die erst drei Jahre zuvor von einer

US-amerikanischen Organisation gebaut worden waren. Für Esther Mambulu, die Mitbegründerin des örtlichen Frauenkomitees, ist der Fall klar: «Der Standort der Brunnen wurde zwar gemeinsam mit dem Dorfkomitee bestimmt. Im Komitee sassen aber nur Männer, und die haben den Standort der zu bauenden Brunnen aufgrund geographischen Kriterien festgelegt.»

Mambulu verdeutlicht, dass dies nicht genügt: «Die Bodenbeschaffenheit ist an vielen Orten schlecht. Wir Frauen wissen genau, wo der Boden besser ist und wo schlechter. Schliesslich sind wir für das Wasser holen zuständig.» Wenn die Frauen keinen Brunnen haben, graben sie eigenhändig nach Wasser. «Die meisten

von uns kennen die ergiebigeren Plätze, manchmal sind sie nur hundert Meter von den ausgetrockneten Brunnen entfernt», sagt sie. Mit der Formulierung von Genderindikatoren und nach Geschlecht differenzierten Zielsetzungen für die neue Phase des Projektes sowie mit dem Einbezug von Frauen ins Dorfkomitee können solche Fehler verhindert werden.

Überzeugungsarbeit geht weiter

Mit der Verabschiedung einer neuen Genderpolitik im vergangenen Jahr hat die DEZA-Direktion gezeigt, dass ihr die Umsetzung des Gender Mainstreaming ein Anliegen ist. Unterstützt wird die Umsetzung durch das Toolkit «Gender-

Gender-Gleichstellung. Ein Schlüssel zu Armutsbekämpfung und nachhaltiger Entwicklung

«Die neue Genderpolitik der DEZA stellt sicher, dass alle DEZA-Interventionen die Möglichkeiten von Frauen und Männern, ihre Rechte gleichermaßen wahrzunehmen, verbessern. Frauen und Männer sollen gleichberechtigt vom Nutzen der Entwicklung profitieren und ihn in gleichem Masse kontrollieren können. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Fähigkeiten von Frauen und Männern gestärkt werden. Dies wird Frauen und Männern ermöglichen, sich auf allen Ebenen konstruktiv und engagiert am sozialen Veränderungsprozess zwischen den Geschlechtern zu beteiligen.»

Gender Politik der DEZA, erhältlich in deutsch, französisch, italienisch, englisch und spanisch (2003).

Gender-Gleichstellung in der Umsetzung. Eine Arbeitshilfe für die DEZA und ihre Partner

«Dieses Toolkit ist als Hilfe für PraktikerInnen gedacht, damit sie im richtigen Moment die richtigen Fragen stellen und die Gender-Anliegen in den verschiedenen Etappen der Entwicklungsprogramme einbezogen werden können. Auf den einzelnen Papieren werden viele Fragen gestellt. Es geht aber nicht so sehr darum, alle zu beantworten. Vielmehr soll damit sicher gestellt werden, dass das Personal der DEZA und ihre Partner die wichtigen Fragen nicht ausblenden und ihre Fähigkeiten bei der Gender-Planung und beim Gender-Monitoring verbessern können. Die Fragen sollen vor allem das Gender-Bewusstsein unter den Angestellten und den Partnern schärfen.»
Toolkit, erhältlich in deutsch, französisch, englisch und spanisch (DEZA, 2003). Bestellungen: info@deza.admin.ch oder DEZA-Verteilzentrum, Tel. 031 322 44 12.
Downloads und weitere Informationen: www.deza.admin.ch (Themen: Gender-Gleichstellung)



HIV-AIDS Prävention mit männlichen Jugendlichen (Tansania).

Gleichstellung in der Umsetzung», das in zweijähriger Zusammenarbeit mit den Koordinationsbüros entwickelt worden ist. Es dient dazu, Gender als übergreifendes Thema systematisch in alle Schritte eines Programm-Managements zu integrieren. Es stellt Schlüsselfragen für die Analyse des jeweiligen Kontextes, für die Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Partnerorganisationen oder für die Berücksichtigung von Gender in thematische Bereiche wie Wasser oder Landwirtschaft.

Trotzdem gibt es innerhalb der DEZA und ihrer Partnerorganisationen noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten, bis die Genderpolitik umfassend angewendet wird: Noch immer werden wichtige Dokumente verabschiedet, in denen Genderaspekte mit keinem Wort erwähnt werden, oder Partnerorganisationen werden ausgewählt, obwohl sie Genderaspekte in ihrem Programm zu wenig berücksichtigen.

Die Integration von Genderaspekten ist also nicht nur zentral für die Programme im Süden und Osten und nicht nur ein zentrales Problem der Frauen. Die DEZA und ihre Partner müssen sich des-

halb noch stärker dafür engagieren, innerhalb ihrer eigenen Strukturen gendergerechte Abläufe zu institutionalisieren und eine Organisationskultur zu schaffen, in der Frauen und Männer gleiche Chancen haben, diese Kultur mit zu prägen. Welche Aspekte dabei berücksichtigt werden sollten, zeigt das Toolkit auf. Soll die Umsetzung aber erfolgreich sein, braucht es neben den entsprechenden Strategien und Handbüchern auch den politischen Willen. Nur wenn Frauen und Männer sich gemeinsam für eine gerechte Welt einsetzen, kann die Kluft zwischen Arm und Reich verkleinert und die Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen verbessert werden.

**Maya Tissafi ist stellvertretende Leiterin der Sektion Gouvernanz und Verantwortliche für Gender Mainstreaming in der DEZA. Dazu gehört die Beratung der einzelnen Länderbüros, der thematischen, multilateralen, geographischen und humanitären Sektionen in der Schweiz, die Ausbildung von MitarbeiterInnen und Partnerorganisationen und die internationale Vertretung der DEZA zu Genderthemen. Kontakt: maya.tissafi@deza.admin.ch.*

Einblick in einen Frauenbetrieb der Gesundheitszusammenarbeit

IAMANEH und die Frauenperspektive

IAMANEH Schweiz ist ein auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit spezialisiertes Hilfswerk mit Frauen und Kindern als Zielgruppe. Was genau ist frauenspezifisch an IAMANEH? Wie konsequent und bewusst wird bei der Arbeit die Frauenperspektive eingenommen? Beim Aufarbeiten unserer Entstehungsgeschichte stossen wir auf eine reine Männerwelt mit einer aus heutiger Perspektive paternalistischen Sichtweise. Heute ist IAMANEH ein reiner Frauenbetrieb. Wann kam die Wende?

Team von IAMANEH Schweiz*

Standpunkte, Strossrichtungen, Strategien

Gehen wir zurück zu den Anfängen von IAMANEH: Hubert de Watteville, seines Zeichens Professor der Gynäkologie und vor 26 Jahren Gründer von IAMANEH, hat Weltruhm erlangt, indem er vielen berühmten Frauen zum Mutterglück verholfen hat. Seine Methoden, zum Beispiel Hormonbehandlung oder Verschliessen des Muttermundes, waren dazumal sensationell. Prominente wie Sofia Loren, Farah Diba, Brigitte Bardot oder Liselotte Pulver konsultierten ihn, und Frauen von arabischen Prinzen standen bei ihm Schlange.

Professor de Watteville hatte aber noch einen anderen Traum: Er wollte die wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritte im Norden auch den Müttern und Babies im Süden zugänglich machen. Professionelle Organisationen des Nordens und des Südens sollten zusammenarbeiten, um Gesundheit für alle zu erreichen. Dies gab den Anstoss zur Gründung der International Association for Maternal and Neonatal Health (IAMANEH).

Sexuelle und reproduktive Gesundheit – eine Frauensache?

Dass IAMANEH Schweiz heute als reiner Frauenbetrieb dasteht, ist Zufall, und dennoch: Die Thematik der sexuellen und reproduktiven Gesundheit spricht vorwiegend Frauen an. Diesem Bereich kam und kommt aus der Frauenperspektive ein besonderer Stellenwert zu, denn biologische und soziokulturelle, individuelle und gesellschaftliche Aspekte sind hier exemplarisch eng verflochten. Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist der Körper der Frau in stärkerem Ausmass als jener der Männer nicht nur «privater», sondern auch «öffentlicher» Ort. Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Mutterschaft sind überall auf der Welt durch gesellschaftliche Normvorstellungen stark geprägt. Im familiären und partnerschaftlichen Verhältnis kommen geltende Machtstrukturen zum Tragen – meistens zu Ungunsten der Frauen.

Diese Aspekte erklären zum Teil, warum sich nach Jahren der Männerdominanz bei IAMA-

NEH mit der Einstellung einer Frau als Geschäftsführerin 1996 und dem kontinuierlichen Ausbau der Organisation mit weiblichen Fachkräften eine Frauenperspektive durchsetzen konnte. Entsprechend wurden im Leitbild von IAMANEH die bewusste Auseinandersetzung mit der Gender-Thematik sowie die Förderung und Stärkung der Frauen und Mädchen im gesellschaftlichen und familiären Kontext als zentrale Arbeitsgrundsätze festgehalten. Diese «andere» Sicht der Dinge schlägt sich in inhaltlicher Weise in den Projekten, aber auch bezüglich der Arbeitsansätze nieder. Durch die persönliche Erfahrungs- und Erlebniswelt besteht eine differenziertere Sensibilität für Themen, die Frauen und Kinder betreffen. So entstehen andere Gewichtungen beim Aufgreifen von Themen und beim Angehen von Gesundheitsproblemen.

Themen, die die eigene Lebenswelt als Frauen und Mütter betreffen, gehören im Team zu den alltäglichen Gesprächen; der Übergang von privaten Themen zu jenen unseres beruflichen Alltags ist fließend. Dies mag ein Grund dafür sein, dass die Schwelle, uns in andere Frauenbiografien und Lebensvorstellungen einzudenken, relativ niedrig ist. Dass IAMANEH heute die Themen vernetzter, integrierter und ganzheitlicher angeht, mag einerseits mit dem Prozess, der allgemein in der Entwicklungszusammenarbeit stattgefunden hat, zusammenhängen. Andererseits nehmen die Projektverantwortlichen aufgrund ihrer eigenen weiblichen Biografie die Bedürfnisse der Zielgruppen differenziert wahr.

Eine wichtige Erfahrung ist, dass Frauen aus Ländern, in denen Körper und Sexualität stark tabuisiert sind, sich Frauen gegenüber zu diesen Themen eher äussern als gegenüber Männern.

Mit unterschiedlichen Lebensrealitäten jonglieren

Die kritische Frage, wie dicht wir wirklich an die Bedürfnisse und Alltagsorgen von unseren Zielgruppen herankommen, müssen wir uns trotzdem stellen. Trotz der Gemeinsamkeit des Frauseins könnten die Lebensrealitäten zwischen uns und



Foto: Edith Thomson, IAMANEH Schweiz

Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist der Körper der Frau auch ein "öffentlicher" Ort.

den Frauen aus Mali oder Burkina Faso nicht unterschiedlicher sein. Die grosse Spannweite von Lebenskonzepten und Alltagsrealitäten machen hier wie dort das wirkliche Verstehen schwierig: Wie weit versteht unsere malische Koordinatorin – studiert, weltgewandt, gewollt alleinstehend, Kaderfrau in einer von Männern dominierten Welt – ihre Landsfrauen, die weder lesen noch schreiben können, die nie gross über ihr Dorf hinausgekommen sind, deren Interesse vor allem der Deckung des Lebensunterhalten für den heutigen Tag gilt?

In den Projekten muss es primär darum gehen, die Anliegen der Zielgruppen – Frauen oder Männer – ernst zu nehmen; dies bedeutet auch, kulturelle und gesellschaftliche Realitäten zu respektieren, die sich unserem westlich geprägten Rollenverständnis entziehen können. Zentral ist und

bleibt das Ziel unserer Projekte, die Gesundheit von Frauen und ihren Familien zu verbessern. Um dies zu erreichen, arbeiten wir eng mit lokalen Nichtregierungsorganisationen zusammen, die in Mali üblicherweise von Männern geleitet werden. Frauen finden sich selten in Führungspositionen. Die Projekte andererseits geben Frauenanliegen und der Frauenperspektive ein besonderes Gewicht. Bei der Umsetzung der Aktivitäten ist es wichtig, die Auswahl der Animatoren und Animatorinnen eng zu begleiten. Eine der Grundfragen muss sein: wer redet mit wem über was? Dazu gelten Kriterien wie Bildung, Mobilität, die oft den Ausschlag bei der Auswahl der Mitarbeitenden geben – und dies meist zu Ungunsten der Frauen. Die Unterstützung von Frauengruppen via Kleinkredite ist ebenfalls ein wesentliches Instrument, um die Frauen an der Basis zu stärken und so ihre Eigenständigkeit und die Möglichkeit, ihre Meinung zu äussern, massgeblich zu fördern.

Die Frauenperspektive im Süden muss sich an den dortigen gesellschaftlich-kulturellen Gegebenheiten orientieren. Eine Frauenperspektive einzunehmen bedeutet, die bestehenden Machtverhältnisse zu analysieren und zu hinterfragen und sie allenfalls für die eigenen Ziele zu nutzen. Entsprechend werden die Männer und insbesondere Entscheidungsträger für uns eine immer wichtigere Zielgruppe bilden. Viele Ziele können wir nur mit ihrer Einbindung in die Verantwortung erreichen. Es ist denn auch nicht erstaunlich, dass die Frauen in unseren Projekten darauf drängen, dass auch die Männer durch vermehrte Informationsarbeit zu Themen der reproduktiven Gesundheit und die damit verbundenen Bedürfnisse von Frauen sensibilisiert werden.

Ein gut funktionierendes Frauenteam

Was Aussenstehende immer wieder erstaunt: Der IAMANEH-Betrieb mit neun Frauen funktioniert ausgezeichnet. Ein Grund dafür ist sicher, dass alle Teilzeit arbeiten. Studien zeigen, dass Betriebe mit Teilzeitbeschäftigten höhere Arbeitszufriedenheit und Produktivität, weniger

Absenzen und Fehlzeiten, geringere Fluktuation und höhere Effizienz feststellen. Dies wiegt allfällige Kosten, beispielsweise für den teilweise ungenutzten Arbeitsplatz oder den höheren Aufwand für Personaladministration, mehr als auf. Zudem wird der Betrieb als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen. Die Identifikation mit dem Betrieb ist entsprechend hoch. Lebenskonzepte mit Aufteilung von Erwerbs- und Familienarbeit sind möglich – dies auch mit einer anspruchsvollen Stelle.

Der Spagat zwischen Familien- und Berufsverantwortung stellt aber für die meisten von uns eine spezielle Herausforderung dar. Nicht selten ist er mit hohem Stress und Raubbau an der eigenen Person verbunden. Der Druck, den nach wie vor geltenden Ansprüchen und Werten im Berufsleben wie auch im Familienleben gerecht zu werden, ist enorm. Als Teilzeitarbeitende spüren wir von aussen manchmal unausgesprochene Vorbehalte gegenüber unserer Professionalität.

Auf Vorstandsebene, vorwiegend eine Männerdomäne, sickert das paternalistische Verhalten mit seinen positiven und negativen Seiten immer wieder durch. Den Umgang mit unterschiedlichen Kommunikationsmustern haben wir durch die langjährige Zusammenarbeit gelernt, so dass die tendenziell eher der Frauenseite zugeordneten Qualitäten wie inhaltlich motivierte Prioritätensetzung und emotionales Engagement und die eher den Männern zugeordneten Attribute wie Statusdenken und technisch rationale Aspekte zu einer fruchtbaren Synthese finden konnten.

Was sich bei IAMANEH undogmatisch entwickelt hat, nämlich ein frauen- und familienfreundlicher Betrieb, soll nun bewusst gemacht, formalisiert und gezielt weiterverfolgt werden. Die zentralen Elemente – sei es innerbetrieblich, sei es für die Arbeit nach aussen – sollen in unseren Positionspapieren niedergeschrieben werden.

*Für das Team von IAMANEH Schweiz: Manuela Di Marco-Gregori, Verantwortliche Kommunikation. Kontakt: info@iamaneh.ch, www.iamaneh.ch

Women's Health in a Free Market Economy

The 1994 UN International Conference on Population and Development in Cairo was heralded as a “quantum leap” forward and a “paradigm shift in the discourse about population and development”. A decade later, however, the Cairo Programme of Action is still far from being implemented, and the reality of Women's reproductive health and rights remains dire.

By Sumati Nair and Preeti Kirbat with Sarah Sexton*

Photo: ISD



Talking about reproductive health and rights: Delegates at the 1994 UN International Conference on Population and Development in Cairo.

The Cairo Programme of Action, endorsed by 179 countries and intended to establish international and national population policy for the following two decades, was the first and most comprehensive international policy document to promote the concepts of reproductive rights and reproductive health. This was largely as a result of the concerted organising and lobbying of women's groups.

The Programme's recommendation – that population programmes provide reproductive health services rather than just family planning – assumes that women's fertility will not drop until children survive beyond infancy and young childhood, until men also take responsibility for contraception, and until women have the right to control their fertility and enough political power to secure that right.

One decade later, however, maternal mortality worldwide remains high. Some 600'000 women die each year, 95 per cent of them in sub-Saharan Africa and Asia, and 18 million are left disabled or chronically ill because of largely preventable complications during pregnancy or childbirth. Such figures indicate that many women do not have access to essential and emergency obstetric care from skilled health services. Meanwhile, in several sub-Saharan African countries, infant mortality rates have increased. Some 70 per cent of young child deaths can be attributed to diarrhoea, pneumonia, measles, malaria and malnutrition, the incidence of which is on the rise. An estimated 330 million people are infected each year with sexually transmitted diseases of which HIV/AIDS accounts for six million; women and children are disproportionately affected.

These negative health trends can be attributed in large part to the implementation of neo-liberal economic and health policies over the past two decades, first by means of structural adjustment programmes (SAPs) and more recently by international “free” trade agreements and national-level policies. A retrospective look at these trends suggests some lessons for the next decade of women's health organising and activ-

ism and avenues for more fruitful alliances with other social movements. It also suggests that the Programme of Action, together with the political organising that accompanied it, undermined itself by not challenging neo-liberalism sufficiently.

The Cairo Programme of Action

The United Nations' International Conference on Population and Development (ICPD), held in Cairo, Egypt, in 1994 was the third population conference organised by the United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). To influence the ICPD process, some women's groups sought to look for “common ground” with population organisations, governments and donor agencies. In the early 1990s, several women outlined the resulting “feminist population policy”, drawing on a reproductive and human rights agenda that aimed to ensure women had safe and legal access to abortion. The policy had several features. First, it presented “population stabilisation” as a desirable ultimate goal, but one that did not warrant the use of compulsion. Second, it justified national population programmes providing access to contraception in terms of individual human rights and women's health. Third, it presented women's empowerment as a prerequisite for the enduring low fertility that population stabilisation requires.

The Programme of Action adopted at the 1994 Cairo International Conference on Population and Development reflects this background.

- **The Cairo Programme put women at its centre.** “Advancing gender equality and equity and the empowerment of women, and the elimination of all kinds of violence against women, and ensuring women's ability to control their own fertility, are cornerstones of population and development-related programmes.”
- **The Cairo Programme expressly rejected the use of incentives and targets in family planning services.** “Demographic goals, while legitimately the subject of government development strategies, should not be imposed on family planning providers in the form of targets

or quotas for the recruitment of clients”, and family planning should not employ any form of coercion or use incentives and disincentives.

- **The Cairo Programme stressed the need for comprehensive reproductive health services, not just provision of family planning methods.**

The purpose of population programmes is to promote reproductive health by ensuring that women have “the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so”. Reproductive health care services should be made accessible through the primary health care system to all individuals of appropriate ages as soon as possible and no later than the year 2015. They were to be integrated and coordinated with each other and other health services rather than provided in isolation. They encompassed not only family planning but also safe and legal abortion, care during pregnancy (prenatal and postnatal care, safe delivery, nutrition, and child health), prevention and treatment of sexually transmitted diseases, basic gynaecological care (screening for breast and cervical cancer), sexuality and gender education, and referral systems for other health problems.

A useful Lobby and Advocating Tool

Although the Programme of Action is “soft law” that is not binding on governments, its rhetoric has consequences. It has proved to be a useful lobbying and advocacy tool for women's reproductive rights and health activists in countries ranging from Brazil to the Philippines, from Argentina to South Africa. They have applied its guidelines and human rights framework to evaluating existing reproductive and sexual health services in their countries more rigorously. They have used it to lobby for better quality and access, particularly in contexts where influential institutions, such as those of church or state, limit women's self-determination.

International development organisations, meanwhile, have been “reframing family planning programs as reproductive health programs, and pop-

ulation control programs as gender equity programs". Institutions such as USAID, UNFPA and the World Bank now use language that does not explicitly imply population control and that advocates women's reproductive health and rights and an integrated approach to health services. Supporters of women's rights working within population and aid institutions, moreover, have been able to push a reproductive rights agenda within their agencies.

Cairo Endorses Neo-Liberal Policies

Despite these significant changes, the general consensus among women's rights activists is that, a decade later, the Cairo Programme of Action is still far from being implemented. This has variously been attributed to lack of political will on the part of governments or lack of donor funding. But other forces are also at work. Health services in many countries are in decline. The underlying conditions determining women's health and their control over childbearing are deteriorating. Fundamentalisms opposing women's rights are on the rise. And neo-Malthusian thinking is as ingrained as ever in many development institutions, donor agencies and government departments. In many respects, the Programme of Action and its institutionalised concept of reproductive rights endorsed the neo-liberal forces that have such a negative impact upon the determinants of health.

What is needed instead of a population framework, Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR) and DAWN among others have long contended, is a framework firmly linking reproductive and sexual health issues to both human rights and macroeconomic policies. Access to contraceptive information, safe and legal abortion, services to prevent and treat sexually transmitted diseases and reproductive cancers, prenatal care and mental health services needs to be combined with "access to housing, education, employment, property rights and legal equality in all spheres" as well as "freedom from physical abuse, harassment, genital mutila-

tion and all forms of gender-based violence". In the run-up to the Cairo ICPD, Loes Keyzers from WGNRR stressed that "reproductive health and justice ... has to do with contraceptive services, with eradication of hunger, with education, with health, with income, with clean water, etc. All of which can be achieved only in a completely overhauled system."

Backlashes and Fundamentalism

Many women's rights activists lobbying a decade ago for reproductive and sexual rights did not, however, pay sufficient attention to the structural and macroeconomic conditions for those rights. One reason was that, in the early 1990s, both feminists and the population establishment were diverting "disproportionate energy towards combating ... fundamentalist and traditionalist attacks" on women's rights.

In what can be seen as a backlash against the Cairo framework and its human rights approach, for instance, the United Nations, in consultation with the IMF, World Bank and OECD (but not "civil society"), ignored the Programme of Action's goal of reproductive health services being accessible to all women who need them by the year 2015 when it drew up its eight Millennium Development Goals in September 2001. Even sections of the women's health movement that had supported feminist population policies expressed disillusionment. As the journal, *Reproductive Health Matters*, commented, "Thus does 25 years of international work for women's health vanish into thin air not with a bang but a whisper."

But thinking of women's empowerment, education or employment as a means rather than an end, as the Programme of Action does, has disturbing practical consequences. The history of contraceptive development and provision illustrates the point. Because the research and design of contraceptives has long been guided by the aim of reducing population growth rather than enhancing self-determination, "the lion's share of money for contraceptive research is spent on long-acting, provider-controlled surgical, hormonal and

immunological methods which promise a biomedical approach to fertility control."

Conclusion

In sum, groups seeking to implement reproductive and sexual rights have to confront macroeconomic, fundamentalist and neo-Malthusian agendas that perpetuate gender, race and class inequalities and impede the vast majority from achieving those rights. In the past decade, it has become much clearer that the struggle for reproductive health and rights is nothing less than the "democratic transformation of societies to abolish gender, class, racial, and ethnic injustice".

Defence of women's reproductive and sexual rights has been most successful not just where NGOs and governments are supportive but also where popular movements are strong, as in Brazil, the Philippines, India, South Africa and Peru.

To be effective, such movements need to build networks and alliances with each other. After all, peace, health, environment, women's, indigenous, anti-racist and economic justice movements are confronting many of the same forces and interests that are ranged against them. Moreover, activists working on issues of reproductive rights, immigrant support, genetically-engineered agriculture, anti-racism and disability rights (to name a few) are all affected by neo-Malthusian ideology and practice.

Organisations such as WGNRR now collaborate not just with women's groups but also with a range of social movements striving for health and social justice. Working with the People's Health Movement, for instance, WGNRR highlights general health issues as well as the reproductive and sexual rights aspects of health. By rejecting the population framework, it seeks to avoid losing its critical edge, dulling its tools of analysis, divorcing itself from the women it is supposed to represent and placing too much faith in official rhetoric. It opts instead, together with many others, for a broader politics of social and economic transformation.

Feminist activists from different parts of the South and North have made their presence felt at international gatherings such as the World Social Forums in recent years. In doing so, they pave the way for reproductive and sexual rights to be incorporated within the larger agendas of other social movements and of society in general. Numerous encouraging initiatives at local and national levels give hope for new ways of making alliances and working for change. The vision of women's health groups, anti-racist movements, disability rights groups, grassroots activists and others can be not just of social justice but of "an alliance which can forge a new way ahead".

**This is an abbreviated version of "Corner House Briefing 31" of the same title, published in June 2004 and written by Sumati Nair and Preeti Kirbat of WGNRR with Sarah Sexton of The Corner House, Dorset, UK. It results from a joint project between the two organisations exploring issues related to "Women, Population Control, Public Health and Globalisation". The full version of this briefing and other briefings in the series are available at www.thecornerhouse.org.uk*

Health for All – Health for Women

Women have a right to health, which includes physical and social access to health services as well as “enabling conditions” that are essential for women to enjoy good health. International and national policies that result in greater poverty of populations and growing inequality between rich and poor, men and women, have a direct impact on women’s possibilities to stay healthy and enjoy their sexuality. Women’s rights to health cannot be fulfilled if sexual and reproductive rights are not addressed.

*By Women’s Global Network for Reproductive Rights**

Reproductive rights are a series of rights that enable all women – without discrimination on the basis of nationality, class, ethnicity, race, age, religion, disability, sexuality or marital status to decide whether or not to have children. This includes the right of access to safe, legal abortion. Reproductive rights are basic rights.

Women’s Global Network for Reproductive Rights (WGNRR) strives for women’s right to self-determination in keeping with their freedom, dignity and personally held values. Transforming social, political and economic conditions are part of the reproductive rights agenda so that all women are able to fully enforce reproductive rights.

The Campaign

From 2003 to 2005 the WGNRR Coordination Office coordinates the Women’s Access to Health Campaign, in close collaboration with the Peoples Health Movement (PHM). The campaign will focus on the specific objectives laid down in the Alma Ata Declaration of 1978 for the implementation of Health for All by the Year 2000 and show within that framework the missing themes vis-à-vis women’s health. We will in this way not just highlight the failure of the implementation of the Alma Ata Declaration, but also show our solidarity with the concept of primary health care which is the larger theme taken up by the People’s Health Movement for the next few years.

The campaign slogan is Health for All – Health for Women. The core demand is that primary health care be provided for all people and peoples everywhere, taking into account, in theory and practice, women’s reproductive and sexual health needs.

Background

Health for All is really being pushed back by health sector reforms and privatisation with disastrous result in terms of women and children’s lives. We therefore need to take up the call for the inclusion of a focus on women’s health within the framework of primary health care. This is an important means to reach out to as many peo-

ple as possible both rural and urban and the underprivileged everywhere who are currently excluded from any care at all.

Since 1993 the World Bank (WB) has taken a greater role in the development and the implementation of health policies for developing countries, whereas the role of the World Health Organisation (WHO) has been diminished. Government health policies, with the support of WHO and the WB, have been redirected to focus on privatisation, cost-effectiveness and the development of public-private partnerships in the provision of health care. This development has dramatically affected people’s health in poor countries and specifically women’s health. We find that under the prevailing circumstances governments have had little say in protecting the needs and interests of their people since they are or claim to be dependent on the Bank for loans and hence have to agree to the conditions placed by this institution.

Over the years governments and religious fundamentalists have denied women’s right to make decisions central to their lives. They have done this by implementing policies that are more in the interest of private businesses and cost-effectiveness and less in the interest of equity and quality for all. Religious fundamentalists have been able to influence policy makers with patriarchal attitudes related to women’s sexual and reproductive lives. The right to health also eludes many women who because of deeply internalised subordination and the absence of enabling conditions, fail to claim this entitlement.

Women’s right to health has to be addressed by comprehensive primary health care systems and comprehensive social and economic policies all over the world. Our campaign will focus on getting women’s needs highlighted at all levels of health policymaking and programmes.

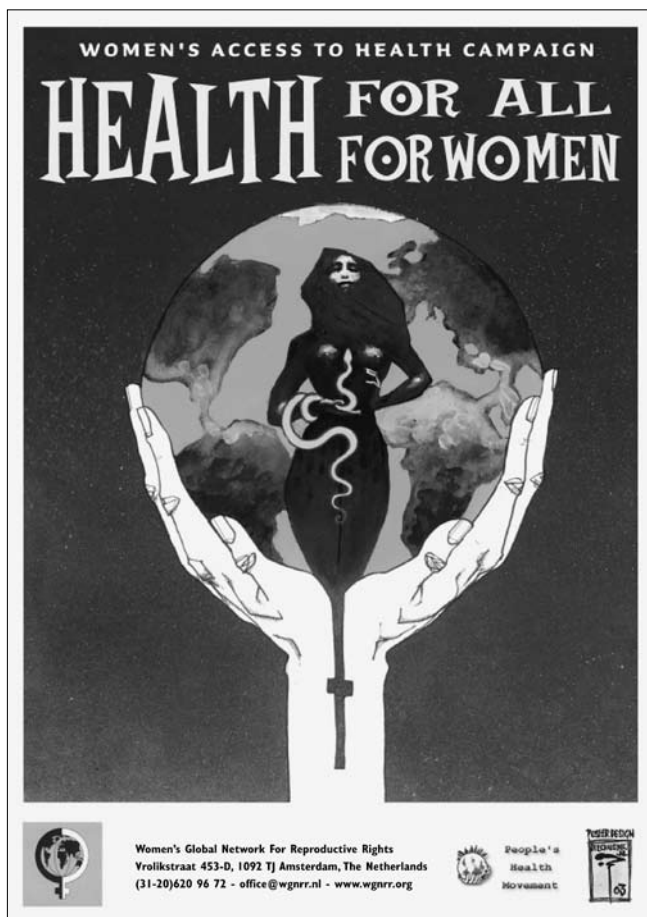
Focus on women’s access to health

We have purposefully chosen to focus on the campaign on women’s access to health i.e. not on health services. Although we find health services

very essential, they cannot in and of themselves ensure women’s health and reproductive and sexual rights. While we wish to address women’s needs for basic services that include reproductive and sexual rights, we also want to address the enabling conditions that are essential for women to enjoy good health. International and national policies that result in greater poverty of populations and an ever-growing gap between the rich and the poor, as is currently the case, have a direct impact on women’s possibilities to stay healthy or enjoy their reproductive and sexual rights.

Under the banner of reproductive and sexual rights there are several issues that interlink with women’s status and affect their health detrimentally. For instance women are more likely to be infected with the HIV virus than men in sexual encounters; pregnant women are more exposed to the risk of domestic violence; women are less likely to demand and receive health care until they become seriously ill.

Some of the issues the women’s movement has been demanding attention for over the years are: Violence against women; maternal mortality and morbidity; abortion rights and services; sexually transmitted diseases; HIV-AIDS and PHC; communicable diseases like TB and malaria; need for safe and effective, woman friendly contraceptives and policies not driven by population control. Some aspects of these problems and illnesses have received some attention within what existed as primary health care in many countries. For instance in Argentina and several other countries up until the mid-1990s pregnant women did have the possibility to have antenatal check ups during their pregnancy; a certain amount of maternal and child care was provided for by health care centres world-wide; free treatment for TB and malaria were offered and programmes were set up to distribute oral rehydration therapy in case of diarrhoea. Above all in many parts of the world free contraceptives were provided in the effort to reduce the birth rates, as part of population control programmes. In fact in the context of India and Bangladesh the complaint has been that primary



health care centres often may not have antibiotics to offer clients but definitely have hormonal contraceptives that are highly questionable in terms of their effects on women's health.

Broadening the Campaign

We work with our members to develop the campaign and the related annual Calls for Action. We broaden the campaign to include other social movements that may not have women's health and reproductive and sexual rights as a central focus. We believe that including a wider range of groups will build solidarity and strengthen our demands of reversing inter(national) health and other policies that have a negative impact on women's re-

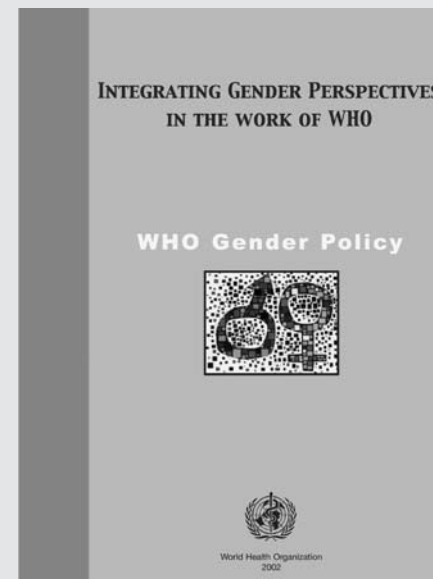
productive and sexual health and rights and women's access to health and to health care. In particular we are linking with the Peoples Health Movement (www.phmovement.org) and co-ordinating a PHM working circle on the issue of women's access to health.

**The Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR) is an autonomous network of groups and individuals in every continent who aim to achieve and support reproductive rights for women. This article is based on information on their website. Contact: www.wgnrr.org*

Gender has a Vital Bearing on Health

The World Health Organization's Department of Gender and Women's Health is charged with helping WHO's various programs and departments undertake the challenge of integrating gender considerations into their work. It is also responsible for researching and disseminating information on neglected topics directly pertaining to women's health, such as gender-based violence against women.

By WHO*



"Fifty years after the WHO Constitution was adopted, it is increasingly well recognized that there are differences in the factors determining health and the burden of ill-health for women and men. The dynamics of gender in health are of profound importance in this regard and they have long been overlooked."

So begins the World Health Organization Gender Policy adopted in March, 2002. In this document, WHO explicitly acknowledges that sex – the biological facts of being male and female – and gender – the cultural norms that determine masculinity and femininity – have an important impact on health. Furthermore, the Gender Policy instructs each WHO program to examine the ways in which sex and gender affect its particular area of work – and to develop ways of mitigating any negative gender-related effects.

For many people in the health field, the idea that sex and gender have a vital bearing on health is new and unfamiliar. Others may have trouble understanding what they, themselves, might do to address gender in their particular areas of activity.

What do we mean by "sex" and "gender"?

Sometimes it is hard to understand exactly what is meant by the term gender, and how it differs from the closely related term sex.

Sex refers to the biological and physiological characteristics that define men and women. Gender refers to the socially constructed roles, behaviors, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women. To put it another way: Male and female are sex categories, while masculine and feminine are gender categories. Aspects of sex will not vary substantially between different human societies, while aspects of gender may vary greatly.

Some examples of sex characteristics: Women can menstruate while men cannot; men have testicles while women do not; women have developed breasts that are usually capable of lactating,



Male or female hands? A men's or women's job? Ethiopian Pharmaceuticals Manufacturing Factory, Addis Ababa, Ethiopia.

while men do not; men generally have more massive bones than women

Some examples of gender characteristics: In most countries, women earn significantly less money than men for similar work; in Viet Nam, many more men than women smoke, as female smoking has not traditionally been considered appropriate; in Saudi Arabia men are allowed to drive cars while women are not; in most of the world, women do more housework than men.

Why gender and health?

The distinct roles and behaviors of men and women in a given culture, dictated by that culture's gender norms and values, give rise to gender differences. Not all such differences between men and women imply inequity – for example, the fact that in many western societies, men generally wear trousers while women often wear skirts and dresses is a gender difference which does not, in itself, favor either group.

Gender norms and values, however, also give rise to gender inequalities – that is, differences between men and women which systematically em-

power one group to the detriment of the other. The fact that, throughout the world, women on average have lower cash incomes than men is an example of a gender inequality.

Both gender differences and gender inequalities can give rise to inequities between men and women in health status and access to health care. For example:

- A woman cannot receive needed health services because norms in her community prevent her from travelling alone to a clinic.
- A teenage boy dies in a car accident because of trying to live up to peers' expectations that young men should be "bold" risk-takers.
- A married woman contracts HIV because societal standards encourage her husband's promiscuity while simultaneously preventing her from insisting on condom use.
- A country's lung cancer mortality rate for men far outstrips the corresponding rate for women because smoking is considered an attractive marker of masculinity, while it is frowned upon as unfeminine in women.

In each of these cases, gender norms and values, and resulting behaviors, are negatively affecting health. In fact, the gender picture in a given time and place can be one of the major obstacles – sometimes the single most important obstacle – standing between men and women and the achievement of well-being.

The good news is that gender norms and values are not fixed. They evolve over time, vary substantially from place to place, and are subject to change. Thus, the poor health consequences resulting from gender differences and gender inequalities are not fixed, either. They can be changed.

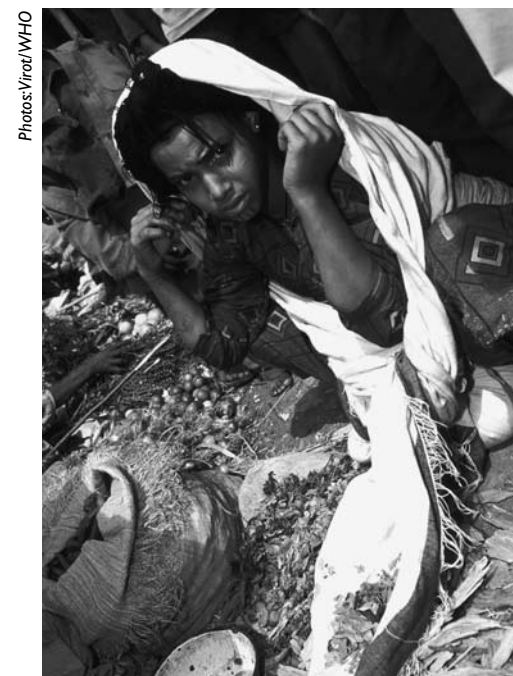
The goals of the Gender and Women's Health Department are to increase health professionals' awareness of the role of gender norms, values, and inequality in perpetuating disease, disability, and death, and to promote societal change with a view to eliminating gender as a barrier to good health.

Why gender and women's health?

Across continents and cultures, established gender norms and values mean that women typically control less power and fewer resources than men. Not surprisingly, this often gives men an advantage – in the economic, political, and educational arenas, but also with regard to health and health care.

Certainly, there are instances where gender differences hurt men's health – as, for example, when greater risk-taking among young men leads to higher accident rates, or higher levels of violence between men leads to greater death and disability. But, by and large, many health professionals believe that gender inequalities have led to a systematic devaluing and neglect of women's health.

Two consequences result: Firstly, women's health is often in need of advocates to bring it up to par with men's, and



Women are more than just mothers. Market, Alem Kitmama, Ethiopia

Secondly, any organization devoted to examining and correcting gender inequalities in health will, in practice, find itself acting as just such an advocate.

For these reasons, even though gender has as much to do with men as it does with women, the WHO department devoted to gender and health also has a special role as an advocate for women's health.

What is "gender mainstreaming"?

If health care systems are to respond adequately to problems caused by gender inequality, it is not enough simply to "add in" a gender component late in a given project's development. Research, interventions, health system reforms, health education, health outreach, and health policies and programs must consider gender from the beginning.

Gender is thus not something that can be consigned to "watchdogs" in a single office, since no single office could possibly involve itself in all phases of each of an organization's activities. All health professionals must have knowledge and awareness of the ways gender affects health, so that they may address gender issues wherever appropriate and thus make their work more effective.

The process of creating this knowledge and awareness of – and responsibility for – gender among all health professionals is called "gender mainstreaming".

**The Department of Gender and Women's Health (GWH) of the World Health Organisation (WHO) is charged with the implementation of the Gender policy of the WHO. This article is based on its website that provides definitions, examples, and resources for anyone interested in the topic – and, more particularly, to health professionals interested in addressing gender in their work. www.who.int/gender/en WHO Gender Policy: www.who.int/gender/documents/policy/en/*

Wenn Frauen selbst bestimmen könnten...

Wie können Frauengesundheit und Empowerment im Zusammenhang verstanden werden – basierend auf dem eigenen Wissen und den eigenen Erfahrungen? Einige methodische Überlegungen, Ergebnisse und Kommentare zu dem von Medicus Mundi Schweiz organisierten Workshop.
 Von Justus Gallati*

Viele Problemstellungen in der Entwicklungszusammenarbeit weisen einen hohen Grad an Komplexität auf. Die wichtigsten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Bereichen und Massnahmen sollten erkannt und berücksichtigt werden. Diese Komplexität und Vernetzung zeigt sich in sehr ausgeprägtem Masse, wenn die Gesundheit der Frauen ins Zentrum der Überlegungen gerückt wird.

Im Workshop beabsichtigten wir deshalb, neben dem thematischen Fokus auch einen methodischen Fokus zu setzen, welcher dieser Komplexität angemessen ist. Der partizipative Systemansatz, den wir gewählt haben, gehört zu den Methoden des «Group Model Building» und geht von der Erfahrung aus, dass das für die Problemlösung notwendige Wissen in den Köpfen der beteiligten Personen vorhanden und als individuelles «mentales Modell» gespeichert ist. In einem moderierten, partizipativen Prozess werden die wichtigen Einflussfaktoren und Wirkungszusammenhänge gemeinsam erfasst und dargestellt. Auf diese Weise gelingt es auch, die impliziten mentalen Modelle der Beteiligten bewusst zu machen und in der Gruppe zu diskutieren.

Die Darstellung der Zusammenhänge wird in einer einfachen Weise weiter strukturiert, damit das Verständnis des Problems vertieft werden kann. Dabei werden die zuvor gesammelten Elemente unterteilt in Kontext, Steuerung/Massnahmen, System und Ziele/Indikatoren. Die Darstellung wird im Sinne eines Orientierungsrahmens «Landkarte» genannt.

Die Zuordnung der einzelnen Elemente zu den vier Bereichen verlangt eine vertiefte Diskussion darüber, welche Funktion diese Faktoren haben. Gehören sie in den Kontext – sind sie in Bezug auf einen Handlungsträger und einen definierten Zeithorizont relevant, aber nicht direkt beeinflussbar? Wie kann das System gesteuert werden? Welches sind die wesentlichen Wirkungsmechanismen? Welches sind die massgeblichen Zielgrössen?

Die Methode erlaubt die Reflexion darüber, wie die Funktions- und Wirkungsweisen im betrach-

Kontext Was die Entwicklung des Systems bestimmt, aber von uns nicht beeinflusst werden kann.	Steuerung/Massnahmen Wie das System gesteuert werden kann
	System Wie das System funktioniert (Wirkungsgefüge)
	Ziele/Indikatoren Vergleich mit Zielgrössen, Erfolgsindikatoren

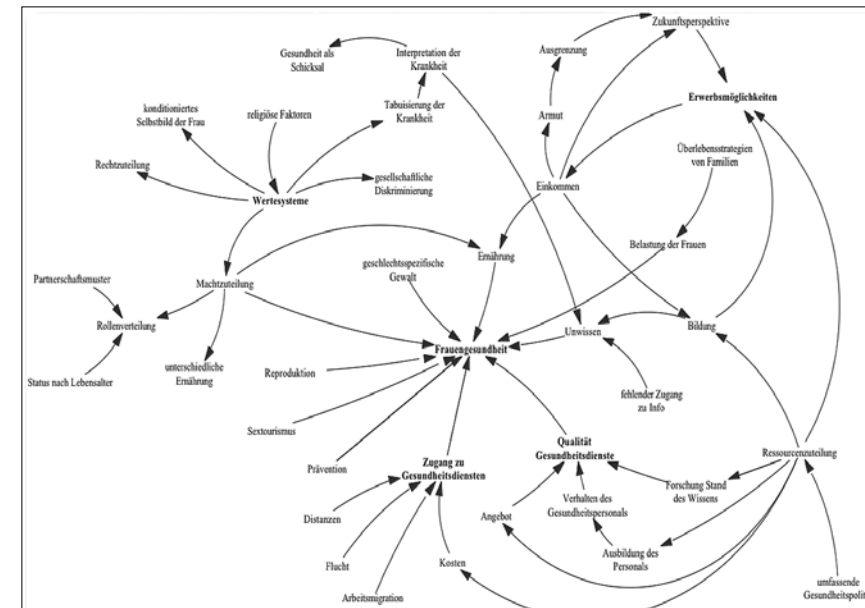
teten Problem aussehen, und fragt im nächsten Schritt danach, wo am effektivsten mit Massnahmen angesetzt werden kann. Umgekehrt könnte auch gefragt werden, ob die vorgesehenen Massnahmen und Strategien wirklich die angestrebten Ziele erreichen lassen, indem gezielt die Wirkungsweise des Systems vertieft untersucht wird.

Die Methode wurde am Workshop im Plenum zum Thema «Frauengesundheit, Internationale Zusammenarbeit und Empowerment im Zusammenhang verstehen» angewandt. Das Zusammentragen der wichtigsten Einflussfaktoren in einem gemeinsamen Brainstorming wurde von

drei Fragen geleitet, wobei der Schwerpunkt auf der ersten Frage lag:

- Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit der Frauen?
- Wie gehen Frauen, Familie, Gemeinschaft, Gesundheitsdienste mit Gesundheit und Krankheit von Frauen bzw. Männern um?
- Wie können Massnahmen der Internationalen Zusammenarbeit zu besserer Gesundheit von Frauen beitragen?

Die Darstellung der kausalen Zusammenhänge konnte während des Workshops nicht beendet werden und wurde durch eine kleine Gruppe im Sinne eines Vorschlags noch ergänzt.



In der Darstellung der kausalen Zusammenhänge steht die Frauengesundheit im Zentrum, beeinflusst durch «medizinische» Faktoren wie die Gesundheitsdienste (Zugang, Qualität), Prävention, Reproduktion, aber mindestens ebenso stark durch andere Faktoren wie Unwissen, Belastung der Frauen, Ernährung, Machtzuteilung und geschlechtsspezifische Gewalt. Die Einflussfaktoren können in verschiedene Bereiche zusammengefasst werden: Gesundheitsdienste, Wertesysteme, Erwerbsmöglichkeiten. Ein massgeblicher Faktor ist eine umfassende Gesundheitspolitik, welche über die Ressourcenzuteilung Einfluss auf Erwerbsmöglichkeiten, Bildung, Forschung, Ausbildung des Personals, Angebot und Kosten der Gesundheitsdienste ausübt. In der Diskussion spielten die Wertesysteme eine zentrale Rolle. Die Auswirkungen einer guten respektive schlechten Frauengesundheit auf Einkommen, Bildung, Partnerschaft etc. (Rückkopplungen) wurden nicht diskutiert und fehlen in der vorliegenden Darstellung. Ebenso wurde noch keine Differenzierung in Kontext, Massnahmen und Ziele vorgenommen.

Einige Erkenntnisse aus dem Prozess:

- Die Systemdarstellung lässt Ansatzpunkte für eine gezielte, vertiefende Diskussion klar erkennen.
- Die Methode verlangt eine Klärung der Kausalität: Was beeinflusst was und durch welchen Prozess?
- Der Zeitbedarf für die Diskussion und die Systemdarstellung muss höher veranschlagt werden (ein halber Tag oder mehr).

Vor dem Hintergrund der Inputs zu drei Themen (Fisteln, HIV/Aids, Rural Health and Environment Project) wurden am Nachmittag drei Gruppen gebildet, welche die Aufgabe hatten, eine «Landkarte» des jeweiligen Problems zu entwerfen und darauf aufbauend Massnahmen und Strategien zu diskutieren. Als Beispiel wird die Darstellung der Gruppe 2 etwas näher erläutert. Diese erarbeitete eine Landkarte zu HIV/Aids aufgrund der Forschungsergebnisse von Noemi

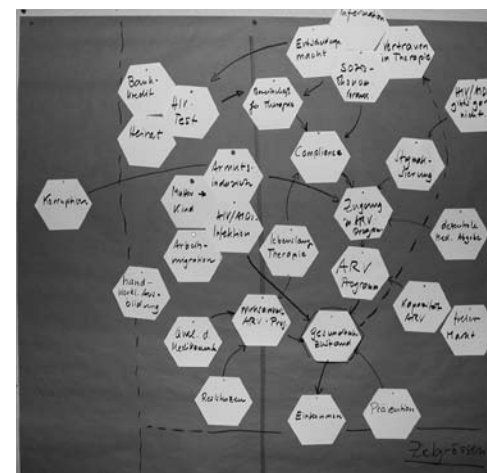
Steuer zum Umgang von jungen Frauen mit HIV/Aids in Mali. Der Schwerpunkt der Diskussion lag auf der Bedeutung der antiretroviralen Therapien, wodurch andere Lösungsansätze etwas in den Hintergrund gerieten. Die Landkarte spiegelt diesen Sachverhalt wieder und zeigt dadurch auch auf, wo in einem nächsten Schritt weiter gearbeitet werden müsste. So müssten beispielsweise die Genderaspekte noch gezielt vertieft werden. Aufgrund der Tatsache, dass der Input aus einer Forschungs- und nicht aus einer Umsetzungsperspektive formuliert wurde, wurde wenig auf Massnahmen eingegangen. Auch Kontext- und Zielebene wurden in der Diskussion nur gestreift.

Einige methodische Überlegungen

Was können/wollen wir verändern? Die Frage, ob ein Element in den Kontext gehört oder nicht, ob es also direkt beeinflussbar ist oder nicht, spielte in allen Gruppen eine wichtige Rolle. Ihre Beantwortung sollte allerdings nicht statisch gesehen werden. Was für die nächsten drei Jahre aus Sicht einer Organisation nicht direkt beeinflusst werden kann, demnach in den Kontext gehört, kann später – und vielleicht in Zusammenarbeit mit anderen Partnern – zu einem konkreten Ziel werden.

Sich der Bedeutung der Werte bewusst sein:

Werte und Traditionen spielen in allen Fragen der Gesundheit und der Genderaspekte eine zentrale Rolle. Durch die Internationale Zusammenarbeit werden sie, bewusst oder unbewusst, immer tangiert. In der Diskussion wurde deshalb dafür plädiert, sich der Bedeutung der Werte bewusst zu sein. Wiederum war es die Zuordnung zum Kontext, welche Anlass zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Frage der Werte gegeben hat. Nicht alles, «womit wir uns nicht die Finger verbrennen wollen, kann in den Kontext abgeschoben werden...» Wir sind als Handlungsträger in der Internationalen Zusammenarbeit immer auch Teil des Problems, und damit der permanenten Veränderung der Werte.



Zeithorizonte für Massnahmen und Veränderungen diskutieren:

Systemdarstellungen sind geeignet, um die Zeithorizonte von Massnahmen transparent zu diskutieren. Wie lange braucht es zum Beispiel, bis das Vertrauen in die antiretroviralen Therapien aufgebaut werden kann (gestrichelte Linie)? Der Prozess dürfte einige Jahre dauern und muss gezielt unterstützt werden.

Die Landkarte zeigt den Stand der Diskussion und die Lücken (was nicht besprochen wurde): Die Landkarte kann nicht mehr als den Stand der Diskussion aufzeigen, dies jedoch sehr transparent. Was wurde besprochen und was nicht? Wo muss weiter vertieft werden? Welche Perspektiven fehlen oder sind überbetont?

Fazit

In der Schlussrunde des Workshops wurden einige wesentliche Erkenntnisse diskutiert, die für die weitere Arbeit am Thema «Gender» und «Frauen» weiter vertieft werden könnten und sollten:

- Santé pour toutes et pour tous: Gesundheit für alle – aber für die Frauen zuerst!
- Vom Vorzeigeprojekt zur Gesamtsicht und zurück: weiterführende Erkenntnisse und Lernprozesse setzen ein Wechselspiel voraus zwischen Lernen aus einzelnen Projekten und dem

Versuch, eine Gesamtsicht zu entwickeln.

- Gehören die Werte in den Kontext oder in das System? Wertefragen werden durch Gender immer beeinflusst, bewusst oder unbewusst. Eine permanente Selbstreflexion der Organisationen bezüglich ihres Einflusses auf Werte und deren Veränderung ist daher zwingend.
- Von «women» zu «gender»... und zum Wertedialog: die Perspektive erweitern, ohne den Fokus – die Gesundheit der Frauen – aus dem Auge zu verlieren.
- «Lackmus-Test» Umsetzung: Ist die Struktur beziehungsweise die Kultur einer Organisation in Übereinstimmung mit einer Gender-Perspektive?
- Gender-Perspektive – vom Süden lernen: Es waren der Druck und die erfolgreichen Beispiele aus dem Süden, welche die Lernprozesse im Norden angestossen haben – und immer noch vorantreiben!

*Justus Gallati, seecon GmbH, begleitete den MMS-Workshop «Wenn Frauen selbst bestimmen könnten... Von Vorzeigeprojekten zu frauenspezifischer Zusammenarbeit» vom 3. Juni 2004 mit methodischen Inputs und Reflexionen. Kontakt: www.seec.on.ch.

Workshop-Dokumentation: www.medicusmundi.ch/workshop2004.htm.

Gender, Frauengesundheit und internationale Zusammenarbeit

Eine Zusammenstellung weiterer Ressourcen, die in dieser Bulletinausgabe nicht bereits erwähnt sind.

Gender and health equity resource guide. An overview of health-related gender sensitive interventions

The purpose of this resource guide is to give an overview of gender sensitive interventions and initiatives directly or indirectly related to health that have been tried at macro and micro levels. Through mapping different experiences, the guide provides information on lessons learned, results achieved, and the challenges that have emerged in promoting gender and health equity. It includes information on gender-sensitive approaches, working methods, practical methodologies and tools which can be incorporated into policies and programmes. The guide is made up of five different sections: gender mainstreaming and organisational change; implementing rights and accountability through networks and advocacy; tools to enhance and implement gender equity; lifespan perspective in gender and health, and issues in gender and health equity. In stressing the need to develop gender strategies for health equity which are appropriate to specific contexts and resources, the text is illustrated with case studies and examples of good practice from around the world. Institute of Development Studies (IDS) 2001.

www.ids.ac.uk/bridge/Reports/Geneq.pdf

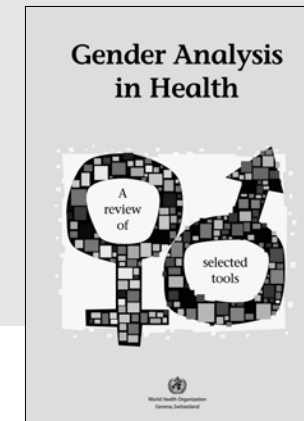
Gender Analysis in Health. A Review of Selected Tools

Gender Tools provide questions and guidance to assess whether policies, programmes or research initiatives take into account differences between women and men in roles and responsibilities, access to resources and decision-making power, and what to do to not exacerbate gender-based inequalities. This critical review examines the content of 17 widely used gender tools and their usefulness for gender analysis in health. The review is an invaluable resource for those working on gender and health, and particular, for WHO staff working on gender. WHO 2002.

www.who.int/gender/documents/en/

[Gender.analysis.pdf](#)

www.who.int/gender/en/



Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes. A Review Paper

In HIV/AIDS epidemic, gender plays an integral role in determining an individual's vulnerability to infection, his or her ability to access care, support or treatment, and the ability to cope when infected or affected. This review paper gives an overview of the issues involved and recommendations for program managers. There are several examples of programmes from around the world that have adopted different approaches to integrate gender considerations in their work and by drawing upon lessons learnt, concrete and practical guidelines for national HIV/AIDS programme managers are developed. WHO 2003

www.who.int/gender/documents/en/Integrating.pdf

UNAIDS: Tools for practitioners working on gender and HIV/AIDS

These six modules have been designed to provide practical, easy to use, gender sensitive tools for the HIV/AIDS development worker, community leader, and advocate. The modules can be used together or individually.

The toolkit consists of the following sections: a gender sensitivity checklist; best practices/programmes that work; integrating gender components into existing HIV/AIDS prevention programmes; communicating the message

www.eldis.org/static/DOC11415.htm

Gender and Health Advocacy Packs

The purpose behind GenSalud Advocacy Packs by the Pan American Health Organisation (PAHO) is to present a current issue in Gender and Health in a concise and user-friendly way. Each kit contains a fact sheet, a brief issue paper and a power point presentation. They can be used as part of a conference presentation, as a tool to educate policy-makers or as the basis for a workshop or class session on Gender and Health issues. They include: gender equity in health, gender and HIV/AIDS in LAC, trafficking of women and children for sexual exploitation in the Americas; gender and indigenous women's health in the Americas; and male involvement in sexual and reproductive health. Available in English and Spanish

www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/AdvocacyPacks.htm



**Armut
kann Ihre Gesundheit gefährden!**

**Gegen Armut, die krank macht –
gegen Krankheit, die arm macht**

**Symposium der schweizerischen
Gesundheitszusammenarbeit**

Basel, 3. November 2004

Armut macht krank.

Andererseits ist Gesundheit ein Schlüssel für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung und die Überwindung von Armut. Eine Gesundheitspolitik, die sich über den Gesundheitsbereich hinaus orientiert, muss sich mit Armut und Armutsbekämpfung auseinandersetzen. Und im Gesundheitsbereich selbst stellt sich die Frage nach der Chancengleichheit für Arme und Reiche im Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Drei eindrückliche Filmporträts: Ausgangspunkt des Symposiums vom 3. November bildet die anschauliche Darstellung von krankmachender Armut und von durch Armut entstandener Krankheit. Dazu reiste der Basler Filmmacher René Schraner für uns ins Bergland von Kirgisien, in eine abgelegene Provinz von Haiti – und nach Bern. Seine Begegnungen mit armuts- und krankheitsbetroffenen Familien hat er in eindrücklichen Bildern festgehalten.

Was tun?

Von den Filmporträts ausgehend erfolgt die Ausweitung und Vertiefung durch Vorträge und im Gespräch. Schweizerische und internationale Fachleute stellen ihre Strategien zur Überwindung des Teufelskreises von Armut, sozialer Ungleichheit, Verelendung und Krankheit zur Diskussion und zeigen Ansatzpunkte für Interventionen innerhalb und ausserhalb des Gesundheitssektors.

Programm:

Plenarsessionen 1 und 2, 09.10–10.40 h; 11.00–11.30 h

**Armut macht krank – Krankheit macht arm.
Geschichten, Analysen und Ausgangspunkte**

Filmporträt Armut und Gesundheit
Haiti

Paule Kemgni, IUÉD:
Armut, soziale Ungleichheit, Verelendung, Krankheit.
Der Blick in einen Teufelskreis

Filmporträt Armut und Gesundheit
Kirgisien

Davidson Gwatkin, Weltbank:
Wie gut erreichen die bestehenden Gesundheitsprogramme die Armen?

Filmporträt Armut und Gesundheit
Schweiz

Alex Schwank, Zeitschrift Soziale Medizin:
Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz.
Längst nicht alles im Griff

Parallelsessionen, 11.45–13.00 h

**Armut macht krank – Krankheit macht arm.
Ausweitung, Vertiefung, Handlungsskizzen**

Gesprächsrunden zu den bisherigen Inputs anhand der drei Filmporträts mit:

Chandon Chattopadhyay, Verein Partnerschaft
Kinderspitäler Biel-Haiti

Edith Leibundgut-Fischer, Bundesamt für Gesundheit,
Fachstelle Gender Health

Organisatorisches:

Veranstalter:
Medicus Mundi Schweiz, Netzwerk Gesundheit für alle
Verantwortlich: Thomas Schwarz, Co-Geschäftsführer,
Tel. +41 61 383 18 10, tschwarz@medicusmundi.ch

Anmeldung und Kosten:
Die Teilnahme am Symposium ist kostenlos. Bitte melden Sie Ihre Teilnahme rechtzeitig an; Sie erleichtern uns damit die Vorbereitung. Anmeldung per Post, E-Mail oder Telefon an Medicus Mundi Schweiz, online auf www.medicusmundi.ch oder mit der dem Bulletin beiliegenden Postkarte.

Teilnahmebestätigung:
Es werden keine individuellen Teilnahmebestätigungen versandt. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie zu einem späteren Zeitpunkt feststellen, dass Ihnen die Teilnahme doch nicht möglich ist.

Tobias Schüth, Schweizerisches Rotes Kreuz,
CBIH Projekt Kirgisien.

Plenarsession 3, 14.15–16.30 h

**Gegen Armut, die krank macht.
Gegen Krankheit, die arm macht.
Wegweiser zur Gesundheit für alle**

Helena Nygren-Krug, WHO:
Wie kann das Menschenrecht auf Gesundheit auf staatlicher Ebene operationalisiert werden?

Wolfgang Bichmann, Kreditanstalt für Wiederaufbau:
In Gesundheit investieren, um die Armut zu bekämpfen –
Armut bekämpfen, um die Gesundheit zu verbessern.
Die DAC Guidelines Poverty and Health (2003)

Barbara del Pozo, DEZA:
Armutsbekämpfung und Gesundheit in der staatlichen
Entwicklungszusammenarbeit: Beim Huhn oder beim
Ei beginnen?

Marianne Widmer, MediCuba-Suisse:
Gesundheit für alle. Ein realistisches Projekt.
Manifest des Netzwerks Gesundheit für alle

Schlusspodium:
Gesundheit für alle: Das Programm für morgen...

Moderation des Symposiums:
Anne-Marie Holenstein

Im Rahmen des Symposiums:
Ausstellung «Views of the Poor» (DEZA, 2003)

Programmänderungen in letzter Minute:
www.medicusmundi.ch/symposium2004.htm

Tagungsort:
UBS Konferenz- und Ausbildungszentrum
Viaduktstrasse 33, Basel
Lageplan: www.ubs.com/g/abz_basel.html

Sprachen:
deutsch – französisch – englisch
mit simultaner Übersetzung

Mittagessen:
Buffet-Lunch, von Medicus Mundi Schweiz offeriert.

Anreise:
Wir empfehlen Ihnen die Anreise mit dem Zug. Das UBS Konferenzzentrum befindet sich fünf Gehminuten vom Bahnhof Basel SBB (nach Verlassen des Bahnhofs nach links abbiegen). Anfahrt mit dem Auto: Autobahnausfahrt Basel City, Parkhaus Elisabethen.

Stoppt den Ausverkauf der Kulturen

Liebe Leserin, lieber Leser, Auch für Reisende in Sachen Gesundheit gilt: Werden Sie nicht Komplize oder Komplizin beim Ausverkauf der Kulturen! Zum illegalen Handel mit Kunstschätzen aus Afrika, Asien und Lateinamerika lancierte die Erklärung von Bern im Juni 2004 eine Sensibilisierungskampagne.

Kunstschätze sind nicht bloss Handelsware, sondern Teil des kulturellen Welterbes. Ein handlicher «Board-

ding Pass» informiert Reisende darüber, wie sie den Kauf eines illegal ausgegraben oder gehandelten Kulturguts vermeiden können und was sie dazu beitragen können, dass das kulturelle Erbe der Weltgemeinschaft nicht noch mehr geschädigt wird. Der Boarding Pass liegt einem Teil dieser Bulletin-Ausgabe bei. Wir wünschen eine gute Reise!

Kampagne: www.evb.ch

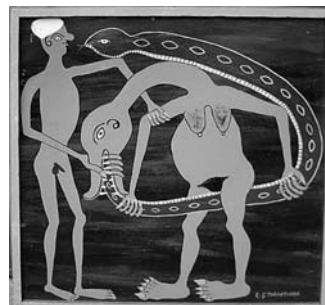


Foto: E. S. Tingatinga (1969), «Temptation»

... dabei gibt es doch genügend Mitbringsel, die unproblematisch sind – wenigstens, was ihren Status als Kulturgut betrifft.

Memory Work

Die Kraft der Erinnerung



Der Film «Die Kraft der Erinnerung» ist die von aidsfocus.ch produzierte Dokumentation über Memory Work und Projekte der psychosozialen Unterstützung aidsbetroffener Kinder und ihrer Bezugspersonen. Der Film zeigt das Schicksal zweier Frauen, die mit HIV/Aids leben und mit Memory Work arbeiten. Gleichzeitig erläutert der von René Schraner realisierte Film die Methodik und wie das Konzept in Communities in Südafrika umgesetzt wird.

Memory Work ist ein innovativer Ansatz zur psychosozialen Unterstützung aidsbetroffener Kinder und ihrer Bezugspersonen – und Themenschwerpunkt der MMS Projekts aidsfocus.ch, der schweizerischen Fachplattform HIV/Aids und internationale Zusammenarbeit.

Ein Memory Book zum Beispiel kann der Mutter helfen, mit den Kindern über tiefgreifende Veränderungen in der Familie infolge von HIV/Aids zu reden, über Trauer, Abschied und die Zukunft. Reichhaltig illustriert mit Bildern und Geschichten kann es ihre Liebe ausdrücken, Identität stiften und ein Gefühl der Zugehörigkeit. Ob Memory Books, Memory Boxes oder Body Maps – die verschiedenen Methoden von Memory Work tragen dazu bei, die eigene Geschichte zu erkunden, über kreative Prozesse aufzuarbeiten und mit der Krankheit umzugehen. Memory Work ist aus der konkreten Arbeit mit Menschen mit HIV/Aids in London entstanden, im südlichen Afrika weiterentwickelt worden

und kommt jetzt wieder via REPSSI in den Norden – ein exzellentes Beispiel eines kreativen Nord-Süd-Austausches und der Schaffung von Synergien über Kontinente hinweg.

Der Film «Die Kraft der Erinnerung» wird am Welt-Aids-Tag, dem 1. Dezember 2004, lanciert werden, als Auftakt einer Sensibilisierung- und Informationskampagne zur Stützung von Entwicklungs- und Gesundheitsorganisationen im Süden, Osten und Norden. Damit Partnerorganisationen Memory Work effizient in ihre Projekt- und Kampagnenarbeit integrieren können, will aidsfocus.ch interessierten Organisationen gemeinsame Veranstaltungsplattformen und vielfältige Projektdokumentationen bieten.

aidsfocus.ch ist ein Projekt des Netzwerks *Medicus Mundi Schweiz*. www.aidsfocus.ch

Bulletin von Medicus Mundi Schweiz

Den Wind im Rücken!

Wie haben Sie in den letzten Ausgaben mit einem ausführlichen Fragebogen nach Ihrer Meinung zum Bulletin von Medicus Mundi Schweiz und zu eventuellen Neuerungen in unserer Zeitschrift befragt. Wir danken für die zahlreichen Rückmeldungen, die ein eindeutiges Bild ergeben:

Das Bulletin kommt bei den LeserInnen im grossen Ganzen sehr gut an, seine Qualität wird geschätzt, ebenso das seit mehreren Jahren konsequent umgesetzte Konzept der Themenschwerpunkte. Auch scheint der Spagat zwischen fachlicher Fundiertheit und Lesbarkeit der Texte, zwischen unseren Ansprüchen an die Qualität und der Funktion des Bulletins als einfach zugängliches Schaufenster, in welchem die Organisationen der Gesundheitszusammenarbeit ihre Arbeit in ihrer eigenen Sprache präsentieren können, zu gelingen.

Die Themenschwerpunkte sind das Kernstück der Zeitschrift und entscheiden bei jeder Ausgabe über Beachtung oder Desinteresse der LeserInnen. Eine Mehrheit der Antwortenden kann sich aber einen gemässigten Ausbau des Magazinteils vorstellen, wenn es auch einige Stimmen gibt, dass für aktuelle Nachrichten und Meldungen aus dem Netzwerk Medicus Mundi Schweiz der E-Mail-Newsletter eigentlich das geeignetere Medium darstellt.

Die Antworten zur Gestaltung sind sehr positiv ausgefallen. Die für den Winter 2004/2005 geplante formale Weiterentwicklung wird sich somit am Bestehenden orientieren: eine sanfte Renovation ist angesagt, kein Neubau.

Bei der online-Ausgabe des Bulletins wird vor allem das vollständige und jederzeit zugängliche Archiv der bereits publizierten Bulletinartikel geschätzt, ausserdem die Sammlung weiterführender Ressourcen zum Thema – was in die aktuelle Überarbeitung der

Website von Medicus Mundi Schweiz einfließen wird. Hingegen werden wir auch auf der neuen MMS-Website auf interaktive Angebote wie Kommentierung und Bewertung publizierter Beiträge verzichten; diese stossen auf zu geringes Interesse.

Betreffend Inseraten sind die LeserInnen offen, aber doch eher zurückhaltend: keine Begeisterung, aber Einsicht in die Notwendigkeit von Zusatzeinlagen. Wer soll im Bulletin inserieren? – Neben der Art der InserentInnen wird auch der Stil und Inhalt der Inserate als Kriterium erwähnt.

Eine gute Zeitschrift – mit noch kleinem Publikum: So wollen wir uns im kommenden Frühling mit der Nr. 96 des Bulletins daran machen, den Kreis der LeserInnen unserer Zeitschrift zu erweitern. Wir sind zuversichtlich, denn wir haben von Ihnen Rückenwind erhalten. Herzlichen Dank!

Die detaillierten Umfrageresultate sowie einen zusammenfassenden Bericht stellen wir interessierten Mitgliedern des Netzwerks auf Anfrage hin gerne zur Verfügung.

25. November 2004 in Bern:
«Mutterschaft und Migration»

Referate und Podiumsgespräche sowie Präsentation von Projekten und Fakten. Eine nationale Tagung für Fachleute aus dem Gesundheits- und Migrationsbereich und Interessierte. mkuenzler@jamaneh.ch

25. November 2004 in Bern:
Nach der Globalisierung: Entwicklungspolitische Herausforderungen für das 21. Jahrhundert

Im Zeitalter der Globalisierung diktiert die Industrieländer einer Mehrheit von Entwicklungsländern die Wirtschaftspolitik – mit negativen Folgen. Die Arbeitsgemeinschaft der Hilfswerke plädiert für einen umfassenden Kurswechsel, der den einzelnen Ländern mehr Spielraum für eigenständige Entwicklungswege gibt. Dazu legt sie erstmals ein umfangreiches «Programm» vor. www.swisscoalition.ch

1. Dezember 2004 in Bern:
«Afrika braucht Medikamente – jetzt!»

6000 Kerzen in Form einer Aids-schleife werden am 1. Dezember 2004 auf dem Bundesplatz in Bern stehen aus Solidarität mit den Menschen mit HIV/Aids weltweit. Eine von Bethlehem Mission Immensee und HEKS, zwei Partnern von aidsfocus.ch, lancierte Kampagne. kampagne@bethlehem-mission.ch

2. Dezember 2004 in Basel:
Das Recht auf Gesundheit: Wer steht in der Pflicht?

Artikel 25 der UNO-Menschenrechtsdeklaration von 1948 gesteht allen das Recht auf einen Lebensstandard zu, welcher eine gesunde Lebensweise ermöglicht. Gibt es ein Recht auf Gesundheit, das über den ethischen Anspruch aller auf Menschenwürde hinausgeht? Wessen Pflicht ist die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit? Am Symposium der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung wird das Thema kontrovers diskutiert. www.stiftung.novartis.com/de/symposium/2004



Inhalt

Wenn Frauen selbst bestimmen könnten

Gender, Frauengesundheit und internationale Zusammenarbeit

Helena Zweifel: S. 2
Editorial

Geschichten von Gesundheit und Geschlechterrollen

Stella Baltazar: S. 4
«Wir können Veränderungen nur durch Frauen herbeiführen»

Peter Eppler: S. 8
Der lange Weg aus der Unterdrückung. Vom Gesundheitsprojekt zum Empowerment von Frauengruppen in Jharkhand, Indien

Sainta Ndem Goidi et Susanne Enz Dia: S. 12
Au Tchad, les accoucheuses « traditionnelles » contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et infantile

Helena Zweifel: S. 17
Hundert Prozent Beteiligung. Über den konsequenten Einbezug einer Genderperspektive

Afërdita Ademi and Fried Didden: S. 21
Building up Health Competence in Kosovo

Eine Geschichte aus Kinshasa: S. 24
Als Frau das Tabu Aids brechen

Karin Rööfli: S. 28
Fernsehen fördert Gesundheit

Stossrichtungen und Strategien

Helen Fielding: S. 30
Ignorant Mothers?

Maya Tissafi: S. 36
Gleichberechtigung – der Schlüssel zur Armutsreduktion

IAMANEH Schweiz: S. 41
Einblick in einen Frauenbetrieb der Gesundheitszusammenarbeit

Sumati Nair, Preeti Kirbat, Sarah Sexton: S. 44
A Decade After Cairo. Women's Health in a Free Market Economy

Health for All – Health for Women. S. 48
WGNRR Campaign on Women's Access to Health

WHO: S. 51
Gender has a Vital Bearing on Health

Justus Gallati: S. 54
Wenn Frauen selbst bestimmten könnten... Dokumentation zum Workshop vom 6. Juni 2004

Ressourcen zum Thema S. 58

Magazin

Symposium vom 3. November 2004 S. 60

Reisende in Sachen Gesundheit S. 62

Memory Work S. 62

Umfrage zum Bulletin S. 63

Agenda S. 63