



Unser Titelblatt

Primary Health Care soll niedrigschwellig sein. Doch Medikamentenabgabe auf dem Markt – hier ein Markt im Stadtteil Yopougon in Abidjan (Elfenbeinküste) kann nicht die Lösung sein, zumal auch Medikamente gehandelt werden, die bei uns rezeptpflichtig wären oder deren Verfalldatum abgelaufen ist. Unsachgemässe Lagerung, etwa eine Sonnenexposition, können Medikamente lebensgefährlich werden lassen.

Foto: Stefanie Granado

Eine Bulletinausgabe zu Gesundheit in Afrika – und (beinahe) nichts zu Aids, Malaria, und den anderen Krankheiten, die eine Plage für die Menschen und Staaten Afrikas darstellen und die Entwicklung des ganzen Kontinents behindern?

Es gäbe so viel zu berichten, auch Erfolgsgeschichten. Aber wir haben einen Akzent gesetzt: Die Beiträge in diesem Heft kratzen etwas im Hals, gerade weil sie so simple Dinge benennen wie die Wahrscheinlichkeitsrechnung von Gesundheit und Krankheit, die in Afrika gleich wie sonst auf der Welt geht: Wer arm ist, trägt das grössere Risiko, krank zu werden. Und wer arm ist, hat bedeutend schlechtere Chancen auf eine angemessene Behandlung seiner Krankheit. Das gilt für Zimbabwe wie für die Schweiz, für Bulawayo wie für Bümpliz.

Wo liegen also die krankmachenden Faktoren auf nationaler und globaler Ebene? Was ist zu tun für die Gesundheit der Menschen? Wer trägt und übernimmt Verantwortung?

In Zentrum dieser Bulletinausgabe steht, ganz altmodisch, der Staat (erinnern Sie sich noch...?). Ein Staat, der selbst arm oder schwach ist, kann für seine gesunden und kranken Menschen weniger gut schauen. Auch dies eine simple Aussage. Wenn es aber in den Beiträgen in diesem Bulletin einen roten Faden gibt, dann ist es dieser: Es braucht einen starken Staat, ein gut funktionierendes nationales Gesundheitssystem, das Programme der Krankheitsbekämpfung und der Basisgesundheitsversorgung zusammenführt, das für den Einsatz der finanziellen Mittel die richtigen Prioritäten setzt, das Initiativen und Beiträge von lokalen Gemeinschaften und internationalen Programmen, von privaten und staatlichen Leistungsanbietern koordiniert und integriert. Es braucht einen Staat, der im Gesundheitsbereich nicht zuschaut, sondern führt.

Wenn der Tanz um die als Millenniums-Entwicklungsziele missverstandenen Indikatoren zur Armutsbekämpfung und menschlichen Entwicklung bald einmal vorbei ist, wenn das Wichtige wieder wichtiger wird als das Dringende, dann wird die Stärkung der nationalen (Gesundheits-)systeme in ressourcenschwachen Ländern hoffentlich wieder ganz oben auf der globalen politischen Agenda stehen. Und das nicht nur bei der Weltgesundheitsorganisation WHO und bei den globalen Netzwerken der Zivilgesellschaft.

Andererseits hat der nationale und sektorische Ansatz auch seine Grenzen. So finden sich in dieser Bulletinausgabe auch neu formulierte «uralte» Postulate der Entwicklungspolitik, die, wenn wir etwa die Beiträge von Gorik Ooms und Rene Loewenson miteinander reagieren lassen, eine spannende und brisante Mischung ergeben: Mehr geben. Weniger nehmen. Versio 2010.

Thomas Schwarz

Eine Zusammenstellung von Websites, Grundlagendokumenten und weiteren Ressourcen zur Gesundheit in Afrika findet sich auf der Website des Afrika-Bulletins: www.afrikakomitee.ch/bulletin/gesundheit.

Thomas Schwarz ist Mitglied des Afrika-Komitee und leitet seit 15 Jahren schweizerische und internationale NGO-Netzwerke im Bereich der internationalen Gesundheitszusammenarbeit.

Kontakt: schwarz@medicmundi.org, www.medicmundi.org

Impressum

Ausgabe 139 | August/September 2010 ISSN 1661-5603

Das «Afrika-Bulletin» erscheint vierteljährlich im 35. Jahrgang.
Herausgeberin: Afrika-Komitee, Basel.

Redaktion: Hans-Ulrich Stauffer und Susy Greuter
Redaktionssekretariat: Beatrice Felber Rochat

Afrika-Komitee: Postfach 1072, 4001 Basel, Schweiz
Telefon (+41)61-692 51 88 | Fax (+41)61-269 80 50
E-Mail Redaktionelles: afrikabulletin@afrikakomitee.ch

E-Mail Abonnemente und Bestellungen: info@afrikakomitee.ch
Postcheck-Konto Basel 40-17754-3
Für Überweisungen aus dem Ausland:

in CHF: MigrosBank, IBAN CH95 0840 1016 1437 3770 7
in Euro: Postkonto, IBAN CH40 0900 0000 9139 8667 9
(Bic SwiftCode: POFICHBEXX; Swiss Post, PostFinance, CH-3000 Bern)

Das Afrika-Komitee im Internet: www.afrikakomitee.ch
E-Mail-Adresse: info@afrikakomitee.ch

MitarbeiterInnen dieser Ausgabe:

Pius Frei; Mitarbeitende am Schwerpunkt: Marcel Dreier, Constanze Pfeiffer, Pascal Schmid, Thomas Schwarz, Helena Zweifel.

Gestaltungskonzept: typOHa||er
Layout: 9•6 | Felicitas Wernli | Basel
Druck: Rumzeis-Druck, Basel

Inserate: Gemäss Tarif 5/99, Beilagen auf Anfrage
Jahresabonnement: Fr. 25.–/Euro 20.–

Unterstützungsabonnement: Fr. 50.–/Euro 35.–
Im Mitgliederbeitrag von Fr. 60.–/Euro 40.– ist das Abonnement enthalten.

Redaktionsschluss Nummer 140: 30. September 2010.
Schwerpunktthema: Literatur und Gegenwart in Afrika.
Schwerpunktthemen nächster Ausgaben: Entwicklungszusammenarbeit und Entwicklung der Landwirtschaft; Informationstechnologien (Internet, Mobilephones).
Interessenten an einer Mitarbeit sind eingeladen, mit der Redaktion Kontakt aufzunehmen.

Es ist das System, Dummerchen

Stimmen zu Gesundheit und Gesundheitssystemen in Afrika

Während seinem erfolgreichen Wahlkampf gegen George W. Bush hing in Bill Clintons Kampagnenzentrale in Little Rock, Arkansas, ein kleines Plakat mit drei Slogans: «Change, not more of the same.» «It's the economy, stupid.» «Don't forget health care.» Diese drei Sätze hängen seit kurzer Zeit auch an einer Wand in Basel, im Büro von Thomas Schwarz, an der Geschäftsstelle des Netzwerks Medicus Mundi International. Thomas Schwarz hatte sich nun an einige KollegInnen gewandt, die sich mit Gesundheit und Gesundheitssystemen in Afrika beschäftigen, und sie nach ihren Beiträgen und Vorstellungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Afrika gefragt. Die Antworten kurz zusammengefasst: «Change, not more of the same.» «It's the economy, stupid.» «Don't forget health care.» Hier einige der Antworten.

Francis Omaswa: «Starke Gesundheitsministerien für starke Gesundheitssysteme!»

Die Gesundheit der Menschen hängt direkt mit der Wirksamkeit der Gesundheitssysteme zusammen. Allzu oft besteht eine grosse Lücke zwischen dem theoretischen Wissen, was es zur Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung braucht, und der Umsetzung dieses Wissens in konkrete Taten und Resultate. Diese Lücke kann nur durch ein umfassendes nationales Gesundheitssystem, das sich um die gesamte Bevölkerung eines Landes kümmert, geschlossen werden.

Regierungen sind die Hüter und Schützer des öffentlichen Interesses und sind letztendlich dafür verantwortlich, dass Bedingungen geschaffen werden, die den Menschen erlauben, so gesund wie möglich zu leben. Gesundheitsministerien und die Minister, die sie leiten, müssen in der Lage sein, ihre Führungsfunktion wahrzunehmen, im Ministerium selbst, in der Gesamtregierung und mit den Gemeinschaften.

Trotz der zentralen Rolle der Gesundheitsministerien und -minister werden diese in der Regel eher übersehen, wenn international Initiativen zur Stärkung der Gesundheitssysteme lanciert werden. Dabei wäre doch gerade die Entwicklung der Kompetenzen und Kapazitäten des Gesundheitsministeriums eine Schlüsselinvestition in die Verbesserung eines nationalen Gesundheitssystems. Doch das geschieht in den wenigsten armen Ländern, nicht nur in Afrika. ■

Francis Omaswa ist Direktor des African Center for Global Health and Social Transformation. Kontakt: www.achest.org.
Lektürevorschlag: Omaswa/Boufford: Strong Ministries for Strong Health Systems, www.strongministries.org

DEZA: «Wir leisten Beiträge an nationale und regionale Zielsetzungen.»

Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA konzentriert sich im Gesundheitsbereich auf drei thematische Schwerpunkte: die Stärkung dezentraler Gesundheitssysteme, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und die Förderung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Dies gilt auch für Afrika, wo die DEZA das Hauptgewicht ihrer Gesundheitszusammenarbeit setzt. Die DEZA unterstützt hier Initiativen zur Gesundheitsförderung und Verhaltensänderung, welche sich an die einkommensschwächsten und verletzlichsten Gruppen einer Gesellschaft richten und diese befähigen sollen, ihre Gesundheit selbst aktiv zu fördern.



Im Land verstreute, kleinere Spitäler und Kliniken dienen der Grundversorgung.
Foto: Susy Greuter.

In fünf der sieben DEZA-Schwerpunktländer Afrikas und in den beiden Regionalprogrammen ist Gesundheit gegenwärtig ein zentraler Bereich. Die DEZA achtet darauf, mit ihren Interventionen immer zu den in den Armutsstrategien und Gesundheitssektorstrategien der einzelnen Länder formulierten Zielen beizutragen. In stabileren Ländern wie Tansania oder Mosambik wird das nationale Gesundheitssystem möglichst breit und auf allen Ebenen unterstützt. In fragileren Kontexten wie etwa Tschad oder der Region der Grossen Seen fördert die DEZA den Auf- oder Ausbau von Basisgesundheitsinstitutionen und leistet damit einen wichtigen Beitrag an die Stärkung des nationalen Gesundheitswesens (siehe Kasten).

Neben den längerfristig angelegten Programmen der Entwicklungszusammenarbeit engagiert sich die DEZA auch in Afrika mit kurz- und mittelfristigen Projekten der humanitären Hilfe im Fall von Naturkatastrophen, während oder nach Konfliktsituationen und bei strukturellen Krisen. Gegenwärtig unterstützt die Abteilung Humanitäre Hilfe der DEZA in Afrika Programme in Liberia, Tschad/Sudan, Zimbabwe, Lesotho und im Maghreb. Ergänzt werden die eigenen Programme der DEZA durch die Unterstützung multilateraler Organisationen wie UNAIDS, den Global Fund zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und die Weltgesundheitsorganisation WHO. ■

Gemeinsamer Beitrag der DEZA-Abteilung Ost- und Südliches Afrika.
Kontakt: Andreas Loebell, andreas.loebell@deza.admin.ch.



Chinesischer Vormarsch in Afrika: Nicht nur mit Investitionen in Produktivbetrieben oder im Handel hat China in Afrika Fuss gefasst. Dienstleister wie etwa Anbieter traditioneller chinesischer Heilkunde finden sich immer häufiger, hier im Stadtteil Yopougon in Abidjan (Elfenbeinküste).
Foto: Stefanie Granado

Gesundheitsprogramme der DEZA in Afrika

- **Benin:** Gesundheitsvorsorgemassnahmen für die Bevölkerung; Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen und des Managements von Spitälern und Gesundheitszentren; Aufbau eines Krankenkassensystems.
- **Mali:** Verbesserung der dezentralen Gesundheitsversorgung (Gesundheitszentren, Regional-spitäler, Ausbildung von Pflegepersonal); Verbesserungen des sozialen Schutzes; Nutzung von traditionellem Wissen; Kampf gegen HIV/Aids.
- **Mosambik:** Unterstützung der nationalen Gesundheitsreform; Unterstützung des öffentlichen Gesundheitswesens auf allen Ebenen, einschliesslich sektorieller Budgethilfe, mit Fokus auf dem Einbezug und der Stärkung der Zivilbevölkerung;
- **Tansania:** Unterstützung des Gesundheitswesens durch sektorielle Budgethilfe; Fokus auf Dezentralisierung, Einbezug der Zivilgesellschaft, Gesundheitsförderung, Zugangsverbesserung und Forschung; spezielles Programm zur Malaria-prävention.
- **Tschad:** Unterstützung der Verbesserung der medizinischen Grundversorgung durch Einbezug von Gemeinden und Gemeinschaften; Aufbau eines Krankenkassensystems im Süden des Landes; Projekt zur Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind im Norden.
- **Regionalprogramm Grosse Seen:** Unterstützung von Programmen zur Stärkung des Gesundheitswesens in Ruanda, Burundi und der Provinz Süd-Kivu, DR Kongo; Ergänzung der bilateralen Programme durch regionale Förderung von Austausch zwischen Institutionen operationeller Forschung und ein neues Programm für die psychosoziale Betreuung von gewaltbetroffenen Frauen.
- **Regionalprogramm Südliches Afrika:** Unterstützung regionaler Initiativen zur Bekämpfung der HIV/Aids-Pandemie; Stärkung von regionalen NGOs und Regierungsstellen in Bereichen HIV Prävention. ■

Informationen: www.deza.admin.ch, www.sdc-health.ch.

Joel Meir: «Die Integration der ehemaligen Missionsspitäler ins nationale Gesundheitssystem ist eine Notwendigkeit.»

In Afrika südlich der Sahara befinden sich 40 Prozent der Spitäler in kirchlichem Besitz. Vor allem in ländlichen und abgelegenen Gebieten bilden sie oft den wichtigsten oder gar einzigen Zugang der Bevölkerung zur medizinischen Grundversorgung.

Diese Spitäler entstanden als missionarische Gründungen. Während Jahrzehnten spielten Missionen denn auch eine Schlüsselrolle in der Beschaffung finanzieller Mittel, in der Anwerbung von ÄrztInnen und in der Leitung dieser Spitäler. Organisationen wie SolidarMed – gegründet seinerzeit als «katholischer missionsärztlicher Verein» – unterstützten die kirchlichen Spitäler mit Personal und finanziellen Mitteln.

Die Situation zeigt sich heute aber dramatisch verändert. Die Missionare, die die kirchlichen Spitäler geleitet haben, sind pensioniert, nach Hause gegangen oder verstorben. Und die örtlichen Kirchen sind mit der professionellen Führung und Finanzierung ihrer Spitäler oft überfordert.

Es ist eine riesige Herausforderung, aber auch eine Chance für den Staat und die Kirchen, die konfessionellen Spitäler in die nationalen Gesundheitssysteme zu integrieren. In diesem Kontext übernehmen NGOs wie SolidarMed neue Funktionen: Sie leisten Beiträge zur Stärkung der administrativen und klinischen Kompetenzen der kirchlichen Spitäler mit dem Ziel, sie zu befähigen, Leistungsverträge mit den staatlichen Gesundheitsbehörden abzuschliessen.

Die vertragliche Einbindung ins nationale Gesundheitssystem ist die Voraussetzung, um die Zukunft der kirchlichen Spitäler zu sichern – und damit die medizinische Grundversorgung der ländlichen Bevölkerung. ■

Joel Meir ist Geschäftsführer von SolidarMed, einer schweizerischen NGO, die mit ihrer Arbeit Beiträge zur Verbesserung der Gesundheitssituation von benachteiligten Bevölkerungsgruppen in ländlichen Gebieten Afrikas leistet. Kontakt und Informationen: www.solidarmed.ch.

Thomas Wendieuwo: «Wieso denn auf Hilfe warten? Unser Dorf geht seinen Weg.»

Badoumven, ein 1500 Seelendorf im hügeligen Westkammerun, setzt seit etwa dreissig Jahren seine eigene «Entwicklungspolitik» um und wartet nicht auf Hilfe von aussen. Ein demokratisch gewähltes Planungskomitee entwirft Projekte, das Finanzkomitee sichert deren Umsetzung. Die knappen Ressourcen erlauben nur kleine, aber stete Schritte. Dabei packt die Dorfbevölkerung mit eigener Arbeitskraft selbst an. Zusätzlich erheben lokale Gruppen aus der Region, in den Städten oder gar in Europa bei den auswärts lebenden Bürgern regelmässige finanzielle Beiträge, deren Höhe in Abhängigkeit der Kaufkraft steht. Nur selten braucht das Planungskomitee punktuelle Sonderbeiträge für besondere technische Einrichtungen.

Um die Nachhaltigkeit zu garantieren, respektieren die Projekte die landesüblichen Normen, um später eventuell in den Genuss einer staatlichen Unterstützung zu kommen. So wurde zunächst eine Zugangsstrasse erschlossen, welche jährlich durch den Staat instand gestellt wird. Dann wurde das Dorf elektrifi-



Was andernorts eine staatliche Institution sein könnte, wird hier durch Privatinitiative ersetzt. Stadtteil Yopougon in Abidjan (Elfenbeinküste). Foto: Stefanie Granado

ziert, eine Schule wurde errichtet und das Trinkwassersystem verbessert. Der Staat liefert nun die Einrichtung für die Schule und bezahlt einen der vier Löhne.

An einem Gesundheitszentrum wurde über einige Jahre gebaut. Das Dorf war geduldig und setzte gemächlich Stein auf Stein, so wie es eben die vorhandenen Mittel erlaubten. Heute ist das Zentrum fertig – und wird vom Gesundheitsministerium anerkannt. Nun behandelt und berät ein vom Staat bezahlter Pfleger die Patientinnen und Patienten. Die anderen Hilfskräfte werden in der Dorfbevölkerung rekrutiert und wenn nötig zu einem kurzen Ausbildungsgang in eines der umliegenden Referenzkrankenhäuser geschickt. Das Dorf sammelte Mittel, um einen ersten Bestand an essentiellen Medikamenten zu garantieren, deren Verkauf die Erneuerung erlauben soll – gerade so, wie es die Bamako-Initiative zur Basisgesundheitsversorgung vor bald 30 Jahren vorsah.

Badoumven setzt von jeher auf seine eigene Kraft, auf die Solidarität unter der Bevölkerung und strebt Nachhaltigkeit an, mag es auch Zeit kosten. Es sind die klug eingesetzten Allianzen, die unserem Dorf bei der Umsetzung neuer und beim Ausbau bestehender Projekte zum Erfolg verhelfen. ■

Thomas Wendieuwo ist Krankenpfleger und Mitglied des Planungskomitees von Badoumven, Kamerun. Sein Beitrag entstand im Gespräch mit Beat Stoll, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf. Kontakt: beat.stoll@unige.ch

Rene Loewenson: «Eine Krise der Ungerechtigkeit – und eine Chance?»

Das Wort «Krise» wird heutzutage beunruhigend oft gebraucht. Im vergangenen Jahr verunsicherten apokalyptische Berichte über die Finanzkrise die Menschen in reichen Ländern – Menschen, die wohlverstanden immer noch über 90 Prozent des gesamten Reichtums der Welt verfügen. Für die Hälfte der Weltbevölkerung, die gerade einmal ein Prozent des globalen Reichtums besitzt, waren aber bereits die der Finanzkrise vorangegangenen Jahre, die in den reichen Ländern als Zeit wirtschaftlicher Prosperität bewertet wurden, eine Krisenzeit.

In den ärmsten Ländern Afrikas nahmen in jener Zeit Mangelernährung und Ernährungsunsicherheit zu. Sinkende Preise auf dem internationalen Markt führten zu einem allgemeinen Rückgang der Erwerbseinkommen. Die Nahrungsmittelindustrie, die immer mehr von ein paar transnationalen Konzernen kontrolliert wurde, drückte die Produzentenpreise noch mehr und gefährdete damit vor allem die bäuerliche Kleinproduzentinnen. Import- und Exportfirmen, Handelsunternehmen, landwirtschaftliche Grossbetriebe, Geldgeber und Beamte strichen den Gewinn aus diesen wirtschaftlichen und finanziellen Entwicklungen für sich ein, während sich gleichzeitig die wirtschaftliche und soziale Krise von Frauen und Kindern vertiefte. Im Gesundheitsbereich, und vor allem in Afrika, gibt es



Medikamentenangebot auf dem Markt – hier ein Markt im Stadtteil Yopougon in Abidjan (Elfenbeinküste): Ein gefährliches Unterfangen.
Foto: Stefanie Granado

viele Anzeichen dieser anhaltenden Krise der Ungerechtigkeit. Eine Arbeitsgruppe der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit (CSDH) berichtete im Jahr 2007, dass die vergangenen 25 Jahre mit ihrer intensivierten Integration der globalen Märkte zu einer Verlangsamung oder gar zu einer Umkehrung positiver Entwicklungen im Gesundheitsbereich geführt haben. Dies zeigt sich etwa bei der Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt, die trotz grosser technologischer Entwicklungen im Gesundheitsbereich seit 1980 weltweit nur um 1,45 Jahre stieg. Es hätte mehr sein können: Die Arbeitsgruppe errechnete, dass ein potentieller Gewinn von weiteren 1,23 Lebensjahren aufgrund der negativen Effekte der Globalisierung, insbesondere der zunehmenden Einkommensschere, nicht zustande kam.

Die UNO hält in ihrem jüngsten Bericht zu den Fortschritten bei den Millenniums-Entwicklungszielen fest, dass in Afrika südlich der Sahara in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends zwar die Kindersterblichkeit zurückgegangen ist und dass sich auch die Impfrate verbessert hat. Doch wuchs die Zahl der HIV-Neuinfektionen schneller als der Zugang zu Prävention und Behandlung, und die Müttersterblichkeit blieb auf einem sehr hohen Niveau. Bei den Kennziffern der Armut ist das Bild noch düsterer: Die Zahl der Menschen, die weniger als einen US-Dollar pro Tag verdienen, hat sich in Afrika zwischen 1990 und 2005 um 92 Millionen erhöht. Auch liegen die meisten der weltweit 20 Länder, in denen kein Fortschritt im Kampf gegen die Unterernährung festgestellt wurde, in Afrika. Das UNO-Komitee für Entwicklungspolitik stellt im Jahr

2009 denn auch fest, dass die Millenniumsziele nur erreicht werden können, wenn das Problem der Chancengleichheit angegangen wird und wenn auch die Armen von der Entwicklung profitieren.

Im Bereich der nationalen Gesundheitssysteme bedeutet Chancengleichheit die Einbindung aller Menschen in die Grundversorgung. Und wie das geht, ist eigentlich erwiesen: Der Schlüssel liegt in gerechteren Mechanismen der Finanzierung der Gesundheitsleistungen und in der Zuteilung der begrenzten Mittel in diejenigen Bereiche, wo sie im Verhältnis zu den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen die grösste Wirkung erzielen.

Der Wissensschatz zu den ökologischen, sozialen und ökonomischen Determinanten der Gesundheit, der durch die WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit aufgearbeitet und konsolidiert wurde, zeigt, dass die Arbeit an den «Ursachen der Ursachen» von Krankheit mehr bewirkt, als kranke Menschen zu pflegen und zu heilen.

Das Wissen und die Mittel, um Fortschritte bei der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu erzielen, sind heute vorhanden. Aber die Förderung der Chancengleichheit ist nicht nur eine Sache des Wissens. Entscheide zu «inakzeptabler Ungleichheit» werden auf der Grundlage von sozialen Werten und Normen geführt, die sich in politischen Positionen widerspiegeln. Während sich die meisten afrikanischen Staaten in Grundsatzdokumenten für eine Chancengleichheit im Gesundheitswesen aussprechen, setzen sie diese Verpflichtung in der Praxis sehr unterschiedlich um.

Die zeigt sich etwa bei der Erklärung von Abuja, in welcher die afrikanischen Staatsoberhäupter im Jahr 2001 festgehalten haben, künftig mindestens 15 Prozent der Staatsausgaben im Gesundheitssektor einzusetzen. Die Unterschiede in der Umsetzung dieser Erklärung sind enorm. Dabei wären bedeutende Investitionen im Gesundheitsbereich dringend nötig – zur Verbesserung der geographischen Verteilung der Gesundheitsdienste, für den Ausbau der grundlegenden Gesundheitsversorgung und für die Integration privater und externer Ressourcen ins Gesundheitssystem.

Doch liegt es nicht nur an den afrikanischen Regierungen. Auf globaler Ebene steht die Tatsache, dass es «unmöglich» war, jährlich zehn Milliarden US-Dollar für die sichere Versorgung der Menschen mit sauberem Trinkwasser und für eine sichere Abwasserbeseitigung zu finden, in scharfen Gegensatz zu den 250 Milliarden Dollar, die die US-amerikanische Regierung in einer einzigen Woche im Oktober 2008 aus öffentlichen Mitteln für die Tilgung der Schulden einiger maroder Banken aufwarf.

Gelegenheiten, die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich voranzubringen, sind vorhanden und real. Wir müssen nur die Krise der Ungerechtigkeit wahrnehmen ... und etwas dagegen tun. ■

Rene Loewenson, Direktorin des Training and Research Support Centre TARSC in Harare, Zimbabwe, koordiniert das Network on Equity in Health in Southern Africa. Kontakt: www.equinetfrica.org. Der englische Schlüsselbegriff «equity» wird in diesem Beitrag in der Regel mit «Chancengleichheit» übersetzt. Lektürevorschlag: Closing the Gap in a Generation. Bericht der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit, www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport

Gorik Ooms: «Schluss mit der Entwicklungshilfe. Plädoyer für ein weltweites System der sozialen Sicherheit»

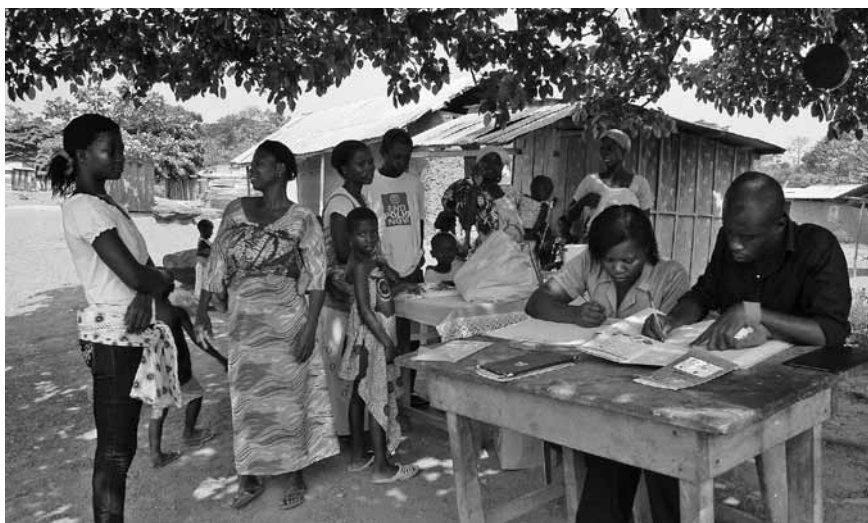
Wann immer ich die Idee eines globalen Gesundheitsfonds oder eines weltweiten Systems der sozialen Sicherheit im Gesundheitsbereich vortrage und vorschlage, damit die herrschende Praxis der Entwicklungshilfe abgelöst wird, ist die erste Reaktion negativ, sei es in Europa oder in Afrika. Mein Vorschlag scheint davon auszugehen, dass afrikanische Staaten auf ewig arm und von externer Hilfe abhängig bleiben. Wenn ich die Leute aber frage, ob mit der von der WHO vorgeschlagenen Definition einer gerechten Gesundheitsfinanzierung einverstanden sind – die individuellen Beiträge der Menschen werden aufgrund ihrer Zahlungskraft bestimmt und nicht aufgrund ihres Gesundheitszustands – stimmen die meisten zu ... um dann aber gleich wieder den Kopf zu schütteln, wenn diese WHO-Definition auf, sagen wir, die Einwohner von Belgien und Mozambique zusammen angewandt wird. Aber warum denn nicht?

Wenn eine Milliarde Menschen in reichen Ländern ihre Mittel zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall mit einer Milliarde Menschen in armen Ländern teilen würden, hätte dies zugegebenermaßen ziemlich dramatische Konsequenzen. Erstere müssten zusehen, wie die im öffentlichen Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel von jährlich 5000 US-Dollar pro Kopf auf 2500 Dollar reduziert würden, letztere erlebten einen Anstieg der zur Verfügung stehenden Mittel von nahezu Null auf 2500 Dollar.

Aber mein Vorschlag geht bei weitem nicht so weit: Ich schlage bloss vor, das zwei Prozent der in reichen Ländern erhobenen Mittel zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall (Steuern, Krankenkassen- und Versicherungsprämien) weltweit geteilt werden. Dies entspräche etwa 40 Milliarden US-Dollar oder durchschnittlich 0,15 Prozent des Bruttoinlandprodukts der reichen Länder und würde damit problemlos in das alte Versprechen der reichen Länder passen, für die Entwicklungszusammenarbeit 0,7 Prozent ihres BIP einzusetzen. Werden diese Mittel gut verteilt, haben alle Menschen auf der Welt Zugang zu einem Basispaket von Gesundheitsdienstleistungen im Wert von etwa 40 Dollar pro Jahr.

Der Nobelpreisträger Gunnar Myrdal wurde berühmt durch seine Erklärung, wie in freien Marktwirtschaften die Wachstumszentren unbeabsichtigt zur Verarmung der peripheren Regionen beitragen, indem sie Kapital und Knowhow anziehen. Er nannte dies «backwash effect». Eine der Aufgaben sozialer Sicherungssysteme ist es, diesen Kielwasser- oder Sogeffekt abzumildern und die Gewinne der Wachstumszentren dem ganzen Land zukommen zu lassen, sie in Schlüsselsektoren wie Bildung und Gesundheit zu investieren und so die Chancengleichheit aller zu verbessern.

Myrdal prognostizierte im Jahr 1957, dass dieselbe Sogwirkung auch in einer globalisierten freien Marktwirtschaft auftreten werde. Fünfzig Jahre später ist es offensichtlich, das genau dies in Afrika passiert: Die besten Arbeitskräfte verlassen den Kontinent auf der Suche nach «grünere Weiden», wo sie produktiver sein können, wo sie aber auch ihre Steuern bezahlen müs-



Gesundheitsversorgung auf dem Lande: Patienten-erfassung und angepasster Spitalbau in Ghana. Fotos: Susy Greuter

sen. Der Weltbankökonom Paul Collier errechnete, dass etwa 40 Prozent des privaten Reichtums Afrika ausserhalb des Kontinents investiert werden. Mein Vorschlag zielt also nur darauf, den weltweiten Sogeffekt der Wirtschaftszentren durch eine bescheidene Form eines weltweiten Systems der sozialen Sicherheit abzumildern.

Ich schlage also nichts vor, dass Afrika einer dauernden Abhängigkeit von externer Hilfe erhalten wird. Ich schlage etwas vor, das Afrika in ein weltweites System gegenseitiger Verantwortung und sozialer Absicherung einbindet mit dem Ziel, Afrika einmal zu einem Netto-Beitragsleistenden an dieses System zu machen. ■

Der Menschenrechtsanwalt Gorik Ooms lehrt Gesundheitspolitik am Tropenmedizinischen Institut Antwerpen. Seine Thesen zu globalen sozialen Sicherungssystemen werden weltweit diskutiert. Kontakt: gooms@itg.be. Lektürevorschlag: Gorik Ooms, From the Global AIDS Response towards Global Health? Diskussionspapier (2009) <http://bit.ly/dni5qc>

Vom kolonialen Gesundheitswesen zum Gesu

Bewegung im Gesundheitswesen Tanzanias

Die Entwicklung der Konzepte eines Gesundheitssystems lässt sich am Beispiel von Ifakara in Tanzania gut nachvollziehen. Seit mehr als einem halben Jahrhundert engagiert sich die Schweiz, namentlich das Tropeninstitut Basel, in diesem ländlichen Spital. Marcel Dreier und Pascal Schmid fassen die Entwicklung zusammen.

«Unser Verlangen ist die Erstellung medizinischer Einrichtungen hier in Ifakara, [...] einem Ort, dem medizinische Dienste verweigert werden, die an vielen anderen Orten, deren Bedeutung nicht über jene Ifakaras hinausgeht, reichlich genossen werden. [...] Ifakara verdient die ernsthafteste Berücksichtigung durch die Regierung in Bezug auf die Etablierung eines Spitals mit qualifiziertem Personal zur Wohlfahrt des Volkes.»



Das waren noch Zeiten:
Röntgenaufnahmen
aus der Pionierzeit des
Spitals in Ifakara.
Foto: zVg

Gleich eine ganze Reihe zentraler Themen aus der langen Geschichte der Gesundheitssysteme im ländlichen Tanzania werden in diesem Zitat sichtbar. Es stammt aus einer Petition aus dem Jahre 1948 von einer Sektion der «African Association», der Vorläuferbewegung der tanzanischen Unabhängigkeitspartei TANU: Die Popularität hochwertiger kurativer Medizin und ein Qualitätsbewusstsein für Institutionen und Ausbildung. Oder die Formierung politischer Kräfte, auch dank der Mobilisierungskraft der Verheissungen eines sozialen Wohlfahrtsstaates. Auch die zu diesem Zeitpunkt im Entstehen begriffene «Ära der Entwicklung» wird bereits greifbar: Das Gesundheitswesen wurde zu einem Grundelement von «Entwicklung».

Späte Kolonialzeit:

Modellspitäler und punktuelle Kampagnen

Der Handelsflecken Ifakara erhielt übrigens noch vor der Unabhängigkeit Tanganyikas (im Jahre 1961) sein modernes Spital. Allerdings kein staatliches sondern ein kirchliches, erstellt mit finanziellen Mitteln aus der Schweiz und Österreich. Das St. Francis Hospi-

tal in Ifakara war ein Kind seiner Zeit, ein Beispiel unter vielen Missionsspitalern, die mit zahlreichen Betten, modernen Gebäuden und europäischem Personal zu Zeugen der spätkolonialen Zeit wurden. Der Direktor des Spitals fasste die Stimmung bei einem Treffen von Medicus Mundi International im Jahr 1962 folgendermassen zusammen: «Ifakara wurde als das Beispiel hingestellt, wie man sich die medizinische Arbeit der Missionen vorstelle. Nur durch einen Aufbau eines solchen modernen Spitals würde man in der Zukunft bestehen können. Alle andere Arbeiten in dieser Richtung (z. B. die alten Buschspitäler) würden sicherlich unter die Räder der raschen Entwicklung kommen, wenn das Gesundheitswesen in den sich entwickelnden Ländern modern und von Staats wegen in Angriff genommen werde.»

War der koloniale Staat abwesend? Tatsächlich war das koloniale Gesundheitssystem schwach, geprägt durch staatliche Massenkampagnen gegen einzelne epidemische Krankheiten sowie einen kurativen Sektor, der – ausserhalb der Hauptstädte – erfolgreich an die Missionen und Kirchen delegiert wurde. In Ghana betrieben Missionen und Kirchen zum Zeitpunkt der Unabhängigkeit 27 Spitäler, die Regierung deren 33. Auch in Tanganyika umfasste der Regierungssektor gerade mal die Hälfte der Spitäler des Landes mit weniger als 60 Prozent aller Betten – die Missionen betrieben dort 1961 gesamthaft 4200 Spitalbetten.

Kolonialregierungen wählten die Standorte für Spitäler nach politischen und wirtschaftlichen Interessen – also wurden vor allem Städte und Küstenorte berücksichtigt. Die Missionen und Kirchen richteten sich entweder nach den Bedürfnissen ihrer bestehenden Gemeinden oder versuchten mit medizinischen Diensten in «heidnische Gebiete» vorzudringen – was sie eher in ländliche Gegenden führte. Basis-Gesundheitsdienste, lokale Partizipation und «Selbsthilfe», und die Ausbildung paramedizinischen Personals auf der Gemeindeebene waren in den 1920ern, 30ern und 40ern Elemente kolonialer Gesundheitsplanungen gewesen. Gefehlt hatten nicht die Ideen und Konzepte, sondern der politische Wille zu einer nachhaltigen Investition in Gesundheitsförderung für alle.

In der Folge konnten die jungen unabhängigen Staaten nur schwach ausgebildete und unkohärente Gesundheitsstrukturen übernehmen, die zudem unpraktisch waren: Die spätkolonialen Vorzeigeprojekte saugten zu Beginn der Unabhängigkeit die kleinen Brieftaschen der neuen Staaten leer. Und die Mängel im Gesundheitssystem kumulierten sich mit den Defiziten in anderen Bereichen, etwa dem Bildungssystem oder den Transportinfrastrukturen.

Aufbruch zu basisnaher Gesundheitsversorgung

Im Laufe der 60er Jahre und 70er Jahre entwickelte sich auf internationaler Ebene eine Welle kritischer Perspektiven auf die vorhandenen Gesundheitssysteme. Weiterum galten die chinesischen Barfussdoktoren oder die sogenannte «Arusha Deklaration» der tanzanischen Regierungspartei TANU als Modelle. Letztere, deklariert im Jahr 1967, setzte auf Selbsthilfe und ländliche Entwicklung und kritisierte das beste-

ndheitssystem für Arme

hende Gesundheitssystem: «Alle unsere Spitäler sind städtische und sie dienen nur einem kleinen Teil der TanzanierInnen. Jedoch haben wir sie mit Auslandsdarlehen erbaut und zahlen sie mit Devisen zurück, die wir aus dem Export der Produkte unserer Bauern gewonnen haben. Jene, die nicht vom Spital profitieren tragen die Hauptlast des Zahlens.»

Zeitgemässe Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern sollten einem möglichst grossen Teil der Bevölkerung erlauben, von den begrenzten Ressourcen zu profitieren. Bürgernähe – das war nicht nur geografisch gemeint – und elementare medizinische Dienste sowie präventive Massnahmen rückten in den Vordergrund. Nun wurde auch vermehrt auf die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren für die Gesundheit hingewiesen. Gesundheitsplaner und -praktikerInnen propagierten dezentral angelegte Netze aus Gesundheitszentren und Kliniken anstelle von grossen und teuren Spitälern in den Zentren.

Unter der Bezeichnung Primary Health Care (PHC – Primäre Gesundheitsversorgung) fanden die basisnahen und partizipativen Konzepte 1978 programmatischen Niederschlag in der Erklärung von Alma Ata. In vielen Ländern Afrikas wurde PHC als offizielle Gesundheitspolitik propagiert. In den 70er und 80er Jahren entstanden vielerorts neue Programme zur Ausbildung von Gesundheitsarbeitern an der Basis. Wie schon in den zwanziger Jahren zeigte sich aber bald, dass ohne wirksame kurative Dienstleistungen und Investitionen in Wasserversorgung und sanitäre Anlagen die präventiv-medizinischen Botschaften dieser neuen GesundheitsarbeiterInnen oft wirkungslos verhallten.

Auch die Rationalitäten und Modalitäten des entstehenden Entwicklungshilfesektors trieben die Förderung von Vorzeigeprojekten in der Basisarbeit an: Die jungen Staaten propagierten ihre Anstrengungen nicht nur bei der eigenen Bevölkerung, sondern auch bei der Gemeinschaft der Geberstaaten. Diese wiederum waren im politischen Verteilungskampf der Mittel auf emanzipative und fortschrittliche Konzepte angewiesen. So wurde etwa Tanzania, das ideologisch voll auf die Idee der «Kujitegemea» (Self-Reliance, auf sich selbst auen) setzte, zum Liebling vieler Geberländer und verzeichnete einen riesigen Zufluss an Entwicklungshilfe und Entwicklungshelfern. Von diesen Ressourcen profitierten auch die etablierten Institutionen, die grossen Spitäler aus den 1950ern und 60ern, deren Strukturen recht behäbig, deren Dienstleistungen aber besonders populär waren.

Medizin anstelle gesamtheitlicher Gesundheitsförderung

Als die meisten afrikanischen Staaten mit den Wirtschaftskrisen der 80er Jahre die Herrschaft über ihre Sozialpolitik verloren, schlug dies gerade im Gesundheitssektor voll durch. Bevor die angestrebte ganzheitliche Gesundheitsförderung inklusive ihrer sozialen und ökonomischen Strukturen Fuss fasste, wurde das Konzept der umfassenden PHC als idealistisch kritisiert, modifiziert und beschnitten. Kritiker lancierten den Ansatz des «Selective PHC» (SPHC), der besser zu den aktuellen politischen Agenden der 80er Jahre pass-



Das Spital in Ifakara.
Foto: zVg

te und von Organisationen wie der Weltbank oder UNICEF aufgegriffen wurde. Die wichtigsten Gesundheitsfragen der armen Länder wurden wieder als «medizinische» Fragen angegangen. Einbezug und Verantwortung der Gemeinden liess sich unter den Bedingungen neoliberaler Strukturanpassungsprogramme zu einem Mittel zum Sparen wenden. Aus Partizipation wurde Kostenbeteiligung. Im schlimmsten Fall wurden aus «elementaren Gesundheitsdiensten für alle» billige Gesundheitsdienste für Arme, aus Primary wurde Precarity Health Care.

Im Falle Tanzanias waren bis in die frühen 1990er Jahre alle Gesundheitsdienste gratis. Wer das St. Francis Hospital erreichen konnte, profitierte also vom Ausbau der Basisstrukturen, hatte gleichzeitig aber auch Zugang zu kurativer Medizin im noch immer guten Standard bietenden ehemaligen Missionsspital. Heute sind die Dienste für Kinder unter fünf Jahren noch immer gratis, die TanzanierInnen klagen jedoch, dass das Gesundheitssystem zu biashara, zu einem «Geschäft» wurde. Wer sich nicht auf dem Gesundheitsmarkt eindecken kann, erhält nur noch Dienstleistungen aus dem Katalog der SPHC.

Wenn überhaupt, denn die finanzielle Partizipation der Zivilgesellschaft und die Stärkung der NGOs in den 90ern war begleitet von einem Rückzug des Staates. Wie die Kirchen und Missionen der Kolonialzeit, schlossen nun NGOs jene geografischen und inhaltlichen Lücken des Gesundheitsnetzes, die ihren jeweiligen Interessen und Kapazitäten entsprachen. Seit den späten 90ern wird mit den Sector Wide Approach (SWAp) wieder vermehrt Systemstärkung betrieben. PHC- und SPHC-Interventionen sollen in ihrer Priorisierung angepasst und in ihrer Effizienz gesteigert werden. Denn was bleibt, ist das knappe Budget: Kaufkraftbereinigt kann der tanzanische Staat gerade mal 27 US-Dollar pro Kopf und Jahr für das Gesundheitssystem ausgeben. ■

Marcel Dreier und Pascal Schmid arbeiten im Zentrum für Afrika Studien in Basel als Doktoranden in einem grösseren Projekt des Historischen Seminars mit dem Titel «History of Health Systems in Africa». Sie stützen sich in diesem Artikel weniger auf statistische medizinische Resultate, sondern versuchen die politischen und sozialen Rahmenbedingungen darzustellen, in denen Gesundheitspolitik ausgehandelt wird.

Jugendliche sind nicht das Problem ...

... sondern die Lösung

Neue Zugänge zu Prävention und Gesundheitsförderung im heutigen Afrika der Mobiltelefons und einer mobilisierten, alerten Jugend werden hier aufgezeigt am Beispiel der Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit. Eine Standortbestimmung von der in Dar es Salaam forschenden Constanze Pfeiffer.

Die Gesundheit von Jugendlichen – ein düsteres Bild

Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung ist jünger als 25 Jahre. Bis zum Jahr 2050 werden 1,2 Milliarden Menschen der Gruppe der 15 bis 24-Jährigen angehören, während es im Jahr 1950 noch eine halbe Milliarde waren. Der grösste Teil von ihnen wird in Afrika (29 Prozent) und Asien (53 Prozent) leben. Obwohl Jugendliche als Hoffnungsträger der Zukunft gelten, sind viele von ihnen zahlreichen gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt. Nicht zuletzt aufgrund der HIV/AIDS-Pandemie rückt ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zunehmend in den Fokus. Sexuallykrankheiten, HIV/AIDS, Teenagerschwangerschaften und Abtreibungen bergen nicht nur gesundheitliche Risiken, sondern haben auch soziale und wirtschaftliche Folgen. In Afrika südlich der Sahara leben 61 Prozent aller HIV-positiven Jugendlichen (3,28 Millionen). 76 Prozent von ihnen sind weiblich. Das sub-saharische Afrika hat zudem die höchste Rate von Teenagerschwangerschaften weltweit: 143 von 1000 15 bis 19-jährigen Mädchen sind schwanger oder bereits Mutter. Diese Zahlen alarmieren, doch zahlreiche Interventionen zeigen, dass Jugendliche auch der Schlüssel für eine erfolgreiche Präventionsarbeit sind, wenn sie das entsprechende Wissen, sowie genügend Unterstützung und Ressourcen haben.

Internationale Bemühungen und Strategien

Im Rahmen der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994 wurde unter anderem die Prävention von HIV/AIDS und anderen Sexuallykrankheiten betont. Internationale Bemühungen konzentrieren sich derzeit auf drei Hauptstrategien:

- Jugendfreundliche Gesundheitsdienstleistungen, die von speziell ausgebildetem Fachpersonal angeboten werden
- Lehrplanbasierte Sexualerziehung an Schulen, die sich unter anderem auch am Prinzip «Jugendliche für Jugendliche» (peer to peer) orientiert
- Förderung der persönlichen Entwicklung von Jugendlichen durch Unterstützung der Kommunikationsfähigkeit, Einkommen schaffende Massnahmen usw.

Diese Strategien spiegeln die Notwendigkeit wider, mit den Gefahren und Risiken ungeschützten Geschlechtsverkehrs sowie Verhütungsmöglichkeiten vertraut zu sein. Zudem stehen das Wissen um die eigenen Rechte, die Förderung der individuellen Kompetenzen und die Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Dienstleistungen im Vordergrund.

Neben den Jugendlichen werden deren Familien, Lehrer sowie die lokale Gesellschaft in Präventionsmassnahmen involviert. Dennoch bleibt für viele, nicht nur in Afrika, der Zugang zu Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen eine Herausforderung.

Jugendliche aktiv einbeziehen

Jugendliche sind keine passiven Opfer sondern aktiv Handelnde, die ihr Leben selber gestalten, Entscheidungen treffen und ernst genommen werden wollen. Die Berücksichtigung der Kompetenzen von Jugendlichen im Umgang mit Gesundheitsrisiken, ihre so genannte Resilienz, bietet neue spannende Herangehensweisen. Zahlreiche Ansätze in der Präventionsarbeit versuchen, Jugendliche mit modernen Medien anzusprechen, mit denen sie sich identifizieren können und deren Nutzung Spass machen soll. In Tansania bietet unter anderem das Jugendmagazin «Si Mchezo!» (übersetzt: Kein Witz!) Informationen rund um Sexualität und Partnerschaft. Jede Woche erreichen mehrere hunderte SMS mit Fragen, Tipps und Erfahrungen von Jugendlichen aus dem ganzen Land die Redaktion.

Es hat sich gezeigt, dass Ansätze nach dem Prinzip «Jugendliche für Jugendliche» (peer to peer) auf grosse Akzeptanz stossen. In Kamerun warnen junge Mütter anhand ihrer Erfahrungen andere Mädchen vor Teenagerschwangerschaften. Da es nicht üblich ist, sexuelle Fragen mit den Eltern zu besprechen, sondern sich an Tanten oder Grossmütter zu wenden, werden diese Mädchen «Tanten» genannt. Über ihre Tätigkeit erreichen die jungen Frauen nebenbei auch eine Stärkung ihres Selbstwertes.

In der Präventionsarbeit ist die Teilhabe von Jugendlichen in der aktiven Planung, Gestaltung und Umsetzung von Strategien und Interventionen aber noch bei weitem nicht ausgeschöpft.

Den Kontext berücksichtigen

Erfahrungen aus der Vergangenheit verdeutlichen, dass der Fokus auf junge Menschen alleine nicht ausreicht. Verhaltensweisen können nicht geändert werden, wenn das soziale Umfeld dies nicht mitträgt. Neben Bezugspersonen wie Familie, Freunden, Nachbarn und Lehrern sind auch Institutionen, zum Beispiel die in vielen Regionen Afrikas verbreitete Initiationsriten oder die wachsende Bedeutung religiöser Bewegungen wichtige Einflussgrössen, die es in Zukunft noch stärker zu berücksichtigen gilt. ■

Constanze Pfeiffer arbeitet an der Universität von Dar es Salaam und leitet ein vom «National Centre for Competence in Research (NCCR) North-South» gefördertes Forschungsprojekt zur reproduktiven und sexuellen Gesundheit von Jugendlichen in Ghana und Tansania. Sie ist Postdoc am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut und so auch mit dem Zentrum für Afrika Studien, Basel, verbunden.

Mit Erinnerungen die Zukunft gestalten

Neuer Umgang mit HIV und Aids

Afrika – vor allem das südliche und östliche Afrika – wird noch immer mit einer enorm hohen AIDS-Durchseuchung in Verbindung gebracht. Die tödliche Bedrohung durch AIDS hat glücklicherweise leicht abgenommen. Aufklärung und Medikation zeigen Wirkung. Der Hebel wird bei der Aufklärung angesetzt. Ein neues Informationsmittel hilft dabei: Das Memory Tool.

Das erste Memory Book (Erinnerungsbuch) ist in London in der Arbeit mit afrikanische Kindern und Jugendlichen entstanden. Mit dem Buch konnten die kranken Eltern ihren Kindern Ratschläge zur Lebensführung mitgeben, konnten ihnen empfehlen, wem sie vertrauen und wie und wo sie Verwandte kontaktieren könnten – Informationen, welche die Kinder sonst von ihren lebenden Eltern und Verwandten mit auf den Weg bekommen hätten. Nach dem Tod ihrer Eltern erhielten zurückgelassene Kindern so eine Vorstellung ihrer Identität, mit Einzelheiten aus ihrer eigenen Geschichte, dem Familienhintergrund und den Traditionen.

Das Memory Book ist in Uganda von der nationalen Organisation HIV-positiver Frauen NACWOLA mit grossem Interesse übernommen, weiterentwickelt und ver-

breitet worden. Neue Formen der Erinnerungsarbeit kamen im südlichen Afrika hinzu: Memory Boxes (Erinnerungsschachteln), Body Maps (körpergrosse Gemälde) und HeldInnenbücher.

Inzwischen hat Memory Work zur psychosozialen Unterstützung von Kindern, Frauen und Männern, die mit AIDS konfrontiert sind, weltweite Verbreitung gefunden. Aus «Memory Work» in Vorbereitung des unausweichlich scheinenden nahen Todes ist «Memory and Life Work» geworden für Menschen, die noch fest im Leben stehen. In der gemeinsamen Auseinandersetzung mit sich und dem eigenen Lebenslauf erkennen die Beteiligten die eigenen Ressourcen und gewinnen Kraft für die Gestaltung der Gegenwart und Zukunft.

Mit dem neuen Toolkit «Treasure Memories» stellt die vom Netzwerk Medicus Mundi Schweiz koordinierte Fachplattform aidsfocus.ch und [terre des hommes schweiz](http://terre-des-hommes-schweiz.ch) bewusst und prominent die stärkenden, lösungsorientierten und vorausschauenden Aspekte der Erinnerungsarbeit ins Zentrum. Das Toolkit enthält Geschichten, Erfahrungen und Handbücher in deutsch, englisch, französisch und portugiesisch. ■

Helena Zweifel, Koordinatorin aidsfocus.ch
Das Toolkit kann bezogen werden für CHF 40.– bei:
info@aidsfocus.ch, www.aidsfocus.ch

Ein literarisches Portrait

Die Stadt Johannesburg

Der südafrikanische Autor Ivan Vladislavić ist Johannesburgs «oberster Stadtschreiber», wie ihn sein Kollege Kevin Bloom treffend genannt hat. Viele seiner Romane spielen in der grössten Stadt Südafrikas; einer Stadt, die der Autor selbst seit Jahrzehnten bewohnt und mit Achtsamkeit und Zuneigung verfolgt. In «Portrait with Keys» stellt er ein Stadtportrait auf, das in 138 Erzählfragmenten Geschichten, Beobachtungen und Schnappschüsse Johannesburgs nach dem Ende der Apartheid festhalten. Die Vignetten sind nummeriert, stehen aber nur in loser Verbindung und können, wie Vladislavić selbst im Nachtrag vorschlägt, thematisch zu Lesepfaden (itineraries) wie zum Beispiel «An accidental island», «Safe and sound», «Body Language» oder «Underground», zusammengefasst und gelesen werden.

Der Autor durchkämmt Johannesburg auf seinen Streifzügen zu Fuss, mit dem Fahrrad und mit dem Auto. In seinen Beobachtungen fällt er nie auf stereotype, dichotome Repräsentationen Johannesburgs von «Stadt des Goldes» oder, wie weit besser bekannt, von Gewalt, Verbrechen und Angst zurück. Immer im Wissen der Geschichte Johannesburgs spürt er den kleinen Geheimnissen der Stadt nach: Er findet ein Kinderspielzeug

versteckt in einer Hausmauernische, hinter einem Vorhang der Art Gallery bemerkt er die Fussspitzen zweier street kids, die sich zum Übernachten dort verstecken oder er entdeckt das säuberlich angeordnete Hab und Gut eines Obdachlosen unterirdisch versteckt unter den Gullydeckeln der Stadtwasserleitung. Vladislavićs aufmerksames Lesen der Stadt bringt das Verborgene und Intime – manchmal auch das Komische und Absurde – der Stadt zum Vorschein.

Ivan Vladislavićs Sprache zeichnet sich durch eine grosse Sorgfalt aus – als erfahrener Lektor beherrscht er das Spiel mit Worten genauso wie die Kunst, mit wenig Worten dichte und eindringliche Erzählfragmente zu schaffen. Der Autor ist ein ausgezeichnete Beobachter; ein Stadtethnologe, der den Wechsel zwischen Aufnahmen des ihm so Vertrauten und einer ständigen Dekonstruktion desselben vollzieht und so dem Leser Einblick in sein Leben in Johannesburg gewährt. Dies tut er mit Humor, einer ausgesprochenen Aufmerksamkeit für politische, soziale, ökonomische und kulturelle Veränderungen und einer spürbaren Liebe zu seiner Stadt. •

Christine Giustizieri, Zentrum für Afrika Studien, Basel

Ivan Vladislavić:
Johannesburg – Insel aus Zufall, Deutsch von Thomas Brückner, München 2008 (A1 Verlagsgesellschaft).
»Vgl. auch den Veranstaltungshinweis für die Konferenz «Living the City» (Universität Basel vom 7. bis 9. Oktober 2010; auf Seite 16)

Rwanda

Biogas in Hülle und Fülle

Der Kivusee ist rund 500 Meter tief. In den Bodensedimenten lagert Biomasse, bei der ein Prozess steter Fermentierung stattfindet. Daraus entsteht Methan. Dieses Gas löst sich im Wasser des Sees. Im See sind etwa 34 Kubikkilometer gelöstes Methan enthalten. Nun hat die in Rwandas Hauptstadt ansässige Privatfirma «Kabuye Power» auf dem See eine Plattform installiert und sammelt in grossen Rohren, die mit einem Rüssel verglichen werden können, das Wasser aus tiefen Lagen. Dann wird das gebundene Methan extrahiert. Das Ziel: Mit diesem Methan kann ein Kraftwerk betrieben werden, das jährlich 450 MWh Strom liefert – genug für das kleine Rwanda, das ansonsten kaum über nennenswerte Bodenschätze verfügt und vor allem von der Landwirtschaft lebt. Der technische Vorgang der Abschöpfung des Gases ist somit vergleichbar mit den Versuchen, das im Golf von Mexiko aufgrund des Bruchs der Förderleitung austretende Erdöl zu fassen, mit dem entscheidenden Unterschied, dass das austretende Methan durch das Wasser gebunden wird und in dieser Form nicht umweltschädlich ist. ■

Burkina Faso

Fespaco in Schwierigkeiten

Das afrikanische Filmschaffen steckt in Schwierigkeiten: Die Finanzierung neuer Projekte wird immer schwieriger, weniger afrikanische Filme werden realisiert und das Publikum nimmt ab. Das als Werkschau des afrikanischen Filmschaffens geltende Festival von Ouagadougou steht vor schwierigen Zeiten. Es ist fraglich, ob die bisherige Vielfalt – letztmals wurden über 120 Filme gezeigt und über eine Million Eintritte registriert – weiter aufrecht erhalten werden kann. Die Parallelentwicklung: Vor zehn Jahren gab es in Burkina Faso noch etwa 50 Kinos, heute sind es kaum noch zehn. ■

Zimbabwe

Regierung überlebt dank Diamanten

Zimbabwes Wirtschaft liegt danieder. Zwar hat die Aufgabe einer eigenen Währung und die Anbindung an den südafrikanischen Rand, den amerikanischen Dollar und den botswanischen Pula eine Stabilisierung gebracht, mit der die galoppierende Inflation gestoppt ist. Doch die internationalen Sanktionen, die politische Pattsituation und die tiefe Produktivität prägen noch immer Zimbabwes Wirtschaft. Nichts desto Trotz versteht es die kleine Führungsclique um Mugabe, auch weiterhin Zugriff auf harte Währungen zu haben. Sie kontrolliert die kürzlich entdeckten Diamantenfelder von Marange (Chiadzwa) im Osten des Landes an der Grenze zu Mozambique. Die Kontrolle erfolgt über die Armee, welche gegen private Schürfer unzimperlich mit Vertreibungen und Morden vorging. Die Diamanten wurden anfänglich ausserhalb des Kimberley-Prozesses vermarktet und gelangen beispielsweise über Schmuggel via Mozambique auf den Weltmarkt. Der Kimberley-Prozess – zu dem sich ironischerweise auch Zimbabwe bekannt hat – will den Handel mit «Blutdiamanten» verhindern. Doch die Diamanten werden von Ankäufern aus Israel und Libanon aufgekauft. Neu hat Zimbabwe nunmehr durchgesetzt, die Blutdiamanten offiziell verkaufen zu können – der Kimberley-Prozess ist somit schwer pervetiert worden. Dank der Diamantenfelder von Marange ist Zimbabwe heute zum sechstgrössten Diamantenproduzenten der Welt aufgestiegen. Das Potential der jährlichen Einkünfte wird auf bis zu zwei Milliarden geschätzt. ■

Mozambique

Kampf gegen die Korruption

Der frühere Transportminister Antonio Munguambe ist in Maputo zu 20 Jahren Haft verurteilt worden. Zu beurteilen war der Korruptionsfall «Aeroporto de Moçambique». An dieser Flughafenbetreiberin hatten sich der Transportminister sowie Chefangestellte der Gesellschaft in Millionenhöhe vergriffen und sich private Vorteile verschafft. Neben dem ehemaligen Transportminister wurden weitere Chefangestellte mit 20 bis 22 Jahren Haft verurteilt. Der Prozess wurde in Radio und Fernsehen übertragen – ein deutliches Signal an die Gesellschaft und (hoffentlich) ein Beweis für die Ernsthaftigkeit der Antikorruptionsbemühungen der Regierung Guebuza. ■

Ende des Zuckeranbaus für Ethanol

Die mozambikanische Regierung hat die Verträge mit der Gesellschaft Procana gekündigt. Procana hatte das Recht, auf 30 000 Hektar Zuckerrohr anzubauen für die Produktion von Biosprit. Als Grund für die Kündigung wird geltend gemacht, Procana habe nur einen verschwindend kleinen Teil des Terrains effektiv bewirtschaftet (8000 Hektaren) und statt der 7000 in Aussicht gestellten Arbeitsplätzen seien nur 150 geschaffen worden. Zudem seien von den zehn versprochenen Bohrlöchern nur gerade eins gebohrt worden. Andererseits hat die Regierung dem norwegischen Konzern Lurio Green Resources 126 000 Hektaren Land in Nampula und dem portugiesischen Konzern Portucel 173 000 Hektaren Land in Zambezia zugesagt. Auf diesen Flächen soll Eukalyptus angebaut werden, ein rasch wachsender Baum, der jedoch enorme Wassermengen aus dem Boden zieht. ■

Auf dem Wachstumspfad

Die Weltbank bestätigt in einer Studie vom 9. Juni 2010, dass sich Afrikas Wirtschaft nach einem schwierigen Jahr 2009 wieder aufwärts bewegt. Für 2010 wird ein Wachstum des Bruttoinlandprodukts von 2,9 Prozent und für 2011 von 3,3 Prozent erwartet. Die Exporte nach Europa werden 2010 um 13,5 Prozent zunehmen, wenn der Trend der ersten Monate anhält. Das Hauptwachstum findet in Schwarzafrika statt, wo ein Wachstum von 4,5 Prozent (2010), resp. 5,1 Prozent (2011) und 5,4 Prozent (2012) prognostiziert wird.

Die zunehmende wirtschaftliche Bedeutung drückt sich auch im Interesse internationaler Luftfahrtgesellschaften aus, ihr Flugnetz auszuweiten und neue Destinationen anzufliiegen. So fliegt neu etwa die Lufthansa Libreville, Pointe-Noire (beide Kongo), Luanda (Angola),

Malabo (Äquatorialguinea), Port Harcourt (Nigeria) und andere an. Damit wird direkt eine Konkurrenz zur Air France geschaffen, die das francophone Afrika bisher gut abdeckt. Im Verbund mit Lufthansa sind auch die Gesellschaften Swiss, Brussels Airlines und Britisch Midland eingesetzt. ■

Starke Position Portugals

Dreieinhalb Jahrzehnte nach der Nelkenrevolution und dem damit eingeleiteten Zusammenbruch des portugiesischen Kolonialreichs ist das einstige Armenhaus Europas wieder in Afrika präsent: In Angola, Mozambique und Kapverde ist die Präsenz portugiesischer Firmen und Produkte unübersehbar. Und in allen drei Ländern boomt die Wirtschaft: Angola wies 2008 ein Wachstum von 13,2 Prozent aus, Mozambique ein solches von 6,8 Prozent und Kapverde eines

von 5,9 Prozent – und dies in einem Jahr, als die Weltwirtschaft um magere 2,9 Prozent wuchs. Von diesem Wachstum profitieren schätzungsweise 10000 portugiesische Firmen überdurchschnittlich. Alleine in den letzten drei Jahren wurden von diesen Firmen rund eine Milliarde US-Dollar investiert. In Angola sind die portugiesischen Investoren auf Platz zwei – direkt hinter China. Nach der Unabhängigkeit verliessen etwa 700000 Portugiesen die Kolonien und nur 50000 blieben, heute leben wieder mehr 100000 Portugiesen in den drei Ländern. Die starken Wirtschaftsbeziehungen werden auf die starken kulturellen und sprachlichen Bande zurückgeführt, vor allem jedoch auf die gewachsenen Rechtssysteme, die sich auch nach der Unabhängigkeit nicht grundsätzlich gewandelt haben. ■

G8: Millennium Development Goals und «die Krise»

Es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass Versprechen zur Unterstützung armer Volkswirtschaften, die von Industrieländern anlässlich von Katastrophen, Hungerkrisen oder grosser UN-Programme ausgesprochen werden, schliesslich nur teilweise eingelöst werden. Die Einlösung, da über einige Zeit verteilt, wird von den Medien kaum verfolgt und ist auch weniger populär als die feierlichen Deklarationen an internationalen Konferenzen. So wurde anlässlich der G20 in Toronto festgestellt, dass von den von der G8 für die Zeitspanne 2005 bis 2010 versprochenen, zusätzlichen 25 Milliarden US-Dollar für die Armen der Subsahara nur elf Milliarden wirklich geflossen sind. Immerhin konnten trotzdem etliche Erfolge angeführt werden: In den letzten acht Jahren haben sich die Empfänger von retroviralen Medikamenten (welche den AIDS-Virus inaktivieren) verzehnfacht, Krebs-Therapien und Medikamente sind – für Zahlende – inzwischen erreichbar, das Sterben an

Malaria soll sich halbiert haben und auch auf dem Sektor der Infektionskrankheiten scheinen erkleckliche Fortschritte erreicht. Das korrespondiert mit den Schlussfolgerungen der Analysten des Gesundheitswesens, die eine Rückkehr zur Medizin (mit richtigen Medikamenten und Apparaten) weg von der Prävention als Primärziel statuieren. Weniger weit gediehen ist die Realisierung anderer Millennium Development Goals (MDG) – 2000 für die folgenden 15 Jahre vorgesehen – wie die Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit, Gesundheitsziele, die sich stark auf präventive Dienste abstützen müssen.

Besser gefördert und vorangekommen scheinen aber die Bildungsziele: In den meisten Ländern ist das unselige Verdikt der Struktur-anpassungsprogramme, Gebühren auf allen Schulstufen zu erheben, seit den späten 90er-Jahren wieder aufgehoben worden. In einzelnen Ländern wurde ein Stipendienprogramm für die Sekundarstufe geschaffen, das begabten Kindern aus armen Verhältnissen den Besuch ermöglicht. Wie es

weiter geht, dürfte zum Teil auch davon abhängen, wie weit der Unterstützungsfonds für europäische Nationen in Zahlungsschwierigkeiten schliesslich in Anspruch genommen wird. Die bereitgestellten 750 Milliarden Euro dürften dann eher den Banken als der Entwicklungshilfe zufließen und die Perspektiven für die letzten fünf Jahre des MDG-Programms trüben. Die Schweiz – weniger belastet von europäischen Solidaritätspflichten – hat sich dafür endlich entschlossen, in den nächsten fünf Jahren 0,5 Prozent des BSP für die Entwicklungshilfe aufzuwenden. ■

Zusammengestellt von sg, rs, hus.

Literatur

Buchbesprechungen



Entwicklungspolitik aktuell
hus. Eine Bestandesaufnahme der Erfolge von mehreren Jahrzehnten Entwicklungszusammenarbeit ergibt kein berauschendes Ergebnis. Augenfällig ist, dass trotz enormer Mittel zahlreiche Drittwelt-Länder kaum vom Fleck kommen. Krass ist das Ergebnis der Milliarden spritzen in Afrika. Volker Seitz, Diplomat im Dienste der BRD, war knapp zwei Jahrzehnte in Afrika im Einsatz. Schonungslos zeigt er aus eigener Wahrnehmung auf, wie sich lokale Eliten an der Hilfe bereichern, wie die Bedürftigkeit afrikanischer Völker geschickt mit Hinweisen auf die Verantwortung der Kolonialmächte gekoppelt wird, und wie sich in breiten Kreisen der afrikanischen Bevölkerung eine Empfängermentalität breit gemacht hat, die den Willen zum Fortkommen aus eigener Kraft hintan stellt. Seitz geht auf zahlreiche Fehlleistungen afrikanischer Regierungen ein, beispielsweise auf das Herunterspielen der AIDS-Pandemie in Südafrika, was im Ergebnis den Tod von Hunderttausender zur Folge hat. Als Hebel für eine Änderung sieht Seitz eine Konditionalität der Hilfe, die vermehrte Förderung von Projekten in der Landwirtschaft, die Förderung über Kleinkredite und die Verstärkung der Unterstützung von Frauen. Walter Eberlei seinerseits zeichnet die grossen internationalen Entwicklungsstrategien auf und wie sich diese verändert haben. Geschickt flicht er immer wieder Fakten aus einzelnen Regionen oder zu einzelnen Themen ein. So nennt er etwa die Mitglieder der Gruppe der zerfallenen oder zerfallenden Staaten (failed and failing states): Unvorstellbar, dass in diese Gruppe die Rohstoffgiganten DR Kongo und Angola gehören, dass Somalia, Liberia dazu gehören, erstaunt nicht. Anhand dieser Exkurse werden die eher wissenschaftlich fundierten Ausführungen anschaulich und nachvollziehbar. In drei Kapiteln geht Eberlei auf die

Aspekte einer armutsorientierten Regierungspolitik, einer armutsorientierten gesellschaftlichen Entwicklung und einer armutsorientierten Entwicklungszusammenarbeit ein. Die beiden ersten Bereiche liegen dabei in der Verantwortung der lokalen Machthaber, uns im Norden bleibt nur die entsprechende Ausgestaltung der Entwicklungszusammenarbeit.

Zwei Publikationen mit auf den ersten Blick gegensätzlichen Standpunkten kommen durchaus zu gemeinsamen Fragestellungen. Dass die bisherige Entwicklungszusammenarbeit hinterfragt werden muss, geht aus beiden hervor. ■
Volker Seitz: Afrika wird armregiert, oder Wie man Afrika wirklich helfen kann, München 2009 (dtv)
Walter Eberlei: Afrika Wege aus der Armutsfalle, Frankfurt/Main 2009 (Brandes & Apsel)

Abenteuerliche Jugend
red. Ein Dorf am Ende der Welt, ein Junge, der fast alles verloren hat, und der rettende Blick eines Mädchens. In einfühlsamen Momentaufnahmen erzählt Troy Blacklaws eine berührende Geschichte über das Erwachsenwerden in einem Land, das wunderbar farbenfroh ist und doch voller Schatten. Kapstadt, Weihnachten 1976. Durch einen tragischen Unfall verliert der vierzehnjährige Douglas seinen Zwillingbruder. Die Trauer hierüber lässt seine Familie auseinander brechen. Den Vater treiben Schuldgefühle in die Ferne, die Mutter zieht mit Douglas aus dem lebensfrohen Kapstadt in die weite Leere des Hinterlandes, in einen kleinen Ort, wo die Apartheid das Leben der Menschen bestimmt. Für einen Teenager ein Albtraum. Doch dann trifft Douglas zwei Menschen, die ihm Hoffnung geben: Marika, seine erste Liebe, und den alten Tankwart Moses, mit dem er heimlich einen Traum verfolgt. Sie wollen ein schrottreifes Auto wieder fahrtüchtig machen und gemeinsam fliehen,

nach Kapstadt und vielleicht weiter an den geheimnisvollen Ort, an dem Douglas seinen Vater vermutet – nach Malindi. Allein schon der wunderbare Sprachstil macht diesen Roman zu etwas Besonderem. ■
Toni Blacklaws: Malindi, München 2008 (Liebeskind)

Familiebande zwischen Burkina Faso und Paris
red. Fünf Jahre lang hat Fanta ihre Mutter Delphine nicht gesehen. Seit Delphine nach Paris gegangen ist, um ihrer unglücklichen Ehe zu entfliehen, leben Fanta und ihre Schwester bei ihrer Grossmutter Mâ. Die Mädchen fühlen sich geborgen in ihrem Dorf in Burkina Faso und lieben ihre Grossmutter. Fern in Paris vermisst Delphine ihre Töchter sehr. Sie arbeitet hart und unterstützt mit ihrem Geld das ganze Dorf. Doch eines Tages ist es so weit: Sie kann ihre Familie besuchen! Alle sind aufgeregt, am meisten Fanta. Was soll sie tun, wenn Delphine sie mitnehmen will nach Paris? ■
Marie-Florence Ehret: Tochter der Krokodile, Wuppertal 2009 (Peter Hammer Verlag)

Leben in der Wüste
sg. Das Leben und Überleben in der Wüste ist regengewohnt Menschen ein Buch mit sieben Siegeln. Bei regelmässigen Besuchen entstand und entsteht daraus oft eine Faszination, eine kreative Erregung, die sich in lebensvollen Darstellungen Ausdruck sucht. In «Reise in die Sahara» sind zwei Dutzend solcher Schriftstücke zu einem Buch gefügt, das eine beglückende Palette von Einblicken gewährt: Von der Erfahrung des Verdurstens nach einem Flugzeugabsturz erzählt Saint Exupéry, geduldige Forschungen zum Überleben der wenigen Pflanzen und Tiere, vom Erlebnis der Angewiesenheit auf die Routenkundigen, der Gastfreundschaft, der Hinweise und Regeln des Überlebens, die deren Träger zu eindrucklichen Persönlichkeiten

Neue CD

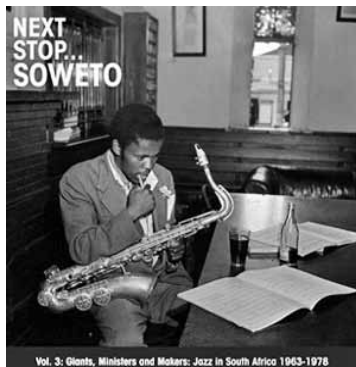
werden lassen, berichten andere notorische Wüstenreisende. Nicht verschwiegen werden auch die Umwälzungen, die das Ölgeschäft und der globale Drogenhandel unter den Nomaden verursachten: die ungeschönte Realität einst und heute, meisterhaft dargestellt. Und immer wieder mischt sich auch die Poesie und die Kultur der Tuareg ein, dieses harten und erst unnahbar erscheinenden Menschen-schlages, der kein Elend aufkommen lässt, sondern es pariert. Das liest sich auch für Nicht-Sahara-Touristen mit Gewinn! ■

Lucien Leitess (Hg.): Reise in die Sahara – Kulturkompass fürs Handgepäck, Zürich 2009 (Unionsverlag).

Zimbabwe aktuell

red. Welche Ängste, Sorgen und Hoffnungen beschäftigen die junge Generation Zimbabwes? Dem Irrsinn standhalten – welche Kraft, welchen Mut bedarf es dazu? Eve Zvichanzi Nyemba gehört zu dieser Generation und ihre Lyrik spricht aus voller Seele, unverblümt und bildreich. Bei der Suche nach den Geheimnissen der Beziehung zwischen Mutter und Tochter, Mann und Frau, dem Geheimnis von Leidenschaft und Verrat, auf der Suche nach der Stärke der Frauen verharren die lyrischen Geschichten nicht innerhalb fest markierter Grenzen. Sie gewähren tiefe Einblicke und nehmen uns mit auf eine ungewöhnliche Reise. ■

Eve Z. Nyemba: Look Within – Aus voller Seele; Heidelberg 2008 (Kalliope)



Next Stop ... Soweto

Für alle, welche sich mit südafrikanischer Musik aus der Zeit der Apartheid befassen, liegen nun vom engagierten Label Strut drei wahre Perlen vor. «Next Stop ... Soweto» gibt einen hervorragenden Einblick in die Musik des schwarzen Südafrikas. Eigenständige, kämpferische Musik ist hier zu hören, tief in der Tradition der verschiedenen Volksgruppen verwurzelt. Dazu aber oft auch mit einem Schuss Rn'B und Gospel wie auch Jazz. Interessant die Vermischung traditioneller südafrikanischer Musik mit afro-amerikanischem Sound oder Musik aus umliegenden afrikanischen Ländern. In der Zeit der Anti-Apartheid-Bewegung kam ja eine Menge südafrikanischer Musik auch hier auf den Markt und es tourten einige Bands durchs Land. Nicht zu vergessen die vielen MusikerInnen welche in der Emigration lebten, leben mussten, und dort auch dem entsprechend wirkten.

Die drei «Next Stop ... Soweto»-Kompilationen sind so was wie ein Soundtrack zur Anti-Apartheid-Bewegung. Schön aufgemacht und gut dokumentiert widmet sich Vol. 1 den Township Sounds from the golden age of Mbanqanga. Mbanqanga ist ein tanzbares Gemisch verschiedener Stile und war gerade in so einem multi-ethischen Township wie Soweto ein grosser Erfolg, besonders in den 60er und 70er Jahren. Bekannte InterpretInnen dieses Stils sind etwa Mahlathini & The Mahotella Queens.

Vol. 2 hat dann den Titel Soul, Funk & Organ Grooves from the Townships 1969–1976. Auch hier eine Ladung fantastischer Sounds. Oft das erste Mal ausserhalb Südafrikas so einfach zugänglich. Die Musik auf diesem Sampler strahlt sicher schon eine grössere Portion von Widerstand und Radikalität aus. Pure Energie gegen die Macht der Weissen.

Vol. 3 nennt sich dann Giants, Ministers and Makers: Jazz in South Africa 1963–1978. Auch diese Platte veröffentlicht nicht einfach Hits und Altbekanntes. Und auch hier Musik voller Energie und Widerstandskraft.

Diese drei Platten sind eine kleine Meisterleistung und verdienen es, gehört zu werden. Jede mit einem eigenständigen Cover und einem informativen Booklet. Und: Diese Werke sind nicht nur auf CD erhältlich sondern auch auf Doppel-Vinyl in bester Qualität. ■

Next Stop ... Soweto. Vol. 1, Vol. 2 und Vol. 3. CD oder Vinyl. STRUT-Records.

Die Besprechung verfasste Pius Frey.

Bezugsadresse für CD:
Buchhandlung Comedia,
Katharinengasse 20,
9004 St. Gallen.
medien@comedia-sg.ch.
www.comedia-sg.ch, mit
umfassendem
Angebot aktueller CDs mit
Musik aus Afrika.

Veranstungshinweis

Living the City. Universität Basel, 7. bis 9. Oktober 2010

Das Zentrum für Afrikastudien Basel und seine Partner im Projekt «Living the City» organisieren eine thematische Konferenz des AEGIS, dem Europäischen Netzwerk für Exzellenz in African Studies.

Wir leben in einer Welt, die immer urbaner wird. Zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit lebt heute mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung in Städten. Wir beginnen erst zu verstehen, welche Auswirkungen dieses kommende urbane Zeitalter haben wird und wie solche städtische Erfahrungen Gesellschaften rund um den Globus prägen werden. Bis heute bleibt die Forschung dazu vorwiegend auf die Städte Europas und der USA konzentriert, obschon die Städte im globalen Süden sich viel schneller verändern und Afrika die weltweit höchste Urbanisierungsrate aufweist.

Schnelles Wachstum in Zeiten von einschneidenden Veränderungen und Übergängen bringt viele Möglichkeiten, aber auch Herausforderungen mit sich. Forschende suchen daher nach neuen Zugängen zu Urban Studies, welche Städte in einem globaleren Zusammenhang sehen und vergleichen. Solche Zugänge setzen sich intensiver mit der Rolle der gesellschaftlichen Kreativität im Urbanisierungsprozess auseinander, anstatt sich ausschliesslich auf von Experten geleitete Planung und Intervention zu konzentrieren. Besonders in schnell wachsenden Städten mit schwachen institutionellen Strukturen werden die Verbindungen zwischen Intervention und Invention, zwischen fachlicher und gesellschaftlicher Vermittlung nicht nur fassbarer, sondern auch entscheidender. Städte produzieren Unterschiede: Unterschiede zwischen arm und reich, sicher und unsicher, gesund und ungesund und weitere in anderen Bereichen. Die Konferenz wird der Produktion von Unterschieden und dem Zusammenspiel zwischen institutioneller Planung und gesellschaftlicher Kreativität in den schnell wachsenden, extrem dynamischen und oft wenig regulierten Städten Afrikas nachgehen.

Internationale Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen werden Themen wie Kreativität und persönlicher Lebensraumgestaltung von Stadtbewohnern vortragen oder sich interdisziplinär zu Fragen nach Gesundheit oder Spannungen und Unruhen in der Stadt äussern. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf städtischer «Governance» und Management, speziell nach Konfliktsituationen.

Der Konferenz voraus geht das Jahrestreffen der Kommission für Forschungspartnerschaften mit Entwicklungsländern (KFPE). Sie wird Einblicke in konkrete Interventionen geben, welche auf intensiver Forschungszusammenarbeit mit dem globalen Süden aufbauen.

Es würde uns freuen, Sie an dieser Konferenz begrüßen zu dürfen. Mehr Informationen entnehmen Sie bitte unserer Webseite:

www.zasb.unibas.ch/events

LeserInnenservice

Ich bestelle beim Afrika-Komitee

- «Südafrikanische Küche», 2., erw. Auflage (Fr. 29.– + Fr. 4.– Porto)
- «Afrikanisch Kochen» (Fr. 28.– + Fr. 4.– Porto)
- Oliver Mtukudzi, «The Other Side», CD (Fr. 27.– + Fr. 2.– Porto)
- Afrika-Bulletin 138: Afrikanische Städte: Entwicklung und Magie
- Afrika-Bulletin 137: Landgrapping in Afrika
- Afrika-Bulletin 136: Afrika und die Demokratie
- Afrika-Bulletin 135: Millenniumsziel: Bildung für alle!
- Afrika-Bulletin 134: Börsencrash, Wirtschaftskrise und Dritte Welt
- Afrika-Bulletin 133: Standortbestimmung Entwicklungszusammenarbeit
- Afrika-Bulletin 132: Afrikanische Diaspora
- Afrika-Bulletin 131: Die Schweiz und die Sklaverei
- Afrika-Bulletin 130: Zukunft Biodiesel?

Ich abonniere das «Afrika-Bulletin»

- Ich werde Mitglied des Komitees (Fr. 60.–/Euro 40.– Jahr, inkl. Bulletin)
- Jahresabonnement (Fr. 25.–/Euro 20.–)
- Unterstützungsabonnement (Fr. 50.–/Euro 35.–)

Ich möchte mehr über das Afrika-Komitee wissen

- Jahresbericht 2007
- Plattform des Afrika-Komitees
- Ich kann für das Afrika-Bulletin werben, sendet mir Probeexemplare zum Verteilen

Name

Strasse

PLZ/Ort

Living the City

Datum: 7.–9. Oktober 2010

Ort: Universität Basel
Juristische Fakultät
Jacob Burckhardt Haus
Peter Merian Weg 8, Basel

Kontakt: Zentrum für Afrikastudien
Luregn Lenggenhager
afrika-tagung@unibas.ch