



MMS Bulletin #111

30 Jahre nach Alma Ata: Die Zukunft von Community Health

**Erfahrungen des Schweizerischen Roten Kreuzes zu
Mobilisierung und Ermächtigung der Gemeinschaften im
Gesundheitsbereich**

**Selbstbestimmender Akteur statt
Hilfempfänger**

Von Verena Wieland

Das Schweizerische Rote Kreuz konnte in den vergangenen Jahren verschiedene Erfahrungen mit Community Health Projekten sammeln. Eine neue Studie untersucht Voraussetzungen und Wirkungen der Projekte in Eritrea, Kirgistan, Indien/Bihar und Ecuador.

Breit abgestützte und nachhaltig funktionierende primäre Gesundheitsversorgung ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsprogramme des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK). Die meisten Programme setzen bei der Schnittstelle zwischen der Bevölkerung und der untersten Ebene der öffentlichen Gesundheitsversorgung an und suchen die Distanz zwischen den beiden Seiten zu überwinden. Nebst der Unterstützung der Anbieter (Gesundheitsministerium auf Distrikt- und Gemeindeebene) zur Verbesserung der Dienstleistungen und des Zugangs zu den Gesundheitsstrukturen ist die Stärkung der Gemeinschaften und ihrer Organisationen ein zentrales Anliegen des SRK. Letzteres erfolgt nicht nur über die Förderung der Selbsthilfefähigkeit und der Inanspruchnahme staatlicher Dienstleistungen durch die Bevölkerung, sondern auch durch deren Befähigung zu aktiver Mitbestimmung und Einflussnahme auf die Gesundheitsversorgung. Wichtiger Referenzpunkt ist der in der Ottawa Charter (WHO) formulierte Ansatz ‚Community Action for Health‘. Die Gesundheitspromotion in den Gemeinschaften zielt immer auch auf die Ermächtigung der Bevölkerung und ihrer Repräsentanten über den unmittelbaren Gesundheitsbereich hinaus.

Die Grafik zeigt, rot markiert, die Interventionsebenen der SRK-Programme. Zentrale Elemente sind der Einbezug aller Akteure und die Überbrückung des Grabens zwischen der Bevölkerung und der untersten Ebene der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Der Dialog auf Politikebene erfolgt aufgrund von Modellen, die durch die Praxis in ihrer Wirksamkeit bestätigt worden sind.

In der Praxis erweist sich dieses Vorgehen insgesamt als erfolgreich, je nach gesellschaftlichem und politischem Kontext zeigen die Programme jedoch unterschiedliche Entwicklungen und Resultate.

Im Hinblick auf eine systematische Aufarbeitung der Erfahrungen und Ansätze wurden Fallstudien zu den SRK-Programmen in Ecuador (Red de Salud en Loreto, Komponente des Programms 'Salud comunitaria en la Amazonía'), Indien/Bihar (Community Development and Empowerment Programme), Eritrea (Community based Health Care Programme) und Kirgistan (Community Action for Health) durchgeführt. Im Zentrum standen folgende Fragestellungen:

1. Welchen Einfluss hat der konkrete Kontext auf die Umsetzung? (Politische, soziale, kulturelle Faktoren; Funktionsweise des nationalen Gesundheitssystems, etc.)
2. Welches sind die Voraussetzungen für die Nachhaltigkeit von Basisgesundheitsversorgung?
3. Welches sind die zentralen Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung der Konzepte ‚Empowerment‘ und ‚Community Mobilization‘?
4. Unterstützt die Ermächtigung von Basisorganisationen die Verbesserung der Gesundheitssituation?
5. Hat die Mobilisierung der Bevölkerung im Gesundheitsbereich eine Wirkung auf ihre Ermächtigung in anderen Bereichen?

Grundlage für die Beantwortung dieser Fragen und für die Erarbeitung von allgemeinen Konklusionen sind die in den Fallstudien präsentierten Umsetzungsprozesse, Resultate und Wirkungen der Programme. Sie sind nach folgenden Stichworten gegliedert:

- Kenntnisse und Verhaltensweisen der Bevölkerung betreffend Gesundheit (Health Literacy and Behaviour Change),
- Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung,
- Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung,
- Ermächtigung der Basisorganisationen in Gesundheits- und anderen Belangen,
- Möglichkeiten der Einflussnahme auf Politik-Ebene.

Nachfolgend sind einige der Erkenntnisse aus den vier Fallstudien und die übergreifenden Konklusionen zusammengefasst. Es geht dabei nur am Rand um die Inhalte der Basisgesundheitsversorgung (Mutter-Kindgesundheit, Infektionskrankheiten etc.) und der Stärkung von Gesundheitssystemen. Diese sind in den Fallbeispielen konkret beschrieben, hier sollen die oben formulierten Fragen im Vordergrund stehen.

Welchen Einfluss hat der Kontext auf die Umsetzung?

Grundsätzlich wichtige externe Faktoren für die Umsetzung der Programme sind die Rahmenbedingungen auf der politischen Ebene. Erwähnt seien in unserem Zusammenhang: Wille zur Umsetzung der Strategien zur Armutsbekämpfung, Stand der

Dezentralisierungsbestrebungen, Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung sowie zur Verfügung stehende Strukturen und Ressourcen. Einen besonders relevanten Einfluss auf die Entwicklung der Programme haben die Möglichkeiten bzw. Grenzen lokaler Ownership (Gemeinde- und Distriktebene).

Gleichzeitig – und mit dem politischen Kontext eng verbunden – spielen soziale, wirtschaftliche und kulturelle Faktoren eine zentrale Rolle: Überliefertes Wissen, traditionelle Organisationsformen und Machtstrukturen sowie deren Veränderungsprozesse, Subsistenzgrundlagen der Bevölkerung etc. SRK-Konzept und -Ansätze zur Umsetzung der Basisgesundheitsprogramme setzen einen flexiblen Rahmen, um die Interventionslogik den Kontextbedingungen anzupassen. So bestimmen die erwähnten Rahmenbedingungen stark die Wahl der Einstiegsebene ("entry points") für das Projekt.

Reformanstrengungen der Regierungen von Kirgistan und Eritrea ermöglichten dem SRK die Zusammenarbeit und den Policy-Dialog mit dem Gesundheitsministerium. Dabei erleichterte der deklarierte Wille zu Reformen auf nationaler Ebene die Arbeit auf lokaler Ebene mit Gesundheits- und Gemeindebehörden sowie die Bildung von Dorfgesundheitskomitees: Dank der Schaffung der legalen Räume wurde die aktive Arbeit mit der Bevölkerung möglich.

Sind staatliche Strukturen der primären Gesundheitsversorgung hingegen schwach oder gar inexistent und fehlt vor allem auch der politische Wille zu Veränderung, wie dies in Ecuador und Bihar zu Beginn der 90er Jahre der Fall war, erweist sich der Einstieg auf der Ebene der Gemeinschaften und die Zusammenarbeit mit ihren Organisationen als wesentlich günstiger. Diese Strategie erfordert eine starke Komponente der Organisationsentwicklung und der Ermächtigung der Partner. Die Basisorganisationen und -gruppen werden im Wesentlichen erst von Gesundheits- oder Gemeindebehörden als Partner akzeptiert, wenn sie die Repräsentativität und Fähigkeit haben, die Bedürfnisse und Forderungen der Bevölkerung zu artikulieren und einzufordern, gleichzeitig aber auch einen Beitrag an die Umsetzung der Gesundheitsversorgung zu leisten vermögen. Dazu muss möglichst von Anfang an der Bezug zu der öffentlichen Gesundheitsversorgung geschaffen und der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden werden. Zu diesem Zweck unterstützte das SRK die Verhandlungen und den Vertragsabschluss zwischen Basisorganisationen und Gesundheitsministerium. Welches sind Voraussetzungen für die Nachhaltigkeit von Basisgesundheitsversorgung?

Die vier Fallstudien zeigen, dass beide Einstiegsebenen möglich sind, jedoch erst zum Ziel führen, wenn auch die jeweils „andere Seite“ einbezogen wird. Im Hinblick auf die Überwindung des Grabens zwischen den Gesundheitsdiensten und der Bevölkerung müssen allseits anerkannte Räume und Mechanismen etabliert werden, über welche eine Vertrauensbasis geschaffen, gegenseitiger Respekt aufgebaut und alle Akteure vernetzt werden können. In Eritrea und Kirgistan war es wichtig, dass diese Strukturen und die Prozesse von Anfang an eine legale Basis hatten. In Ecuador und Bihar entwickelten sich in einer ersten Phase informelle Koordinationsforen und Netzwerke, deren offizielle Anerkennung jedoch zunehmend dringend wurde. Die Legitimität der Strukturen und Prozesse erweist sich als wichtige Voraussetzung für die Nachhaltigkeit von Basisgesundheitsversorgung.

Die Programme bestätigen, dass Mobilisierung und Stärkung lokalen Wissens und vorhandener Ressourcen Grundvoraussetzung für nachhaltige Gesundheitsversorgung sind. In Bihar und Ecuador, wo marginalisierte und indigene Bevölkerungsgruppen im Zentrum der Programme stehen, erweisen sich interkulturelle und konfliktsensitive Ansätze als besonders wichtig, wenn es um die Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und Bevölkerung geht.

Gesundheitspromotoren und Basisorganisationen spielen bei der Vermittlung zwischen den Ebenen eine entscheidende Rolle. Gleichzeitig muss jedoch auch das Gesundheitssystem auf Distrikt- und Gemeindeebene unterstützt werden, die Qualität der Dienstleistungen auszubauen. Bezüglich ihrer Erreichbarkeit und Angepasstheit spielen Dialog und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdiensten und den Gemeinschaften eine zentrale Rolle.

Ebenfalls für alle Programme gilt die Wichtigkeit von Dezentralisierung und lokaler ‚Ownership‘ für die langfristige Entwicklung. Während in Kirgistan und Eritrea Dezentralisierung bereits bei Programmbeginn mindestens auf politischer Ebene deklarierte Ziele des Gesundheitsministeriums waren, das Programm sich folglich explizit darauf beziehen konnte, stiess das Gesundheitsprogramm in Ecuador immer wieder auf die Hürden zentralistischer Strukturen. Seit Anfang des neuen Millenniums eröffnen Reformen und neue gesetzliche Grundlagen den lokalen Akteuren die Möglichkeit, direkt an Planungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt zu sein. Dies gibt der Distriktgesundheitsbehörde u.a. die Autonomie, Aktivitäten und Ressourceneinsatz zu planen. Mit dem Aufbau lokaler Gesundheitsnetzwerke (Gesundheitsdienste, Gemeindebehörde, Dorfkomitees, Basisorganisationen, NGOs) stellen die Programme sicher, dass Planung und Ressourceneinsatz breit abgestützt sind und den lokalen Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechen.

Das SRK stützt seinen Dialog mit den Gesundheitsbehörden sowohl im operationellen Bereich wie auch auf der politischen Ebene auf die konkreten Erfahrungen und Ergebnisse der Programme. In Kirgistan und Eritrea erweist sich der Zugang zur Politikebene einfacher, da das Gesundheitsministerium der Hauptpartner ist. In Ecuador wurde der Austausch mit den Gesundheitsbehörden schrittweise, von unten nach oben, aufgebaut. Er wird von den indigenen Organisationen geführt und findet auf nationaler Ebene erst ein Echo, seit sich der politische Kontext geöffnet hat.

Zentrale Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung

Die meisten der oben aufgeführten Kontextfaktoren haben einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Ermächtigung und Mobilisierung der Bevölkerung. Hervorgehoben seien noch einmal Dezentralisierung mit lokaler Ownership, Förderung lokaler Ressourcen und Schaffung anerkannter Räume und Mechanismen für den Dialog zwischen den Akteuren und für die Partizipation der Bevölkerung. Grundlegend für die Programmebene sind Flexibilität bei der Umsetzung und die langfristige prozessorientierte Ausrichtung der Programme. Bei Empowerment und Mobilisierung der Bevölkerung gibt es weder schnell noch streng nach Lehrbuch umsetzbare Methoden.

Mit der Orientierung auf die Gemeinschaft wird der Fokus auf aktive Partizipation, Förderung von Selbsthilfekapazitäten und Einflussnahme auf lokaler Ebene gerichtet. Alle vier Programme legen bei der Gesundheitspromotion starkes Gewicht auf die partizipative Analyse der Probleme und die Suche von Lösungswegen, die von der Bevölkerung beeinflussbar sind. Ein wichtiger Schwerpunkt der Promotionsarbeit liegt bei den die Gesundheit bestimmenden Faktoren (Trinkwasser, Ernährung, Hygiene etc.). Ebenfalls zentral sind die Anerkennung und der Einbezug überlieferten Wissens und traditioneller Gesundheitssysteme. Die Wirkungen dieses Vorgehens sind breiteres Wissen bezüglich Gesundheit und Umgang mit Krankheit, Inanspruchnahme von Dienstleistungen und auch ein selbstbewussteres Auftreten der Menschen gegenüber Gesundheitsdiensten, Behörden und NGOs.

Gesundheitspromotoren, Dorfkomitees und Basisorganisationen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und „Übersetzung“ zwischen Gesundheitsdiensten und der Bevölkerung. Als gewählte Vertreter der Bevölkerung geniessen sie deren Vertrauen, über die Ausbildung und durch die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal gewinnen sie jedoch auch Wissen und Erfahrung auf der Seite der Dienstleister. Mit ihrer aktiven Beteiligung in Netzwerken und Gesundheitskomitees unterstützten sie die Effizienz und bauen Barrieren beim Zugang zu den Dienstleistungen ab.

Das langfristige Engagement der Bevölkerung ist möglich, wenn sich positive Resultate zeigen und wenn sie sich als respektierte Partner der Gesundheitsdienste, Gemeindebehörde und auch NGOs anerkannt fühlen. Wichtig ist es jedoch, das Selbstverständnis von Basisorganisationen und auch ihre Grenzen (z. B. im technischen Bereich) im Auge zu behalten, um sie nicht zu überfordern, bzw. um zu verhindern, dass ihnen Aufgaben aufgelastet werden, die in der Verantwortung des Staates liegen.

Ohne Anerkennung der Basisgesundheitsversorgung, insbesondere auch der Komponente Gesundheitspromotion, in der nationalen Gesundheitspolitik und ohne deren Integration in die nationalen Umsetzungsstrategien hat Empowerment im Gesundheitsbereich wenig Wirkung. Gleichzeitig tragen jedoch, wie dies die Beispiele in Ecuador, Bihar, Kirgistan und in engerem Rahmen auch Eritrea zeigen, Ermächtigung und Ownership dazu bei, Einfluss auf die lokale und regionale und letztlich auch nationale Politik zu nehmen, wenn es gelingt, über Ausdehnung und Replizierung die kritische Masse zu erreichen.

**Verena Wieland arbeitet seit knapp 20 Jahren in der Internationalen Zusammenarbeit des Schweizerischen Roten Kreuzes. Seit Ende 2006 leitet sie den Bereich „Grundlagen und Entwicklung“, vorher hatte sie verschiedene operationelle Aufgaben als Leiterin und als Programmverantwortliche für Gesundheitsprogramme des SRK in Südamerika und Afrika. Kontakt: Verena.Wieland@redcross.ch*

Reference

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21. November 1986 – WHO/HPR/HEF/96.1

Die Ottawa Charta für Gesundheitspromotion setzt auf folgende fünf Aktionslinien:

Building healthy public policy; creating supportive environment; strengthening community actions; developing personal skills; reorienting health services.

1990 wurden die Aktionslinien unterstrichen durch das Dokument A call for Action in den Bereichen: Mobilizing social and political action for health; fostering health-supportive public policies and building alliances with other sectors; identifying grass-roots strategies for people empowerment; improving national capacities; securing political commitment for health promotion and community involvement.

When Beneficiaries become Agents:

The Experience of Swiss Red Cross in Community Empowerment and Action for health.

SRC 2008

Die SRK-Publikation stellt Erfahrungen und Lessons Learnt aus den Programmen für Basisgesundheitsversorgung vor.

Ausgehend von vier Fallstudien in Ecuador, Indien/Bihar, Eritrea und Kirgistan wird überprüft, welche Voraussetzungen und Faktoren bei der Umsetzung wichtig sind für die erfolgreiche Mobilisierung der Bevölkerung, die Verbesserung von Qualität und Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie für den Dialog mit Gesundheitsbehörden auf Politik-Ebene.

Die Publikation ist beim SRK zu beziehen (info@redcross.ch) oder als pdf-Dokument zu finden unter <http://www.redcross.ch/info/publications/publikationen-de.php>

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembe I
CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX