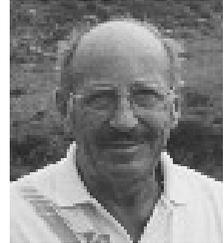


**Seit 1993 berät  
Paul Brenneisen das  
IAMANEH-Team  
in PR-Belangen.**

*Liebe Mitglieder, Spenderinnen und Spender,  
liebe Freunde von IAMANEH*

*Die vorliegende Info-Broschüre beschäftigt sich mit dem Problem HIV/AIDS. Sie werden sich fragen, warum wir dieses Thema aufgreifen, wird doch in den Medien, an Kongressen und in wissenschaftlichen Publikationen immer wieder dazu Stellung genommen. Der Grund liegt in der erschütternden Dimension, die die AIDS-Epidemie in Entwicklungsländern, insbesondere in Afrika, angenommen hat. Wir sind bestürzt und betroffen von all dem dadurch verursachten Leiden. IAMANEH hat sein Engagement bezüglich HIV/AIDS in den letzten Jahren intensiviert. AIDS ist nicht nur eine Krankheit der Wohlstandsgesellschaft, sondern eine Krankheit, die vor allem Menschen befällt, die weit unter dem Existenzminimum leben müssen. In unseren Projekten in Entwicklungsländern tragen wir dem Rechenschaft und versuchen, durch Aufklärung, Verhaltensänderungen und sozialer Integration der Erkrankten und deren Nachkommen einen Beitrag zu leisten, um dieser Epidemie zu begegnen und die Stigmatisierung der Betroffenen zu minimisieren. Dass Aufklärung dringend nötig ist, kann am Beispiel des südafrikanischen Präsidenten Thabo Mbeki belegt werden, der in einer öffentlichen Erklärung einen Zusammenhang zwischen AIDS und Geschlechtsverkehr in Frage gestellt hat,*

*oder durch den irrigen Glauben von AIDS befallenen Männern, dass durch den Beischlaf mit einer Jungfrau die Krankheit geheilt wird. Wir sind uns bewusst, dass es für das Problem AIDS keine kurzfristige Lösung gibt; ein langwieriger Prozess der Verhaltensänderung ist in Gang zu bringen, dabei ist unser langfristiges Engagement nötig. Aber Entwicklungshilfe ohne Bezug auf AIDS ist heute nicht mehr gegeben.*



*In unserer Broschüre wollen wir Sie auch über organisatorische Massnahmen und die personelle Verstärkung unserer Geschäftsstelle informieren. Ein Kurzbericht über unsere diesjährige Öffentlichkeitsarbeit, eine Vororientierung über das kommende 25-jährige Jubiläum sowie Informationen aus dem Vorstand schliessen die Broschüre ab.*

*Für Ihr Interesse, Ihre Treue und Ihre finanzielle Unterstützung danken wir allen Mitgliedern, Spenderinnen und Spendern sowie Sponsoren ganz herzlich.*

*Paul Brenneisen  
Vorstandsmitglied und PR-Verantwortlicher*

## Grenzen der Prävention

*Weltweit leben 40 Millionen Menschen mit dem AIDS-Virus HIV. Allein über 70% leben in Afrika südlich der Sahara. Rund 3 Millionen starben 2001 an AIDS. Die Krankheit hat katastrophale Auswirkungen auf das soziale Gefüge, die Gesellschaft und die Wirtschaft der afrikanischen Länder.*

*Entwicklungsprogramme im Süden legen den Akzent auf Prävention und Aufklärung in den unterschiedlichen Zusammenhängen. Zunehmend stehen den Menschen auch AIDS-Tests—oft auch kostenlos—zur Verfügung, die Teil der Aufklärungskampagnen sind. Die Menschen werden motiviert, die Tests zu machen. Behandelt werden vor allem symptomatische Begleiterkrankungen, es wird Beratung angeboten und Betreuung organisiert. Der nahe liegende Schritt, die Behandlung von AIDS mit antiretroviralen Medikamenten, ist für die infizierten Menschen im Süden grösstenteils unerschwinglich.*

*IAMANEH unterstützt Präventionsaktivitäten im Rahmen ihrer Projekte. Zwei Projekte sind schwerpunktmässig auf AIDS-Prävention ausgerichtet: Betreuung von Dienstmädchen (Seite 20) und Strassenkinder aus Mopti*

*(Seite 23). Hier werden unter Einbezug diverser Medien (Musik, Theater, Tanz) Informationen zur Prävention und zum Schutz vor HIV/AIDS weitergegeben. Die Erfahrungen und Diskussionen in unseren Projekten haben auch Grenzen dieses Ansatzes sichtbar aufgezeigt. Zu Recht stellen die Betroffenen Fragen: «Warum werden wir mit Informationen überhäuft, wenn es gegen AIDS keine Medikamente gibt? Weshalb den AIDS-Test machen, wenn danach keine Behandlung möglich ist? Warum das Resultat kennen, wenn Ausgrenzung droht?» Ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Präventionsprogramm wird in Zukunft der Zugang zu Test und Behandlung sein, denn effektive Aufklärung und Information setzen auch voraus, dass im Krankheitsfall gehandelt werden kann.*

*Maya Natarajan, Programmverantwortliche*

**Bei jungen Erwachsenen in Afrika, die für die soziale Sicherheit der älteren und jüngeren Generation aufkommen, ist AIDS heute die häufigste Todesursache.**



## AIDS im Umfeld kulturell unterschiedlicher Wahrnehmungen

*Nach neuesten Schätzungen sind in Mali drei bis vier Prozent der erwachsenen Bevölkerung HIV-positiv oder leiden an AIDS. Verglichen mit anderen subsaharischen Ländern erscheint diese bedeutende Rate noch relativ tief, sie nimmt jedoch stetig zu.*

*Insbesondere der produktive Teil der Bevölkerung, also diejenigen, die für die soziale Sicherheit sowohl der älteren wie auch der jüngeren Generation aufzukommen haben, ist von AIDS betroffen. Doch die Krankheit bedroht nicht nur die gesellschaftliche, ökonomische und politische Entwicklung, sondern sie vertieft auf emotionaler Ebene auch das Misstrauen und die Konflikte zwischen den Generationen und den Geschlechtern. Es gibt tatsächlich keinen Bereich, der von AIDS nicht tangiert ist. Medizinische und soziale Interventionen machen jedoch nur Sinn, wenn sie sich auf die kulturspezifische Vorstellungen von AIDS beziehen. Aufschluss über diese Vorstellungen erhält man über eine Analyse der lokalen AIDS-Abhandlungen und der darin enthaltenen Bildern.*

### **Es war einmal ein reicher Mann ...**

*In Bamako, der Hauptstadt Malis, kursiert eine moderne Legende, welche in verschiedenen Varianten, jedoch immer mit Anspruch auf Wahrheit, wiedergegeben wird. Sie lautet folgendermassen: Ein junger gut aussehender Malier kehrte aus Frankreich, wo er sich ein grösseres Vermögen erarbeitet hatte, nach Bamako zurück. Obwohl er HIV-positiv war und um seinen Gesundheitszustand wusste, wendete er enorme Summen auf, um ahnungslose Mädchen zu verführen. Sie stammten alle aus unterschiedlichen Quartieren, damit eine gewisse Diskretion gewahrt blieb. Was seine Geliebten – 21 an der Zahl – jedoch nicht wussten: Ihr spendabler Liebhaber führte genauestens Buch über ihre Namen, die Häufigkeit der Kontakte und die dabei aufgewendeten Summen. Diese Liste deponierte er im Rathaus oder bei seinem Arzt und verfügte, dass sie nach seinem Tode veröffentlicht werden sollte. Mittlerweile ist der Mann an AIDS gestorben. Seine Aufzeichnungen wurden zur Schande aller Beteiligten und vor allem auch deren Familien über den Radiosender und die Zeitung veröffentlicht. Bemerkenswert an dieser Geschichte ist, dass sie*

*typische, in vielen AIDS-Abhandlungen sich wiederholende Motive vereint. AIDS wird hier beschrieben als eine von aussen, aus dem Land der ehemaligen Kolonialherren kommende Krankheit. Sie ist verknüpft mit städtischem Umfeld, mit Geld, – im Sinne von Kapitalbesitz, aber auch von Bezahlung für sexuelle Dienste – mit Migration, Schande, männlicher Untreue und weiblicher Habgier. Diese Vorstellungen eröffnen einen Zugang zum lokalen Verständnis der Krankheit.*

### **Eigene Sinnggebung und Vorstellung**

*Denn wie alle Krankheiten, so kann auch AIDS nicht objektiv oder gar neutral beschrieben werden, sondern die Beschreibung bedient sich der bereits vorhandenen Erklärungsmuster. Insofern entwickelt jede Gesellschaft ihre eigenen Sinnggebungen und Vorstellungen über eine Krankheit: Wodurch sie verursacht ist, wie sie sich manifestiert, wie sie behandelt werden muss und wie man sie vermeiden kann. Anders ausgedrückt: Die Bedeutungen, die AIDS attribuiert werden, orientieren sich an Diskursen, welche bereits vor dem Auftreten der Krankheit existierten und in deren Argumentationslinien die neue (oder – je nach Interpretation – die in bislang unbekanntem Ausmass auftretende) Krankheit eingefügt wird.*

*Diese kulturell unterschiedlichen Wahrnehmungen definieren sowohl den Umgang mit dem Leiden als auch die passenden Behandlungs- und Präventionsmethoden. Krankheitsvorstellungen machen also nur innerhalb eines bestimmten kulturellen Umfeldes Sinn, ausserhalb verlieren sie ihren Zusammenhang und sind aus diesem Grunde auch nur in sehr bedingtem Masse übertragbar.*

Noemi Steuer, Basel

### **Persönlich**

*Noemi Steuer hat nach ihrem Studium an der Schauspiel-Akademie in Zürich in vielen Filmen, am Fernsehen und am Theater mitgewirkt. Zwei Filme mit ihr, «Gänsehaut» von Laszlo Kish und «Die zweite Heimat» von Edgar Reitz, wurden an den Filmfestspielen von Venedig (1992) und Locarno (1993) ausgezeichnet. Im Sommer 2002 hat die Baslerin ihr Studium als Ethnologin mit der Lizenziat-Arbeit «Une maladie qu'on appelle SIDA à la radio» abgeschlossen, aus der die Zusammenfassung dieses Textes stammt. Noemi Steuer hat ein Praktikum bei IAMANEH Schweiz absolviert und ist im Rahmen ihrer Ausbildung auch nach Mali gereist.*

## Ein Virus mit zwei verschiedenen Gesichtern

*HIV/AIDS ist bei uns weitgehend aus den Schlagzeilen verschwunden. Die Sterbekurve der an AIDS Erkrankten ist ab 1996 steil nach unten gefallen und verharrt seither auf tiefem Niveau. Dank der modernen Kombinationstherapien ist die HIV-Infektion heute im reichen Norden zu einer chronischen Krankheit geworden, zwar nicht heilbar, aber auch keine Krankheit mehr, die unweigerlich zu einem vorzeitigen Tod führt.*

*Die Behandlung hat jedoch ihren Preis: Für die Krankenkassen in Form der Medikamenten- und Laborkosten, für die Betroffenen in Form von dauernder und regelmässiger Medikamenteneinnahme mit einer zunehmend immer grösseren Zahl von Nebenwirkungen. Weniger anhaltend war der Erfolg der Prävention: Die Zahl der Neuinfektionen hat in den letzten Jahren nicht mehr abgenommen, und es gibt Anzeichen dafür, dass diese sogar wieder zunehmen könnte.*

### **Erschreckende Zahlen für Afrika**

*In Afrika südlich der Sahara, aber auch in gewissen Gebieten Südostasiens und in den Ländern des früheren Ostblocks hat die AIDS-Epidemie heute Ausmasse angenommen, die noch vor zehn Jahren undenkbar waren. Nach Schätzungen der Vereinten Nationen (UNO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich 2001 weltweit täglich etwa 14'000 Menschen neu mit dem Virus angesteckt.*

*Mit 3,5 Millionen Neuinfektionen sehen die Zahlen für Afrika besonders erschreckend aus. Armut, Ignoranz und ein in vielen Ländern miserables Gesundheitswesen haben die Ausbreitung der Epidemie begünstigt. Dazu kommen als Folge von Kriegen oder aus ökonomischen Gründen grosse Migrationsströme. Ein Beispiel für letzteres sind die Minenarbeiter in Südafrika, die während elf Monaten im Jahr von ihren Familien getrennt in Hostels leben und entsprechend die Dienste von Prostituierten in Anspruch nehmen, sich dabei infizieren und die Infektion dann an die Ehefrauen weitergeben.*

**Bei der Geburt oder über die Muttermilch werden in Afrika jährlich rund 700'000 Kinder mit HIV/AIDS angesteckt.**



### **Tragische Ansteckung für Kinder**

*Neuinfektionen in Afrika betreffen jährlich etwa 700'000 Kinder, die sich in den meisten Fällen bei der Geburt oder über die Muttermilch anstecken. Unbehandelt ist das Risiko einer Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind etwa 30%. Diese Infektion*

*ist besonders tragisch: Die Kinder sterben meist unter grossem Leiden an Infekten vor dem fünften Geburtstag, obwohl wir heute die Möglichkeit haben, diese Ansteckung zu verhindern. Eine HIV-positive Schwangere bekommt bei uns spätestens während den letzten Monaten der Schwangerschaft eine medikamentöse Behandlung, das Kind wird*

per Kaiserschnitt entbunden und erhält während den ersten sechs Wochen ein Medikament gegen den Virus. Um die Übertragung durch die Muttermilch zu verhindern, muss das Kind mit der Flasche ernährt werden. Damit gelingt es, das Infektionsrisiko des Kindes auf etwa 1% zu senken. Einfachere Behandlungsformen sind für Entwicklungsländer getestet worden. Selbst mit einer Einmaldosis des Medikamentes Nevirapin – für die Mutter eine Dosis während der Geburt, für das Neugeborene

in den ersten Lebenstagen – kann das Übertragungsrisiko um etwa die Hälfte reduziert werden. Leider wird auch diese simple Intervention nur an wenigen Orten in Afrika angeboten. Und in Südafrika, wo diese oder ähnliche Behandlungen möglich sind, musste die Regierung durch Gerichtsbeschluss zur Abgabe der Medikamente gezwungen werden, weil Präsident Mbeki immer noch nicht sicher ist, ob HIV auch wirklich AIDS verursacht.



**Durch die Ernährung mit der Flasche gelingt es, das Risiko für das Kind, mit HIV/AIDS infiziert zu werden, auf etwa 1% zu senken.**

### **Teure Behandlung**

Für 2001 wurde geschätzt, dass von den 28 Millionen HIV-Infizierten in Afrika gerade mal etwa 30'000 Zugang zu einer Kombinationstherapie haben. Kombinationstherapien sind bei uns seit 1997 der Behandlungsstandard und der Grund dafür, dass in Europa schwere AIDS-Erkrankungen massiv zurückgegangen sind und viele Infizierte wieder ein normales Leben führen können. Eine Behandlung mit den notwendigen Medikamenten und Laboruntersuchungen kostet pro Patient in der Schweiz etwa 20'000 Franken jährlich – eine Unmöglichkeit in einem afrikanischen Land, bei der die Bevölkerung oft nicht einmal 10 Franken pro Kopf zur Verfügung hat. Kommt dazu, dass im Rahmen der ökonomischen Struktur Anpassungsmassnahmen die Ausgaben für Gesundheit in vielen Staaten reduziert und die Kosten vermehrt dem Individuum oder der Familie aufgebürdet wurden. So wird oft schon die Behandlung begleitender Infektionskrankheiten schwierig, an eine Behandlung der Grundkrankheit mit modernen Medikamenten ist nicht zu denken. Selbst wenn die Medikamente in naher Zukunft billiger werden sollten, werden die maroden Gesundheitsstrukturen vieler afrikanischer Länder ohne Unterstützung von aussen nicht in der Lage sein, entsprechende Behandlungen

korrekt und mit der notwendigen Begleitung anbieten zu können. Dies vor allem auch, weil das Gesundheitspersonal mindestens so stark von der Epidemie betroffen ist wie die Durchschnittsbevölkerung. Die Länder des südlichen Afrikas müssten in den nächsten zehn Jahren die Ausbildung von Gesundheitspersonal aller Stufen um bis zu 40% erhöhen, um nur die AIDS-bedingten Ausfälle ausgleichen zu können.

### **Ohne Sozialversicherung im Sog der Armut**

AIDS ist heute die häufigste Todesursache bei Erwachsenen in Afrika, und betroffen sind vor allem junge Erwachsene. In Botswana zum Beispiel, wo etwas 30% der jungen Erwachsenen HIV-positiv sind, ist die Lebenserwartung infolge AIDS auf 37 Jahre gesunken, – tiefer als 1950 – nachdem sie Ende der 80er Jahre auf über 60 Jahre angestiegen war. Selbst wenn das Ansteckungsrisiko halbiert werden kann, hat ein heute 15-jähriger Knabe in Botswana nach den Berechnungen von UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) immer noch ein Risiko von 70%, im Laufe seines Lebens mit HIV infiziert zu werden. In Gesellschaften, in denen Sozialversicherungen weitgehend unbekannt sind, muss in erster Linie die Familie für die Kosten aufkom-

men. Dabei machen die Behandlungskosten nicht einmal den grössten Teil aus. Die Beredigungskosten können aus kulturellen Gründen die Auslagen für die Behandlung noch übersteigen. Dies führt oft zu Schulden oder dem Verkauf von Vieh oder Land, womit die Verarmung weiter vorangetrieben wird. Vor allem der Tod der Mutter kann zum Auseinanderfallen der Familie führen. Kleinkinder, die ihre Mutter verlieren, haben eine viel schlechtere Überlebenschance. Erste Opfer der Verarmung sind die Kinder, und vor allem die Mädchen, die nicht mehr zur Schule gehen können, weil das Schulgeld nicht aufgebracht werden kann und weil sie für die Arbeit zu Hause benötigt werden. Im südafrikanischen KwaZulu Natal zum Beispiel ist die Zahl der Neueinschulungen aus diesem Grund innerhalb von drei Jahren um 20% gesunken.

### Ein Hoffnungsschimmer

Dass es mittels Präventionsprogrammen möglich ist, die Epidemie auf tiefem Niveau zu halten, hat zumindest Senegal gezeigt. Auch in Uganda ist es dank der Offenheit gegen-

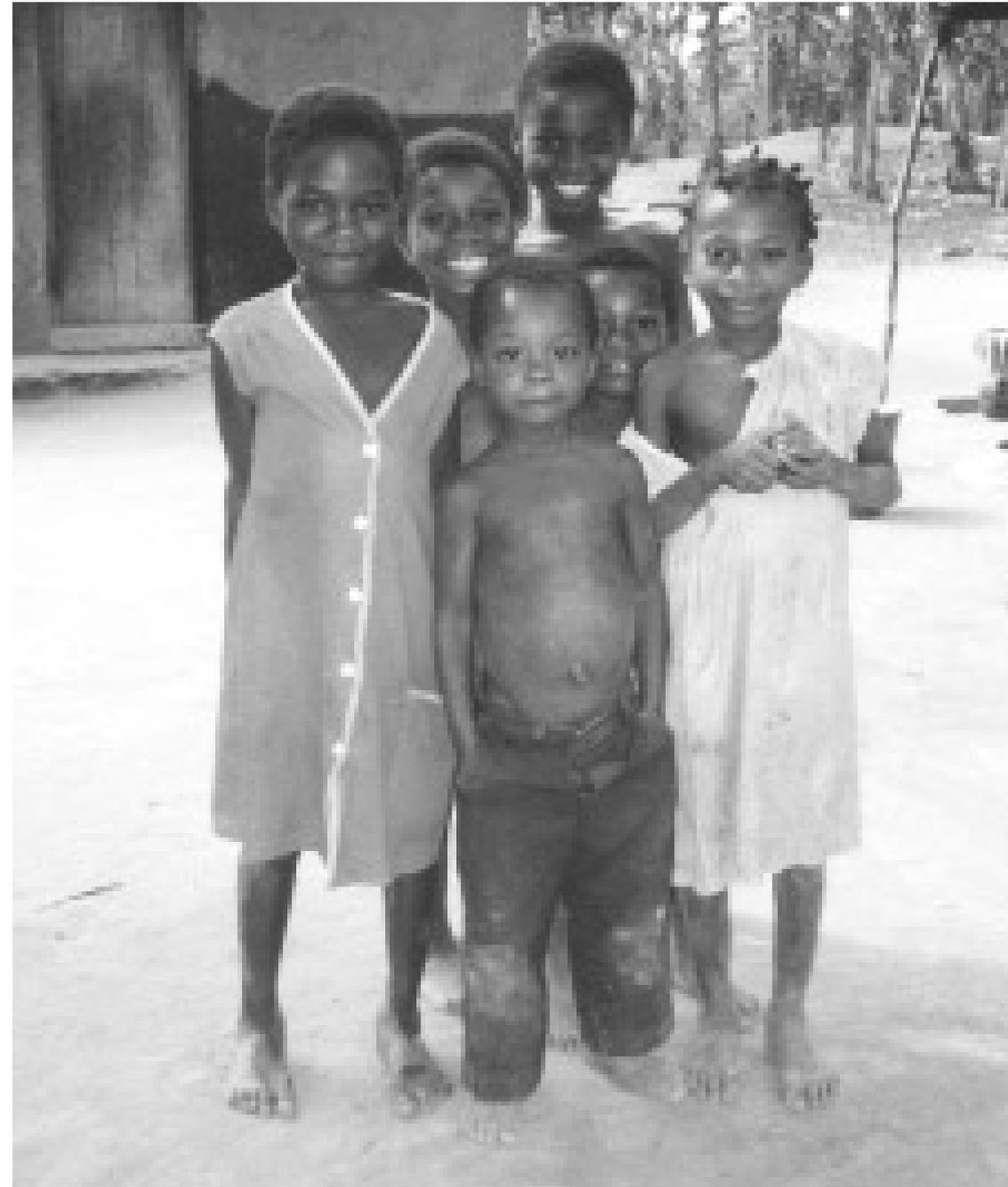
über der AIDS-Problematik und der Zusammenarbeit privater und staatlicher Organisationen gelungen, die Zahl der Neuinfektionen drastisch zu senken. An internationalen Konferenzen erhält AIDS jetzt, wenn auch spät, endlich die nötige Aufmerksamkeit, der Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria wurde gegründet, und Ökonomen wie der Amerikaner Jeffrey Sachs, Direktor des Zentrums für internationale Entwicklung an der Harvard-Universität, haben eingesehen, dass es ohne Verbesserung der Gesundheit keine Entwicklung geben kann.

Markus Frei, Luzern

#### Persönlich

Dr. med. Markus Frei ist Allgemeinmediziner und Tropenarzt in Luzern und betreut in seiner Praxis eine grosse Zahl von HIV-Patientinnen und – Patienten. Als Konsulent für die Entwicklungszusammenarbeit (EZA) übernimmt er Einsätze in verschiedenen Ländern der Welt. Seit 1998 ist Markus Frei Vorstandsmitglied bei IAMANEH Schweiz.

**Für die Kosten einer AIDS-Behandlung muss die Familie aufkommen, was oft zu Schulden und zur Verarmung führt. Erste Opfer dieser Notlage sind die Kinder, die nicht mehr zur Schule gehen können.**



## Zugang zu HIV/AIDS-Medikamenten: Vom Streit um Patente zum Streit um Prioritäten

**95% der bedürftigen Patientinnen und Patienten in armen Ländern haben auch heute noch keinen Zugang zu AIDS-Behandlung, obwohl antiretrovirale Medikamente inzwischen viel günstiger als vor wenigen Jahren erhältlich sind. Woran liegt es? Was ist zu tun?**

*In Kenia erhalten nur 2'500 von 200'000 AIDS-Patienten eine antiretrovirale Behandlung – in teuren Kliniken wie etwa dem Aga-Khan-Spital in Nairobi. Und selbst diese Glücklichen haben mit der unregelmässigen Verfügbarkeit der Medikamente zu kämpfen: Nicholas Otieno berichtet: «Seit ich im Juli 2001 mit der Behandlung begonnen habe, war es mir zwei Mal nicht möglich, meine ordentliche Dosis Zertit zu beziehen. Einmal besorgte ich mir Epiriv als Ersatz, aber dieses Medikament kostet 4000 Shilling (75 Franken) pro Monat an Stelle der 440 Shilling, die ich für Zertit bezahlen muss. Das andere Mal wartete ich zwei Wochen lang ohne Ersatzmedikament.» Kenia ist kein Einzelfall: Weder die internationale Gemeinschaft noch die Regierungen der betroffenen Staaten haben bisher genügend Geld für breite und funktionierende HIV/AIDS-*

*Behandlungsprogramme zur Verfügung gestellt. Stattdessen wurden an internationalen Konferenzen bloss immer wieder «Versprechen rezykliert», wie dies Graca Machel an der diesjährigen Welt-AIDS-Konferenz in Barcelona bitter festhielt. Die in der internationalen Gemeinschaft herumgereichten Minimalzahlen zur wirkungsvollen AIDS-Bekämpfung sind denn auch nicht gerade motivierend: UNO-Generalsekretär Kofi Annan nannte bei der Lancierung des «Global Fund to Fight AIDS, Malaria and TB» einen Finanzbedarf von jährlich 7 bis 10 Milliarden US Dollars, die von der WHO eingesetzte Kommission für Makroökonomie und Gesundheit fordert jährlich 10 Milliarden alleine für den Kampf gegen HIV/AIDS ...*

### Brasilien als Modell

*Denjenigen, die angesichts der riesigen Herausforderungen nicht verzweifeln wollen, dient Brasilien als Modell: Dort führte eine Politik des freien Zugangs zu AIDS-Medikamenten zur Halbierung der durch die Krankheit bedingten Todesfälle zwischen 1995 und 1999. Eini-*

*ge Organisationen haben deshalb in verschiedenen Ländern bereits Pilotprogramme mit vereinfachten Behandlungs- und Diagnosemethoden begonnen, und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte jüngst erstmals AIDS-Behandlungsrichtlinien in Ländern mit knappen Ressourcen. Hier wird ein Kernpunkt der Debatte mit praktischen Vorschlägen angegangen: Behandlungs- und Diagnosemethoden müssen und können den Bedingungen armer Länder angepasst werden, zum Beispiel durch die Entwicklung von täglich einzunehmenden festen Kombinationen von Wirkstoffen mit fixer Dosierung (fixed-dose combinations) – etwas, was vor kurzer Zeit noch bei der Bekämpfung der Tuberkulose als undurchführbar erachtet wurde, dort inzwischen aber weltweiter Standard geworden ist. Brasilien und Kenia setzen bei der AIDS-Behandlung auf Nachahmerpräparate (Generika). Die günstigsten Kombinationstherapien mit Generika – AZT, 3TC und Nevirapine – sind heute auf dem Weltmarkt für circa 450 Franken pro Person und Jahr zu haben. Dies ist bereits ein riesiger Fortschritt gegenüber den 15–18'000 Franken, die noch vor zwei, drei Jahren für die Kombinationstherapie mit Markenmedikamenten bezahlt werden mussten. Inzwischen hat die Weltgesundheitsorganisation zwölf antiretrovirale Medikamente in ihre neueste Liste essentieller Medikamente aufgenommen und*

### HIV/AIDS 2001

HIV-Infizierte weltweit .....	40 Mio.
- davon Kinder .....	2,7 Mio.
HIV-Infizierte in Afrika .....	28,1 Mio.
- davon Kinder .....	2,4 Mio.
Neuinfektionen weltweit .....	5 Mio.
- davon Kinder .....	0,8 Mio.
AIDS-Tote weltweit .....	3 Mio.
AIDS-Tote in Afrika .....	2,3 Mio.

Quelle: UNAIDS

*engagiert sich für Preistransparenz und weitere Preissenkungen bei den vorhandenen Medikamenten.*

### Behandlung für alle

*Das Herz spricht für sofortige breite Behandlungsprogramme – doch die Vernunft? Die Frage hat Sprengpotenzial, sie hat bereits frühere Weggefährten entzweit, die in den letzten Jahren erfolgreich mit dem Slogan «Menschenleben vor Patentschutz» gegen die Partikularinteressen der Pharmaindustrie und für günstigere Medikamente gekämpft haben. AIDS-Aktivist\*innen fordern nun «Behandlung für alle, und zwar sofort!», während viele Staaten*

**«Behandlung für alle, und zwar sofort», fordern AIDS-Aktivist:innen. Fehlende Mittel und zu hohe Kosten für Medikamente in armen Ländern lassen noch heute AIDS-Kranke sterben.**



und nichtstaatliche Organisationen den Vorrang der Prävention und die Notwendigkeit einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheitsversorgungssysteme hervorstreichen: Auch angesichts der riesigen Herausforderung, die AIDS darstellt, dürften die bewährten Konzepte und Zielsetzungen der Gesundheitspolitik und -praxis nicht durch blinden Aktivismus abgelöst werden. Nicht zufällig kommt deshalb die medikamentöse Behandlung im Entwurf einer auf den Herbst 2002 angekündigten AIDS-Politik der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) nur in einer Fussnote vor. In einer Broschüre zur Welt-AIDS-Konferenz 2002 liefert «Médecins

sans Frontières» (MSF) Gegenargumente, und diese gilt es, ernst zu nehmen. Ausgehend vom ethischen Imperativ, die AIDS-Kranken nicht sterben zu lassen, postuliert MSF, den Gegensatz zwischen Behandlung und Prävention zu überwinden. Nicht dieser scheinbare Gegensatz sei das Problem, sondern die fehlenden Mittel sowie die weiterhin zu hohen Kosten für die Medikamente. Hier gelte es anzusetzen. Die Behandlung von AIDS-Kranken helfe zudem, Gesundheitskosten zu sparen, wie das Beispiel von Brasilien zeige, wo weniger AIDS-Kranke hospitalisiert werden mussten und auch die durch opportunistische Infektionen entstehenden Kosten reduziert werden

konnten: Alles in allem wurden für Brasilien für die Zeit von 1997 bis 1999 Einsparungen von 472 Millionen US Dollar errechnet. Doch es bleiben offene Fragen: Eine HIV-Behandlung dauert so lange wie das Leben der betroffenen Person. Wille und Mittel zur Behandlung müssen während der gesamten Dauer vorhanden sein. Wenn die Behandlung unsachgemäss erfolgt oder abgebrochen wird, erhöht sich zudem die Gefahr der Resistenzbildung des HI-Virus gegen die eingesetzten Wirkstoffe. Ein Aspekt ist dabei die Vereinfachung der Darreichungsformen. Hier können wissenschaftlich begleitete Pilotprojekte helfen, die nötigen Erfahrungen zu sammeln. Schliesslich müssen die Gesundheitsversorgungssysteme über die nötigen Mittel verfügen, um effiziente und wirkungsvolle Massnahmen zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung des HI-Virus und zur Betreuung und Behandlung der Infizierten und Kranken zu treffen. Dazu braucht es mehr und besser ausgebildetes Personal, eine funktionierende Infrastruktur, aber auch die richtigen Prioritäten und Programme im Gesundheitsbereich.

Thomas Schwarz, Basel

### **Persönlich**

Thomas Schwarz ist Geschäftsführer von Medicus Mundi Schweiz, dem Netzwerk schweizerischer Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit. Kontakt: [tschwarz@medicusmundi.ch](mailto:tschwarz@medicusmundi.ch)

### **Anmerkungen/Quellen:**

1. Quelle: Bulletin der WHO 2002, 80 (7)
2. Quelle: Jan Suter, Die XIV. Welt-AIDS-Konferenz von Barcelona: «Knowledge and Commitment for Action» oder bloss rezyklierte Versprechungen? In: Med in Switzerland, Soziale Medizin Nr. 3/2002, [www.medicusmundi.ch/med.htm](http://www.medicusmundi.ch/med.htm)
3. Quelle: WHO Model List of Essential Medicines No 12, April 2002, [www.who.int/medicines/](http://www.who.int/medicines/)
4. Quelle: WHO: Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings: guidelines for a public health approach. [www.who.int/HIVAIDS/HIVAIDSCare/ScalingUpARVGuidelinesFinal\\_E.pdf](http://www.who.int/HIVAIDS/HIVAIDSCare/ScalingUpARVGuidelinesFinal_E.pdf)
5. Quelle: Thomas Schwarz: Von Anthrax, AIDS und armen Leuten. Internationales Patentrecht und Zugang zu Medikamenten. In: Med in Switzerland, Soziale Medizin Nr. 6/2001, [www.medicusmundi.ch/med.htm](http://www.medicusmundi.ch/med.htm)
6. Quelle: MSF: From Durban to Barcelona: Overcoming the Treatment Deficit, Juli 2002, [www.msf.org](http://www.msf.org)

## Leben mit AIDS in Mali – zwischen Toleranz und Diskriminierung

*In Mali ist AIDS noch nicht so verbreitet wie in anderen afrikanischen Ländern. Die HIV-Rate bei der Gesamtbevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren liegt bei 1,7%.*

*Letztes Jahr sind in Mali 11'000 Menschen an AIDS gestorben (Quelle: UNAIDS, 2002). Die Zahl der jährlichen HIV-Infektionen steigt nur sehr langsam an. Dies, obwohl Geschlechtskrankheiten sehr verbreitet sind, und AIDS-Kampagnen nicht so intensiv durchgeführt werden wie in anderen Ländern Afrikas. Die Verbreitung des Islams und die grosse Armut des Landes haben zur Folge, dass die staatliche AIDS-Prävention bis jetzt noch oberflächlich blieb. Andererseits haben nicht alle Malierinnen und Malier Zugang zu einem HIV-Test oder scheuen sich, einen zu machen, weil sie schlecht informiert sind oder befürchten, von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Deshalb sterben viele Menschen an AIDS, ohne dass die Krankheit offiziell festgestellt worden ist. Gerade weil AIDS noch nicht so präsent ist, werden AIDS-kranke Menschen immer noch gemieden. Angst vor Ansteckung, vor dem Gerede der Nachbarschaft und vor den hohen Medikamentenkosten sind die häufigsten Gründe für die Zurückweisung der Kranken. Vie-*

*le finden aber auch die nötige Unterstützung, um ihr tägliches Leben zu meistern. Hier folgt der Bericht einer HIV-positiven Frau aus Bamako, der Hauptstadt Malis, über ihre eigenen Erfahrungen mit AIDS und ihre Worte über das Schicksal einer Freundin.*

### Akzeptiert oder ...

*«Ich bemerkte, dass die Körpertemperatur meines Partners oft ungewöhnlich hoch war, immer war er krank. Ich ging zum Arzt und sagte ihm, dass ich den HIV-Test machen will, denn ich war durch die AIDS-Präventionskampagnen auf die Symptome sensibilisiert worden. Ich sagte dem Arzt: Ich habe den Zustand meines Partners gesehen, und das macht mir Angst. Ich selbst habe Gewicht verloren und werde immer dünner. Ich machte den Test und bekam den Bericht, dass ich HIV-positiv sei – das ist mein Schicksal. Als ich das Testresultat bekam, habe ich es meinen Bekannten, meinen Verwandten, meinem Sohn gesagt, niemand hat mich deswegen zurückgewiesen. Wir essen zusammen, wir trinken aus einem Glas, wir plaudern zusammen und schlafen im gleichen Zimmer. Ich habe*



*Frauen in Bamako bringen die AIDS-Thematik in einem Theaterstück auf spielerische Weise der Bevölkerung näher.*

*mit meinem Sohn gesprochen, er ist noch Schüler. Ich habe niemanden, dem ich meinen Sohn anvertrauen könnte, auch wenn ich krank bin. Er sagte: Das ist nicht schlimm. Jetzt sind alle meine Bekannten überzeugt, dass es die Krankheit AIDS wirklich gibt. Bis heute habe ich wegen meiner Krankheit keine Probleme mit anderen Leuten gehabt. Es ist jetzt vier Jahre her seit dem Test. Manchmal werde ich krank und lasse mich behandeln, doch dann werde ich wieder krank. Jetzt mache ich die Tri-Therapie. Mit der Tri-Therapie kann ich essen, arbeiten gehen, kann alles im Leben machen. HIV-positiv sein ist schlimm und ist gleichzeitig nicht schlimm. Wenn Du die Informationen über AIDS verstanden hast, ist es nicht so schlimm. Du kannst leben wie die anderen. Du musst die Anweisungen der Ärzte befolgen. Wenn Du die Medikamente einnimmst,*

*wirst Du lange leben. Die Tri-Therapie ist sehr teuer. Wenn Du nicht in einem Verein bist, erhältst Du sie nicht zu einem reduzierten Preis. Wenn man HIV-positiv ist, sollte man drei Mal am Tag gut essen und gut schlafen. An den Tagen, an denen ich Geld verdiene, esse ich gut. Aber wenn ich kein Geld habe, was soll ich dann machen? Wenn ich mich ein wenig krank fühle, macht der Arzt einen Labortest. Nach dem Test gibt mir der Arzt ein Rezept, doch ich habe kein Geld, um die Medikamente zu kaufen. Das bedeutet: Wenn Du kein Geld hast, brauchst Du auch keinen Labortest zu machen. Ich bin Mitglied eines Vereins HIV-positiver Frauen. Ich begleite die AIDS-kranken Frauen ins Spital und besuche sie zu Hause. Wenn es ihnen besser geht, gehen manche in ihr Dorf zurück. Wenn eine im Spital liegt, bleibe ich tagsüber oder nachts bei ihr. Ich gebe ihr*

zu essen, unterhalte mich mit ihr und schlafe dort. Ich begleite sie bis zu ihrem Tod. Das ist nicht schlimm.

Wenn eine von uns krank ist, hilft ihr die andere im Haushalt. Man muss den Mut bewahren, man soll den anderen mit seiner Krankheit nicht auf die Nerven gehen. Ich habe mir gesagt: Ich werde mich durchschlagen, um die Tri-Therapie zu bekommen, und ich habe sie dank meiner Mitgliedschaft beim Verein bekommen.

Für unseren Verein ging ich mit unserem Arzt zu einer Versammlung islamischer Geistlicher von Bamako. Einige von ihnen haben gesagt: Ja, wir glauben an die Existenz von AIDS. Andere sagten, sie glauben nicht daran, in Wirklichkeit sei diese Krankheit die chronische Malaria. Wieder andere sagten, es seien die Prostituierten, welche diese Krankheit weitergeben.

Dies war ein schwieriger Tag für mich. Die Imams sagten: Es ist Gott, der diese Krankheit gibt. Sie sagten, dass sie gegen Präservative seien. Sie sind auch dann nicht damit einverstanden, den HIV-Test zu machen, wenn zum Beispiel ihre erste Frau gestorben ist. Ich habe ihnen gesagt, dass ich selbst HIV-positiv bin. Ich habe sie provoziert und gesagt, wenn Gott diese Krankheit gegeben hat, dann geht doch in die Moschee und betet, und die Krankheit wird verschwinden. Ich habe mich so

sehr aufgeregt, dass der Arzt, den ich begleitete, mir riet, mich zu setzen und mich zu beruhigen.»

### ... verstossen werden

«Ich habe das Sterben einer ehemaligen Prostituierten miterlebt, sie hiess Haoua. Ihr Freund war aus einer guten Familie, aber er war ein Vagabund. Sie haben geheiratet, und er hat Haoua in ein Dorf mitgenommen, in dem er für sie eine Bar eröffnete. Haoua hatte vier Kinder von verschiedenen Vätern und ein jüngstes mit ihrem Ehemann. Der Mann wurde krank, die Leute sagten, er habe Malaria. Schliesslich hat man ihn nach Bamako ins Spital gebracht, wo er erfuhr, dass er HIV-positiv war. Er verbrachte nur 15 Tage im Spital, dann ist er gestorben – seine Eltern wussten nicht, an welcher Krankheit.

Nach seinem Tod zog Haoua in das Haus der Schwiegereltern, um dort die 40 Trauertage zu verbringen, wie dies der Brauch ist. Aber sie war keine zwei Wochen dort, da wurde sie krank. Auch bei ihr sagten die Leute, sie habe Malaria. Sie ging für einen Bluttest ins Spital. Schliesslich hat man festgestellt, dass sie HIV-positiv war, wie auch ihr jüngstes Kind. Man hat sie ins Haus der Schwiegereltern zurückgebracht. Aber sie erholte sich nicht.

Die Familienmitglieder sprachen schlecht über Haoua. Vor allem die Schwiegermutter, da sie wusste, wovon Haoua vor der Heirat gelebt hatte.

Es gab im Hof zwei traditionelle Toiletten, die gleichzeitig als Duschen dienten. Man brachte Haoua mit ihrem Kind in einer der Toiletten unter, gab ihr eine Strohmatten und ein Desinfektionsmittel. Man liess sie dort alleine. Sie hatte keine Kraft mehr und konnte sich nicht dagegen wehren. Zu essen und zu trinken gab man ihr wie einem Hund. Der mit Reis gefüllte Teller blieb den ganzen Tag lang neben ihr stehen, den Fliegen und dem Staub ausgesetzt. Als Haoua sehr schwach wurde, brachte die Familie sie und das Kind ins Spital. Beide waren schwer krank. Haoua benachrichtigte ihre eigene Mutter, dass sie sie noch einmal sehen wolle. Aber ihre Mutter hatte kein Interesse daran, obwohl Haoua ihr mit der Prostitution während Jahren das Überleben gesichert hatte. Das Kind starb nach einem Monat, Haoua wenige Tage später. Die Schwiegereltern weigerten sich, die Beerdigung zu organisieren, Haouas eigene Familie ebenfalls.»

Sylvia Mollet Sangaré, Basel

### Persönlich

Sylvia Mollet Sangaré ist Geschäftsleiterin des Afrika Zentrums in Basel (AZB). Die Sozialpsychologin hat langjährige Projekt-Erfahrung in Mali. Sie arbeitete für IAMANEH an der Geschäftsstelle in Basel wie auch in Mali als Konsultantin. Zuletzt war sie Konsultantin im Auftrag von Caritas Schweiz für das Prostituierten-Projekt «DANAYA SO – Association des femmes libres».

### Ein Buch für DANAYA SO

In Kooperation mit der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), der Caritas Schweiz sowie DANAYA SO veröffentlicht Sylvia Mollet zusammen mit ihrem Ehemann Broulaye Sangaré im Januar 2003 das Buch «L’Espoir bafoué – La situation de la prostitution au Mali». Die Interviews in diesem Artikel mit Prostituierten stammen aus ihrer Publikation. Das Buch erscheint in französischer Sprache, kostet 20 Franken und ist in der Schweiz bei smollet@active.ch und in Mali bei danayasa@datatech.toolnet.org erhältlich. Der Erlös wird dem Verein DANAYA SO gutgeschrieben.

## Aussteuer gesucht

*Wie es die Tradition auch heute noch vorschreibt, heiraten Mädchen in Mali sehr jung. Die Eltern können oft nicht für die Aussteuer aufkommen, die für die Heirat benötigt wird. Deshalb zieht es junge Mädchen im Alter von 10 bis 18 Jahren in die Stadt zur Arbeitssuche. Die Wenigsten sind aufgeklärt, weshalb die Gefahr, ungewollt schwanger oder mit AIDS infiziert zu werden, gross ist.*

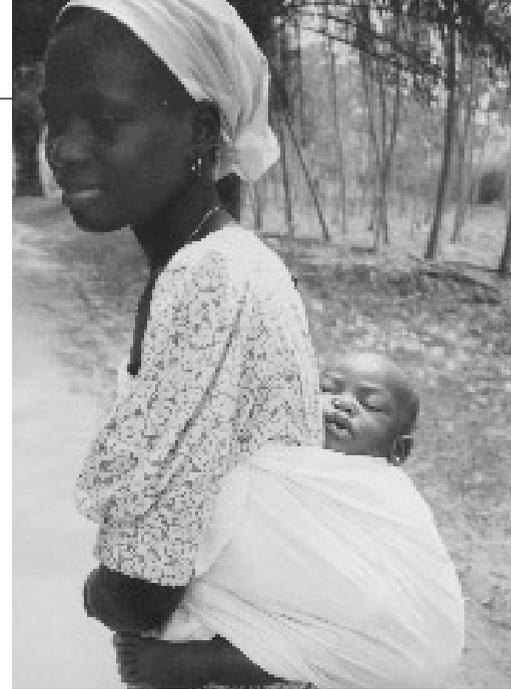
*Die Mädchen bleiben bis zu neun Monaten und arbeiten als Dienstmädchen oder als Strassenverkäuferinnen. Die Geschichte von Mariam Keita ist ein Beispiel, wie schwer die Lebensbedingungen für unerfahrene junge Frauen sind.*

### Die Gefahren der Stadt

*Die 14-jährige Mariam Keita ist mit der Erlaubnis ihrer Eltern nach Bamako, der Hauptstadt Malis, gefahren, um ihre Aussteuer zu finanzieren. Bei ihrer Ankunft wird sie von einem Bekannten ihres Dorfes empfangen, der seit 50 Jahren in Bamako lebt. In einer Beamtenfamilie findet sie Arbeit als Dienstmädchen*

*für einen Monatslohn von 15 Franken. Mariam arbeitet von 6 Uhr morgens bis 21 Uhr abends. Nach dem Mittagessen verkauft sie für die Hausherrin Eisbeutel an einer Bushaltestelle. Gegen 20 Uhr kehrt sie zum Essen heim, und den Rest des Abends verbringt sie mit ihren Freundinnen auf der Strasse oder auf einem öffentlichen Platz.*

*Bei ihren abendlichen Spaziergängen werden die Mädchen von jungen Männern angesprochen, die ebenfalls in Bamako als Saisoniers arbeiten. Diese Begegnungen führen oft zu sexuellen ungeschützten Kontakten. So ist auch Mariam schwanger geworden. Aus Angst, ihre Stelle zu verlieren, versteckt sie während acht Monaten ihren Zustand und arbeitet weiter, ohne sich auszuruhen. Einen Monat später, an einem friedlichen Nachmittag, als Mariam neben ihrer Kühlbox sitzt, verspürt sie plötzlich heftige Bauchschmerzen. Niemand beachtet sie, obwohl sie vor Schmerzen wimmert und ihr die Tränen herunter laufen. Und das Unvermeidliche geschieht: Mariam gebärt in einem Strassengraben unter den gleichgültigen Augen der Passanten. Erst bei den ersten Schreien des Babys wird die Menge neugierig und gruppiert sich um sie herum. Ihre Schürze ist blutüberströmt, sie ist*



*verängstigt und will das Kind in den Graben werfen. Somah Doumbia, der Koordinator des Projektes «Betreuung der Dienstmädchen und Aufklärungsarbeit bezüglich Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS», beobachtet zufällig diese Szene und greift sofort ein: Mit Hilfe von anderen Frauen wickelt er Mariam und das Neugeborene in ausgeliehene Schürzen, und nachdem er die Feuerwehr alarmiert hat, wird Mariam ins Spital gebracht. Nach einigen Tagen geht es Mariam und ihrem Kind zwar besser, aber die Schwierigkeiten fangen erst an: Mariam kennt den Vater ihres Kindes nicht, und sie fragt sich, wie sie von ihren Eltern und ihrem Dorf aufgenommen wird. Aus Angst, die Ehre ihrer Eltern zu verletzen sowie aus Scham- und Demütigungsgefühlen, bleibt Mariam in Bamako.*

**Junge Mädchen kommen als Dienstmädchen in die Stadt und werden aus Unwissenheit ungewollt schwanger oder mit AIDS infiziert.**

## Information und Aufklärung

*In Zusammenarbeit mit IAMANEH Schweiz ist die «Association Jeunesse et Développement du Mali» (AJDM) in Bamako aktiv in der Informations- und Aufklärungsarbeit über Geschlechtskrankheiten und HIV/AIDS. Angesprochen sind junge Frauen und Männer, die als Saisoniers in der Hauptstadt arbeiten. Die Aktivitäten von AJDM beziehen sich auf:*

- die Registrierung der Dienstmädchen (im Moment rund 400);
- den Aufbau und die Ausbildung von Promotorinnen;
- die Organisation von wöchentlichen Gesprächsrunden sowie Videoprojektionen zum Thema Geschlechtskrankheiten/HIV/AIDS;
- die Organisation von medizinischen Sprechstunden in den Gesundheitszentren;
- die Organisation von kulturellen Abendveranstaltungen.

*Mariam wurde durch sexuelle Kontakte schwanger, andere Mädchen können geschlechtskrank werden oder sich mit AIDS infizieren. Die letzten Umfragen in Mali haben ergeben, dass die AIDS-Risikogruppe vor allem Lastwagenfahrer, Dienstmädchen, Strassenverkäuferinnen und Prostituierte sind. Ungefähr 13% der Dienstmädchen und*

der Strassenverkäuferinnen werden laut einer nationalen Untersuchung angesteckt. Die Mädchen vom Lande haben keine Ahnung vom Stadtleben und vertrauen entweder ihren Freundinnen, die bereits erste Erfahrungen gesammelt haben, oder Personen aus ihrem Dorf, die seit längerem in der Stadt leben. Um ihren Lebensunterhalt zu finanzieren, arbeiten sie als Dienstmädchen oder Strassenverkäuferinnen für oft sehr strenge und anspruchsvolle Familien. Bei ihrer täglichen Arbeit auf der Strasse begegnen sie Männern, die nur auf ein Abenteuer aus sind. Durch ihre Unwissenheit in Bezug auf Verhütung werden sie Opfer von ungewollten Schwangerschaften oder mit AIDS infiziert.

AJDM hat bei 50 Strassenverkäuferinnen eine Umfrage durchgeführt mit folgendem Resultat:

- 60% bestätigen, erste sexuelle Kontakte während ihres Aufenthaltes in Bamako gehabt zu haben;
- 80% der Mädchen finden dieses Leben des Geldes wegen verlockend;
- 32% der Schwangerschaften entstehen bei ersten sexuellen Kontakten;
- 43% bestätigen, bereits mindestens einmal eine Geschlechtskrankheit gehabt zu haben. Mehrheitlich werden diese heimlich mit Medikamenten behandelt, die auf

der Strasse zu kaufen sind;  
 • ein AIDS-Fall wurde deklariert, aber noch nicht bestätigt.

### AIDS in den Augen junger Mädchen

Die jungen Mädchen haben verschiedene Ansichten über AIDS. Für einige ist AIDS eine Krankheit wie eine andere, andere empfinden AIDS eher wie eine Fatalität nach der Devise «an irgendeiner Krankheit muss man ja sterben». Diese Kategorie Mädchen stellt das grösste Risiko dar. Sie schrecken vor nichts zurück, solange sie Geld verdienen können.

An einer Gesprächsrunde bei einer Familie hat uns Awa Diarra erklärt: «Solange ich mit meinem Körper für meine arme Mutter Geld verdienen kann, werde ich das tun, auch mit der Gefahr, mich mit AIDS anzustecken.» Verzweifelte Worte! Heute hat Awa dank der Sensibilisierungs- und Informationsarbeit von AJDM eine andere Sicht über AIDS. Sie ist Teil des AJDM-Netztes, wurde als Promotorin ausgebildet und gibt ihr Wissen an Gleichaltrige weiter.

Somah Doumbia, Koordinator AJDM, Bamako (Mali)

## Strassenkinder

Seit bald drei Jahren unterstützen wir die Aktivitäten unserer Partnerorganisation «Association Ladiya» (ASLAD) in Mopti (Mali). ASLAD führt ein Zentrum für Jugendliche und Kinder, die auf der Strasse leben. Das Zentrum ist ein Ort der Ruhe im hektischen Alltag der Stadt: Hier haben Jugendliche die Möglichkeit, sich zu waschen und zu übernachten. Gemeinsam werden Themen wie AIDS, Verhütung und Verantwortung diskutiert.

Der Leiter Boubacar Belco Sidibe und sein Team pflegen engen Kontakt mit den Jugendlichen in verschiedenen Quartieren der Stadt.

Gemeinsam lancierten sie vor drei Jahren das AIDS-Projekt und stellten die Prävention von HIV/AIDS ins Zentrum der Projektaktivitäten.

### Wirkungsvolle Aufklärungsarbeit

Mit viel Engagement und Mut debattierten sie öffentlich über dieses nach wie vor sensible Thema. Die Aufklärungsarbeit erwies sich durch den Einbezug diverser Medien als wirkungsvoll: Das Projektteam arbeitet eng mit vier Radiostationen zusammen, die in lokalen Sprachen senden. In regelmässigen Abständen diskutieren Fachleute über AIDS.



Theater- und Tanzaufführungen von Jugendlichen für Jugendliche sind ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Prävention von HIV/AIDS.

Daneben werden auch traditionelle Kommunikationsformen einbezogen, wie das «Sumu SIDA», ursprünglich eine traditionelle Erzählform. Musik (Balalfon, Djémbe), Theater und Tanz ziehen viele Leute an, vorab Jugendliche. Einmal im Jahr findet ein grosses Fussballturnier statt – «Sida Foot» genannt –, an dem über zwölf Mannschaften teilnehmen. Eine eigens zum Thema AIDS gegründete Theatertruppe aus Jugendlichen hat drei Stücke ausgearbeitet, die an öffentlichen Plätzen gezeigt werden und auf viel Interesse stossen. Videovorführungen und Gesprächsrunden ergänzen die grösseren Veranstaltungen und ermöglichen einen persönlicheren Austausch und Zugang zum Thema «sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/AIDS».

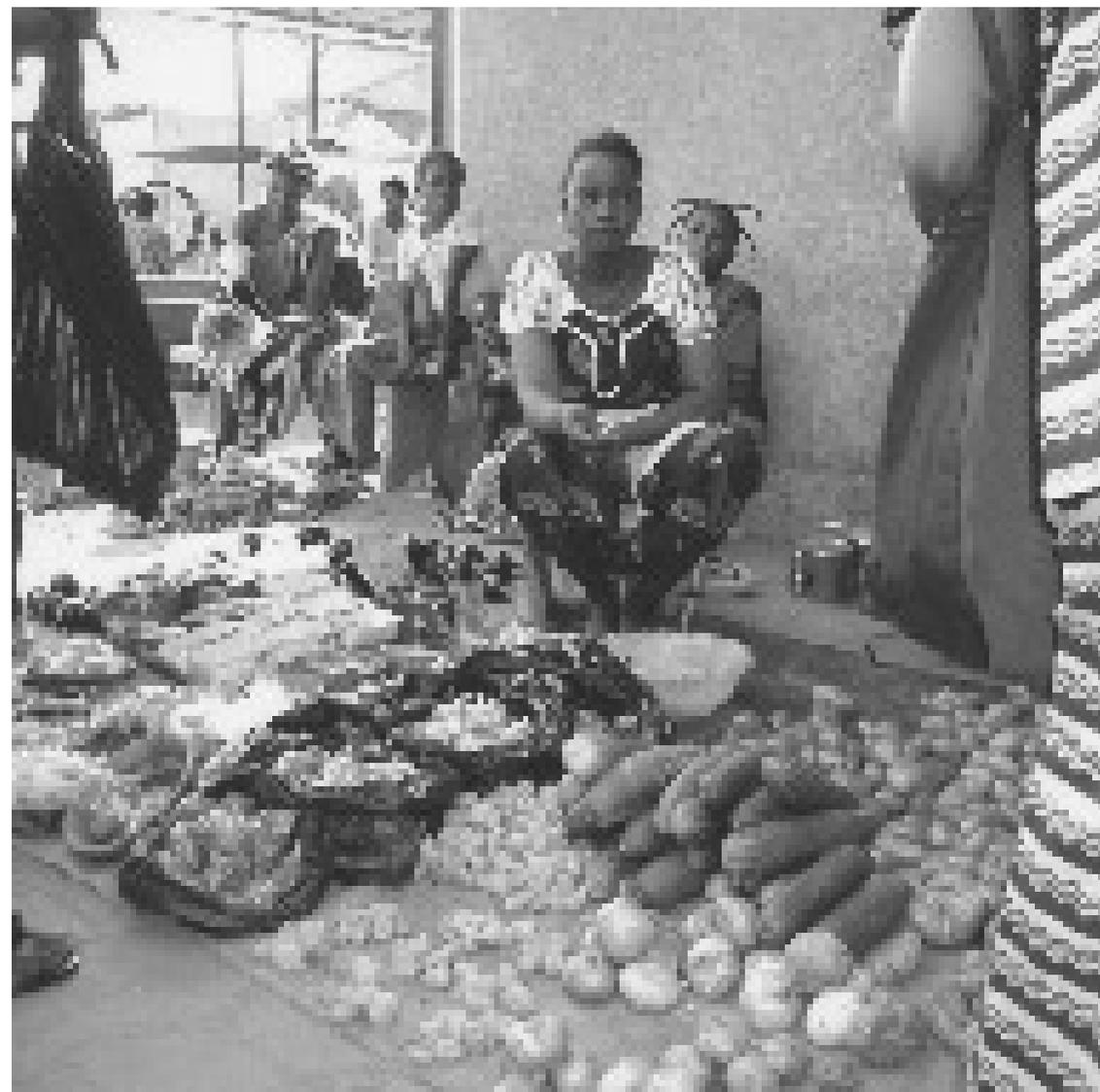
### Mit «Grin» zum Erfolg

Grosse Veranstaltungen ermöglichen die Mobilisierung der Massen und sind wichtige Foren, um AIDS mit Erfolg in die Öffentlichkeit zu bringen. Doch die eigentliche Zielgruppe ging, so die erste Erkenntnis aus dem Projekt, in der Masse unter. Aus diesem Grund war es wichtig – neben den publikumswirksamen Aktionen – die Zielgruppe besser zu erreichen, denn Jugendliche sind von der AIDS-Problematik besonders betroffen. Wissens- und Infor-

mationsvermittlung durch Altersgenossen ist ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Prävention von HIV/AIDS unter Jugendlichen. Die Zusammenarbeit mit den Jugendlichen stärken, bedeutete, auf ihre spezifischen Interessen und Bedürfnisse einzugehen. ASLAD hat den Kontakt zu den Jugendlichen über traditionelle Freundeskreise («Grin») gesucht und gefunden. In der Mehrheit setzen sich die Gruppen aus jungen Männern zusammen, die ihre freie Zeit gemeinsam verbringen. Ihr Interesse, mehr über sexuell übertragbare Krankheiten zu erfahren und unerwünschte Schwangerschaften zu verhindern, ist gross. Die «Grin» erlauben es, im kleinen Kreis intime Themen zu diskutieren, Vor- und Nachteile beim Gebrauch des Kondoms zu besprechen und damit verbundene Vorurteile abzubauen. Die Freundesgruppen erhalten Kleinkredite, um ein kleines Einkommen zu erzielen. Mit dem Geld lernen sie, Verantwortung zu übernehmen, sich zu organisieren und sich auch längerfristig im Projekt zu engagieren. Ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Präventionsprogramm wird in Zukunft der Zugang zu Test und Behandlung sein, denn effektive Aufklärung und Information setzen auch voraus, dass im Krankheitsfall gehandelt werden kann.

Maya Natarajan, Programmverantwortliche

**Dank der Vergabe von Kleinkrediten können Frauen und Jugendliche ein eigenes kleines Gewerbe aufbauen, zum Beispiel mit dem Verkauf von Gemüse.**



## Offene Türen – neue Gesichter

### Umzug mit grosszügigen Geschenken

Mit der Verstärkung des IAMANEH-Teams in diesem Jahr war ein Umzug in grössere Büroräumlichkeiten unumgänglich. Am Aeschengraben 16 in Basel fanden wir die passenden Lokalitäten, in die wir seit Juli 2002 eingemietet sind. Dank einer beachtlichen Büromöbel-Spende der UBS in Basel konnten wir alle Räume zweckmässig einrichten.

Für unser leibliches Wohl sorgte Vorstandspräsident Hans Bossart, der uns zur Einweihung eine Espresso-Kaffeemaschine schenkte. Von der Firma VITRA AG in Birsfelden sind wir gleich sechzehnfach beschenkt worden: Acht neue ergonomische Bürostühle sowie acht moderne Sitzungsstühle wurden gratis angeliefert, Demonstration inklusive.

### Offene Türen

Anfang September war es dann soweit: Freunden, Mitgliedern, Geschäftspartnern, Interessierten und Partnerorganisationen bot sich die Gelegenheit, das vergrösserte IAMANEH-Team am neuen Ort kennen zu lernen.

Dieser Tag der offenen Tür war ein voller Erfolg: Wir begrüsst rund 90 Personen in unseren zwar grossen, aber bei diesem Ansturm eher klein erscheinenden Büros. Musikalisch begleitete uns Susanne Strässle auf ihrem Akkordeon, mit stimmungsvoller Volksmusik aus der ganzen Welt. Auch unser Buffet fand grossen Anklang.

### Neue Gesichter

In der neu geschaffenen **Koordinationsstelle «Migration und reproduktive Gesundheit»** arbeitet seit 1. Mai 2002 **Eunice de Carvalho**. Die gebürtige Portugiesin ist auf Umwegen zur Expertin für Migrationsfragen avanciert: Nach ihrem Chemiestudium hat sie zuerst eine Laufbahn als Chemikerin eingeschlagen. Von 1993 bis zu ihrem Stellenantritt bei IAMANEH war die 42-Jährige im Projekt «Migration und Gesundheit» beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) tätig, verantwortlich für die portugiesische Gemeinschaft in der ganzen Schweiz. Eunice de Carvalho ist



verheiratet und Mutter zweier Kinder. Zu ihren Hobbies zählt Schwimmen und Fotografieren.



**Madeleine Wick Marcoli** gehört seit 1. Juni 2002 ebenfalls zur **Koordinationsstelle**. Die gelernte Pharmazeutin war mehrere Jahre in der klinischen Forschung der pharmazeutischen Industrie und

kurz in einer öffentlichen Apotheke tätig. 1993 bis 2001 übernahm sie beim Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel verschiedene Mandate als wissenschaftliche Mitarbeiterin zu Themen wie «Migration und Gesundheit» oder «Frau und Gesundheit». Gleichzeitig bildete sie sich zum Master of Public Health weiter. Die 44-jährige Luzernerin ist verheiratet und Mutter zweier Söhne und eines Stiefsohnes. Ihre Interessen liegen vorwiegend im kulturellen Bereich: Kunst, Literatur, Philosophie und Reisen.

Für die **Kommunikation** ist seit 1. April 2002 **Manuela Gregori** zuständig. Sie deckt die Bereiche Mittelbeschaffung, Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen und Werbung ab. Nach ihrer kaufmännischen Ausbildung und diversen Weiterbildungen in Public Relations und auf journalistischem Gebiet bringt die 42-jährige Baslerin Erfahrung in der externen sowie der internen Kommunikation mit. Manuela Gregori ist Mutter einer Tochter. In ihrer Freizeit trifft man sie oft mit Hund oder Velo in der freien Natur oder beim Lesen.



**Krystyna Lehmann** absolviert ihr einjähriges **kaufmännisches Praktikum** bei IAMANEH. Die 26-Jährige ist seit Mitte August bei uns und wirkt abwechselungsweise im Sekretariat und in der Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit mit. Punktuell übernimmt sie auch Aufgaben für die Geschäftsleiterin, für die Programmverantwortliche sowie in der Kommunikation. Krystyna Lehmann ist eine geübte Reiterin und interessiert sich für Literatur und die Natur.



## Zukunftsperspektiven

In Zeiten schnellen Wandels hat sich auch IAMANEH verändert. Wir blicken auf eine erfreuliche Entwicklung zurück, konnten wir doch die Anzahl der unterstützten Projekte und somit das Projektvolumen in den letzten Jahren stetig ausbauen. Die Arbeitsbelastung an der Geschäftsstelle sowie die finanzielle Verantwortung haben entsprechend zugenommen. Eine Entlastung bietet nun die neu geschaffene Stelle für Fundraising und Kommunikation. Damit wurde ein wichtiger Schritt hin zu einer klaren Arbeitsteilung gemacht: Waren früher die Programmverantwortlichen auch für die oben erwähnten Bereiche verantwortlich, können sie sich heute voll und ganz auf ihre Projektarbeit konzentrieren. Mit der Ausdehnung des Engagements in der Schweiz, im Speziellen mit der Lancierung des Projektes «Migration und reproduktive Gesundheit», sind zwei weitere Mitarbeiterinnen zum IAMANEH-Team gestossen. Bei diesem Projekt geht es nicht mehr nur um die Unterstützung einer lokal begrenzten Projektaktivität, sondern um ein nationales Projekt, das alle wichtigen Akteure im Bereich Migration und Gesundheit einschliessen und mögliche Synergien nutzen soll. Neu ist auch, dass das Grobkonzept für das Projekt bei uns entwickelt wurde,

und durch die bei uns angesiedelte Koordinationsstelle sind wir direkt in die Feinplanung und die Umsetzung involviert. In der Regel arbeiten unsere Projektpartner die Projekte aus und sind auch für die Umsetzung verantwortlich. Wir bieten in der Folge Beratung zu Fragen der Organisationsentwicklung und zu spezifischen Fachthemen.

Es geht nun darum – nach einer sehr bewegten und intensiven Zeit –, die Stabilität des Erreichten zu sichern. Dies bedeutet insbesondere auch, die für unsere Aktivitäten notwendigen finanziellen Mittel zu beschaffen. Die Veränderungen der letzten Monate brachten nicht nur bessere Arbeitsbedingungen und mehr Kapazität für die verschiedenen Arbeitsgebiete, sondern auch eine Organisationsstruktur, die stabiler ist und ein schnelleres und flexibleres Eingehen auf spezifische Bedürfnisse und Anliegen ermöglicht.

Barbara Schürch, Geschäftsleiterin

## Homepage in neuem Glanz

Sie möchten mehr über das Engagement und die Ziele von IAMANEH Schweiz erfahren? Sie würden gerne Ihre Anregungen, Ihre Wünsche oder gar Ihre Kritik loswerden? Dank [www.iamaneh.ch](http://www.iamaneh.ch) können Sie seit Mai 2002 direkt mit uns in Verbindung treten. Unsere Homepage wurde optisch und inhaltlich überarbeitet sowie benutzerfreundlich gestaltet. Wir freuen uns auf Ihren «virtuellen» Besuch.



## IAMANEH bei «Entwickeln – Gestalten – Vernetzen»

Unter diesem Motto fand Ende September in Basel die Netzwerktagung für interessierte Frauen statt, organisiert von der Frauenzentrale Basel-Stadt und vom Basler Frauen Forum. Namhafte Referentinnen wie Barbara Schneider, Regierungsrätin Basel-Stadt, die Basler Unternehmerin und Politikerin Anita Fetz oder Elisabeth Michel-Alder, Unternehmerin und Publizistin aus Zürich, äusserten sich zum Thema «Entwickeln». In einer Podiumsdiskussion nahm für IAMANEH Schweiz Maya Natarajan teil. Die Eingangsfrage lautete hier: Was würden Sie mit einer halben Million Franken tun? Die lakonische Antwort der Programmverantwortlichen Westafrika: «Besten Dank, aber eigentlich ist das viel zu wenig ...»

## www.interportal.ch – Bewährtes Tor zur Welt

Interportal, das schweizerische Internetportal zur internationalen Zusammenarbeit und Entwicklungspolitik, informiert über Anliegen und Angebote von 35 in der Schweiz tätigen Organisationen und Institutionen, die das Projekt seit über einem Jahr gemeinsam betreiben und finanzieren. Abrufbar sind täglich aktualisierte Informationen und Hintergrundberichte, Themendossiers, Kampagnen und Veranstaltungshinweise sowie eine Fülle von Links zu schweizerischen und internationalen Organisationen. IAMANEH Schweiz betreut das Themendossier «reproduktive Gesundheit».

### Faires Frühstück bei Luna

Die Naturdrogerie Luna aus Luzern berücksichtigte auch dieses Jahr mit einer Kollekte unser Hilfswerk bei ihrem Fair-Trade-Frühstück Mitte September und legte Informationsmaterial auf.

### Alles Wolle

Der Woll-Laden «Tuttolana» in Bülach spendete circa 20 kg Wolle für das Kinderprojekt «LAKANA SO» in Mali. Das Projekt fördert den Schulbesuch von Kindern und schafft gemeinsam mit den Müttern die Bedingungen, dass Kinder neue Lebensperspektiven bekommen.

### Jubiläumsjahr 2003

Im nächsten Jahr feiert IAMANEH Schweiz ihr 25-jähriges Bestehen. Diesen Geburtstag nehmen wir zum Anlass, unsere PR-Aktivitäten zu intensivieren und mehr an die Öffentlichkeit zu treten. Geplant sind kleinere und grössere Veranstaltungen das ganze Jahr hindurch. Das Jubiläumsjahr steht unter dem Thema «Migration und reproduktive Gesundheit». Hier ein kurzer Überblick (Stand Oktober 2002):

- März Informationsveranstaltung in Allschwil über das Projekt in Togo «Gesundheitszentrum für die Landbevölkerung»
- April Informationsveranstaltung in Bülach über das Kinderprojekt in Mali «LAKANA SO»
- Mai Informationsveranstaltung beim Basler Frauen Forum über Projekte in Westafrika, Osteuropa und der Schweiz
- Juni Generalversammlung
- Oktober/ Tagung zum Thema «Migration
- November und reproduktive Gesundheit»

Details zu den einzelnen Veranstaltungen folgen rechtzeitig.

### Neuer Kassier



Heinrich Müller wurde an der Generalversammlung im Juni 2002 zum neuen Kassier gewählt. Der gebürtige Winterthurer ist seit drei Jahren pensioniert und war in seiner aktiven Laufbahn

in den Bereichen Buchhaltung, Finanzen und Revision tätig. Sein Interesse für fremde Sprachen und Kulturen verband er beruflich mit fast 20 Jahren Auslandsaufenthalt in Nigeria, Chile, Bolivien, Pakistan und Venezuela.

Heinrich Müller hält sich in seiner Freizeit am liebsten in der freien Natur und in den Bergen auf. Der 64-Jährige ist verheiratet und Vater von drei Töchtern sowie Grossvater von drei Enkeln. Seinen Wunsch, ehrenamtlich für unsere Organisation tätig zu sein, begründet er so: «Ich hoffe, mein berufliches Know-How einbringen zu können. Daneben interessieren mich auch die zahlreichen Projektaktivitäten von IAMANEH, die dort Nutzen bringen, wo es am Nötigsten ist. Betroffenen Frauen und Kindern kann so gezielt geholfen werden.»



In Burkina Faso unterstützen wir ledige Mütter mit Kindern in ihrem Bestreben, bestmöglich für sich und ihren Nachwuchs zu sorgen.

## **Vorstand IAMANEH Schweiz**

<i>Präsident</i>	* <i>Bossart Hans, Prof. Gynäk./Geb., Lausanne</i>
<i>Vize-Präsident</i>	* <i>Wick Hugo, Dr. med. FMH Pädiatrie, Alt NR, Basel</i>
<i>PR Verantw.</i>	* <i>Brenneisen Paul, Dr., Konsulent, Bottmingen</i>
<i>Kassier</i>	* <i>Müller Heinrich, Reinach</i> <i>Eppenberger Susi, Alt NR, Wildhaus</i>
	* <i>Frei Markus, Dr. med. Tropenmedizin, Luzern</i> <i>Gutzwiller Felix, Prof. Inst. für Sozial- &amp; Präventivmedizin, NR, Zürich</i>
	<i>Koehlin Hartmann P., Dr., Konsul von Mali, Basel</i>
	* <i>Litschgi Mario, Prof. Gynäk./Geb., Generalsekretär SGGG, Kantonsspital, Schaffhausen</i>
	* <i>Löffler Luzius, Konsulent, Basel</i> <i>Mall-Haefeli Marianne, Prof. Gynäk./Geb., Basel</i>
	* <i>Matthey Fanny, Hebamme und Krankenschwester, Savigny</i> <i>Roth-Godat Christiane, Dr. med., Verwaltungsdirektorin</i> <i>Universitätsspital Zürich, Le Mont-sur-Lausanne</i>
	<i>Rougemont André, Prof. Inst. de méd. soc. et prév. CMU, Genève</i>
	* <i>Santschi Gerda M., delegiert von Iamaneh International, Veyrier</i> <i>Schneider Henning, Prof. Gynäk./Geb., Universitäts-Frauenklinik,</i> <i>Inselspital, Bern</i>
	* <i>Tanner Marcel, Prof., Direktor Schweiz. Tropeninstitut, Basel</i>
	* <i>Thomsen Edith L., Hebamme, Mitglied des Schweiz. Hebammenverbandes,</i> <i>Lausanne</i>

*(\*Mitglieder des geschäftsführenden Ausschusses)*

## **Geschäftsstelle**

<i>Geschäftsführung</i>	<i>Schürch Barbara</i>
<i>Programmverantwortliche</i>	<i>Natarajan Maya</i>
<i>Projektverantwortlicher</i>	<i>Löffler Luzius</i>
<i>Sekretariat</i>	<i>Waldner Gabriele</i>
<i>Kommunikation</i>	<i>Gregori Manuela</i>
<i>Koordinationsstelle</i>	<i>De Carvalho Schmid Eunice, Wick Marcoli Madeleine</i>
<i>Kaufmännisches Praktikum</i>	<i>Lehmann Krystyna</i>