Aus Irrtümern lernen

Autor(en): **Wenger, Vreni**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Actio : ein Magazin für Lebenshilfe**

Band (Jahr): **94 (1985)**

Heft 10: **Hunger! Hat die Entwicklungshilfe versagt?**

PDF erstellt am: **29.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-976031

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

GESUNDHEIT

Aus Irrtümern lernen

Wenn der sehr verschlossene Quechua-Kleinbauer im Departement Chuquisaca in Bolivien, seine Familie und seine Dorfgemeinschaft zugänglich werden, ein Gesundheitsprogramm als begleitende und wichtige Massnahme im Alltag mitzutragen, so ist dieses Bewusstwerden das Resultat geduldiger Aufklärungs- und Motivationsarbeit.

Von Vreni Wenger

Die Taktik der kleinen Schritte

Wenn gar die Nachfrage nach Impfen der Kinder, nach Betreuung der Mütter, nach Beratung durch den dörflichen Gesundheitspromotor von der Bevölkerung formuliert wird, ist ein grosser Schritt getan. Wenn schliesslich das Interesse für Herbalmedizin und ihre Anwendung erwacht, sind bevölkerungseigene Kräfte mobilisiert. Im SRK-Projekt in Chuquisaca hat dieser Prozess bislang über vier Jahre beansprucht. Die einheimische Gesundheitsequipe des SRK konnte sich aufgrund vertiefter Kenntnis der ländlichen Verhältnisse der Bevölkerung behutsam nähern, und – zutraulich geworden – bringen vormals verschlossene Menschen den Programminhalten Vertrauen und Zuversicht entgegen.

Das fruchtbare Zusammenwirken der bäuerlichen Gemeinschaften mit der Equipe, und der einzelnen Dörfer unter sich, ermöglichen es, Probleme vorzubringen und gemeinsam anzugehen, die den engen Begriff der Gesundheit vielfach sprengen. Versorgung mit sauberem Trinkwasser, Betreiben von Familiengärten und Gemüseanbau, Beratung über Saatgut, Vermeidung der Arbeitsmigration während der Erntezeit sind einige Stichworte, wie sich ein umfassendes Gesundheitsprogramm in Entwicklungsprozesse einfügt.

Der beinahe optimale Hintergrund des skizzierten Programmes – eines unter zahlreichen des SRK – könnte dazu verleiten, Gesundheitsarbeit als Fundament von Entwicklung und Entfaltung zu werten, weil sie verschiedene Lebensbereiche tangiert. In der Realität der Entwicklungsländer ist Gesundheit indessen ein noch nicht gelöstes Problem unter vielen. Als Eckpfeiler und jedenfalls im Verbund mit andern Massnahmen können langfristige basismedizinische Programme aber eine nachhaltige Verbesserung der Lebensbedingungen zahlloser Menschen in der Dritten Welt bedeuten.

Gesundheit als Ziel

Seit ihrer Entstehung auf dem Schlachtfeld von Solferino hat sich die Idee und Bewegung des Roten Kreuzes für Belange der Gesundheit in einem weitgefassten Sinn eingesetzt. Am Anfang standen Schutz und Hilfe für Verwundete im Kriegsfall, notgedrungen eine einseitige, heilende Handlung.

Heute, 120 Jahre später, setzen sich das Rote Kreuz und andere Institutionen mit einer breiten Palette von Massnahmen für direktes Zusammenwirken mit nicht oder mangelhaft versorgten Bevölkerungsgruppen für eine Basisgesundheitsversorgung ein.

Einblicke in Länder der Dritten Welt zeigen in eindrücklicher Weise katastrophale Verhältnisse im Gesundheitswesen. Hohe Kindersterblichkeit, kein Zugang zu medizinischen Einrichtungen, kein sauberes Trinkwasser, ungenügende Ernährung sind einige der wichtigen Elemente, die sich auf die Entwicklung der ärmsten Länder und insbesondere ihrer ländlichen Bevölkerung lähmend auswirken.

Im Aufgabenkatalog der Aufbau- und Entwicklungszusammenarbeit nimmt das Thema Gesundheit einen festen Platz ein. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) setzt sich denn auch seit etwa 10 bis 15 Jahren zunehmend für längerfristige Programme in diesem Bereich ein. Die Konferenz von Alma Ata (1978) ist eine Bestätigung dafür, dass die Suche nach angepassten Lösungen richtig gewesen ist. Das SRK verfolgt eine Politik der kleinen Schritte. Es gibt keine globalstrategische, hochgegriffenen Programme. Auf Spitzenmedizin wird zugunsten eines materialarmen Vorgehens verzichtet. Es gilt einheimische Mitarbeiter beizuziehen und zu fördern und naturmedizinische Ansätze einer breiten Basisbevölkerung zugänglich und anwendbar zu machen.

Überall gestörtes Gleichgewicht

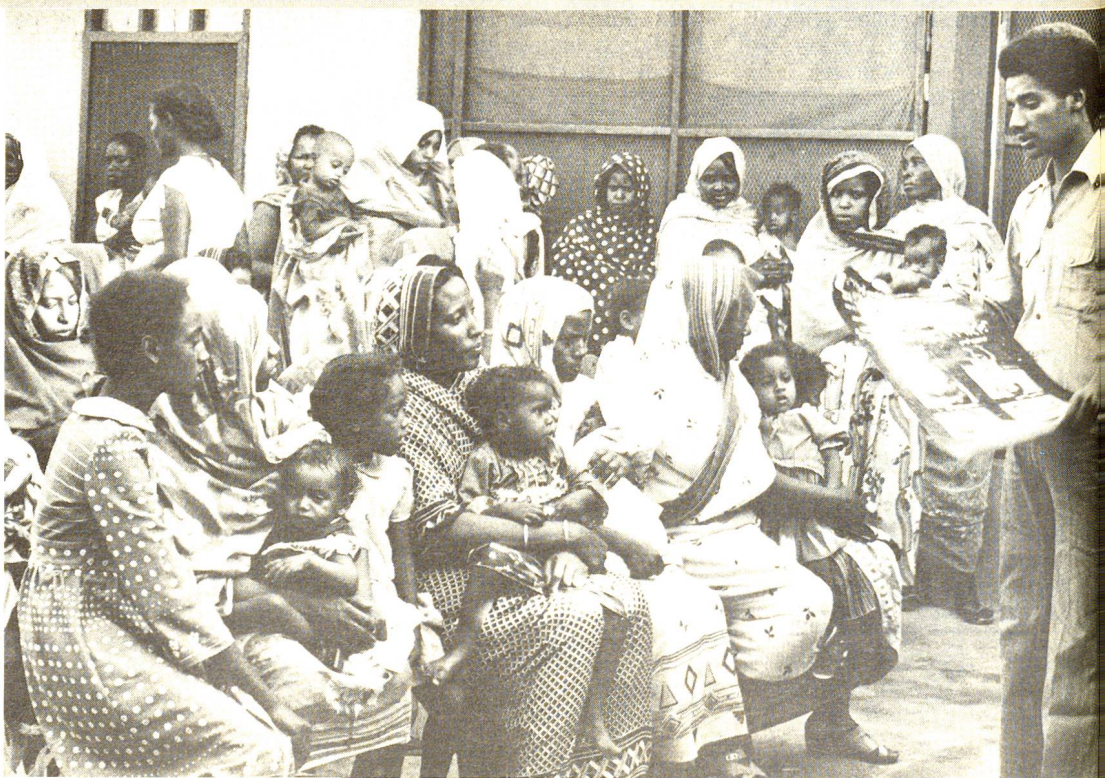
Gesundheitsarbeit unterliegt, stärker vielleicht als andere Entwicklungsansätze, dem kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Umfeld einer Menschengruppe. In den Wertvorstellungen hierzulande hat Gesundheit als Begriff einen anderen Stellenwert. Schmerzmittel, Aufputschmittel, Psychopharmaka sind Nothelfer, zu denen beinah unverzüglich beim kleinsten Malaise gegriffen wird.

In anderen Kulturkreisen, für Gemeinschaften in Ländern der Dritten Welt, sind Gesundheit, Krankheit, Geburt und Tod nur Teilaspekte einer ganzheitlichen Lebensweise. Dazu gehören das Bebauen der Erde, die Ernte, die Harmonie in der Gesellschaft, das Gleichgewicht der Natur und auch der Einklang mit übergeordneten mystischen Werten.

Gesundheit und Katastrophenhilfe

Der praktische Alltag, das Leben von Millionen Menschen ist indessen aus mannigfaltigen Gründen zu einer permanenten Überlebensfrage degeneriert. Wie kann man hier mit einer gesundheitlichen Grundversorgung, wie sie das SRK schwergewichtig in Ländern der Dritten Welt anstrebt, eingreifen und Verbesserungen herbeiführen?

Zunächst müssen wir ver-



1983 begann das Schweizerische Rote Kreuz in Kassala, Sudan, die ersten Erfolge in ihrem langfristig angelegten Gesundheitsbasisprogramm zu spüren.

schiedene Ausgangslagen, die sich Basis- und Aufbauprogrammen stellen können, in Rechnung stellen und auch die Erfahrung, dass jede Situation einmalig und unverwechselbar ist, dass somit auch jedes Programm seine Besonderheiten hat.

Katastrophen, durch Natur und Menschen verursacht, erfordern zweifelsohne in erster Linie Linderung akuter Not, Überbrückung in einem unter Umständen völlig zusammengebrochenen oder durch die Krise stark überforderten Gesundheitsdienst.

In einigen Ländern besteht ein solcher Gesundheitsdienst gar nicht. Ganz elementare medizinische Versorgung, Seuchenbekämpfung sind gefragt. Hilfe von aussen muss auf ein Minimum begrenzt werden, um neue Abhängigkeiten nicht zu zementieren. Die lokalen Massnahmen werden, sofern sie überhaupt existieren, lediglich ergänzt.

1984, als der grosse Strom der Hungerflüchtlinge in den Sudan verschlagen wurde, musste das langfristige Programm zugunsten einer Nothilfe vorübergehend aufgegeben werden. Die Sudan-Equipe wuchs dabei über sich selber hinaus.

Aus Irrtümern lernen Bangladesh

Bei Bangladeshs dramatischer Geburt 1971, der im Jahr 1970 eine katastrophale Sturmflut vorangegangen war, sind massive Hilfslieferungen aus allen Ecken der Welt eingefahren und eingeflogen worden. Damals hat sich auch das SRK an der Nothilfe namhaft und sehr aktiv beteiligt. Wenn heute eine Naturkatastrophe über das gleiche Land hereinbricht, und das kann durch Überschwemmungen Jahr für Jahr erneut geschehen, würden wir kaum mehr Flugzeuge chartern, um Hilfsgüter selbst an Ort und Stelle zu bringen. Wir würden unsere Kraft vorwiegend auf die Rehabilitation von Geschädigten im gesundheitlichen und sozialen Bereich konzentrieren.

Sudan

Nehmen wir eine Flüchtlingssituation in Afrika oder Asien, verschärft durch Dürre und Hunger, wo Flüchtlingsströme unter Umständen ins Uferlose anschwellen. Da sind keine Alternativen zu einer Notversorgung – Ernährung, Überlebenshilfe, kurative Medizin, Wasserversorgung – greifbar.

Ganz stark haben wir in diesem Sinn unser Programm im Sudan mit Flüchtlingen aus Eritrea erlebt. Eine bis etwa Mitte 1984 sozusagen stabile Flüchtlingslage hat erlaubt, dem SRK-Projekt Kassala eine basismedizinische Ausrichtung mit Vorbeuge-, Ausbildungs- und Erziehungsmassnahmen zu geben. Zehntausende von einströmenden, völlig mittel- und kraftlosen Menschen haben uns ganz kurzfristig zu einer Anpassung des Programmes gezwungen. Weggefegt waren Gesundheitserziehung, Förderung der Eigenverantwortung der uns anvertrauten Bevölkerung, spezifische Mutter-Kind-Betreuung. Das reine Überleben wurde zum Ernstfall. Seit kurzem können nun wieder ganz behutsam die klassischen Programmlinien einer basismedizinischen Arbeit auf Sparflamme entzündet werden. Aber für wie lange angesichts der Konflikt- und Dürrelage in Äthiopien und im Sudan?

In die Verantwortung nehmen

Betrachten wir nun die Problematik Dürre und Hunger, losgelöst von jenem Flüchtlingskontext, wie er weiter vorne unter Sudan skizziert ist. Ernährungsprogramme allein lösen nachhaltig keine Probleme, die zu Hunger geführt haben. Gerade hier können in sinnvoller Weise Gesundheitskomponenten eingewoben werden. Es ist von zentraler Bedeutung, wenn Mütter, die ihre unter- und mangelernährten Kleinkinder zum Zentrum bringen für Zusatzernährung, mitversorgt und gleichzeitig auf ihre Verantwortung angesprochen werden. Allein schon regelmässige Anleitung über angepasste Ernährung, wie sie mit den verfügbaren Lebensmitteln bewerkstelligt werden kann, über Hygiene, über Impfschutz, über einfache Behandlungsmethoden bei Durchfällen (Zucker-/Salzlösung) kann beitragen, gesundheitliche Gefahren zu vermindern. Diese Erkenntnis leitet über in die Primärmedizin oder Grundversorgung nach den von der WHO aufgestellten Postulaten.

Wir haben in den letzten, turbulenten Jahren viele Einsichten gewonnen.

1. Ein langfristiges Gesundheitsbasisprogramm hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn Arbeitsinhalte und Zielsetzungen von der Basis, also von unten her, mitformuliert und mitgetragen werden.
2. Bei Katastrophen, Erdbeben, Kriegswirren, Hunger, Flüchtlingsströmen sollten wir die medizinischen und gesundheitlichen Dienstleistungen übernehmen, die von den betroffenen Ländern nicht selbst geleistet werden können, um keine neuen Abhängigkeiten zu schaffen.
3. Keine Situation gleicht der anderen. Programme aufzustellen, die überall Gültigkeit haben, gibt es nicht. Sie halten der Realität nicht stand.
4. Nicht asthmatisch werden, nicht aufgeben, sich von der Hoffnungslosigkeit nicht anstecken lassen. Flexibel bleiben, um unter Umständen ein langfristiges Gesundheitsprogramm im Katastrophenfall umgehend auf Soforthilfe umzustellen und später wieder die ursprüngliche basismedizinischen Aufgaben weiterzuführen.
5. Nicht bloss helfen, sondern jene, die unserer Hilfe bedürfen, in die Verantwortung nehmen, damit sie lernen, sich selber zu helfen. □

DIE MEDIZINISCHEN PROJEKTE DES SRK

Basismedizin
- *Sudan: Eine zehnköpfige SRK-Equipe betreut mit rund 280 eritreischen Mitarbeitern rund 60000 Flüchtlinge und Sudanesen. Schwergewicht: Grundversorgung, Impfprogramme, Ernährungszentren, 100-Betten-Spital.*
- *Bangladesh: Unterstützung von zwei ländlichen Gesundheitszentren, die von einheimischen Ärzten geführt werden.*
- *Bolivien und Paraguay: Präventivmedizinische Versorgung von ländlichen indianischen Bevölkerungen. Betreut von einem bolivianischen Arzt, wobei der Einbezug der traditionellen Medizin bedeutsam ist.*
- *Ghana: Unterstützung von ländlichen Gesundheitszentren, von einheimischen Ärzten betreut.*
- *Nepal: Unterstützung eines vielfältigen Ausbildungsprogrammes (Hygiene, Ernährung, Familienplanung) und eines Gesundheitspostens in einem grösseren Dorf. Die Verantwortung liegt in einheimischen Händen.*

Augenmedizin
- *Nepal und Pakistan: Unterstützung beim Aufbau und bei der Führung von ophthalmologischen Kliniken, Ausbildung des lokalen Personals durch SRK-Augenärzte.*

Behindertenprojekte
- *Libanon: Rehabilitation von Querschnittgelähmten mittels Anpassung ihrer Wohnstätten. Orthopädisch-technische Versorgung von Amputierten.*
- *Vietnam: Sanierung und Erweiterung eines Rehabilitationszentrums für 200 Kinder.*

Blutspendedienste
- *Angola und Moçambique: Unterstützung beim Aufbau eines nationalen Blutspendedienstes.*
- *Burundi und Malawi: Punktuelle Unterstützung des Blutspendedienstes.*

Ausbildung
- *Bangladesh: Unterstützung einer Schwesternschule.*

Medizinische Infrastruktur
- *Laos und Vietnam: Finanzielle Hilfe beim Bau und der Versorgung von Provinzspitälern.*

Chirurgischer Einsatz:
- *Kambodscha: Einsatz einer chirurgischen SRK-Equipe an einem Provinzspital, Lieferung von Medikamenten und Spitalmaterial.*