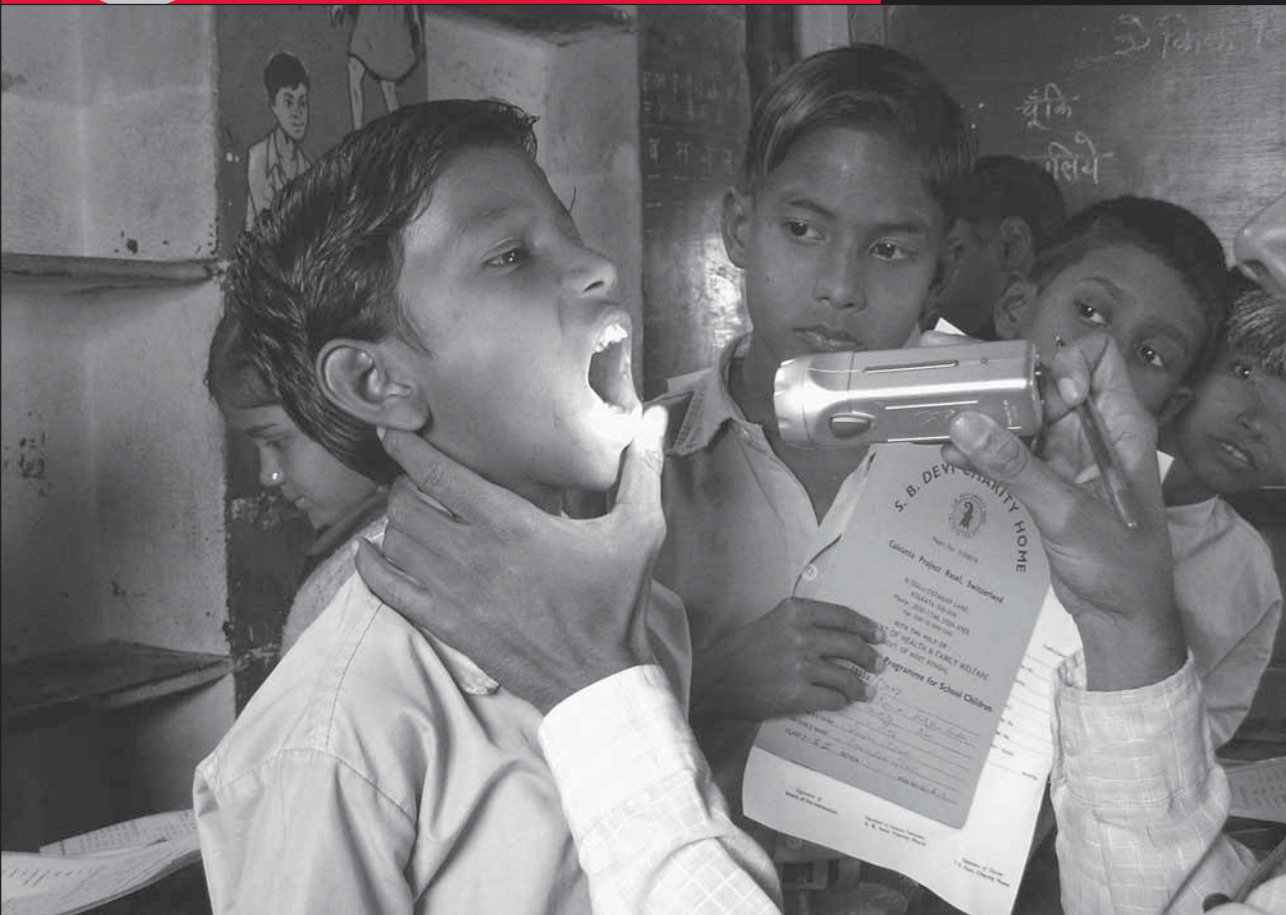




Bulletin 110

Medicus Mundi Schweiz

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



GESUNDHEIT UND VERSTÄDTERUNG

SANTÉ ET URBANISATION
URBANISATION AND HEALTH

IMPRESSUM

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

Bulletin Nr. 110, November 2008
Gesundheit und Verstärkung

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 REDAKTIONSSSEKRETARIAT:

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

REDAKTIONSKOMMISSION:

Martin Leschhorn Strebler,
 Helena Zweifel

LAYOUT: VischerVettiger Basel

PRODUKTION:

Geschäftsstelle Medicus Mundi Schweiz,
 Martin Leschhorn Strebler
 DRUCK: Birkhäuser + GBC

AUFLAGE DIESER NUMMER: 1500 Ex.

ERSCHEINUNGSWEISE: Vier Nummern im Jahr

NÄCHSTE NUMMER: 30 Jahre nach Alma

Ata: Die Zukunft von Community Health

REDAKTIONSSCHLUSS: 30. Nov. 2008

TITELBILD: Gesundheitscheckup in der Schule (Foto: zVg)

NETZWERK

Die 47 Mitgliedorganisationen von Medicus Mundi Schweiz:

Afro-European Medical and Research Network (AEMRN)
 Aids und Kind
 Aids-Hilfe Schweiz
 AO International
 Association Solidarité avec les Villages du Bénin
 Association Suisse Raoul Follereau
 Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit
 Bündner Partnerschaft HAS Haiti
 Calcutta Project
 Christoffel Blindenmission (Schweiz)
 CO-OPERAID
 cooperation@epfl
 DM - Echange et Mission
 Enfants du Monde
 FMH Verbindung der Schweizer Ärzte
 Fondation PH Suisse
 Fondation Sociale Suisse du Nord Cameroun
 Fondation Suisse pour la Santé Mondiale
 Förderverein für Otorhinolaryngologie
 Freunde Behindertenintegration Kamerun
 Gemeinschaft der St. Anna-Schwestern GRUHU
 Handicap International (Schweiz)
 IAMANEH Schweiz
 Institut Universitaire d'Etudes du Développement
 INTERTEAM
 Jura-Afrique, Programme Santé
 Kinderhilfe Bethlehem
 Leprahilfe Emmaus Schweiz
 Lungenliga Schweiz
 Médecins du Monde-Suisse
 medico international schweiz
 mediCuba-Suisse
 Mission 21
 Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung
 Pharmaciens sans Frontières Suisse
 Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie
 Schweizer Hilfsverein für das Albert Schweizer-Spital Lambarene
 Schweizer Indianerhilfe
 Schweizerisches Korps für humanitäre Hilfe
 Schweizerisches Rotes Kreuz
 Schweizerische Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit PLANeS
 Schweizerisches Tropeninstitut
 Secours Dentaire International
 SolidarMed
 Stiftung Terre des Hommes
 Verein Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti

INHALT

EDITORIAL Martin Leschhorn Strebler	4
RISIKEN UND CHANCEN DER VERSTÄDTERUNG	
MICHEL GARENNE Profondes dispartis entre riches et pauvres	6
GTZ FACT SHEET Urbanisation and Sexual and Reproductive Health and Rights	9
BARBARA SCHÜRCH Gesundheit im Kontext nachhaltiger Quartierentwicklung	13



Foto: Jenny Heeb

SCHLAGLICHTER	
IBRAHIMA SY ET AL Enjeux et perspectives dans une ville de l'Afrique de l'Ouest	20
MARTINA OBRECHT, MATTHIAS KNECHT Effektive Hilfe in den Slums von Kolkota	26
MOHAMED ROBLE, JENNY HEEB Seuchengefahr	37
DEBATTE Karl-Heinz Roth, Jochi Weil	39
FABOU KEITA «Il ne suffit pas de balayer devant sa cour pour rendre le quartier propre!»	29
SIBIL BIHR Carton Tigi	33
MAGAZIN Franziska Freiburghaus Helena Zweifel	42

Landflucht, Verstädterung und Megacitys: Zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte leben ab diesem Jahr mehr Menschen in städtischen Räumen als auf dem Land. Diese Entwicklung der Urbanisierung setzt sich vor allem in Asien und Afrika ungebremst fort.

Aus gesundheitlicher Sicht ist die Verstädterung durchaus nicht so schlecht. Dank zentralisierter, leicht erreichbarer Infrastruktur scheint die Gesundheitssituation für die Stadtmenschen besser; die Sterblichkeitsrate ist für städtische Räume im Allgemeinen kleiner als fürs Land.

Es lohnt sich aber, dem differenzierteren Blick zu folgen, wie wir dies in dieser Bulletinausgabe tun. Der zeigt zwar, dass die oben gemachte allgemeine Bemerkung durchaus stimmt, dass das Bild sich aber verändert, wenn wir unkontrolliert wachsende Städte anschauen, wie dies eben gerade vielerorts der Fall ist.

Verslumung bringt schwer kontrollierbare sanitärische Verhältnisse mit sich, Menschen leben auf kleinstem Raum unter prekären wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen, welche die Menschen in Not bringt und entrechtet. Es gibt Handlungsbedarf gerade in städtischen Ballungszentren, es gibt aber auch Ansätze und Initiativen, um eine unkontrollierte Entwicklung zu verhindern. Vielleicht leisten dazu auch Erfahrungen aus der europäischen Stadtgeschichte einen Beitrag. Mit der historischen Fotografie aus dem Stadtzentrum in Basel auf dieser Seite soll dies auch noch in Erinnerung gerufen werden.

Bei der Entwicklung dieses Bulletins zeigte es sich, dass nach wie vor viele Projekte der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit sich auf den ländlichen Raum konzentrieren. Dies macht angesichts der schwierigeren Gesundheitsversorgung auch Sinn. Aufgrund der Urbanisierung in Afrika, Asien und Lateinamerika ist aber auch davon auszugehen, dass sich gewisse Schwerpunkte der Arbeit bei einigen Organisationen verlagern könnten. Ich hoffe, dass wir mit dieser Ausgabe des Bulletins eine inhaltliche Grundlage liefern können.

Martin Leschhorn Strebel
Mitglied der Geschäftsleitung
Medicus Mundi Schweiz



Blick aus einer Wohnung in Basel, 1896

Foto: Staatsarchiv Basel-Stadt, NEG 1386

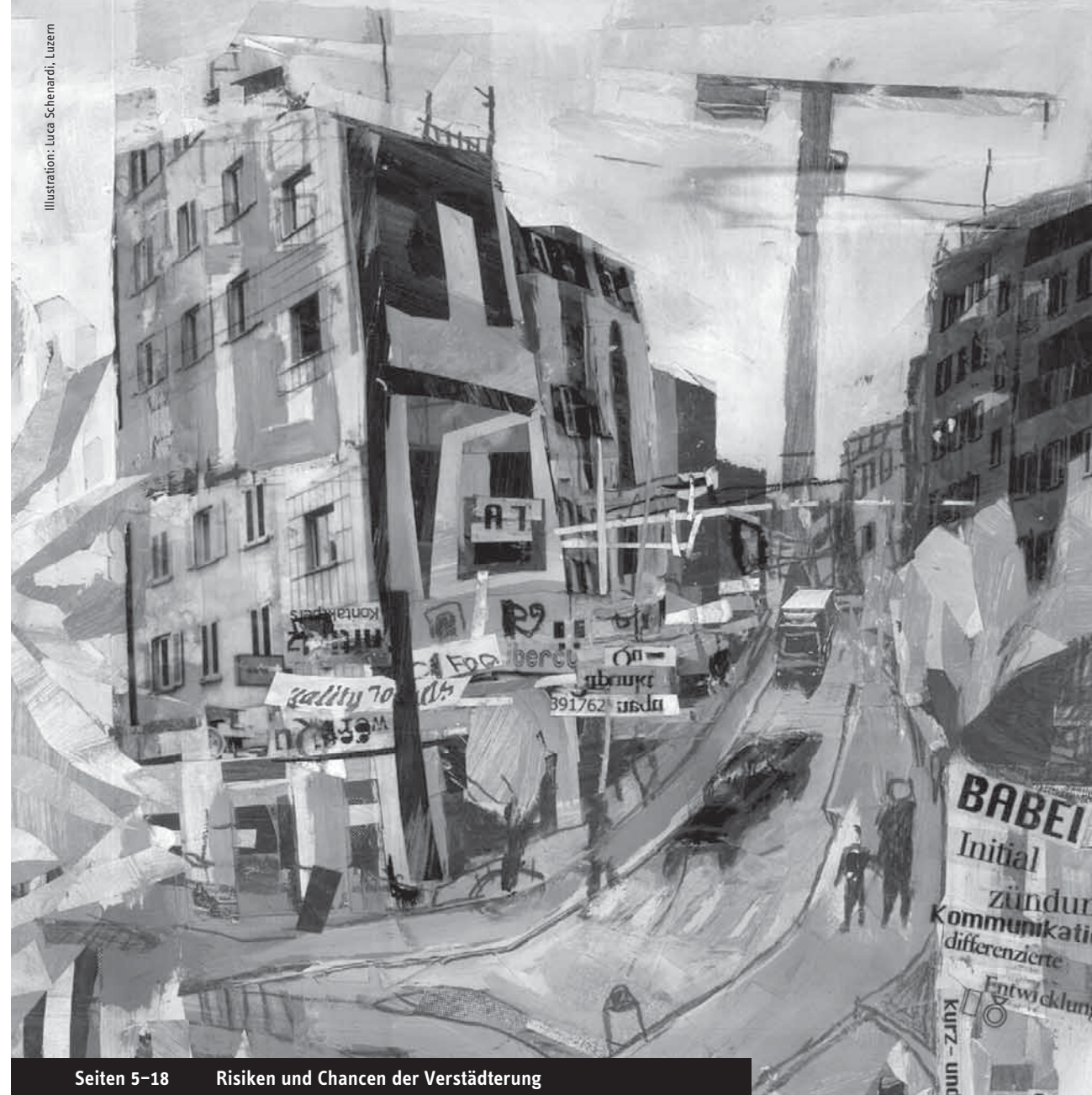


Illustration: Luca Schenardi, Luzern

Seiten 5-18 Risiken und Chancen der Verstädterung

«Les migrations massives de ruraux vers l'urbain posent des problèmes gigantesques quand les infrastructures et le personnel nécessaires n'ont pas été prévues à temps.»

Michelle Garenne

PROFONDES DISPARITÉS ENTRE RICHES ET PAUVRES

L'histoire de la santé publique dans les villes est une histoire du progrès: Les évolutions ont été très favorables et régulières en dehors des périodes de guerre ou de crises majeures dans les pays développés, et la survie de l'enfant n'a jamais été aussi élevée, ainsi que l'espérance de vie. L'évolution de la santé publique dans les pays en développement est plus contrastée.

Par Michel Garenne*

AVANT LA RÉVOLUTION sanitaire du milieu du XIX^e siècle, la ville était une dévoreuse d'hommes. L'ensemble des documents disponibles l'atteste, que ce soit en Europe, en Amérique du Nord ou en Asie (Inde, Chine). Jusqu'au début du XX^e siècle, la mortalité urbaine reste très défavorable, avec des espérances de vie inférieures à 40 ans, voire inférieures à 30 ans, et qui se trouvent être plutôt inférieures aux espérances de vie des populations aborigènes décrites au milieu du XX^e siècle! Les raisons en sont simples: le manque d'hygiène et la forte densité démographique, qui sont le terreau des maladies infectieuses transmissibles, qu'elles soient à transmission hydrique (choléra, typhoïde, et autres maladies diarrhéiques) ou à transmission aérienne (tuberculose, grippe, variole, rougeole, coqueluche, et autres maladies respiratoires). Ces maladies étaient à l'époque les principales causes de décès de l'enfant et des jeunes adultes. Cette surmortalité urbaine existait dans les populations anciennes malgré un plus haut niveau de vie moyen et un niveau d'instruction plus élevé en milieu urbain, et elle était d'autant plus forte que la ville concentrait une forte proportion de pauvres et de très pauvres, comme par exemple en Angleterre au début de l'ère industrielle.

RÉSULTATS MOINS FLAGRANTS QUE DANS LES PAYS DU NORD

Avec le développement du mouvement hygiéniste au milieu du XIX^e siècle, puis avec les découvertes pasteuriennes sur la théorie de germes, la situation du milieu urbain va rapidement changer, car on apprend vite à maîtriser les maladies infectieuses. Les politiques modernes de santé publique vont se mettre en place, focalisées sur les systèmes d'assainissement de l'eau et les égouts, l'évacuation et le traitement des déchets, la meilleure ventilation des logements, et de meilleurs soins aux enfants. A cela s'ajoutent l'amélioration du niveau de vie et de la nutrition, puis les efforts de médecine préventive (vaccinations, prise en charge de la grossesse et de l'accouchement), et enfin après 1950 le traitement des maladies bactériennes par antibiotiques. Jusqu'ici, ces évolutions ont été très favorables et régulières en dehors des périodes de guerre ou de crises majeures dans les pays développés, et la survie de l'enfant n'a jamais été aussi élevée, ainsi que l'espérance de vie.

L'évolution de la santé publique dans les pays en développement est plus contrastée. Certes, les politiques sanitaires couronnées de succès dans les pays européens ont été appliquées dans les pays du sud, au temps de la colonisation comme après l'indépendance. Mais les efforts ont été plus diffus, et les résultats moins



Basel, Offene Birsig, vor 1900

Foto: Staatsarchiv Basel-Stadt, AL 45, 4-62-1

flagrants que dans les pays du nord. Si l'espérance de vie s'améliore depuis 1930 dans la plupart des pays, l'évolution n'est pas toujours régulière, surtout dans les pays africains où la gestion de l'état reste fragile et les moyens financiers limités. A cela il faut ajouter les maladies émergentes, en particulier le VIH/sida, qui fait des ravages dans de nombreux pays, provoquant des remontées de mortalité dans des situations jusque là en évolution favorable (en Afrique australe notamment).

PEU DE DIFFÉRENCE ENTRE L'URBAIN ET LE RURAL?

En Afrique sub-saharienne par exemple, la mortalité urbaine est pratiquement toujours inférieure à la mortalité rurale depuis que l'on dispose de données démographiques, c'est-à-dire approximativement depuis les années 1960. Ceci est dû au fait que la ville concentre

les infrastructures sanitaires (assainissement, hôpitaux), le personnel médical, les grands programmes de prévention. En conséquence, l'hygiène est dans l'ensemble meilleure, la couverture vaccinale est plus élevée, la prévention et le traitement des maladies infectieuses est plus efficace qu'en milieu rural. La ville bénéficie aussi de niveaux de vie plus élevés en moyenne, d'une meilleure nutrition, et d'un niveau d'instruction plus élevé que le monde rural. L'écart entre l'urbain et le rural est d'ailleurs d'autant plus fort que la concentration des infrastructures et du personnel dans les villes est importante (comme en Afrique de l'Ouest).

Il faut noter que niveau de développement, richesse et santé de l'enfant sont fortement liés au niveau des ménages. Ainsi, à niveau de vie égal, mesuré par un indicateur de richesse du ménage, il reste très peu de différence entre l'urbain et le rural. Mais ce terme de «niveau

de vie du ménage» cache tous les déterminants de la santé cités plus haut: hygiène, nutrition, accès à la médecine préventive et curative, ainsi que les attitudes et comportements favorables à la santé. Et en fait il mesure surtout leur degré de modernité, tant sur le plan économique que sur le plan sanitaire.

Mais la situation moyenne du milieu urbain cache de profondes disparités entre riches et pauvres, qui ont des conséquences importantes pour la santé des populations. On assiste d'ailleurs dans certaines grandes métropoles du tiers monde à des phénomènes atypiques, en particulier à des hausses de mortalité de l'enfant dans les immenses bidonvilles, où la mortalité devient même supérieure à celle du monde rural. Ceci est dû à la très grande précarité de ces populations, qui cumulent tous les risques: manque d'hygiène, faible accès aux infrastructures et au personnel sanitaires, grande pauvreté, forte mobilité géographique, nutrition inadéquate, vulnérabilité sociale, et diverses formes de violence.

MIGRATIONS MASSIVES

Ces phénomènes de surmortalité urbaine se retrouvent dans certaines grandes villes d'Amérique latine (Port-au-Prince à Haïti, Porto-Allegre au Brésil) et d'Asie (Metro-Manilla aux Philippines, Mumbay en Inde) connues pour les très grandes disparités sociales et la déficience des politiques sociales. En Afrique, ce

phénomène est encore rare, mais on le trouve par exemple dans les bidonvilles de Nairobi au Kenya, où la mortalité des enfants a doublé en vingt ans et maintenant excède largement la mortalité rurale. Là encore il s'agit d'une déficience des politiques sociales, et de la faiblesse des aides internationales face à des problèmes dont l'ampleur démographique est devenue considérable, des millions de personnes étant concernées.

L'histoire des relations entre la ville et la santé est devenue plus complexe qu'on ne l'imaginait il y a un demi-siècle. Les migrations massives de ruraux vers l'urbain posent des problèmes gigantesques quand les infrastructures et le personnel nécessaires n'ont pas été prévues à temps (eau potable, assainissement, évacuation des déchets, dispensaires, maternités, personnel médical, administration, contrôles sanitaires etc.). Une bonne gestion de l'état doit prendre en compte ces dynamiques très rapides, et la coopération internationale peut fournir une aide déterminante pour résoudre ces problèmes.

Note

La fondation Rockefeller a réuni à Bellagio en juillet 2007 un groupe d'experts pour discuter de ces questions, au cours d'une conférence intitulée «**Innovation for an urban world: a Global Urban Summit**». Les documents de cette conférence sont disponibles sur la toile internet, avec un film documentaire. Ils font une place importante aux questions de santé publique, et tout particulièrement à l'environnement, à la qualité de l'eau et à la qualité de l'air, qui comptent parmi les grands défis sanitaires des nouvelles métropoles.

Pour en savoir plus: http://www.earth.columbia.edu/csud/projects/global_urban_summit.html

* MICHEL GARENNE, Institut Pasteur Paris, France, Contact: mgarenne@pasteur.fr

URBANISATION AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS (SRHR)

“The year 2015 will see a different world – a world in which women have control over their sexuality, in which children attend school and in which it is possible for families to enjoy better living conditions..” said Heidemarie Wieczorek-Zeul, German Federal Minister for Economic Cooperation and Development. The Bulletin of MMS publishes the GTZ Fact Sheet on Urbanisation and Sexual and Reproductive Health and Rights.

By German Development Cooperation*

THE 21st CENTURY is the century of the city. Today, more than half of humanity lives in cities and by the year 2030 this will have risen to about 60%. The urban population will then stand at almost five billion. While the global population growth rate is estimated at 1.1% per year, the rate of urban growth will be double this, at 2.2%. This expansion, which is caused both by the migration of those hoping for better working and living conditions, and by natural population developments, is occurring mainly in developing countries. It is having an enormous impact on population dynamics. On top of this the size of cities will increase steadily, bringing a rise in the number of mega-cities: by 2020 eight cities will exceed 20 million inhabitants, six of them in developing countries.

URBANISATION OF POVERTY

Urban growth is accompanied by the growth of slums and informal settlements. Today, 40% of the population in developing countries lives in poor urban settlements. In many cities in the countries of sub-Saharan Africa which find themselves on the threshold between rural and

urban culture, 90% of city dwellers live in slum areas. Examples of this include Ethiopia, Uganda, Sierra Leone and Tanzania.

Cities in developing countries are characterised by a variety of problems such as air pollution, noise, high-density and inadequate housing, insufficient water supply and sewage disposal, fragmentary waste disposal and overburdened public transport. These all constitute serious health hazards, especially for the urban poor. In slums and informal settlements, children, women and elderly people suffer particularly from the poor conditions. Nevertheless, the lack of possibilities for development in rural areas as well as insufficient infrastructure and working opportunities still force more and more people to migrate to cities that are ill-prepared for the influx and are unable to supply necessary services and facilities. For example, Lagos, in Nigeria, grows by over 5% each year. In the face of such rapid expansion, city councils in developing countries are overburdened. They fail to plan urban development or make the necessary infrastructure available.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IS A CRITICAL FACTOR FOR SUSTAINABLE URBAN DEVELOPMENT

Sexual and reproductive health and rights (SRHR) are central to health and development as a whole. Accessibility and availability of quality sexual and reproductive health services are a part of the human right to the highest attainable standard of health as well as a critical factor of utmost importance for poverty reduction and sustainable development

Sexual and reproductive health is a human right. Health is a basic need of all human beings and a precondition for any kind of development. Sexual and reproductive health (SRH) includes all aspects of physical, mental and social well-being with regard to sexuality and repro-

duction and is thus a core element of the right to the highest attainable standard of health. The right of the individual to decide freely and responsibly the number and spacing of their children, and the right to adequate access to information, education and services, form part of internationally recognized human rights. At the 2005 World Summit, world leaders committed themselves to the goal of universal access to reproductive health by the year 2015, thereby confirming the centrality of SRH to the Millennium Development Goals.

FEMINISATION OF POVERTY

The proportion of households headed by women is increasing, especially in urban slums. More than half the families in some informal settlements do not have a male head of family. Many children grow up without their biological father.

Women are often at a worse disadvantage than men regarding education, income and living conditions. They are more likely to work in the informal sector or in unsafe working conditions, and they have considerably less access to financial loans. The insufficient urban services and the lack of infrastructure affect women particularly hard, because their domestic responsibilities include caring for the health of their children, ensuring access to clean water and disposing of waste water and household refuse. Women are exposed to insecurity and danger in public spaces, and are often treated badly in their private environment. Because of gender-related attitudes, violence, and harmful traditional practices, women are increasingly affected by HIV/AIDS. HIV-positive women and AIDS widows suffer stigmatisation and live in fear of expulsion from their communities.

The birth rates in urban slums exceed those of rural areas. Poor urban women lack access to services and information, to modern means of contraception, to skilled attendance at birth. They are exposed to an extremely high risk of HIV/AIDS, and teenage pregnancies are putting poor urban women at risk.

A lack of social networks and the pressure to nourish their families force girls and women into transactional sex or prostitution, which increases the risk of HIV/AIDS and other sexually transmitted infections. A high percentage of children living in poverty in the cities of many developing countries die of pneumonia,

The Millennium Development Goals in an urban context

An initiative of UN-Habitat demands the localisation of the Millennium Development Goals ('localising the MDGs'). The argument is that the global goals, with their generalised values, can be defined and evaluated more appropriately at the local level. Local administrations are much closer to the problems of the people. They are able to adapt their policies and action plans to the needs and priorities of the inhabitants in a more flexible way. Ensuring access to clean drinking water, electricity, education and health care falls largely within the ambit of local responsibility. An example – family development goals have been defined for Pasay City in the Philippines:

- MDG 1** My family has a job and savings
- MDG 2** All children are going to school
- MDG 3** Equal rights for men and women
- MDG 4** All children are healthy
- MDG 5** Safe and healthy pregnancy
- MDG 6** Avoid HIV/AIDS and other diseases
- MDG 7** Help clean the environment
- MDG 8** Encouraging everyone to be involved in community development

Combating poverty, promoting maternal health, and reducing child mortality depend to a large degree on local, decentralised interventions.



Bogotá, Kolumbien

diarrhoea, malaria, measles and HIV/AIDS. The spread of these diseases is exacerbated by unclean water, dirty conditions, overcrowding and the lack of sanitary facilities.

SUSTAINABLE URBAN DEVELOPMENT WITH WOMEN

The concept of sustainable development includes measures that affect future generations, long-term health and the protection of the environment. It also encompasses quality of life, equal opportunities and other social and cultural dimensions of human wellbeing.

Places like urban slums – where ownership of property is insecure, where people live in constant fear of being displaced, where a correlation between gender and poverty exists, and where infrastructure is inadequate – pose a serious threat to people's health and wellbeing. Although health is both a basic need and a precondition for every aspect of develop-

ment, women, adolescents and children living in slums suffer a high risk of sexual and reproductive ill-health.

A gender-balanced policy of urban sustainable development has an important role to play in integrating women more closely into the planning process and assuring that various aspects of sexual and reproductive health are addressed. There is a high need for family planning and sexual and reproductive health services specially adapted to women in poor urban areas. Even though many urban settlements do provide basic health services, poorer girls and women often can not get access to them. Services around family planning, safe pregnancy and delivery, violence against women and safe sex counselling are examples. In order to make these accessible and effective, the participation of men is also extremely important. The framework of Local Agenda 21 action programmes is an important platform for integrating topics

like sexual and reproductive health into urban planning. In ideal, the programmes are developed in a participative manner, at city council or municipal level, and include under-represented social groups, like women, slum dwellers and minorities.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND URBAN MANAGEMENT

City councils are responsible for a long list of services, such as business development, law and order, estates management, waste disposal, the fire brigade, urban planning, transport, traffic, construction (housing and infrastructure), social services and environmental protection. They also play an important role in culture, education, youth issues, sports, employment, social welfare, health and consumer protection. All these areas of work are reflected in corresponding municipal departments. Some cities also maintain full departments for women or gender issues, but sexual and reproductive health services are usually neglected.

CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

In the future municipal administrations will have to adjust their planning and health services to better meet the needs of the poor urban population. Urban planning, for example, must address issues which are of specific interest to slum inhabitants, such as violence, risk of injury, sexually transmitted infections, HIV/AIDS, mental well-being, and sexual and reproductive health. The collection of disaggregated data will be of crucial importance.

Urban health services will need to cover fields of sexual and reproductive health: family planning, prenatal and postnatal care, safe childbirth, breast-feeding, health care for women and infants, prevention and treatment of infertility, unsafe abortion, prevention and treatment of sexually transmitted infections. This includes the right to contraception as well as information and counselling about sexuality and infertility. It is possible to incorporate measures for improved sexual and reproductive health in almost all fields of the city council's responsibility, for example:

Transport: addressing violence prevention in street design and urban planning; raising awareness on topics of SRHR on public transport and in public spaces.

Water/Sewage: improvements to the infrastructure of poor urban settlements so that the right to a standard of living adequate for the health and wellbeing of citizens is realised, with particular attention to women and children.

Estate management: fostering pro-poor, equitable policies; sensitising the administration to the housing problems of poor and marginalised citizens, including women and people living with HIV/AIDS; supply of appropriate support services.

* **THE FACT SHEET** was written by Joanna Kotowski, SUM Consult and edited by Inge Baumgarten and Ulrich Knobloch from "Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)". German development cooperation has a long-standing experience in urban health promotion in Latin America, Asia and Africa. Special features of its strategy are a comprehensive approach, promoting the integration of issues like sexual and reproductive health, youth promotion, addiction and drug control, violence prevention; and facilitating participatory, gender-sensitive development and good governance. Examples from practice reveal numerous linkages and intersections for the efficient promotion of sexual and reproductive health and rights in urban development.

GESUNDHEIT IM KONTEXT NACHHALTIGER QUARTIER-ENTWICKLUNG

In benachteiligten städtischen Gebieten beeinträchtigen vielfältige Defizite die Lebensqualität und die Gesundheit der Bewohner/innen. Nachhaltige Stadt- und Quartierentwicklung, die auf einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen Stadtverwaltung und Quartierakteuren aufbaut und die im Quartier vorhandenes soziales Kapital zielgerichtet bündelt, vermag auch in Stadtteilen mit komplexen Problemlagen positive Entwicklungsprozesse in Gang zu setzen. Benachteiligte Quartiere mit einem hohen Anteil an Bewohner/innen in schwierigen Lebenslagen schaffen es nur über die Vernetzung der verschiedenen Interessengruppen im Quartier (überbrückendes Sozialkapital) sich bei den Behörden Gehör für ihre Anliegen zu verschaffen. Die Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus einem Forschungsprojekt in Schweizer-Quartieren auf den Süd-Kontext gilt es noch zu prüfen.

Von Barbara Schürch*

GEMÄSS UNO Leitbild für eine nachhaltige Entwicklung hängt die Zukunft der Menschheit von deren Fähigkeit ab, bisher isolierte ökologische, ökonomische und soziale Handlungsstrategien in Bezug zueinander zu setzen. Nachhaltigkeit ist ein Konstrukt in dem sich das Wünschbare und politisch Gewünschte ausdrückt. Einen absoluten Bezugsrahmen von Nachhaltigkeit gibt es bis heute nicht.

NACHHALTIGE STADT- UND QUARTIER-ENTWICKLUNG

Auf internationaler Ebene sind die Vorstellungen über eine nachhaltige Stadtentwicklung sehr divergent. Zu unterschiedlich vollziehen sich städtische Entwicklungsprozesse in Industrie-, Transformations- und Entwicklungsländern. So wird im Weltbericht über die Zukunft der Städte, der Abschlusserklärung von UR-

BAN 21, ganz allgemein von «Dimensionen» einer nachhaltigen Stadtentwicklung gesprochen, wobei die Dimensionen daraus abgeleitet sind, «was sich die Menschen seit jeher wünschen» (Hall/Pfeiffer, 2000a).

Nachhaltigkeit kann nicht von oben verordnet werden; die Bevölkerung als Träger nachhaltiger Entwicklung muss bereits auf Quartierebene einbezogen werden. Damit ist eine generelle Aufwertung des Sozialen und Lokalen in der Stadtplanung gefordert. Mit dem Einbezug des Sozialen in die Planung geht einher, dass es bei Nachhaltigkeitsprozessen nicht nur um «better», «quicker» und «faster», sondern auch um «angepasster» und «von der Bevölkerung getragen» geht. Dem Prozess des Aushandelns ist besondere Bedeutung beizumessen. Er ist Mittel und Ziel in einem (societal vision is a management challenge). Und er ermög-

Dimension	Schlüsselbegriffe	Beschreibung im Originaltext
Arbeit	Arbeitsplatz, Einkommen	Arbeitsplatz, der ein ausreichendes Einkommen und ein Leben ohne Armut ermöglicht
Einbindung in Gesellschaft	Soziale Netze, Werte, Tradition	Leben in einer ganzheitlichen Gesellschaft mit fest geknüpften sozialen Netzen, die trotz Anerkennung traditioneller Werte und Pflege ihrer Verbindungen zur Vergangenheit bereit ist, sich neuen Gegebenheiten anzupassen
Einklang mit Natur		Existenz im Einklang mit der Natur
Mobilität		Angemessene Mobilität zum Erreichen des Arbeitsplatzes, von Einkaufsmöglichkeiten, Schulen, Freizeiteinrichtungen und Freunden
Bürgerpflichten		Wahrnehmung der Bürgerpflichten im Rahmen eines politischen Systems, das Interessen und Werte ausgewogen vertritt
Staatliche Leistungen	Grundbedürfnisse	Angemessene Versorgung mit staatlichen Leistungen von Abwasserbeseitigung bis Schulwesen unter Berücksichtigung der Grundbedürfnisse aller Einwohner einer Stadt
Wohnumfeld		Leben in einem Wohnumfeld, das sowohl traditionellen Werten verpflichtet ist als auch zeitgemässen Notwendigkeiten im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Lebensweise Rechnung trägt

Tabelle 1: Dimensionen nachhaltiger Stadtentwicklung lt. Weltbericht URBAN 21

licht, bei der Bevölkerung vorhandenes Wissen einzubinden. Hierzu stellt das soziale Kapital einen der zentralen Anknüpfungspunkte dar (auch wenn das Konzept des sozialen Kapitals kontrovers diskutiert wird, siehe z.B. Kessler/Otto 2004; Mayer 2001), denn es schreibt der Zivilgesellschaft zu, bei einer adäquaten Unterstützung durch die Politik im überschaubaren Raum des Quartiers auf Herausforderungen moderner Gesellschaften Antworten zu finden. Träger unterschiedlichen sozialen Kapitals (Immobilienbesitzer, Investoren, Schulen, Jugendgruppen, Migrationsorganisationen etc.) sollen zusammengebracht werden (überbrückendes Sozialkapital). Dieses Kapital ist zentral, wenn es um Nachhaltigkeitsziele – die ja auch Themen- und Sozialgruppen übergreifend sind – geht.

DER NUTZEN DES SOZIALEN KAPITALS

Im Rahmen unseres Forschungsprojektes zum Thema «Der Nutzen des sozialen Kapitals bei der nachhaltigen Quartierentwicklung» (Drilling, Page, Schürch, NFP 54) wurde in verschiedenen Quartieren in der Schweiz unter-

sucht, welche Faktoren die Konstitution von sozialem Kapital begünstigen und wie ein Prozess zum Aufbau und zur Inwertsetzung des sozialen Kapitals hinsichtlich einer nachhaltigen Quartierentwicklung unterstützt und gefördert werden kann. Dabei differenzieren wir in verschiedene Formen sozialen Kapitals (s. Abbildung 1; Bourdieu, 1983; Bourdieu, 1991; Coleman, 1988; Braun, 2001; Putnam 2000b): Stand in den bisherigen Forschungen zum Sozialkapital insbesondere der Aufbau von Strukturen gemeinsamer Interessen im Vordergrund (z.B. Vereine, Interessengruppen, Arbeitsgemeinschaften = «verbindendes soziales Kapital» oder «bonding social capital» oder «Vitamin B»), fokussiert unser Forschungsprojekt auch auf Massnahmen, die versuchen, die jeweiligen Interessen für gemeinsame Zielsetzungen zu verbinden («überbrückendes Sozialkapital» oder «bridging social capital»), etwa durch Vereinsgemeinschaften, Foren oder eine «ad hoc Organisation» wie sie für das Quartieraufwertungsprojekt «BaBeL», auf das im folgenden eingegangen wird, entwickelt wurde.

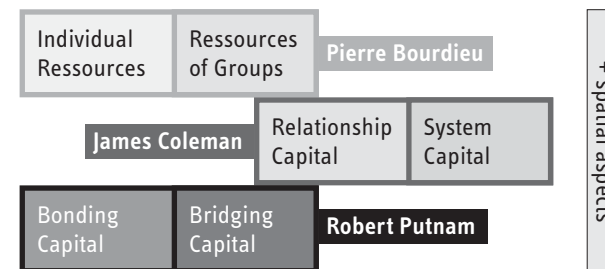


Abbildung 1: Aspekte sozialen Kapitals

Für eine nachhaltige Quartierentwicklung sollte sich die Förderung nicht alleine auf solches soziales Kapital konzentrieren, das gleichartige Interessen verbindet, sondern eben auch darauf, die unterschiedlichen Träger des verbindenden sozialen Kapitals zu überbrückendem sozialem Kapital zu vernetzen. Nach Putnam hat das «überbrückende Sozialkapital» den Charakter eines «generalisierten Vertrauens» und die Eigenschaft eines Kollektivgutes. Der «Besitz» des «überbrückenden Sozialkapitals» ist, unabhängig von den einzelnen Akteuren, auf das System, in dem die Individuen leben, übergegangen und so entsteht Kapital auch nicht unmittelbar durch individuelle Bemühungen. Vom überbrückenden Sozialkapital profitieren alle Akteure eines Netzwerkes, auch diejenigen, die in das Kapital nicht investiert haben, «es ermöglicht die Verwirklichung bestimmter Ziele, die ohne es nicht zu verwirklichen wären».

«BABEL» EIN INTEGRALER QUARTIER-AUFWERTUNGSPROZESS

Für die Klärung unserer Forschungsfragen untersuchten wir verschiedene Fallbeispiele unter anderem das integrale Quartieraufwertungsprojekt BaBeL in Luzern. Anhand dieses Projektes kann exemplarisch die Bedeutung der Vernetzung für eine ganzheitliche Quartierentwicklung und nicht zuletzt auch hinsichtlich der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden. Das über Jahrzehnte vernachlässigte Quartier schaffte es über die Vernetzung der Quartierakteure und der verschiedenen Interessengruppen sich bei der Verwaltung Gehör zu verschaffen und eine Lobby für ihre Anliegen aufzubauen. Ebenso von Bedeutung ist die Vernetzung zwischen Quartier und städtischer Verwaltung.

Das Projektgebiet, das Quartier Basel-/ Bernstrasse, ist geprägt durch eine internationale Wohnbevölkerung aus rund 70 Nationen und trägt alle Merkmale eines Stadtteils mit besonderem Entwicklungsbedarf (Brennpunktquartier). Kein anderes Quartier der Stadt weist einen vergleichbar hohen Anteil an Migrationsbevölkerung und Kindern aus. Das Quartier erfüllt die Funktion einer Eingangspforte und eines Auffangbeckens. In der Geschichte war das Quartier immer wieder Zuweisungsort für Funktionen, die in der Kernstadt nicht erwünscht waren. Diese Tradition führte zu einer kontinuierlichen Problematisierung und Abwertung des Quartiers. Gewalttätigkeiten und Drogenhandel, das Sexgewerbe, starke Verkehrs- und Lärmbelastung und wenig öffentliche Aussenräume beeinträchtigen die Lebensqualität massiv. Eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Menschen in schwierigen Lebenslagen führt zu einer Eigendynamik, welche den negativen Ruf des Quartiers anhaltend mit beeinflusst. Wer den sozialen Aufstieg schafft, verlässt das Quartier. Die freiwerdenden Wohnungen werden von Zuzüglern besetzt, die keinen Zugang zum allgemeinen Wohnungsmarkt haben. Die schlechten Vermietungsperspektiven führten zu einer anhaltenden Vernachlässigung der Liegenschaften durch die Eigentümer/innen. Allerdings bietet das Quartier auch Nischen für Kleingewerbe und Kreativbetriebe. Vor allem sind aber im Quartier engagierte Einzelpersonen und Organisationen aktiv, auf deren Ressourcen das Projekt BaBeL aufbauen konnte.

Als sich die Negativspirale im Quartier immer schneller zu drehen begann und die Lage sich zuspitzte, initiierten im Jahre 2003 die Stadtverwaltung und die Fachhochschule Zentralschweiz gemeinsam den integralen Quartieraufwertungsprozess BaBeL. (Schürch/Sartoris, 2007; Willener, 2006)

Zu Beginn stand eine Kontextanalyse, die neben quantitativen auch qualitative Methoden der Sozialraumanalyse beinhaltete und die Bevölkerung schon zu diesem frühen Zeitpunkt aktivierend einschloss. Diese Grundlagendaten gaben Aufschluss darüber, welche Interessengruppen im Quartier ansässig sind und wo diese Bedürfnisse und Potentiale orten. Auf der Basis dieser Daten sind verschiedene Zukunftsszenarien entwickelt und im Rahmen einer Quartierkonferenz, an der alle Interessengruppen



Werbung der Badminton-Gruppe an einem Quartieranlass

Foto: Thomas Glatthard, BaBeL

pen des Quartiers, wie auch die Vertreter der städtischen Verwaltung zusammengeführt wurden, diskutiert worden. Dieser Prozess mündete in einem Konsensszenarium, das Massnahmen in allen drei Dimensionen der Nachhaltigkeitstrias (Ökonomie, Ökologie und Soziales) wie auch raumgreifende Vorhaben formulierte. Aufgrund der breiten Anlage konnten verschiedenste Partikularinteressen eingebunden und eine Bündelung der Kräfte auf ein gemeinsames Ziel hin erreicht werden. Alle wichtigen Akteure sollten das gleiche Bild der Zukunft des Quartiers im Kopf tragen und in ihrem Wirkungsfeld entsprechend handeln. Für die Formalisierung der Vernetzung zwischen Quartier und städtischer Verwaltung aber auch zwischen den verschiedenen Akteuren im Quartier wurde eine «ad-hoc»-Struktur initiiert. Diese umfasst verschiedene Gefässe: die Trägerschaft und Steuergruppe, bestehend aus Vertretern aus dem Quartier und der Verwaltung, verschiedene strategisch ausgerichtete Denkgruppen bzw. thematische Gruppen, die ebenfalls transdisziplinär zusammengesetzten Projektarbeitsgruppen und die Quartierkonferenz, die alle Anspruchsgruppen integrierende Plattform für Austausch, Information und Vernetzung. Eine zentrale Rolle kommt der Quartierkoordination zu, die Aufgaben der Prozessbegleitung und -förderung, der Koordination und der Vernetzung wahrnimmt und die Kontinuität des Pro-

jektes sichert. Die Interaktion und Vernetzung wird über die verschiedenen Gefässe, vor allem die Quartierkonferenz sichergestellt. Die Struktur bietet auf verschiedenen Ebenen Möglichkeiten für einen Zugang zum Netzwerk und die aktive Beteiligung.

Durch das gegenseitige sich Kennenlernen werden Anonymität und Vorurteile abgebaut und Bedürfnisse und Potentiale, aber auch die Rahmenbedingungen, werden differenzierter erkannt. Projekte und Aktivitäten können deshalb bedürfnisnah und effizienter umgesetzt werden. Über das Netzwerk wird für kleine und grosse Akteure der Zugang zur Verwaltung, zu Fachkompetenz, zu Unterstützung im Projektmanagement, in der Öffentlichkeitsarbeit und allenfalls weiteren Partnern im Quartier erleichtert. Der Verständigungsprozess zwischen den unterschiedlichen «Kulturen» (Vereinskulturen, Fachdisziplinen, Nationalitäten und Sprachen, Quartier und Verwaltung, ehrenamtlich Tätige und Professionelle) ist jedoch zeitaufwändig und darf in der Planung nicht unterschätzt werden.

Durch das Label «BaBeL» (eine Abkürzung für das Quartier Basel-/Bernstrasse, aber auch eine Anspielung auf den Turmbau von Babel und die Verständigung der verschiedenen Sprachen) wurde eine gemeinsame Identität aufgebaut. Alle Entwicklungsgruppen oder Arbeitsgruppen und ihre Projekte laufen unter dem Label BaBeL, z.B. BaBeL-Santé, BaBeL-Kids, BaBeL-Littering, BaBeL-Verkehr usw.

BABEL SANTÉ UND DIE GESUNDHEITSPRÄVENTION

Im Rahmen des Konsensszenariums wurden die Gesundheitsförderung und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Quartier als Ziel formuliert. Mit Unterstützung des Netzwerkes sind in der Folge verschiedene Ideen im Bereich Gesundheit zur Realisierung gelangt. Über einen Quartier-Gesundheitstag hat eine Gruppe von interessierten Freiwilligen und Professionellen zur Gruppe BaBeL Santé zusammengefunden. Diese hat das Bedürfnis nach Information und Beratung zu Aspekten um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft aufgenommen. Um Angebote zu lancieren, hat sie die Vernetzung mit spezialisierten Institutionen auf kantonaler und nationaler Ebene aufgenommen.

Dass Babel als Katalysator für die Umsetzung von Ideen wirken und dazu beitragen kann, vorhandene Ressourcen zugunsten des Gemeinwesens in Wert zu setzen, zeigt ein weiteres Beispiel der Gesundheitsprävention: das vom pakistanischen Verein aufgebaute Sportangebot. Erst unter dem Dach BaBeL mit entsprechender Unterstützung konnte die lange gehegte Idee realisiert werden. Basis des Projektes war die spezifische Kompetenz, die der pakistanische Verein im Badminton-Spiel mitbrachte. Zudem wurde das Thema Gesundheit und Sport als Bedürfnis im Quartieraufwertungsprozess definiert.

Für die Realisierung brauchten die Initianten jedoch Unterstützung und Beratung im Projektmanagement und Entlastung bezüglich administrativer Angelegenheiten. Durch die Vernetzung mit BaBeL konnten sie diese Supportleistung abholen. Zudem vermittelte das Netzwerk BaBeL die Infrastruktur und Finanzen und bot ihre Kanäle für die Bewerbung des Sportangebots an (Quartieragenda, Informationstafeln, Plattformen für Information und Vernetzung usw.), weiter wurde das Projekt in die Öffentlichkeitsarbeit des Gesamtprojektes integriert und erfuhr dadurch auch Anerkennung in einer breiteren Öffentlichkeit. Bei Schwierigkeiten, etwa wenn Jugendliche Material demolieren, erfährt der pakistanische Verein eine Abstützung durch BaBeL und hat allfällige Konsequenzen nicht alleine zu tragen. Das Label BaBeL ist Referenz, signalisiert die Abstützung des Angebotes und schafft die Legitimation. (Schürch 2008)

ERKENNTNISSE

Die Übertragbarkeit des entwickelten Modells (Drilling, Eser, Schürch, 2008) im Südkontext muss erst noch geprüft werden. Doch scheinen in Quartieren, in welchen die Bevölkerung stark absorbiert ist mit der Bewältigung ihres Lebensalltages, die Stärkung von bestehenden Strukturen, z.B. Vereinen (verbindendes Sozialkapital) von zentraler Bedeutung zu sein; ebenso gilt es die Potentiale von Individuen aktiv zu suchen und zu fördern und für das Gemeinwesen nutzbar zu machen. Die Vernetzung von Interessengruppen zu überbrückendem sozialen Kapital und die langfristige Koordination dieses Netzwerkes muss in der Regel von aussen initiiert und abgesichert werden, zum Beispiel durch die städtische Verwaltung.

Die Vernetzung der verschiedenen Akteure ist insbesondere in Quartieren, die keine Lobby haben, eine Voraussetzung dafür, um sich bei der Verwaltung und Politik Gehör zu verschaffen. Eine partnerschaftliche Kooperation der Quartierakteure mit der Verwaltung bringt beiderseits Vorteile, da durch den Austausch eine Sensibilisierung auch innerhalb der Verwaltung für Anliegen aus dem Quartier stattfindet. Für die Verwaltung eröffnet eine partnerschaftliche Quartierentwicklung Zugänge zur Quartierbevölkerung. Die Vernetzung bringt eine Erweiterung des Handlungsspielraums sowohl für die Akteure aus dem Quartier wie auch für die Verwaltung.

Die Integration der Kompetenzen der Quartierbevölkerung und des vorhandenen Sozialkapitals in ein Netzwerk mit dem Ziel einer nachhaltigen Quartierentwicklung generiert Synergien verschiedenster Art. Es entstehen neue Zusammenarbeitskonstellationen, und Projekte entwickeln sich oft zu ganzheitlichen Vorhaben, da der Zugang zu Expertise aus unterschiedlichen Bereichen einfacher ist.

Nicht nur bei Themen der Gesundheitsförderung und -prävention, ist eine Vernetzung über die Dimension Wirtschaft, Ökologie und Soziales sowie das transdisziplinäre Zusammenwirken von Bedeutung, um ganzheitliche und breit abgestützte Projekte lancieren zu können. Eine «ad hoc» Struktur zur Formalisierung der Vernetzung sollte deshalb eine Vertretung aller Dimensionen der Nachhaltigkeitstrias beinhalten.

Der Prozess hin zu einem Konsensszenarium, einer gemeinsamen Vision, bildet die Basis und fördert die Solidarität unter den verschiedenen Interessengruppen eines Quartiers. Ein Logo wie «BaBeL» kann identitätsstiftend und integrierend wirken.

Der Findungsprozess und Vertrauensaufbau sind langfristige Prozesse. Zudem kann die Partizipation der Bevölkerung nur erreicht werden, wenn die Projekte nahe an der Lebenswelt der Zielgruppe sind. Die Aktivierung der Zivilgesellschaft kann jedoch nicht mit einem Rückzug der Verwaltung und Politik aus ihren Verpflichtungen einhergehen. Für den langfristigen Prozess der nachhaltigen Quartieraufwertung braucht es deren kontinuierliches aktives Engagement und die Bereitschaft sich in eine partnerschaftliche Kooperation mit den Akteu-

ren eines Quartiers einzulassen. Ehrenamtlich Engagierte können diese Kontinuität nicht sicherstellen.

Um aber ihre Motivation zu erhalten sind schnelle, sichtbare Resultate neben den langfristig angelegten Zielen notwendig. Die Wertschätzung gegenüber allen Beiträgen, die zum Ziel einer nachhaltigen Quartierentwicklung oder Verbesserung im Gesundheitsbereich beitragen, bildet die Basis.

* **BARBARA SCHÜRCH** ist Ethnologin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Sozialplanung und Stadtentwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit in Basel. Vorher war sie mehrere Jahre in der Entwicklungszusammenarbeit tätig.

Anmerkungen

Angaben zu den theoretischen Grundlagen basieren auf Drilling, M. (2006): Der Nutzen des sozialen Kapitals bei der nachhaltigen Quartierentwicklung. Theoretische Grundlagen und Forschungsdesign, Projekt «Der Nutzen des sozialen Kapitals bei der nachhaltigen Quartierentwicklung» im Programm «Nachhaltige Siedlungs- und Infrastrukturentwicklung» des Schweizerischen Nationalfonds NFP 54 (unveröffentlicht).

Hall, P./Pfeiffer, U. (2000a): Urban Future 21. A global agenda for twenty-first century cities. Berlin: Bundesministerium für Bauen, Wohnen und Verkehr

Hall, P./Pfeiffer, U. (2000b): Weltbericht für die Zukunft der Städte URBAN 21. Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen Berlin: [Online] Available: <http://www.bbr.bund.de/staedtebau/download/weltbericht.pdf>

Kessler, F./Otto, H.-U. (2004): Soziale Arbeit und Soziales Kapital. Zur Kritik lokaler Gemeinschaftlichkeit Wiesbaden: VS-Verlag

Mayer, M. (2001): Soziales Kapital und Stadtentwicklungspolitik: ein ambivalenter Diskurs. In: M. Haus (Hrsg.): Lokale Politik, soziales Kapital und Bürgergesellschaft. Opladen: Leske und Budrich. [Online] Available: <http://www.workfare.ipn.de/sozialkap.html>

Drilling, M., Page R., Schürch B.: Der Nutzen des sozialen Kapitals bei der nachhaltigen Quartierentwicklung. Forschungsprojekt im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Nachhaltige Siedlungs- und Infrastrukturentwicklung» (NFP 54) des Schweizerischen Nationalfonds, 2005–2008

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: R. Kreckel (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt Sonderband 2. Göttingen: Otto Schwartz & Co, 183–198

Bourdieu, P. (1991): Physischer, sozialer und angeeigneter physischer Raum. In: M. Wentz (Hrsg.): Stadträume. Frankfurt: Campus, 25–34

Coleman, J. S. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. In: American Journal of Sociology, 94 (Supplement), 95–120

Braun, S. (2001): Putnam und Bourdieu und das soziale Kapital in Deutschland. Der rhetorische Kurswert einer sozialwissenschaftlichen Kategorie. In: Leviathan, 29, 337–354

Putnam, R. D. (2000b): Niedergang des Sozialen Kapitals. Warum kleine Netzwerke wichtig sind für Staat, Wirtschaft und Gesellschaft. In: W. Dettling (Hrsg.): Denken, Handeln, Gestalten. Neue Perspektiven für Wirtschaft und Gesellschaft. Ein Symposium der DG Bank. Frankfurt a.M.: Edition Politeia, 77–97

Schürch, B. and A. Sartoris (2007): Quartierprofil Basel/Bernstrasse (Luzern). Nationales Forschungsprojekt «Soziales Kapital und Nachhaltige Quartierentwicklung» NFP 54. [On-line] Available: <http://www.sozialestadtentwicklung.ch/documents/luzern%20basel-bernstrasse.pdf>

Willener A. (2006): Projekt BaBeL, nachhaltige Quartierentwicklung Basel-/Bernstrasse Luzern, HSA Luzern, Urban and community development in Europe, Luzern

Schürch, B. (2008): Mit integrierenden Konzepten zur nachhaltigen Quartierentwicklung. Das Projekt «Nachhaltige Quartierentwicklung «BaBeL» Basel/Bernstrasse in Luzern». Nationales Forschungsprojekt «Soziales Kapital und nachhaltige Quartierentwicklung, NFP 54». <http://www.soziale-stadtentwicklung.ch>

Drilling M., Eser M., Schürch B. (2008): Nachhaltige Quartierentwicklung unter Berücksichtigung des lokalen sozialen Kapitals realisieren. Anleitung zur Planung komplexer Prozesse in der nachhaltigen Quartierentwicklung. (Arbeitstitel)

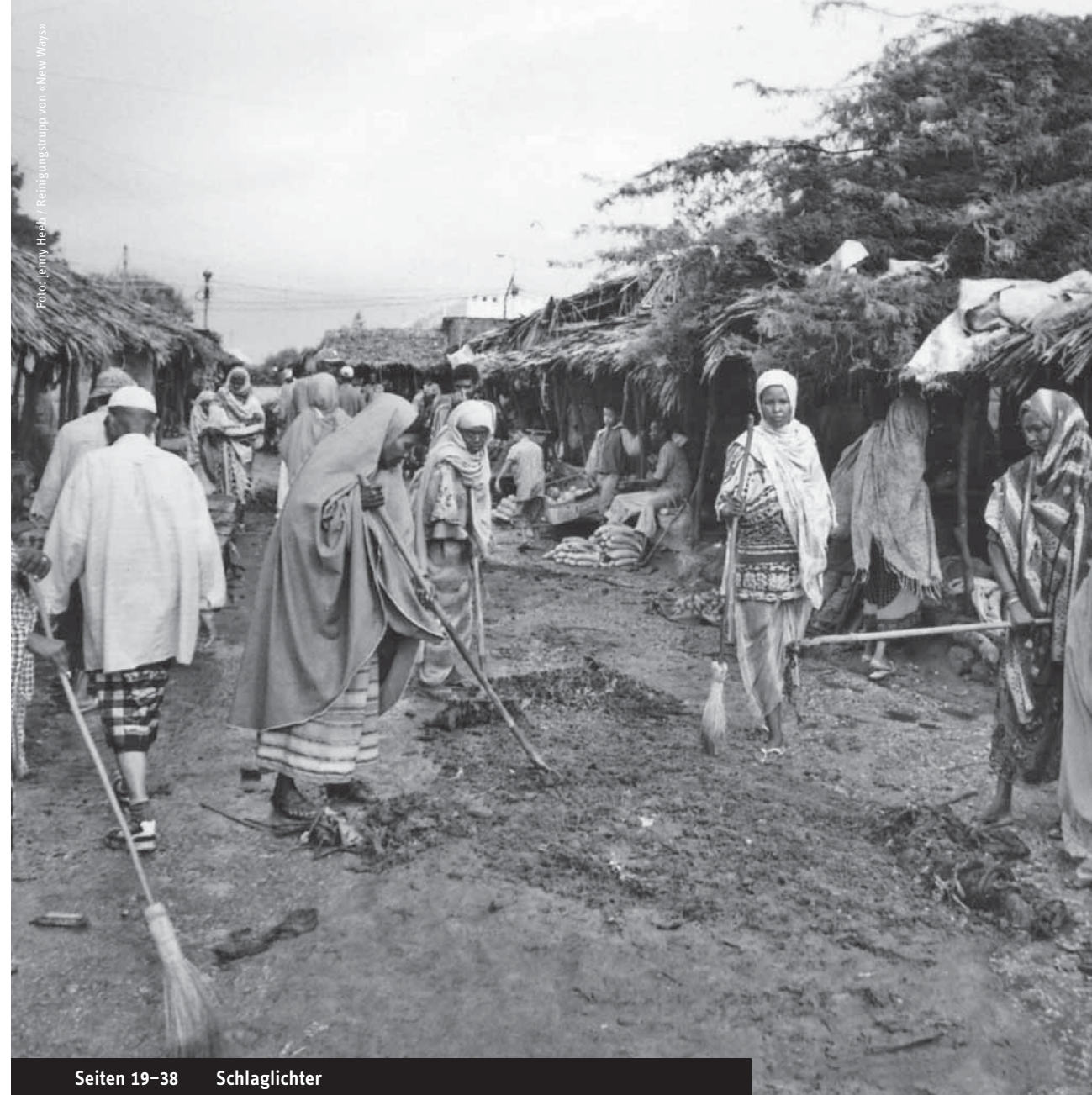


Foto: Jenny Heeb / Reinigungsgruppe von «New Ways»

Seiten 19–38 Schlaglichter

«Une urbanisation bien maîtrisée avec offre de soins de qualité peut apporter bien-être et bonne santé des habitants.»

Sy, Cisse, Tanner et Wyss

ENJEUX ET PERSPECTIVES DANS UNE VILLE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

L'urbanisation galopante et non planifiée expose les habitants des villes des pays en développement à des risques sanitaires multiples. Cependant, dans ces pays pauvres, ce processus peut être un formidable moyen d'organiser les systèmes de santé. A partir d'une étude menée à Rufisque, ce papier analyse l'impact de l'urbanisation sur la santé des populations. En même temps qu'elle représente un risque pour la santé, l'urbanisation offre une disponibilité d'infrastructures sanitaires malgré un accès inégal aux soins. La connaissance de la nature des interactions entre urbanisation et santé permet d'orienter les actions à mener pour assurer un développement urbain durable.

Par Ibrahima Sy, Guéladio Cisse, Marcel Tanner et Kaspar Wyss*

L'URBANISATION de la planète constitue un phénomène démographique, géographique, social, culturel et politique majeur de ce début de millénaire. On estime actuellement que trois habitants de la planète sur quatre vivent en milieu urbain et que deux tiers des citadins de la planète sont des habitants des pays du Tiers-Monde. Parmi les multiples dimensions déconcertantes de la croissance urbaine, la santé pose des problèmes aigus aux planificateurs qui ont la lourde charge d'équiper, sans grands moyens publics, des villes dont ils ne maîtrisent pas la croissance, ainsi qu'aux responsables locaux qui doivent définir des stratégies de prévention et de soins adaptées à des populations majoritairement pauvres, socialement et culturellement variées (Salem et Jannée, 1989). Dans de nombreuses villes en développement, l'incapacité de maîtriser la dynamique urbaine pose d'énormes difficultés pour la satisfaction de la demande sociale massive

dans le domaine de l'accès à l'eau, à l'assainissement, à un logement décent, aux soins de santé, etc. L'absence de ces services de base se traduit par une hygiène déficiente qui offre des conditions bio-écologiques favorables au développement de germes pathogènes (virus, bactéries, parasites) responsables de nombreuses maladies qui sévissent dans les espaces urbains.

DES RISQUES SANITAIRES AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DE L'URBANISATION

Avec le concours de l'insalubrité ambiante, les fortes concentrations humaines et la densité et l'importance de l'habitat précaire apparaissent comme des caractéristiques épidémiologiques déterminantes pour les pathologies de promiscuité et des facteurs aggravants dans les pathologies de pauvreté (Salem, 1998). Ainsi, cette urbanisation génère une situation d'épidémiologie nouvelle caractérisée par un cumul de

classiques pathologies infectieuses et parasitaires des pays pauvres avec les pathologies dites des pays riches comme l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les cancers, etc. De la même manière que l'urbanisation s'accroît, les politiques de santé ont connu de nombreuses mutations qui ont considérablement renforcé l'offre publique de soins pour atténuer les effets pervers de ce phénomène. Dans ce contexte, les villes se caractérisent par un système de soins varié et complexe avec une large offre de soins modernes et spécialisés mais avec de grandes inégalités d'accès et une médecine traditionnelle omniprésente et en plein essor. Toutefois, les problèmes de santé rencontrés dans les villes sont, de façon générale, plus des problèmes sociaux que des problèmes médicaux: il est rare que l'on soit médicalement dépassé devant une infection respiratoire, une diarrhée, une rougeole ou un accès palustre (Salem, 1998).

Dans la ville de Rufisque confrontée à une croissance effrénée et non planifiée, la maîtrise des questions sanitaires constitue une préoccupation centrale des habitants et des décideurs politiques. Avec un taux de croissance urbaine variant de 2,2 et 4,3% selon les années, la population de cette ville située à 25 km de Dakar (capitale du Sénégal) a évolué de 15 000 habitants en 1930 (Dubresson, 1978) à 203 550 habitants en 2008 en passant par 74 351 habitants en 1976 et 109 615 habitants en 1988 (DPS 1992). Cette croissance urbaine exponentielle donnant par ailleurs naissance à des bidonvilles et des taudis se traduit par une forte hétérogénéité interne avec une opposition très nette entre ville légale et ville illégale, entre quartiers planifiés et quartiers construits en dehors des normes urbanistiques légales. De plus, ce phénomène génère de manière croissante des besoins en matière de logement décent, d'accès à l'eau potable, d'assainissement, de collecte des ordures ménagères, d'accès aux soins de santé, etc. alors que les pouvoirs publics ne disposent pas suffisamment de moyens pour faire face à cette situation. Les impacts que génèrent ces variables affectent la santé et le bien-être de nombreux groupes de populations et mènent à une augmentation du risque et de la vulnérabilité (Obrist et al, 2006). Ces problèmes, traduits en termes sanitaires, confrontent les responsables de santé publique à des difficultés qui dépassent leur domaine de compétence et

leurs capacités d'intervention: comment planifier l'action sanitaire dans une ville incontrôlée qui fait face à des situations épidémiologiques explosives? Comment assurer le minimum d'infrastructures sanitaires dans une ville sans ressources? Comment assurer un système de santé avec des populations non solvables? Cependant, l'urbanisation ne génère pas que des effets pervers sur la santé des populations. En effet, dans des pays pauvres aux moyens financiers très limités, le processus d'agglomération dans des petits espaces urbains peut constituer un formidable facteur d'organisation d'un système de soins pour assurer la promotion de la santé publique par une optimisation des faibles ressources disponibles. Devant le manque considérable d'équipements sanitaires et de personnels médicaux, le Ministère de la Santé du Sénégal, avec le concours de bailleurs de fonds, a mis en place des programmes de renforcement des soins de base qui ont consacré des progrès considérables dans l'offre de soins dans les villes de la région de Dakar. Ainsi, Rufisque s'est dotée d'un hôpital moderne, de trois centres de santé et de dix postes de santé avec un découpage en trois districts sanitaires répartis entre les trois communes d'arrondissement de la ville. Cette offre de soins varié, spécialisée et de plus en plus de haute gamme est complétée par une présence importante de cabinets de médecins libéraux et de cliniques privées. Avec une pollution environnementale exacerbée liée à une insalubrité aiguë de la ville, l'urbanisation expose certes les habitants à de nombreux risques sanitaires mais l'importance des services de soins offre incontestablement des possibilités non négligeables de médicalisation (Sy, 2006).

De nombreux travaux menés sur les interactions urbanisation et santé dans certaines villes d'Afrique (Salem et Jannée, 1989; Dorrier-Apprill, 1993; Salem, 1998) ont permis de dresser leur tableau pathologique en articulant les risques sanitaires multiformes rencontrés avec les dynamiques économiques, sociales, politiques, culturelles et environnementales en cours. En s'appuyant sur une étude de cas à Rufisque, cette réflexion aborde les rapports de l'urbanisation à la santé aussi bien sous l'angle des méfaits que sous l'angle des bienfaits. Cette étude se fonde essentiellement sur des données quantitatives collectées auprès des ménages et des districts sanitaires de la ville par un



Rufisque, Senegal

ensemble d'outils géographique et épidémiologique. Une enquête a été réalisée en 2003 auprès de 200 ménages équitablement répartis entre quartiers à urbanisation planifiée (HLM et Castors) et quartiers à urbanisation irrégulière et spontanée (Diokoul Wague et Gouye Aldiana) durant laquelle il a été demandé aux répondants de nommer par ordre d'importance, les cinq maladies les plus fréquentes au sein de leur communauté ainsi que les causes associées à ces problèmes de santé. Une collecte de données sur les principales causes de consultation ainsi que sur le recours aux soins a été ensuite effectuée auprès des services de santé de la ville. Par une «hiérarchisation résumée» en familles de grands syndromes (Gagneux/ Schneider, 1997), les problèmes de santé associés au paludisme, aux fièvres et à la grippe ont été réunis dans le «syndrome paludisme», ceux relatifs aux rhumes, aux toux, les IRA (bronchite, pneumonie) sous le vocable «syndrome de l'appareil respiratoire» et ceux liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans le «complexe EHA» regroupant des pathologies comme la diarrhée, les maladies digestives, les dou-

leurs abdominales et les dermatoses. Le niveau de desserte en services de santé, la prévalence des principales causes de consultation et le taux de recours aux soins ont été estimés à partir des informations collectées auprès des districts sanitaires.

DES PROBLÈMES SANITAIRES EN CROISSANCE OU LE RISQUE D'ÉVOLUTION DE LA VILLE VERS UN ESPACE «ÉPIDÉMIOGÈNE»

Les investigations de terrain donnent un aperçu très intéressant des problèmes sanitaires dans la ville plus ressentis par les habitants des quartiers à urbanisation spontanée et irrégulière (Diokoul Wague et Gouye Aldiana) que par les occupants des secteurs des HLM et de Castors. Les pathologies du «syndrome paludisme», plus récurrentes, sont plus présentes dans les quartiers à urbanisation spontanée et irrégulière (34,2%) que dans les quartiers à urbanisation planifiée (26,8%). Cette situation reste aussi valable pour les maladies de l'appareil respiratoire plus notées dans les quartiers sous-intégrés (20,4%) que dans les quartiers bien aménagés (16,8%) et pour les pathologies re-

latives au «complexe EHA» plus fréquentes à Diokoul Wague et à Gouye Aldiana (28,2%) qu'aux HLM et à Castors (18,5%). Ces observations vont dans le sens des informations obtenues auprès des structures de soins à travers lesquelles ces grands syndromes cités se retrouvent majoritairement dans la morbidité diagnostiquée et figurent à environ 65% parmi les principales causes de consultation. Les facteurs associés à ces problèmes de santé sont relatifs aux conditions environnementales (eau potable, assainissement, ordures ménagères, logement précaire) et socio-économiques (niveau de revenu et pauvreté) plus prégnantes dans les quartiers à urbanisation irrégulière et spontanée.

Avec le développement exponentiel de la ville associé à des habitats précaires, un assainissement insuffisant, une eau de boisson polluée, des ordures ménagères non collectées, etc., l'urbanisation a généré des conditions environnementales spécifiques qui influent de manière significative sur l'état de santé des populations rufisquoises. Au fur et à mesure que la ville s'urbanise et que des espaces se développent de manière incontrôlée et anarchique, les conditions environnementales se détériorent avec l'hygiène défectueuse, les risques sanitaires s'amplifient et les problèmes de santé publique se posent avec une acuité de plus en plus grande (Sy, 2006; Obrist et al, 2006). L'absence ou le manque de dispositifs d'assainissement dans les quartiers sous-intégrés se traduit alors par une prépondérance des maladies environnementales illustrant la gravité de l'insalubrité ambiante du milieu, déterminant majeur de la santé des populations. La pollution environnementale à Rufisque, en donnant naissance à de nombreuses pathologies, transforme cette ville en espace potentiellement «épidémiogène», c'est-à-dire un espace dont le fonctionnement génère des germes pathogènes qui provoquent des processus pathologiques et qui contribuent à faire apparaître et propager des phénomènes morbides au sein d'une population. Cependant, cette situation est inégalement vécue par les citadins au regard des risques sanitaires moins élevés pour les habitants des quartiers planifiés (HLM et Castors) dont les conditions de vie décentes leur procurent bien-être et santé.

L'URBANISATION, UNE POTENTIALITÉ ET UNE CHANCE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE?

Une urbanisation bien maîtrisée avec une offre de soins de qualité peut apporter bien-être et bonne santé aux habitants. Le secteur public de la santé à Rufisque compte un poste de santé pour 20355 habitants, un centre de santé pour 67850 habitants et un hôpital pour 203550 habitants. Ce niveau d'équipement en services de santé demeure le plus satisfaisant parmi toutes les localités de la région de Dakar. La couverture sanitaire conforme aux recommandations de l'OMS et l'offre de soins satisfaisante dans la ville montrent que l'urbanisation a été en même temps un atout considérable dans l'organisation du système de santé et un formidable moyen de promotion de la santé urbaine à Rufisque. La croissance urbaine a donc été accompagnée par un processus d'équipement de la ville en infrastructures sanitaires afin de répondre effectivement aux besoins des populations en matière d'offre de soins de qualité. Ainsi, la ville est bien quadrillée en services de santé adéquatement répartis entre ses différentes entités géographiques. D'ailleurs, le développement sanitaire ou la révolution des systèmes de soins passe le plus souvent par les villes (Salem et Jannée, 1989). En général, les pays en développement disposent que de peu de ressources à consacrer à l'investissement dans le domaine de la santé et préfèrent concentrer leurs efforts dans les zones de forte concentration humaine afin de desservir le maximum de populations en structures de soins.

Le volume d'activités du système de soins, pris dans son ensemble, semble en nette progression: de 80145 nouveaux consultants (Registres de consultation dans les districts sanitaires de la ville de Rufisque 2000 à 2003) 2000, on est passé à 104132 en 2003, soit respectivement 0,50 et 0,57 recours par an et par personne. L'évolution de 5,7% par an du taux de fréquentation des structures de santé marque une amélioration du fonctionnement du système de soins. Cette situation de fait retentit considérablement sur l'augmentation du nombre de consultants et le taux de fréquentation des structures de soins. Certes les maladies continuent toujours à se propager dans l'espace urbain mais la bonne couverture sanitaire offre incontestablement de véritables potentialités de médicalisation qui permettent d'atténuer les ef-

fets pervers de celles-ci. Cependant, au regard de la situation des populations urbaines pauvres, cette accessibilité géographique satisfaisant aux services de santé n'est bien souvent que virtuelle. En effet, les conditions socio-économiques difficiles des populations pauvres sont des paramètres susceptibles de limiter leur accès aux structures de soins et de générer ainsi des inégalités de santé. Avec une plus grande exposition à toutes sortes de pathologies et des difficultés d'accès à des soins de qualité surtout pour les populations pauvres, la santé des citadins se trouve ainsi plus menacée et davantage dégradée que celle des habitants des campagnes (Salem, 1998). Les services de santé mis en place dans la ville de Rufisque n'arrivent pas encore à bien intégrer les besoins en matière de soins de populations démunies, économiquement, socialement et culturellement diverses et variées. Dans cette perspective, les atouts que présente l'urbanisation sont anéantis par les difficultés d'accès à une médicalisation correcte et adéquate de certaines catégories sociales pauvres. Ainsi, avec des problèmes sanitaires croissants sans réelles possibilités de médicalisation et des inégalités considérables de santé qu'elle est en train de générer, l'urbanisation risque de se transformer en processus compromettant pour la santé publique.

QUELLES ORIENTATIONS FUTURES, QUELLES ACTIONS À ENTREVOIR AU REGARD DE LA NATURE DES INTERACTIONS «URBANISATION ET SANTÉ»?

Ce papier cherchait à relativiser une certaine vision que de nombreux scientifiques, décideurs et citoyens se font de l'urbanisation en essayant de répondre à une question fondamentale relative au danger ou à la chance que représente ce phénomène. Cette question exige une réponse à la mesure de l'enjeu urbain de la santé à Rufisque et dans des villes d'ailleurs. Mais avant d'apporter des éléments de réponse, le constat qui s'impose à nos yeux nous aidera à éclaircir cette question: l'urbanisation est un phénomène irréversible et l'avenir de l'humanité sera incontestablement urbain. Dès lors, il est urgent d'accompagner le développement urbain et de lui reconnaître sa place au sein des politiques publiques afin de tirer parti de son potentiel de développement et de réduction de la pauvreté dans les villes comme dans les campagnes. Sur le plan sanitaire, cette préoccupation est

d'autant plus fondée que l'urbanisation représente clairement un danger de par l'influence de nombreux facteurs sur la santé et le bien-être des populations. Si la croissance urbaine rapide se combine avec un habitat de moindre qualité ou informel, la pollution environnementale, le déclin économique, une pauvreté grandissante, l'insécurité et le manque d'accès aux services de base au point que les gestionnaires des villes soient incapables de protéger les habitants des risques dont sanitaires, l'urbanisation peut alors représenter un danger ou une menace pour la santé. Toutefois, l'expérience de nombreuses villes dans des pays développés montre que l'urbanisation ne constitue pas forcément une menace pour la santé si elle est bien planifiée et offre de nombreuses opportunités aux citoyens de promouvoir leur bien-être. Celle-ci peut même être une formidable chance pour la promotion de la santé en tant que facteur de développement durable en milieu urbain.

Cette réflexion initiée sur la ville de Rufisque montre que la santé apparaît comme un enjeu urbain majeur et que l'état de santé des populations ne pourrait significativement être amélioré sans la réduction de la pauvreté car ce sont surtout les pauvres qui souffrent de l'urbanisation et de ses conséquences négatives sur l'environnement. La santé en milieu urbain qui découle moins des services de soins eux-mêmes que de l'amélioration des conditions de vie requiert une vision globale et une approche intégrée prenant en compte toutes ses dimensions et implications. Les enseignements et expériences tirés des investigations dans cette ville sénégalaise recommandent aux autorités publiques et locales d'entreprendre des actions soigneusement élaborées dans le domaine de l'assainissement de l'habitat précaire et d'élaborer une stratégie d'offre de soins de qualité plus accessible aux populations pauvres. Il s'agit concrètement de promouvoir la santé des pauvres par l'amélioration des conditions environnementales de leurs cadres de vie et par un système permettant de rapprocher les soignants des malades, et les services de santé de leur environnement humain, social, culturel et économique.

* **IBRAHIMA SY** est chercheur post-doctoral au sein de l'Axe «Environnement urbain et Santé» du Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS) en Côte d'Ivoire. Titulaire d'un Doctorat de Géographie de la Santé à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg (France), il est actuellement détaché auprès de l'Institut National de Recherches en Santé Publique (INRSP) en Mauritanie où il travaille sur les approches «Environnement et Santé en milieu urbain» dans le cadre du programme suisse du «National Centre of Competence in Research North-South (NCCR-NS)». Contact: ibrahima.sy@ulp-strasbourg.fr

* **GUÉLADIO CISSE** est directeur au Centre Suisse de recherche scientifique en Côte d'Ivoire et maître de recherche en génie sanitaire. Depuis plus de 15 ans, il est coordonnateur d'équipes de recherches et d'actions en Afrique de l'Ouest sur l'environnement et la santé notamment en milieux urbains défavorisés. Contact: gueladio.cisse@csrs.ci

* **MARCEL TANNER** est directeur de l'ITS et professeur en épidémiologie et parasitologie médicale. Il travaille depuis trente ans dans le domaine de la lutte contre les maladies de pauvreté et le renforcement des systèmes de santé. Contact: marcel.tanner@unibas.ch

* **KASPAR WYSS** est professeur associé et spécialiste en santé publique au niveau du Swiss Centre for International Health de l'Institut Tropical Suisse. Ses travaux incluent des études et recherches par rapport à la santé urbaine (maladies prioritaires tel que tuberculose et paludisme en ville, accès aux soins, établissement et mise en oeuvre des politiques de ressources humaines). Contact: Kaspar.Wyss@unibas.ch

Références bibliographiques

- Dorier-Apprill. E. 1993. Environnement et santé à Brazzaville, de l'écologie à la géographie sociale. Thèse de Géographie, Université de Paris 10, 668p.
- Obrist, B., G. Cissé, B. Koné, K. Dongo, S. Granado and M. Tanner, 2006. Interconnected Slums: Water, Sanitation and Health in Abidjan, Côte d'Ivoire. *The European Journal of Development Research*, Vol.18, No. 2, June 2006, pp.319-336.
- Salem, G., 1998. La santé dans la ville. Géographie d'un espace dense: Pikine (Sénégal). Editions Karthala-ORSTOM, Paris, 360p.
- Salem. G. et Jannée. E. 1989. Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Collections Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris, 548p
- Sy, I., 2006. La gestion de la salubrité à Rufisque. Enjeux sanitaires et pratiques urbaines. Thèse de doctorat de Géographie de la Santé à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, 563p.

EFFEKTIVE HILFE IN DEN SLUMS VON KOLKATA

Seit nun mehr fast 18 Jahren betreiben Studierende der Universität Basel in enger Zusammenarbeit mit der Partnerorganisation S.B. Devi Charity Home (SBDCH) ein Ambulatorium in den Slums von Kolkata, mit dem Ziel, einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen von sozial benachteiligten Menschen zu leisten. Diese Einrichtung ist zu einer wichtigen Anlaufstelle für die lokale Bevölkerung geworden und wurde inzwischen zu einem Gesundheitszentrum ausgebaut, das weitere Programme beherbergt.

Von Martina Obrecht und Matthias Knecht*

KOLKATA ist mit fünf Mio. Einwohnern eine der grössten und bedeutendsten Städte Indiens und die Hauptstadt der Provinz West-Bengalen. Die gesamte Metropolregion Kolkatas ist mit rund 15 Mio. Einwohnern der drittgrösste Ballungsraum des Landes. Laut der letzten Volkszählung aus dem Jahre 2001 lebt rund ein Drittel der Stadtbevölkerung in Slums. Viele Einwohner haben keinen Zugang zu sanitärer Grundversorgung, was zu prekären hygienischen Bedingungen führt. Auch die Infrastruktur im öffentlichen Gesundheitsbereich ist in gewissen Vierteln äusserst schlecht ausgebaut. Am meisten betroffen von diesen Umständen sind ärmere Bevölkerungsschichten.

DAS CALCUTTA PROJECT

Dank der Stiftung Calcutta Project Basel, 1991 von Studenten der Universität Basel gegründet, sind in Kolkata gemeinsam mit der Partnerorganisation SBDCH verschiedene Programme zur lokalen medizinischen Grundversorgung ins Leben gerufen worden. Die Stiftung, die sich von Anfang an der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich in den Slums von Kolkata widmete, wird seit ihrer Gründung von Studierenden unterschiedlicher Fachrichtungen der Universität Basel geleitet.

So sind die MitarbeiterInnen des Calcutta Project Basel für die Finanzierung und das Monitoring der Programme zuständig und organisieren auch einen Austausch von Studierenden zwischen Indien und der Schweiz, sowie interne Weiterbildungsereignisse. Die Stiftung besteht aus der Geschäftsleitung, dem Stiftungsrat und einem Patronatskomitee. Zudem gibt es weitere Ressorts, die sich mit Public Relation und Fundraising, dem Studierendenaustausch und dem Monitoring der Programme befassen. Jegliche Arbeit wird auf freiwilliger Basis geleistet. Hauptkommunikationsmittel zwischen den Ressorts sind regelmässige Sitzungen. Viele Mitglieder schöpfen zudem auch aus privaten Verbindungen untereinander neue Ideen und Motivation. Durch die unterschiedlichen fachlichen Hintergründe, die jedes Mitglied in die Stiftung einbringt, entsteht eine reiche interdisziplinäre Wissensbasis und ein fächerübergreifender Austausch. Zudem kann die Stiftung auch auf fachliche Unterstützung aus dem Stiftungsrat und dem Patronatskomitee zurückgreifen. In diesen Netzwerken sind unter anderem Professoren der Universität Basel, MitarbeiterInnen des Schweizerischen Tropeninstituts und ÄrztInnen des Universitätsspitals Basel vertreten. Sämtliche Arbeit des Calcutta Pro-



Die Delegation des Calcutta Project Basel in Indien

ject Basel und des SBDCH wird durch Spendengelder finanziert. Diese stammen von privaten und öffentlichen Institutionen oder Privatpersonen.

FREIWILLIGES ENGAGEMENT

Für die Durchführung der verschiedenen Programme in Kolkata ist die Partnerorganisation S.B. Devi Charity Home (SBDCH) zuständig. Diese erhält dafür finanzielle Unterstützung vom Calcutta Project Basel. Der Kern der Aktivitäten des SBDCH ist das Gesundheitszentrum in der Altstadt Kolkatas. Von hier aus werden die einzelnen Programme koordiniert und administriert. Ausserdem ist das Ambulatorium im Gesundheitszentrum untergebracht. Im Ambulatorium bietet ein indisches Ärzteteam an sechs Tagen in der Woche Sprechstunden und Behandlungen an. Neben westlicher Schulmedizin (Allopathie) wird auch Homöopathie und die traditionelle indische Medizin Ayurveda praktiziert. Sämtliche Ärzte arbeiten hauptberuflich in Spitälern oder eigenen Praxen. Die zusätzliche Arbeit im Ambulatori-

um geschieht auf freiwilliger Basis. Dank dieser solidarischen Unterstützung der Ärzte ist es möglich, den Patienten die Behandlungen und Medikamente zu einem ihren Verhältnissen angepassten Betrag anzubieten. Pro Jahr werden so im Ambulatorium durchschnittlich 10 000 Behandlungen durchgeführt.

BEISPIELHAFTHE PRÄVENTIONSPROGRAMME

Mother and Child Health Care: Das Calcutta Project Basel legt grossen Wert auf präventive Arbeit vor Ort. So wurde 1994 das MCH-Programm (Mother and Child Health Care) ins Leben gerufen, das sich intensiv Müttern und ihren Kindern widmet. Im Rahmen dieses Programms werden schwangere Frauen und Kinder bis etwa fünf Jahre begleitet und medizinisch betreut. In regelmässigen Aufklärungsveranstaltungen werden Themen wie Hygiene, Familienplanung und Geschlechtskrankheiten angesprochen. Zur Geburt werden die Patientinnen in nahegelegene Spitälern eingewiesen, mit denen entsprechende Abkommen bestehen.

Public Health in Prostitute Area: Ein weiteres Präventionsprogramm wurde 1997 ins Leben gerufen. Das PHPA-Programm (Public Health in Prostitute Area) ist in einem der grössten Rotlichtviertel Kolkatas stationiert. Ein Ärzteteam unterhält eine kleine Krankenstation und betreibt Aufklärungsarbeit. In Einzel- und Gruppenberatungen, Exkursionen und gemeinsamen Aktivitäten werden Themen wie sexuell übertragbare Krankheiten, Ernährung und Hygiene mit den Prostituierten offen diskutiert. Nebst der AIDS-Prävention ist es dem Ärzteteam äusserst wichtig, den Frauen Selbstbewusstsein zu vermitteln und ihnen in ihrem äusserst harten Alltag ein wenig beizustehen. Das PHPA ist mittlerweile zum grössten Kondomverteiler Kolkatas geworden.

Health Check up for School Children: Im darauffolgenden Jahr wurde ein weiteres Programm gegründet. Das HCPSC-Programm (Health Check up for School Children) koordiniert ein Ärzteteam, das in Schulen Gesundheits-Checkups durchführt. Diese Schulen werden meist von Kindern aus ärmeren Familien besucht, die sich eine private medizinische Versorgung nicht leisten können. Zusätzlich zur regulären gesundheitlichen Untersuchung werden Informations- und Präventionsveranstaltungen durchgeführt. Dabei werden auch die Lehrpersonen und Eltern miteinbezogen. So soll das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung gefördert werden.

FRUCHTBARE ZUSAMMENARBEIT

Das Calcutta Project Basel und SBDCH haben für weitere Programme auch mit anderen Institutionen kollaboriert. In enger Begleitung des Universitätsspital Basel und zweier Spitäler in Kolkata ist so zur Jahrtausendwende ein Gebärförderprogramm entstanden. Dieses richtet sich an Frauen aus ärmeren Schichten. Durch gezielte anästhesistische Eingriffe soll das Risiko eines unnötigen oder notfallmässigen Kaiserschnitts gemindert werden.

In den letzten Jahren hat das Ärzteteam des SBDCH auch bei der Ausarbeitung einer virtuellen Bibliothek mitgeholfen. Dadurch ist eine virtuelle Plattform entstanden, in der medizinisches Wissen gesammelt und weitergegeben wird.

Das jüngste Programm ist ein Kinderhort, der Kindern von Prostituierten eine sichere Übernachtungsmöglichkeit bieten soll. Die Kinder erhalten einen geschützten Ort, wo sie ihre Zeit verbringen können, während ihre Mütter arbeiten. Im Kinderhort erhalten sie Betreuung und Unterkunft. Die Kinder können auch von Stützunterricht und gezielter Förderung profitieren. Ein integrierter Kindergarten bietet Unterhaltung in Verbindung mit pädagogischer Unterstützung.

Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Partnerorganisationen hat sich fortwährend intensiviert und professionalisiert. Weiterhin wird versucht, die aktuellen Programme zu optimieren und neue Ideen umzusetzen. Die Arbeit von Calcutta Project Basel und SBDCH bringt allen Beteiligten einen grossen Reichtum an Erfahrung und die Erkenntnis, dass es weiterhin möglich ist, mit relativ geringem finanziellem und organisatorischem Aufwand Entwicklungszusammenarbeit aufzubauen, die effektive Hilfe leisten kann.

* **MARTINA OBRECHT** hat den Bachelor of Arts in Ethnologie und Geografie abgeschlossen und beginnt ein Masterstudium in African Studies. Sie ist Monitorin des HCPSC-Programms und Mitglied der Geschäftsleitung des Calcutta Project Basel.

* **MATTHIAS KNECHT** studiert Ethnologie und Geografie und ist Monitor des Ambulatoriums. Kontakt: www.calcutta-project.ch, pk@calcutta-project.ch

«IL NE SUFFIT PAS DE BALAYER DEVANT SA COUR POUR RENDRE LE QUARTIER PROPRE!»

Est-ce la vie en milieu urbain qui offre une meilleure condition sanitaire à cause de l'accessibilité aux infrastructures socio-sanitaires et aux produits pharmaceutiques? Les différences entre milieux urbain et rural ne sont cependant pas aussi claires et de grandes variations existent en milieu urbain. L'exemple de la commune de Kalabancoro au Mali.

Par Fabou Keita*

LE MALI est l'un des pays le plus pauvre du monde. La majeure partie de sa population pratique l'agriculture de subsistance non irriguée mais le climat est rude, et les Maliens vivent continuellement sous la menace de la sécheresse. Le taux d'alphabétisation des adultes, d'environ 24%, figure parmi les plus bas du monde. Les services d'éducation sont peu développés et sur les 51% d'enfants scolarisés au primaire, les filles sont toujours défavorisées. Ces indicateurs sont importants, car la situation économique défavorable et la faiblesse des revenus brident la demande des services de santé et favorisent l'existence de conditions qui prédisposent la population à la maladie et à la mauvaise santé. C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance est seulement de 54 ans (Unicef, 2006).

Sur l'ensemble du territoire, qui est très vaste et représente 30 fois la superficie de la Suisse, la densité de population est faible (9,9 habitants/km²). Mais l'exode rural a tendance à s'accroître et actuellement, 30,5% des 13 518 000 habitants vivent en zone urbaine. Selon les statistiques, les conditions de vie entre milieux urbain et rural sont cependant très

différentes. C'est ainsi que le pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées varie du simple au double entre le milieu rural (36%) et le milieu urbain (78%). Il en est de même en ce qui concerne l'assainissement: 59% de la population a accès à des installations d'assainissement adéquates en milieu urbain, contre 39% en milieu rural.

LA SITUATION SANITAIRE DANS LES CENTRES URBAINS: CHANCE OU RISQUE?

Ces 20 dernières années, la situation sanitaire dans les villes a beaucoup évolué dans les pays en voie de développement. Toute une série de conférences internationales ont motivé les gouvernements à prendre de nombreuses mesures pour améliorer l'accès et la santé des populations, notamment par des campagnes de vaccination contre les maladies cibles, la lutte contre les maladies tropicales négligées, la prévention du paludisme, la distribution de moustiquaires imprégnées, la création des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose et d'infection à VIH/SIDA, etc. Des centres de santé communautaire (CSCOM) ont été créés en grand nombre pour faciliter l'accès aux soins.



Difficile de balayer devant sa cour, quand la gestion des déchets est inexistante



Les rues se transforment en cloaques à la saison des pluies.



Ce sont les enfants qui souffrent le plus des maladies liées à l'urbanisation.

Photos: IAMANEH Suisse

En milieu urbain, des structures sanitaires de différents niveaux (CSCOM, centres de santé de référence, Hôpitaux, cliniques et cabinets de soins privés) se côtoient et l'existence de nombreuses infrastructures socio-sanitaires ont contribué à une amélioration de l'état de santé.

Les gens qui vivent en ville ont plus de moyens financiers que ceux qui vivent en campagne, car la ville est le centre de convergence des affaires, le carrefour des échanges, le point de charge et de rupture des stocks de tout genre, le lieu de concentration par excellence des activités génératrices de revenus, ou rémunératrices.

Bien que ces opportunités attirent de nombreuses populations vers les centres urbains, ces derniers sont souvent peu hospitaliers. Les populations, en vidant le milieu rural, créent des agglomérations qui oscillent autour des centres urbains mais sans y être véritablement intégrés. Ces îlots d'habitation se greffent rapidement aux centres urbains à la faveur d'une urbanisation incontrôlée mais sans pour autant

être accompagnée par une politique sanitaire appropriée.

De plus, les maladies spécifiques qui sont liées à l'urbanisation, constituent une entrave supplémentaire au développement des communautés qui y vivent. Dans ce contexte, l'urbanisation est loin d'être une chance pour la santé.

LE PARADOXE DE L'URBANISATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

En apparence, la situation sanitaire en ville paraît meilleure en raison de l'existence de nombreuses infrastructures médicales. En réalité, le problème est plus complexe. Les hôpitaux publics et les centres de santé sont pris d'assaut quotidiennement par les malades mais peu d'entre eux en sortent satisfaits. Cet état de fait s'explique par le sous-équipement, le mauvais accueil, la vétusté des équipements qui donnent des résultats peu fiables, la limitation du nombre de malades à consulter par médecin; l'insuffisance de personnel qualifié et le manque de

structures d'accueil pour les hospitalisations... Ce tableau s'amplifie par une double utilisation du même personnel sanitaire qualifié au niveau des structures publiques et des structures privées. Plusieurs raisons expliquent cet état dont la recherche rapide de gain substantiel.

En effet, à côté des hôpitaux publics, une floraison d'infrastructures socio-sanitaires privées de tout genre est manifeste. Disposant de meilleures technologies, les structures sanitaires privées offrent souvent de meilleurs services (accueil, diagnostics, analyse, prise en charge). Par contre, la plupart des structures sanitaires privées n'est pas à la portée de la bourse du citoyen moyen en raison des frais élevés.

L'offre insuffisante des structures publiques et l'inaccessibilité des structures privées expliquent la prolifération des «pharmacies par terre» et le recours, par une grande partie de la population, à l'automédication.

Ce n'est pas la vie en milieu urbain qui offre une meilleure condition sanitaire mais

plutôt l'accessibilité aux infrastructures socio-sanitaires et aux produits pharmaceutiques.

LA ZONE DE PROJET: KALABANCORO - MILIEU RURAL DANS LA VILLE

Les différences entre milieux urbain et rural ne sont par ailleurs pas aussi claires et de grandes variations existent en milieu urbain. L'exemple de la commune de Kalabancoro illustre la complexité du lien urbanisation et santé.

Bâtie à l'origine sur des sites éloignés de la capitale du Mali Bamako, la commune de Kalabancoro compte aujourd'hui 71 000 habitants. Elle s'est vite retrouvée contiguë au District de Bamako par l'expansion démographique et une urbanisation incontrôlée. La proximité de la ville joue également un rôle car elle paie de plein fouet le manque de planification urbaine. Caractérisée par un manque de dépotoirs de transit et de décharges finales, elle est devenue le dépotoir par excellence des déchets de toutes natures du District de Bamako. Le site

a d'ailleurs été qualifié par un journal local de «royaume de la pourriture et du désordre» (ES-SOR, N° 15839, 28 Novembre 2006).

Malgré sa proximité de la capitale, Kalabancoro a toujours le statut d'une commune rurale et appartient au cercle de Kati, La dénomination de commune rurale influence la hauteur des subventions par l'Etat qui est orienté vers des besoins ruraux.

C'est ainsi que la proximité du District de Bamako a conféré à la commune de Kalabancoro deux visages différents. D'une part, une minorité des «villages» frontaliers avec le District de Bamako ont pris l'appellation de quartiers. Ils possèdent quelques infrastructures plus ou moins équipées (eau, électricité, centres de santé, écoles, complexe sportif). D'autre part, les 14 villages restants, situés dans un rayon de 30 km du District de Bamako, présentent une organisation sociale et un mode de vie caractéristique du milieu rural.

De manière générale, la population est pauvre, l'eau potable est rare et à côté de cette pénurie, Kalabancoro ne dispose d'aucun système d'assainissement, ni de dépôt de transit d'ordures, ni de canalisation pour drainer les eaux de ruissellement. Suite à l'absence de dépotoirs des transits, les familles se débarrassent des ordures dans la rue. Pendant la saison des pluies, l'eau est stagnante. Des nuées d'insectes, les restes de nourriture pourrie et des cadavres d'animaux dégagent des odeurs pestilentielles qui rendent la vie difficile. La population et surtout les enfants de ces quartiers périphériques sont victimes de la pollution et des maladies liées à l'insalubrité: infections pulmonaires, diarrhées et paludisme.

LES DÉFIS:

LUTTER POUR LA SANTÉ À KALABANCORO

Le projet mis en place par le GAD (groupe – action – développement) avec l'appui de IAMANEH Suisse lutte pour l'amélioration de la santé infantile et l'amélioration du cadre de vie de ces populations exposées aux risques de maladies de toutes sortes. Les défis pour une amélioration de la santé se situent à différents niveaux et concernent différents acteurs:

- Renforcement du lobbying des populations. L'organisation par exemple d'un atelier de concertation des intervenants a permis de renforcer le processus de recherche et d'identification d'un dépotoir de transit dans chaque secteur.
- Faciliter l'approvisionnement en eau potable par l'appui à la construction de forages.
- Appui au Centre de Santé communautaire par la mise à disposition de matériels médicaux et la construction d'infrastructures appropriées.
- Appui à la construction de latrines dans le quartier, notamment aussi dans des lieux publics et des écoles
- Activités d'information, de mobilisation et de sensibilisation au niveau des familles

Les stratégies adoptées sont la mobilisation sociale de la population des villages et quartiers, le développement d'une démarche participative pour toutes les actions, le développement du plaidoyer auprès des autorités communales et de celles du District.

C'est à travers des activités d'information et de conscientisation que les gens ont accès à des informations qui peuvent contribuer à modifier leur comportement et habitudes au profit d'une meilleure santé. La communication avec les populations est un élément clé. L'application des règles d'hygiène et d'assainissement au niveau individuel rejoint ainsi les efforts aux niveaux politiques. Il ne suffit pas de balayer devant sa cour pour rendre le quartier propre!

Personne n'acceptera de modifier ses habitudes s'il n'est pas convaincu que le changement proposé lui donne un avantage et que ce changement est soutenu par une volonté politique de la part de l'Etat, la ville et la commune de contribuer, par des mesures appropriées, à résoudre les problèmes d'assainissements, de financement et de santé de ces quartiers.

* **FABOU KEITA**, Directeur GAD, avec la participation de l'équipe du projet et du Médecin chef du CSCOM de Kalabancoro.

Rédaction:

Viviane Fischer et Maya Natarajan, IAMANEH Suisse.
Contact: vfischer@iamaneh.ch

CARTON TIGI

In einer ethnologischen Feldforschung ist Sibylle Bihl der Frage nachgegangen, warum die sogenannten Strassenmedikamente in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, so populär sind und welche Problematiken durch einen solchen Medikamentenvertrieb entstehen. Die Studie wurde 2004/2005 in der zweitgrössten Stadt des Landes als selbstständige Feldforschung geplant, durchgeführt und analysiert und beruht auf Interviews und informellen Gesprächen mit Verkäufern, PatientInnen und Fachleuten. Ausserdem fanden Gruppendiskussionen statt und direkte Beobachtungen des Strassenverkaufs und des PatientInnenverhaltens anhand von Fallstudien.

Von Sibylle Bihl*

SCHLENDERT MAN DURCH

die Quartiere der rund 400 000 Einwohner grossen Stadt Bobo-Dioulasso, so sieht man relativ häufig Kartonschachteln voll mit westlichen Medikamenten, welche von Verkäufern (ausschliesslich Männer) auf der Strasse, in den Wohnhöfen oder auf Quartiersmärkten angeboten werden. Es ist auffallend, wie häufig und offenkundig in Bobo-Dioulasso Medikamente von Laien vertrieben werden und wie selbstverständlich die ganze Bevölkerung von diesem Angebot Gebrauch macht.

Im Zeitalter der Globalisierung gelangen moderne, westliche Medikamente – losgelöst von biomedizinischen Einrichtungen – in grossen Mengen in Entwicklungsländer, sowohl in Städte als auch in Dörfer. Gegenüber den traditionellen Heilmitteln gelten sie unter der Bevölkerung als handlicher und schneller wirksam. Ihre Herkunft aus der «modernen» Welt impliziert Fortschritt und Qualität. Sie werden Strassenmedikamente genannt, da sie auf nicht offiziellem Weg und von Laien angeboten werden. Dadurch sind oft weder ihre Inhaltsstoffe noch Herkunft, Dosierung oder Ablaufdatum bekannt, zudem sind sie oft schlecht verpackt und der Sonne ausgesetzt. Unterschätzt und übersehen werden zu-

dem ihre chemischen Substanzen, welche die Fähigkeit haben, die Beschaffenheit, Zustände oder Funktionen des Körpers zu beeinflussen und je nach Dosierung eine therapeutische oder toxische Wirkung zu entfalten.

GESUNDHEITSVERSORGUNG UND MEDIKAMENTENANGEBOT VOR ORT

Staatliches Gesundheitszentrum: Bobo-Dioulasso ist in 25 Quartiere eingeteilt. In jedem Quartier gibt es ein staatliches Gesundheitszentrum, welches Konsultationen anbietet und über eine Generika-Abgabestelle verfügt. Die Generika, meist indischer Herkunft, werden aufgrund des Rezeptes oder der Empfehlung des Arztes in durchsichtige Plastiksäckchen abgepackt und an die PatientInnen abgegeben. So können auch kleine Mengen an Tabletten abgegeben werden. Die Preise sind staatlich festgelegt.

Private Apotheken: In der Stadt gibt es ausserdem knapp 30 private Apotheken, welche importierte Produkte verkaufen. Dadurch ist der Preis für diese Originalmedikamente für burkinabische Verhältnisse relativ hoch.

Spital: Die Gesundheitsversorgung in der Stadt wird neben wenigen privaten Kliniken durch ein öffentliches Spital ergänzt.



Medizinverkäufer



Karton mit Medikamentenangebot der Strasse



Plakat gegen den Strassenverkauf

Traditionelle Heilpflanzen: Überdies darf das Angebot an Heilpflanzen nicht vergessen werden. Meist ältere Frauen bieten auf den Quartiersmärkten Bündel mit getrockneten Heilpflanzen an, welche in heissem Wasser zubereitet und dann getrunken oder für eine Dusche genutzt werden können. Vereinzelt findet man auch Läden mit Pülverchen und Tabletten, hergestellt aus afrikanischen Heilpflanzen, in konzentrierter Form und mit Angaben zur Dosierung.

Strassenmedikamente: Ebenfalls zur Gesundheitsversorgung mitgezählt werden müssen – wie schon erwähnt – der Vertrieb der Strassenmedikamente, die an Strassenecken, auf kleinen Märkten oder durch wandernde Verkäufer angeboten werden. Die Medikamente werden meist in einem Karton herumtransportiert, was den Verkäufern den Namen «carton tigi» eingebracht hat, was soviel heisst, wie «Person, welche einen Karton herumträgt». Allen ist jedoch klar, dass sich illegale Medikamente darin befinden. Auf den Quartiersmärkten werden oft nur die leeren Schachtelhüllen der Medikamente präsentiert. Den Inhalt hält der Verkäufer in einem Plastiksack versteckt, um damit schnell wegrennen zu können, falls die Polizei auftaucht.

STRASSENMEDIKAMENTE ALS WAREN

Auf Nachfrage waren sich die Verkäufer alle einig, dass sie die Medikamente als eine Ware betrachten, mit deren Verkauf sich Geld verdienen lässt. Die Tätigkeit als Strassenmedikamentenverkäufer stellt eine willkommene Alternative zur Arbeitslosigkeit dar. Inzwischen hat es jedoch sehr viele Strassenmedikamentenverkäufer in Bobo-Dioulasso, so dass man recht anstrengende Rundgänge machen oder lange auf den Märkten stehen muss, um genug zu verdienen. Ein Verkäufer schilderte es folgendermassen: Durch ihr Angebot trügen sie zum Wohl der Armen bei, die sich sonst gar keine Medikamente leisten könnten, da das Gesundheitssystem in Burkina Faso überhaupt nicht funktioniert. Er gab jedoch zu, dass das Geschäft mit den Strassenmedikamenten gut laufe und ein ansehnliches Einkommen abwerfe.

SYMBOLIK DER STRASSENMEDIKAMENTE

Ihre Herkunft aus einem westlichen Labor bedeutet automatisch eine Aufwertung der sog. «modernen» Medikamente, denn die meisten Leute in Bobo-Dioulasso empfinden Modernes als besser und fortschrittlicher im Vergleich zu den eigenen Standards. Die Medikamente stellen aufgrund dieser Logik für sie mehr als ein

Heilmittel dar, sie symbolisieren für die KonsumentInnen den westlichen Fortschritt und Wohlstand und ihre ausländische Herkunft indiziert einen hohen Wirkungsgrad.

Um sie dem eigenen kulturellen Kontext zugänglicher zu machen, werden die Medikamente umgedeutet und mit lokalen Vorstellungen versehen. So werden sie z.B. häufig gleich benannt wie die Symptome, welche sie bekämpfen sollen. Dies unterstreicht die räumliche Beziehung des Medikaments zu seinem Wirkungsort, d.h. es erlaubt eine Lokalisierung des Leidens im Körper und zeigt auf, gegen welches Leiden das bestimmte Medikament wirken soll. So wird z.B. Paracetamol als «kundimi fla» bezeichnet, «Kopfwahl-Medikament», Fexdon als «gni dimi fla», «Zahnschmerz-Medikament».

Des Weiteren sind Metaphern sehr verbreitet und beliebt, um abstrakte Vorkommnisse konkreter und verständlicher auszudrücken. Im westafrikanischen Kontext widerspiegelt sich dabei das kulturelle Verständnis von Körper und Krankheitsvorstellungen. So kann zum Beispiel die Farbe eines Medikaments den Ausschlag geben, um es als Mittel zur Bekämpfung einem dieser Farbe zugeordneten Leidens zu verwenden. Sehr deutlich wird dies bei roten

Tabletten, welche gegen Blutmangel empfohlen werden. Diese Tabletten, deren Inhalt nicht eruiert werden kann, da weder der wissenschaftliche Name noch die ursprüngliche Verpackung bekannt sind – heissen djoli fla, «Blut Medikament». Dem Verkäufer scheint es naheliegend, dass diese roten Tabletten das mangelnde rote Blut ersetzen.

Die Metaphern werden vielfach eingesetzt, um Bezug zu nehmen auf die Eigenschaft (Farbe, Form) des Medikaments, das Verpackungsbild, die Wirkung des Medikaments und die Ursache des Leidens. Das Medikament «so-prache», welches auf der Verpackung die 6 Symptome (Kopfwahl, Zahnschmerzen, Rheuma, Erkältung, Rückenschmerzen, Muskelschmerzen) visuell darstellt, wird «bana woro/6 Krankheiten» genannt. Das Verpackungsbild von Ibuprofen zeigt einen Blitz, der dem Medikament den Namen «sam père/Blitz» verleiht und indizieren soll, dass die Wirkung schnell wie ein Blitz einfährt.

Gewisse Medikamente wie die Antibabypille werden aus kulturellen und religiösen Gründen bewusst nur umschrieben. «Secure», die angebotene Antibabypille, wird zur Geheimhaltung nicht benannt, sondern von den KäuferInnen unter dem Namen «Secret/Ge-

heimnis» verlangt. Die Verkäufer wissen dann sofort, was die Frauen wünschen. Dosierungsangaben oder Gebrauchsanweisungen sind auch hier nicht vorhanden. Die Frauen geben an, dass sie die Pille auch schon in einer Apotheke gekauft haben und daher wissen, wie sie anzuwenden sei.

GEFAHREN DER STRASSEN MEDIKAMENTE

Viele der KäuferInnen von Strassenmedikamenten sind sich durchaus der Risiken dieser illegalen Medikamente bewusst. Sie haben die Plakatkampagne der Apothekerverbände gesehen, welche auf die Gefahren hinweisen, die durch eine laienhafte Beratung, fehlerhafte Dosierung oder die Einnahme eines falschen Medikaments auftreten können. Die staatlichen Gesundheitszentren ihrerseits versuchen der Bevölkerung klar zu machen, dass die bei ihnen erhältlichen Generika geprüft und gleichzustellen sind mit den Originalprodukten – und zudem billiger erworben werden können. Vielen PatientInnen ist dies jedoch nicht einleuchtend und es braucht noch viel Überzeugungskraft, bis sich der Vertrieb der Generika etabliert. Immer noch ist die Meinung vorherrschend, teurere Medikamente in einer westlichen Verpackung sind wirksamer als in Plastiksäckchen abgepackte Generika.

Die Bevölkerung muss zudem davon überzeugt werden, dass der Rat einer pharmazeutischen Fachkraft unumgänglich ist, um eine unschädliche und gesundheitsfördernde Anwendung der Medikamente zu garantieren und um somit die adäquate Behandlung der Erkrankung sicher zu stellen. Obwohl sich die Menschen dieser Tatsache teilweise bewusst sind, sind oft situative und strukturelle Faktoren ausschlaggebend für die Wahl der Behandlung.

Wichtige Entscheidungskriterien sind die vorhandenen Geldmittel oder die Verfügbarkeit eines Transportmittels zum Gesundheitszentrum oder zur nächsten Apotheke. Billiger und einfacher ist es, bei ersten Anzeichen von Malaria Medikamente zur vermeintlichen Linderung der ersten Symptome auf der Strasse zu kaufen. Zur Anwendung kommen vor allem Analgetika jeglicher Art, d.h. Tabletten gegen Kopfweh, Gliederschmerzen, Fieber, Ermüdungserscheinungen, Muskelschmerzen und Erkältung.

POPULARITÄT DER STRASSEN MEDIKAMENTE

Strassenmedikamente sind nicht nur aufgrund ihrer westlichen Herkunft populär, sondern auch wegen ihres niedrigen Preises, dem Verkauf in Kleinstmengen und ihrer Verfügbarkeit rund um die Uhr. Vor allem die Verfügbarkeit spielt eine wichtige Rolle: Strassenverkäufer kommen direkt nach Hause, verlangen kein Rezept und sind auch am Abend erreichbar, wenn Apotheken und Gesundheitszentren bereits geschlossen haben.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass die verschiedenen medizinischen Angebote je nach Bedarf nebeneinander genutzt werden und die Strassenmedikamente als integraler Bestandteil des Angebots zu verstehen sind. So stellt es für einen Malariapatienten keinen Widerspruch dar, bei ersten Anzeichen die Symptome mit Strassenmedikamenten zu lindern, am Abend zusätzlich eine Dusche aus traditionellen Heilpflanzen anzuwenden und bei schwererem Verlauf, doch noch eine Konsultation im Spital in Anspruch zu nehmen. Um dann, falls das Geld vorhanden ist, die notwendigen Medikamente in einer Apotheke zu kaufen.

Die Situation zeigt, dass es nicht ausreicht, Medikamente einfach zur Verfügung zu stellen, denn der «supply» alleine bringt noch keine Verbesserung der Situation vor Ort. Vielmehr müssen die strukturellen Rahmenbedingungen mitberücksichtigt werden, um eine angemessene Anwendung von Medikamenten, gemäss der WHO Empfehlung «rational use of drugs», sicherstellen zu können. Nur so kann eine verbesserte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung garantiert werden.

* SIBYLLE BIHR ist Ethnologin lic.phil. und arbeitet derzeit bei PLANeS, der Schweizerischen Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Ihre Lizenzarbeit kann in der Bibliothek des Ethnologischen Instituts Zürich ausgeliehen werden. Sie trägt den Titel: Les médicaments de la rue, ça tue PAS. Zur Popularität und Problematik der Strassenmedikamente in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Mai 2006. Kontakt: sibylle.bih@plan-s.ch

Merka, eine Stadt mit prekären hygienischen Verhältnissen

SEUCHENGEFAHR

Dank der täglichen Abfallbeseitigung durch den «Reinigungsstrupp» der kleinen Hilfsorganisation «New Ways», bestehend aus neun Frauen und sieben Männern, konnte bislang in Merka die Verbreitung von Seuchen verhindert werden.

Von Mohamed Roble und Jenny Heeb*



Reinigungsstrupp von «New Ways»



Abfallhalde in Merka

SEIT DEM ZERFALL der somalischen Regierung 1991 stellt die sanitäre Grundversorgung die alte Küstenstadt Merka, 100 km südlich von Mogadiscio, vor grosse Probleme. Seit mehr als zehn Jahren werden daher die Innenstadt und der Marktplatz im Anschluss an den täglich stattfindenden Markt von einem Team von «New Ways» gereinigt.

SCHWER ERTRÄGLICHER GESTANK

Die kleine Hilfsorganisation, 1994 von der Schweizer Hebamme Vre Karrer gegründet, ist unermüdlich im Einsatz. Der «Reinigungsstrupp» lädt den Abfall auf Eselskarren und bringt ihn auf die zentrale Müllhalde. Diese Müllhalde ist zwar von der Stadt aus unsichtbar, sie befindet sich hinter der Stadtmauer vor dem Meer, aber ihr Gestank ist vor allem für die in unmittelbarer Nähe lebenden Menschen schwer zu ertragen. Pläne zur Beseitigung der Müllhalde wurden schon zwischen dem Gouverneur der Stadt und verschiedenen Nichtregierungsorganisationen geschmiedet, aber um eine effiziente Entsorgung herbeizuführen, fehlt vor allem das Geld. Zudem haben die EinwohnerInnen und die vielen Binnenflüchtlinge aus Mogadiscio seit vielen Monaten mit lebenswichtigeren Problemen, vor allem der Nahrungsmittelknappheit und dem Hunger zu kämpfen.

Ein anderer zentraler Ort der Stadt mit prekären hygienischen Verhältnissen ist der Schlachthof und die Metzgerläden. Kamele, deren Fleisch sich die somalische Bevölkerung manchmal noch zu kaufen vermag, werden in Merka auf offenem zementiertem Boden



Schlachthaus in Merka

Fotos: Jenny Heeb

geschlachtet. Während der Nacht schlafen dort streunende, meist kranke Hunde. Ebenso wird tagsüber in den Metzgereien das Fleisch auf Auslagebänken verkauft, von denen nachts die Hunde die Knochen und andere Reste gefressen haben. Aufgrund fehlender Türen können der Schlachthof und der Fleischmarkt nicht abgeschlossen und somit entsprechend geschützt werden.

FEHLENDE KANALISATION

Das grösste Problem ist die fehlende Kanalisation. Während der Regenzeit gelangen riesige Wassermengen von den umliegenden Sanddünen direkt in die Stadt und zerstören viele Häuser. Vor allem die Stadtteile in denen die ärmsten

Bevölkerungsschichten leben, sind davon betroffen. Die letzten Regenfälle am 4. September 2008 zerstörten mehr als zwanzig Häuser, drei Menschen wurden getötet und in einer der Primarschulen der Stadt wurden vier Klassenzimmer verwüstet.

STOLZE REINIGUNGSTRUPPS

Der Zustrom von Tausenden von Binnenflüchtlingen erhöhte den Abfall und stellte den «Reinigungstrupp» von «New Ways» vor zusätzliche grosse Probleme. Die Anzahl der Eselskarren und das begrenzte Personal genügte den Anforderungen nicht mehr, sodass seit Dezember 2007 zehn Frauen mehr in diesem Projekt arbeiten. Sie sind auf der Basis «one day – one dollar» angestellt. Für jeden Tag an dem sie arbeiten, erhalten sie einen Dollar. Dank ihnen konnte bislang vermieden werden, dass sich Choleraausbrüche verbreitet haben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind stolz darauf, dazu beizutragen, die schwächsten Glieder der Bevölkerung – Frauen und Kinder – vor Krankheiten, die aufgrund der schlechten hygienischen Verhältnisse entstehen, zu schützen.

* **PROFESSOR MOHAMED ROBLE** ist Leiter der Organisation «New Ways».

* **JENNY HEEB** ist Präsidentin des «Fördervereins NeueWege in Somalia». Kontakt: merk02@bluewin.ch

WELTGESUNDHEITS-ORGANISATION ALS NEUSCHÖPFUNG

Mangelnder Zugang zu Gesundheitssystemen, katastrophale sanitäre Verhältnisse und Krise beim Gesundheitspersonal. Vor diesem Hintergrund denken **KARL HEINZ ROTH*** und **JOCHI WEIL-GOLDSTEIN**** von *medico international schweiz* über eine neu zu schaffende Weltgesundheitsorganisation von unten nach oben.



1. Gesundheit ist ein öffentliches Gut, das aus prinzipiellen ethischen Gründen allen Menschen uneingeschränkt und in gleichem Ausmass zusteht. Dieses Grundprinzip ist immer nur eine konkrete Utopie gewesen. In den vergangenen Jahrzehnten wurde es jedoch durch die fortschreitende Privatisierung des Gesundheitswesens und der mit diesem verbundenen sozialen Sicherungssysteme systematisch ausgehebelt.
2. Dieser Prozess ist weltweit zu beobachten. Bei den chinesischen Bauern kursiert heute, nach dem Zusammenbruch der ländlichen, öffentlichen Gesundheitsversorgung das Sprichwort: «Eine leichte Krankheit kostet ein Schwein, eine mittlere das Jahreseinkommen einer Familie, und eine schwere Erkrankung ruiniert dich.» In den Slum Cities erscheint selbst dies illusorisch, denn die katastrophalen sanitären Verhältnisse machen inzwischen jede Art von Gesundheitsversorgung illusorisch. In den USA sind Dutzende Millionen von Menschen nicht krankenversichert und auf eine rudimentäre öffentliche Minimalversorgung angewiesen.

NIEDERGANG DER GESUNDHEITSBERUFE

3. Mit der weltweiten Verschlechterung der präventiven wie kurativen Gesundheitsversorgung geht häufig ein dramatischer Niedergang der Gesundheitsberufe einher. Intensiv ist die Abschmelzung und «Verschlankung» der Gesundheitssysteme, welche die Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Rahmen des *New Public Management* auslöst.
4. Hinter dieser von der politischen Klasse ausgeführten «Sanierungspolitik» stehen die führenden Branchen des gesundheitsbezogenen Kapitals – Pharmaindustrie, Versicherungskonzerne, Unternehmen der Medizintechnik, die zunehmend in private Krankenhauskonzerne investieren und das gesamte Versorgungssystem auf die kaufkräftigen Gesellschaftsschichten zuschneiden, während die Einkommensschwachen und Armen herausfallen.

ELEMENTARE EXISTENZRECHTE

5. Diese Entwicklung bedroht weltweit das physische Überleben immer größerer Gesellschaftsschichten. Um ihr Einhalt zu gebieten und die elementaren Existenzrechte der Armen und Einkommensschwachen wiederherzustellen und ihre gesundheitliche Versorgung an die Standards der begüterten Klassen anzupassen – und umgekehrt –, sind dringliche Gegenmaßnahmen erforderlich. Dabei ist von dem Grundsatz auszugehen, dass die Bedürfnisse und Interessen der KlientInnen von vorbeugenden wie kurativen Gesundheitsleistungen immer mit denjenigen der GesundheitsarbeiterInnen abzustimmen sind, und zwar nach dem Grundsatz: Eine egalitäre, basisdemokratisch verankerte und qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle kommt auch den Bedürfnissen und Interessen der GesundheitsarbeiterInnen zugute.

BASISDEMOKRATISCH, REGULIERTE SELBSTVERWALTUNG

6. Lokale bzw. regionale Gesundheitsgewerkschaften (health unions) sollten sich mit der doppelten Zielstellung eines egalitären Zugangs zur Gesundheitsversorgung und einer gesicherten Existenzgrundlage des Gesundheitspersonals in den lokalen bzw. regionalen Initiativen zur Wiederaneignung der öffentlichen Güter zusammenschließen, bei denen das öffentliche Gut Gesundheit eine bedeutende Rolle spielt. Dabei sind die jeweiligen lokalen bzw. regionalen Besonderheiten und Prioritäten zu beachten, aber strukturell geht es unabhängig vom jeweiligen Standort darum, sich alle funktionsnotwendigen Strukturen des Gesundheitswesens von den Basis-einrichtungen der sanitären Hygiene, Prävention und ambulanten Krankenversorgung über die stationären Einrichtungen bis hin zu den kollektiven Kostenträgern anzueignen und in die paritätische und basisdemokratisch regulierte Selbstverwaltung der AnbieterInnen und BezieherInnen von Gesundheitsleistungen zu übernehmen. Zugleich sollten sich diese lokalen bzw. regionalen Gesundheitssysteme weltweit vernetzen, um Versorgungsgefälle, Qualitätsdefizite und besondere Engpass-Situationen auszugleichen. Dies könnte beispielsweise durch eine «Dreier-Lösung» geschehen: Jede lokale bzw. regionale Gesundheitsstruktur der entwickelten Länder geht eine Kooperation mit einem entsprechenden Standort in einem Schwellenland sowie einem Entwicklungsland bzw. einer *slum city* ein.
7. Darüber hinaus ist eine weltweite Koordination aller *health unions* bzw. Gesundheitsstandorte nötig, um alle jene Gesundheitsprobleme anzupacken, die nur auf Weltebene zu lösen sind. Die nur im globalen Kontext zu bewältigenden Aufgaben sind ungeheuer groß und vielfältig. Sicher ist es sinnvoll, dabei zwischen dringlichen Akutmassnahmen und längerfristigen Aufgaben zu unterscheiden. Wir müssen uns hier auf einige illustrative Beispiele beschränken.
- 7.1 Zu den Massnahmen gehören die Gründung von Notfallfonds zur Bekämpfung all-fälliger Gesundheitskatastrophen und Pandemien, aber auch zur raschest möglichen Verbesserung der sanitären Basiseinrichtungen in den *slum citys* und Flüchtlingslagern. Des weiteren sollte eine task force zur Bekämpfung der von den Pharma-Konzernen vernachlässigten Massenkrankheiten gegründet werden (Malaria, HIV-Erkrankung, Tuberkulose), deren Medikamente und Behandlungsverfahren dann patentfrei weiterverteilt werden können. Die Gründung dieser *task force* sollte mit der Initiierung einer Kampagne zur Entpatentierung aller Medikamente und medizinischen Hilfsmittel sowie Medizingeräte-Technologien verknüpft werden.

ENTEIGNUNG DER GESUNDHEITSBRANCHE?

- 7.2 Mittel- und langfristig stellt sich uns die Aufgabe, die transnationalen Unternehmen der Gesundheitsbranche (Versicherungskonzerne, Pharma-Konzerne, Unternehmen der Medizintechnik und Krankenhauskonzerne) zu enteignen, ihre gesellschaftlich notwendigen Ressourcen in den regionalen Standorten der neuen Gesundheitsstruktur zu verankern und zugleich weltweit neu zu koordinieren. Sie sollten dann die materiell-ökonomische Basis einer neuen Weltgesundheitsorganisation von unten bilden, die als Beratungs- und Beschlussgremium der weltweit vernetzten lokalen, regionalen und kontinentalen neuen Gesundheitsstrukturen tätig wird.
8. Die Weltgesundheitsorganisation von unten wird nach Lage der Dinge nur als völlige Neuschöpfung der basisdemokratisch vernetzten neuen regionalen / kontinentalen Gesundheitsstrukturen funktionsfähig werden. In ihr sollten die Interessen der BezieherInnen von Gesundheitsleistungen und der GesundheitsarbeiterInnen paritätisch repräsentiert sein. In ihr werden sicher aber auch die weltweit agierenden kritischen NGOs des Gesundheitswesens ihren Platz finden, und sicher auch einige RepräsentantInnen des linken Flügels des *public health*-Spektrums sowie der bestehenden WHO.
So weit unser Vorschlag. Er sollte als Appell verstanden werden, die Nischen zu verlassen, nach vorn zu schauen und unser gesundheitspolitisches Engagement für eine egalitäre Gesellschaft in einer entschiedenen Globalisierung von unten zu verankern. Unser Potenzial ist zu kostbar, als dass wir weiter Trübsal blasen oder sklerotische politische Klassen und Regime via NGOs mit einem Hauch von Legitimität versehen sollten. Nur das Unmögliche ist das Realistische – machen wir also einen Anfang in diese Richtung!

* **KARL HEINZ ROTH** ist Historiker, Sozialforscher und Arzt. Er war ein prominenter 68er (Vorstandsmitglied des SDS, Sozialistischer Deutscher Studentenbund, gut bekannt mit Rudi Dutschke) und ist wohnhaft in Hamburg. Kontakt: k.h.roth@gmx.de

** **JOCHI WEIL-GOLDSTEIN**, ausgebildeter Primarlehrer mit heilpädagogischer Zusatzausbildung, engagiert sich seit 1981 bei medico international schweiz, vormals Centrale Sanitaire Suisse (CSS). Er ist Projektverantwortlicher für Palästina und Israel und Mitbegründer und aktiv bei der Kampagne Olivenöl. Kontakt: j.weil@bluewin.ch

Die Rubrik Debatte publiziert Diskussionsbeiträge zur internationalen Gesundheitszusammenarbeit. Die Beiträge brauchen sich nicht mit der Meinung der Redaktion zu decken. Kommentare zu publizierten Debattenbeiträge sind willkommen und zu richten an mleschhorn@medicusmundi.ch.

3. HIGH LEVEL FORUM IN ACCRA

BÜRGERINNEN UND BÜRGER SOLLEN AN DER ENTWICKLUNG DES LANDES TEILHABEN

Von Franziska Freiburghaus*

Im September fand das 3. High Level Forum on Aid Effectiveness in Accra statt. Vertreter/-innen von Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen haben über Grundsätze diskutiert, welche die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit verbessern sollen. Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit sieht in der verabschiedeten «Accra Agenda for Action» ein gutes Mittel, um die eigenen Ansätze einzubringen.

Zu der Frage wie Entwicklungszusammenarbeit (EZA) am wirkungsvollsten gestaltet werden soll gibt es unzählige und sehr unterschiedliche Meinungen. Diese Vielfalt zeigt aber auch, dass es für Wirksamkeit kein für alle Kontexte anwendbares «one size fits all» Patentrezept gibt. Was es aber gibt sind Grundsätze der Zusammenarbeit, die auf gegenseitigem Respekt, Transparenz, Partizipation und der Einhaltung von Menschenrechten beruhen. «Diese Grundsätze stehen für uns klar im Zentrum» meint Edita Vokral, Vizedirektorin, Regionale Kooperation der DEZA, zu diesen Grundsätzen.

Um Grundsätze und Wirksamkeit in der EZA ging es auch beim Treffen, das vom 2. bis 4. September in Accra mit gegen 1200 Ministern, Di-

plomaten und Vertretern von Hilfsorganisationen, stattgefunden hat. Zu dieser 3. Konferenz zur Wirksamkeit der EZA hatten die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und Ghana eingeladen. Ziel war, mit allen Akteuren der EZA gemeinsam Zwischenbilanz der bereits 2005 in Paris verabschiedeten Grundsätze in der EZA zu ziehen (sog. Paris Declaration). Damals vereinbarten Geber- und Nehmerländer mehr Eigenverantwortung, grössere Partnerausrichtung, bessere Geberkoordinierung, ergebnisorientierteres Wirken und eine gegenseitige Rechenschaftspflicht. Diese Prinzipien sollten zu einer Wirksamkeitssteigerung der EZA beitragen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung der Millenniumsziele der Vereinten Nationen leisten. Und sie sollten bis 2010 erreicht werden.

2400 QUARTALSBERICHTE PRO JAHR

Aber weshalb jetzt gerade diese Konferenz und warum diesmal mit einer starken Involvierung von Nichtregierungsorganisationen (NROs)? Als die Welt im Jahr 2000 die Millenniumsentwicklungsziele verabschiedet hat, wusste sie nicht, wie diese Ziele erreicht werden sollten. Der Konsens von Monterrey im Jahr 2002 hat konkrete Vorschläge zur Entwicklungsfinanzierung gebracht, die in Doha im November 2008 wieder aufgegriffen und ausgehandelt werden; die Paris Declaration stellte sinnvolle Leitlinien zur Gestaltung der Zusammenarbeit auf. Denn eines der

Foto: zVg



Vom 2.-4. September 2008 fand in Accra das 3. High Level Forum statt.

Hauptprobleme der EZA war und ist die Fragmentierung der Hilfe. Zu viele EZA Agenturen finanzieren zu viele kleine Projekte, die alle eigene Prozeduren haben. Vietnam beispielsweise empfängt täglich drei offizielle Geberdelegationen. In Tanzania schreiben völlig überlastete Beamte 2400 Quartalsberichte pro Jahr. Angestellte im öffentlichen Gesundheitswesen kommen oft erst am späten Nachmittag zu ihrer eigentlichen Arbeit am Patienten, weil sie tagsüber mit Projektbesuchern diskutieren oder ihnen Resultate zeigen (müssen). Die PARIS DECLARATION hat zum Ziel solche Parallelsysteme drastisch zu senken. 2008 ist Halbzeit auf diesem Weg. Ein Survey des OECD/DAC (Development Assistance Committee) Ende 2007, der als Monitoringinstrument der Umsetzung der Paris Declaration kreiert wurde, zeigte für praktisch alle Länder und alle Indikatoren ernüchternde Resultate. Am HLF-3 in Accra ging es deshalb vor allem um eine politische Bestätigung des Engagements und die Schaffung von Glaubwürdigkeit durch konkrete Vorschläge.

Die Zivilgesellschaft ihrerseits hat einen legitimen Anspruch, dass beispielsweise die Rechenschaftspflicht der Geber- und Nehmerländer nicht eine Sache unter hohen Regierungsvertretern bleibt. Die BürgerInnen wollen informiert

werden, wie viel Geld für was und wie ausgegeben und welche Wirkung erzielt wird. Es ist inzwischen allen Akteuren klar, dass die Umsetzung der Prinzipien der Paris Declaration nur mit einem inklusiven Ansatz funktioniert.

DEZENTRALISIERUNG UND MACHTVERSCHIEBUNG

Die Schweiz wurde in Accra vom DEZA Direktor Martin Dahinden und Direktionsmitgliedern von DEZA und seco vertreten. Denn die Umsetzung der Ziele der Paris Deklaration ist für die Schweiz wichtig. Dabei nutzt die Schweiz deren Potential in einer konstruktiv-kritischen Art, um die DEZA Werte umzusetzen. Im Vordergrund stehen die Stärkung und die Kompetenzbildung von Verwaltung, ParlamentarierInnen und der Zivilgesellschaft im Partnerland für ein resultateorientiertes Management und für mehr Eigenverantwortung. Dezentralisierung und damit einhergehend eine Machtverschiebung vom Zentralstaat zu lokalen Strukturen ist ein weiteres wichtiges Anliegen der DEZA. Gleichzeitig sieht sie in der Umsetzung der Prinzipien der Paris Declaration eine grosse Chance für sich als kleiner Geber. In harmonisierten Gebergremien geht es nicht mehr nur um die Macht des (vielen) Geldes, sondern um Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Fairness und Transparenz. Die Schweiz kann diese Grundlagen in praktisch allen Kontexten bieten und damit die so genannte «Swissness» einbringen.

Das konkrete Resultat von Accra war die Verabschiedung der Accra-Erklärung («Accra Agenda for Action» AAA). Die AAA ist eine Weiterführung bzw. Konkretisierung der Paris Declaration. Alle anwesenden Staaten haben die AAA angenommen und sich damit verpflichtet Entwicklungsländer stärker als Partner zu behandeln und deren Eigenverantwortung zu stärken. Auch die Schweiz nahm die AAA an.

EIGENVERANTWORTUNG ALS PROZESS

Inhaltlich wurde mit der AAA viel erreicht. Man konnte sich darauf einigen, dass sich die Geberländer verpflichten die Zuverlässigkeit von Finanzierungsversprechungen zu verbessern, die Systeme von Partnerländern besser zu nutzen und die Arbeitsteilung unter Gebern ernsthaft anzugehen. An neun «Runden Tischen» zu vorgege-

AIDSFOCUS.CH FORUM VOM 30. OKTOBER 2008 IN BERN

HIV-BEHANDLUNG FÜR ALLE – HOFFNUNG UND PERSPEKTIVEN

Von Helena Zweifel*

benen Themen entlang der Prinzipien der Paris Declaration wurden Ergänzungen zu einem früheren Entwurf der AAA erarbeitet. Die Schweiz hatte zusammen mit Kolumbien den Vorsitz eines der neun Tische. Thema war das Prinzip Eigenverantwortung («democratic ownership»). Eigenverantwortung ist ein Prozess und keine Voraussetzung, darin waren sich die TeilnehmerInnen einig. In diesen Prozess gehört die Ausdehnung der Eigenverantwortung auf alle – also auf ParlamentarierInnen, NROs und Privatsektor eines Landes. Notwendige Schritte in diesem Prozess zu demokratischer Eigenverantwortung sind Qualitätssteigerungen in Institutionen, Politiken und die Verbesserung der Kompetenzen der Menschen. Edita Vokral, Vorsitzende im Namen der Schweiz dieses Runden Tisches meint: «Zentral für uns ist, dass die Bürgerinnen und Bürger der Länder, die wir unterstützen – sei es direkt oder über die Institutionen, die sie vertreten – an der Willensbildung über die Zukunft und die Entwicklung ihres Landes teilhaben können. Dazu müssen sie sich auch die nötigen Fähigkeiten und Kenntnisse aneignen können; Kapazitätsentwicklung ist also eines unserer wichtigsten Ziele.»

KORRUPTIONSBEKÄMPFUNG UND TRANSPARENZ

Eine weitere wichtige gegenseitige Abmachung von Accra gilt dem Kampf der Korruption. Verbesserte Transparenz und nachvollziehbare, mit örtlichen Strukturen erarbeiteter Einsatz von Geber- und Nehmermitteln, soll diese Abmachung in ihrer Umsetzung unterstützen. Fruchtbare Ergebnisse wurden auch am Runden Tisch zu Diskussionen um Wirksamkeit in fragilen Staaten erzielt. Auch an diesem Tisch war die Schweiz mit Jörg Frieden, Vizedirektor, Globale Kooperation der DEZA, aktiv beteiligt. Die Erfahrungen der Schweiz aus dem Kontext Nepal wurden von den Teilnehmenden sehr geschätzt.

Auch haben sich die DEZA, das Schweizerische Tropeninstitut und Schweizer NGOs (über Medicus Mundi Schweiz) im Vorfeld von Accra

engagiert und mit viel Fachwissen relevante Beiträge zu Gesundheits-SWAs (Sector Wide Approach Programmes) geliefert, die von den Verantwortlichen des runden Tisches zum Thema «sectoral approaches» sehr geschätzt und mehrheitlich aufgenommen wurden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Erwartungen an das HLF-3 und die AAA grösstenteils erfüllt wurden. NROs und weitere Akteure der Zivilgesellschaft haben in Accra viel Terrain zurückgewonnen. Natürlich gibt es auch kritische Stimmen. Zum Beispiel, dass die AAA asymmetrische Verhandlungsbedingungen fördert. Aber auch, dass in Accra eine weitere Chance zu einem wirklichen Dialog mit Partnerländern nicht wahrgenommen wurde. Nicht alle waren zudem wirklich überzeugt von der Art und Weise der «Verabschiedung» der AAA. Der Erfolg der AAA wird sich in der Umsetzung zeigen. Die Schweiz hat gute Chancen, auch in diesem sich verändernden Umfeld, ihre Visibilität zu wahren, in dem sie konsequent ihre Kompetenzen und Erfahrungen nutzt, in Gebieten wie: partizipative Ansätze, Dezentralisierung, Befähigung. Andere Geber haben Interesse an einer Zusammenarbeit mit der Schweiz im Rahmen von «Paris» und «Accra» signalisiert, vor allem im Hinblick auf das Thema «country ownership», so das Fazit zu Accra und der AAA von Edita Vokral.

Obwohl weltweit neun Millionen HIV-positive Menschen lebensverlängernde Aidsmedikamente brauchen, können nur 3 Millionen auch behandelt werden. HIV-Behandlungen im südlichen Afrika sind ebenso erfolgreich wie in der Schweiz, davon zeugen die Erfahrungen des Schweizerischen Roten Kreuzes in Swasiland und diejenigen von Médecins Sans Frontières in Mozambique.



Foto: SRK, Caspar Marig

«Als wir mit dem Programm begannen gab es wenig Hoffnung, dass die Leute genesen würden... Aber jetzt sind die meisten unserer KundInnen zurück an der Arbeit», sagt Thikane Mkabhela, Oberschwester an der Sigonbemi Red Cross Clinic in Swasiland stolz. Im Film «Living Together» lässt die Regisseurin Cathrin Cottier vor allem Frauen und Männer aus Swasiland zu Worte kommen um die Erfolgsgeschichte mit all den Highlights und Herausforderungen zu erzählen.

Der Film führte am aidfocus-Forum vom 30. September 2008 direkt und bildlich ein in die Komplexität umfassender HIV-Prävention, Behandlung und Pflege in wirtschaftlich ärmeren Ländern. Innerhalb von vier Jahren ist es dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) gelungen, gemeinsam mit dem lokalen Roten Kreuz und den Gesundheitsbehörden von Swasiland ein umfassendes HIV- und Aidsprogramm auf die Beine zu stellen. Dieses umfasst Beratung, HIV-Test, antiretrovirale Beratung, Betreuung und

psychosoziale Unterstützung. Auch HIV-positive schwangere Frauen bekommen Medikamente, um die Übertragung des Virus auf ihr ungeborenes Kind zu vermeiden. Eine Hebamme des SRK bildet gemeinsam mit FachärztInnen das lokale Personal aus. Dabei geht es um mehr als medizinische Hilfe, es geht auch um die psychologische Unterstützung der HIV-Positiven und Aidskranken, um Information, Beratung und Unterstützung der ganzen Familie. Zentral für den Erfolg sind die intensiven Vorgespräche und die Information der PatientInnen über die Krankheit, die Medikamente und die Therapie – und die innerliche Bereitschaft, bis ans Lebensende täglich die Medikamente einzunehmen.

HOFFNUNG UND PERSPEKTIVEN

Lilly Pulver, Programmverantwortliche des SRK für das Swasilandprogramm, erzählt begeistert von den Fortschritten und der Zusammenarbeit. Gerade in ländlichen Gebieten eröffnen antiretrovirale Behandlungen viele Möglichkeiten. Die

*FRANZISKA FREIBURGHaus, Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit, Abteilung südliches und östliches Afrika/Advisor Health PhD. Kontakt: franziska.freiburghaus@deza.admin.ch



Foto: SRK, Caspar Marig

Eine Grossmutter vor ihrem Haus mit ihren vier verwaisten Grosskindern.

Pflege zu Hause und die soziale Betreuung der PatientInnen und ihrer Familien ist eine Besonderheit des SRK-Engagements. Medizinische Versorgung muss zusammengehen mit sozialer Unterstützung aidsbetroffener Menschen. Das SRK trägt mit der Unterstützung der Kranken im Bereich der Ernährung, der Integration von PatientInnen in einen geregelten Tagesablauf und der Unterstützung von Waisen und Grosseltern viel zum Wohl der Betroffenen und ihrer Angehörigen bei. Um qualitativ gute Erfolge zu erzielen braucht es Anstrengungen bei jedem relevanten Schritt und in jedem Prozess. «Ein wichtiger Punkt ist», so Lilly Pulver, «den Leuten Hoffnung und Perspektiven zu geben! Viele Beispiele haben gezeigt, dass selbst Menschen in gesundheitlich miserablen Zustand eine Chance haben zu genesen und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.»

500 Menschen – Frauen, Männer und Kinder – sind in Behandlung, 500 Menschen haben Hoffnung geschöpft und ein neues Leben geschenkt bekommen. Es ist ein kleines, feines Programm, das sehr gut in den lokalen Strukturen verankert ist. Das SRK will das Programm im Jahre 2008 dem Gesundheitsministerium übergeben und ist zuversichtlich, dass das Programm unter Swazi-Flagge erfolgreich weitergeführt wird.

ENTHUSIASMUS IN EINER NOTSITUATION

Médecins Sans Frontières (MSF) rührt im Nachbarland Mozambique mit grösserer Kelle an. Der Arzt Johnny Lujan, der für MSF in Mozambique und Swasiland arbeitet, spricht von einer «Not-situation»: Weltweit sterben täglich 8000 Menschen an den Folgen von Aids und erfordern Not-hilfemassnahmen. Daher sollen möglichst viele Menschen möglichst schnell mit den lebensverlängernden Therapien behandelt werden. Seit 2001, also innert weniger Jahre ist es MSF gelungen, die Zahl der mit ARV behandelte Menschen in Mozambique auf 9500 PatientInnen zu steigern.

Der Enthusiasmus von MSF, sehr schnell immer mehr PatientInnen zu behandeln, wird gebremst durch den Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal bei der Betreuung der PatientInnen. Das vorhandene Personal ist überlastet, die Wartezeiten für PatientInnen bis zum Beginn der Behandlung sind oft sehr lang, zu lang für Menschen in Not. Eine Strategie ist die Dezentralisierung der Pflegedienste von den Spitälern in Gesundheitszentren auf dem Lande. Diese Strategie erleichtert den Betroffenen den Zugang zu Pflege und Behandlung und trägt dazu bei, dass Spitäler und Pflegepersonal weniger von den vielen HIV-PatientInnen überrannt werden. «Task shifting», d.h. die Übertragung von Aufgaben des Arztes

aufs Pflegepersonal und speziell dafür ausgebildete Laien ist ein wichtiger Ansatz zur Entlastung der Situation. Wie SRK in Swasiland hat MSF erkannt, dass die medizinische Behandlung allein nicht reicht und die PatientInnen psychosoziale Unterstützung durch Begleitpersonen, durch das Dorf wie auch durch dafür entwickelte Informationsmaterialien für Behandlung und Adherence brauchen.

Dies sind zwei unterschiedliche Ansätze, die am Forum angeschnitten, aber nicht ausdiskutiert wurden, von zwei unterschiedlichen Organisationen, die sich dem gleichen Ziel verpflichtet fühlen: den Zugang aller Menschen zu umfassender HIV-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung sicherzustellen.

AUCH KINDER HABEN RECHTE

«Dazu gehören auch die Kinder», betont Stefan Germann von World Vision International und langjähriger Anwalt für Kinderrechte. Zu oft werden Kinder primär als Opfer der Aids-Epidemie gesehen, als «Aidswaisen», die die Prospekte von Organisationen zieren und unser Mitleid wecken. Zu selten ist die Rede vom Recht von Kindern auf umfassende HIV-Prävention, Behandlung, Pflege und psychosoziale Unterstützung. HIV-positive Kinder haben im selben Umfeld weitaus weniger Chancen als Erwachsene, mit antiretroviralen Medikamenten behandelt zu werden. Nur etwa 10 Prozent der knapp zwei Millionen positiven Kinder weltweit (die meisten von ihnen bei der Geburt infiziert) sind auch in antiretroviraler Behandlung. Kinder sind am besten in ihren Familien aufgehoben. Laut einer neuen Aktionsagenda für Kinder soll daher die Unterstützung der Kinder durch deren Familien geschehen und es sollen integrierte, familienzentrierte Dienstleistungen angeboten werden.

*HELENA ZWEIFEL, Geschäftsleiterin Medicus Mundi Schweiz und Koordinatorin von aidsfocus.ch

Anmerkung

Keiser O, Orrell C, Egger M, Wood R, Brinkhof MW, Furrer H, et al.; Swiss HIV Cohort Study (SHCS) and the International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS in Southern Africa (IeDEA-SA). Public health and individual approaches to antiretroviral therapy: township South Africa and Switzerland compared. PLoS Med. 2008

Meeting People in Need

Antiretroviral Therapy in a Scarce Resource Rural Setting. Sigombeni Red Cross Clinic

Das SRK hat eine Broschüre herausgegeben, in welchen die Erfahrungen mit dem umfassenden HIV- und Aidsprogramm in Swasiland dokumentiert sind. Sie kann beim SRK bestellt werden: info@redcross.ch

EBENSO ERFOLGREICH WIE IN DER SCHWEIZ

«HIV-Behandlungen in Südafrika – ebenso erfolgreich wie in der Schweiz». Diese Aussage lässt aufhorchen. Gemäss einer neuen Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (Swiss HIV Cohort Study) erzielt die standardisierte Behandlung von HIV-PatientInnen in Südafrika gleich gute Ergebnisse wie der stark individualisierte Therapieansatz in der Schweiz. Dass der Erfolg der denkbar besten Behandlung in der Schweiz nicht besser ist als im südlichen Afrika erstaunt. Die Erfahrungsbeispiele des SRK und von MMS haben sehr deutlich illustriert, dass medizinische Hilfe allein nicht reicht. Zum erfolgreichen Modell gehören sowohl der Zugang zu kostenloser HIV-Behandlung und allgemeiner Gesundheitsversorgung, dezentralisierte Kliniken, genügend Ärzte und Pflegepersonal als auch sogenannte «treatment literacy» (Behandlungs- oder Patientenkompetenz), Beratung, psychosoziale Unterstützung, die Begleitung durch Vertrauenspersonen und ein grosses Engagement der Gemeinschaft.

Und es braucht Hoffnung und Perspektiven. Diese fehlt den 6 Millionen HIV-positiven oder aidskranken Menschen weltweit, die dringend einer antiretroviralen Therapie bedürfen. Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen – und damit auch die Schweiz – haben sich in den Jahren 2001 und 2006 in einer politischen Erklärung dem Ziel verpflichtet, den Zugang für alle zu umfassender HIV Prävention, Behandlung und Pflege bis ins Jahr 2010 zu verwirklichen. Das Leid vieler Menschen und die guten Erfolge von Partnerorganisationen im südlichen Afrika bekräftigen aidsfocus.ch in der Forderung und im Engagement für umfassende HIV-Prävention, Behandlung und Pflege für Frauen, Männer und Kinder.

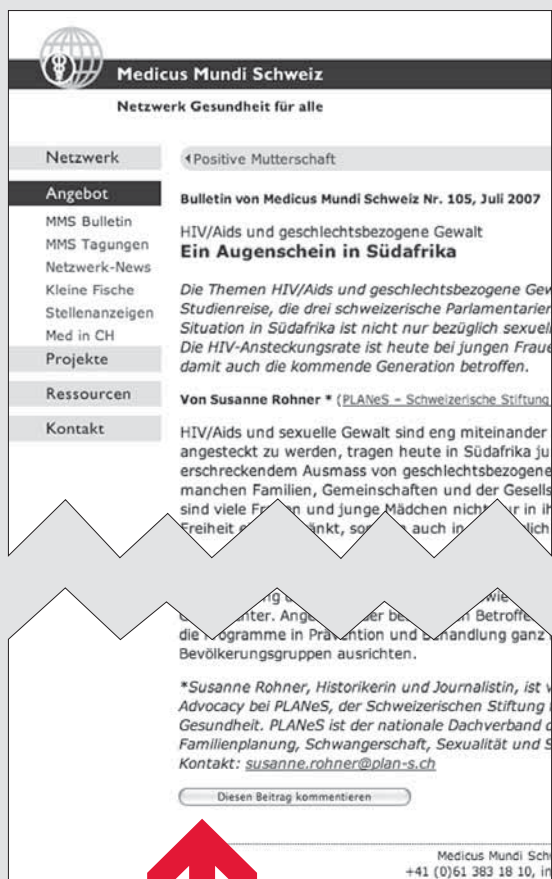
«DIESEN BEITRAG KOMMENTIEREN»

Haben Sie sich über einen Beitrag im aktuellen Bulletin besonders gefreut oder geärgert? Hätten Sie «dazu eigentlich auch noch etwas zu sagen?»

Auf unserer Website finden Sie «auf einen Blick» respektive mit zwei, drei «Klicks» den Zugang zu den Mitgliedern und Partnern des Netzwerks Gesundheit für alle – und zu allen Beiträgen, die aus ihrem Kreis in den letzten Jahren ins Netzwerk eingeflossen sind. Das Archiv umfasst auch die Bulletinausgaben der letzten zehn Jahre.

Ein «Archiv» muss aber nicht vor sich hin stauben: Sie haben die Möglichkeit, sämtliche Schwerpunktbeiträge des aktuellen und der vergangenen Bulletins online zu kommentieren und mit Ihren Hinweisen zu ergänzen.

«Diesen Beitrag kommentieren» kann durch aus Räume und neue Perspektiven in der Auseinandersetzung mit wichtigen Themen unserer Arbeit eröffnen. Der Schlüssel liegt in Ihrer Hand!



The screenshot shows the website interface for Medici Mundi Schweiz. At the top, there is a logo and the text "Medicus Mundi Schweiz" and "Netzwerk Gesundheit für alle". Below this is a navigation menu with categories like "Netzwerk", "Angebot", "Ressourcen", and "Kontakt". The main content area displays a bulletin entry titled "Ein Augenschein in Südafrika" with a sub-header "HIV/Aids und geschlechtsbezogene Gewalt". The text of the article discusses HIV/AIDS and gender-related violence in South Africa. At the bottom of the article, there is a button labeled "Diesen Beitrag kommentieren" (Comment on this article), which is highlighted by a large red arrow pointing upwards.