

# Atemnot

Andrea Bregoli

## Die Benachteiligung im Gesundheitswesen ist in den besetzten Gebieten eine Konstante. Ein Überblick.



Israelisches Militär inspiziert palästinensische Ambulanz. Foto: Naser Fe, PMRS

In Zeiten von Corona wird die Diskriminierung der Palästinenser\*innen durch den israelischen Staat offensichtlich wie selten zuvor: Ungleichbehandlungen in der Gesundheitsversorgung aufgrund palästinensischer Ausweise, der Abriss von Häusern in Zeiten von Quarantäne und die Beschlagnahmung von Baumaterialien für Feldkliniken und Notunterkünfte. Solche Aktionen während einer akuten Situation wie der jetzigen müssen als Praxis einer strukturellen Benachteiligung verstanden werden, die das palästinensische Gesundheitssystem schon seit Langem in die Knie gezwungen hat.

Ein Blick auf verschiedene Budgetzahlen genügt. Im Jahr 1975, als die israelische Armee noch allein für die Gesundheit im palästinensischen Gebiet verantwortlich war, verfügte ein einzelnes israelisches Krankenhaus mit 260 Betten über ein Budget, das 60 Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets des Westjordanlandes entsprach. Erst

ab Mitte der 80er-Jahre sind finanzielle Verbesserungen nachweisbar. 1986 erhöhte die Militäradministration die Gesundheitsausgaben für das besetzte Gebiet mit ca. 1,7 Millionen Einwohner\*innen von 8 auf 20 Mio. USD. Somit konnten für die

palästinensische Bevölkerung rund 30 USD pro Kopf ausgegeben werden, während in Israel 350 USD bereitgestellt wurden.

Die Erhöhung der Ausgaben steht aber in Zusammenhang mit dem kontinuierlich wachsenden Anteil der palästinensischen Steuern am Gesundheitsbudget und nicht mit einem Sinneswandel. In den 70er-Jahren, kurz nach Beginn der Besetzung, stieg der palästinensische Beitrag zur eigenen Gesundheitsversorgung von 10 auf 50 Prozent und gegen Anfang der 80er-Jahre lag er zwischen 75 und 80 Prozent. 1987 schaffte es die Militäradministration, die Gesundheitsversorgung im Westjordanland ausschließlich mit lokalen Steuern zu finanzieren. Im Gazastreifen konnte kein geschlossener Wirtschaftskreislauf errichtet werden. Das israelische Verteidigungsministerium hat bis 1994 15 Prozent der Versorgung finanziert.

Trotz der höheren Ausgaben standen für 1000 palästinensische Einwohner\*innen im Westjordanland im Schnitt nur 1,5 Betten und 0,8 Ärzt\*innen zur Verfügung, während in Israel selbst für dieselbe Zahl an Bewohner\*innen 6,1 Betten und 2,8 Ärzt\*innen bereitstanden.

Dies war der Zustand der gesundheitlichen Infrastruktur, als 1994 die

### Palästinenser\*innen im israelischen Gesundheitssystem

Rund 12 Prozent des Personals im öffentlichen israelischen Gesundheitswesen sind palästinensische Staatsbürger\*innen, im Vergleich zu rund 7 Prozent im gesamten öffentlichen Dienst. Die Durchmischung ist regional sehr unterschiedlich, von einem hohen Anteil in öffentlichen Spitälern des Nordens (nahezu 50 %) bis hin zur Psychiatrischen Klinik Nes Ziona, die keine\*n einzige\*n Palästinenser\*in beschäftigt. Gemessen am Bevölkerungsanteil von rund 20 Prozent sind die Palästinenser\*innen insgesamt immer noch untervertreten. Dennoch bildet das Gesundheitswesen vergleichsweise gute Aufstiegschancen und eine relativ weitreichende Gleichbehandlung von Ärzt\*innen, Pharmazeut\*innen und Pflegekräften ungeachtet ihrer ethnisch-religiösen Zugehörigkeit. Auch in Bezug auf das kollegiale Verhältnis zwischen jüdischem und arabischem Personal scheint das Gesundheitswesen eine Ausnahme darzustellen. Sie belegt, dass einer professionellen Zusammenarbeit wenig im Wege steht – allerdings, wie Untersuchungen zeigen (vgl. [tinyurl.com/yd4ozjzm](https://tinyurl.com/yd4ozjzm)), unter der Voraussetzung, dass Ereignisse wie Militäroperationen und generell die Politik gegenüber Palästinenser\*innen als Themen am Arbeitsplatz konsequent ausgeblendet werden.

Palästinenserbehörde (PA) im Zuge des sogenannten Friedensabkommens in einem Teil des besetzten Gebiets (OPT) Verantwortung für die Gesundheitsversorgung übernahm. Während knapp 30 Jahren war der Gesundheitssektor durch starke Unterfinanzierung direkt benachteiligt worden. Diese Diskriminierung setzt sich heute auf bürokratischer Ebene fort. Mit der administrativen Einteilung des OPT in A-, B- und C-Zonen im Westjordanland ist Israel in der öffentlichen Verwaltung nach wie vor die letzte Entscheidungsinstanz.

legalen Sperrmauer, beeinträchtigt. Am schlimmsten ist die Lage im seit über zehn Jahren abgeriegelten Gazastreifen. Dort müssen Einwohner\*innen eine Bewilligung für die Ausreise beantragen, um auswärtige medizinische Behandlung zu bekommen. Laut WHO ist die Ablehnungsrate für solche Bewilligungen zwischen 2012 und 2018 von 9 auf 38 Prozent gestiegen. Im Jahr 2018 mussten über 1800 Minderjährige zu Behandlungszwecken unbegleitet ausreisen, da den Eltern die Begleitung nicht genehmigt wurde.

unter jordanischer Verwaltung Aufschwung bekam, eine wichtige Rolle. Palästinensische Ärzt\*innen bauten damals selbstständig Kliniken und besuchten unbetretene ländliche Regionen. Solche kollektiven Aktionen, die ab den 80er-Jahren und insbesondere seit der ersten Intifada als bewusste Strategie des Widerstands gewählt und als „Sumud“, zu Deutsch „Standhaftigkeit“, bezeichnet werden, waren für das Gesundheitswesen unter Besatzung essenziell. Die Palestinian Medical Relief Society (PMRS) ist eine der vielen Organisationen, die aus diesem Geist entstanden sind.

Auch wenn Hilfsorganisationen und Freiwilligenarbeit die Gesundheitsinfrastruktur im OPT über Wasser halten, die psychische Belastung des palästinensischen Volkes kann damit nicht abgedeckt werden. Im Westen bereiten die wirtschaftliche Rezession, die Quarantäne und temporäre Reisebeschränkungen schon Sorgen und Debatten um das seelische Wohlbefinden der Bürger\*innen. Unter militärischer Besatzung, verschärft durch die Erfahrung wiederholter militärischer Angriffe, ist eine hohe psychische Belastung die Regel.

Um die Palästinenser\*innen aus dieser Dauerbelastung zu befreien, muss die strukturelle Benachteiligung, ein Zusammenspiel zwischen ewiger Unterfinanzierung, der Drosselung der eigenständigen Wirtschaftsentwicklung und der Absenz einheimischer Gestaltungsmacht, international anerkannt und bekämpft werden. Politischer Fortschritt ist für die Heilung der chronischen Unterentwicklung der Gesundheit nötig.

*Quellen:*

*Tamara Barnea und Rafiq Hussei (Hg.), Separate and Cooperate, Cooperate and Separate: The Disengagement of the Palestine Health Care System from Israel and its Emergence as an Independent System.*

*Rita Giacaman, Health Conditions and Services in the West Bank and Gaza Strip. Studie für die Konferenz der Vereinten Nationen für Handel und Entwicklung.*



*Patronenhülsen in einer mobilen Klinik nach Angriff während der zweiten Intifada.  
Foto: Abed Omar Qusine, PMRS*

Es herrscht ein strenges Bewilligungssystem, das Einschränkungen im Personen- und Warenverkehr ermöglicht und eine Vereinheitlichung jedes Systems verhindert.

In der C-Zone, die ca. 60 Prozent des Westjordanlands umfasst, ist die PA zwar auch für die Gesundheitsversorgung verantwortlich, aber der Bau von Kliniken, Krankenhäusern und Wasserleitungen wird von der israelischen Zivilverwaltung geregelt. Wenige Bauprojekte werden in der C-Zone bewilligt, unautorisierte Infrastruktur wird abgerissen. Der Personenverkehr wird im Westjordanland durch über 450 Blockaden, von Strassen-Checkpoints bis zur il-

Eine einheitliche Gesundheitspolitik und eine nachhaltige Finanzierung sind unter solchen wirtschaftlichen und politischen Umständen schlicht unmöglich. Aus diesem Grund ist die öffentliche Gesundheit schon seit Jahrzehnten stark auf internationale Hilfsorganisationen angewiesen. Seit der Nakba, der Vertreibung der Mehrheit der palästinensischen Einwohner\*innen aus dem entstehenden Staat Israel, erfolgt die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen im Wesentlichen über das zu deren Versorgung eingerichtete UN-Hilfswerk UNRWA. Zusätzlich spielt die einheimische Freiwilligenarbeit, die in den 50er-Jahren

# Soziale Krankheitsursachen erfordern soziale Lösungen

## Interview mit Rita Giacaman

### Die Fragen stellte Andrea Bregoli

**Gesundheit darf im Kontext des besetzten palästinensischen Gebiets (OPT) nicht nur medizinisch, sondern muss auch soziopolitisch betrachtet werden.**



Mobile Klinik für Frauen in einer Schule in Bart'a ash Sharqiya. Foto: Oren Ziv

**Sie arbeiten am Institut für gemeinschaftliche und öffentliche Gesundheit der Universität Birzeit im Westjordanland, das sie mitbegründet haben. Was lag der Gründung dieses Departements zugrunde und wie sah die Situation damals aus?**

Wir waren gleich von Anfang an beteiligt an dem, was damals „soziales Handeln“ (social action) genannt wurde, fortschrittliches soziales Handeln, um die Infrastruktur des Widerstands gegen die israelische Militärherrschaft aufzubauen.

Ich kam aus den USA zurück nach Hause und war umgeben von sozialem Handeln. Akademiker\*innen, die nicht in den Hochschulen blieben, sondern die Hochschule als Ort des gesellschaftlichen Aufbaus und des Widerstands dachten. Es lag also auf der Hand, Lösungen zu

manchen der Gesundheitsprobleme unter israelischer Militärherrschaft zu suchen. Eine Forschungsgruppe wurde gebildet, die der Frage nachging: Was passiert mit Menschen im Krieg? So begann alles.

Die ersten zwei Jahrzehnte bis zur Einsetzung der Palästinenserbehörde (PA) 1994, auch 1990 und im Kontext des Oslo-Abkommens, war unsere Arbeit integral mit sozialem Handeln verbunden. Wir betrieben akademische Forschung, aber mit einem Fuss in der Praxis vor Ort. Es war Arbeit an der Basis, im Bemühen, von den Betroffenen selbst zu lernen, die Erkenntnisse dann zu interpretieren und der Welt und der Öffentlichkeit zu vermitteln, welche Bedeutung sie für die Gesundheit haben und wie sie mit den kriegsähnlichen Bedingungen zusammenhängen.

**Bezieht sich der Verweis auf die Gemeinschaft im Institutsnamen auf diese Verankerung vor Ort?**

Ja. Wir beschränken uns nicht auf öffentliche Gesundheit, sondern betreiben gemeinschaftsbasierte und öffentliche Gesundheit und betonen das. Es ist also nicht das übliche, sagen wir angelsächsische akademische Verständnis von öffentlicher Gesundheit. Wir sind auch Aktivist\*innen. Was immer wir tun, geschieht unter Einbezug der Menschen und politischer wie sozialer Anliegen.

**Was verstehen Sie unter öffentlicher Gesundheit, in Abgrenzung zum westlichen Verständnis?**

Klassischerweise fokussiert öffentliche Gesundheit streng auf konkrete Zahlen aus biomedizinischer Sicht. Zum Beispiel wird erfasst, wie viele Menschen sterben, krank oder behindert sind. Wir haben einen anderen Ansatz. Wir betreiben das, was heutzutage multidisziplinäre öffentliche Gesundheit genannt wird. Vom [deutschen Mediziner Rudolf] Virchow (1821–1902) haben wir gelernt, was es bedeutet, Gesundheit in den Kontext einzubetten. Virchow untersuchte Mitte des 19. Jahrhunderts eine Typhusepidemie und kam zum Schluss, dass Reformen in der Verwaltung nötig seien. Damit zielte er auf die elenden Lebensumstände der Menschen, die er als Hauptursache für die Epidemie ausmachte. Wir haben uns das zu Herzen genommen und legen einen Blick auf die umfassenderen bestimmenden Faktoren für Gesundheit.

**Das entspricht auch Ihrer Tätigkeit in den 80er-Jahren, als Sie gemeinsam mit der Birzeit Women's Charitable Society (BWCS) ein Schulungsprogramm für Gesundheitspersonal in den Dörfern aufbauten.**

Ja, in den frühen 80er-Jahren gab es hier einen palästinensischen Mediziner. Die Mitglieder habe ich wegen ihrer Arbeitsweise als „Schreibtischtäter“ bezeichnet. Sie entschieden, was zu tun ist; mit ihrem biomedizinischen Modell lief

das zwangsläufig auf mehr Spitäler, mehr Ärzte, mehr Pflegekräfte, mehr Medikamente hinaus. Weil wir von Virchow beeinflusst waren, beschlossen wir, zuerst zu den Leuten zu gehen und mit ihnen zu reden, Tests durchzuführen und ihre gesundheitliche Verfassung herauszufinden. Dann erst können wir für ihre Gesundheit planen.

Wir gingen also in drei Dörfer in der Nähe von Birzeit. Der Zusammenhang zwischen Armut, unzulänglichen Unterkünften, Mangelernährung etc. einerseits und Kindersterblichkeit sowie Gesundheit insgesamt war sehr interessant und schockierend. Rund um diese Erkenntnisse schlossen wir uns mit der BWCS zusammen, um einen Schulungskurs für Gesundheitspersonal zu entwickeln. Das war ziemlich neuartig.

Die Universität Bethlehem hatte zuvor schon versucht, solche Kurse zu entwickeln. Wir konnten von ihren Fehlern lernen. Mislungene Projekte sind nicht immer eine Fehlinvestition. Ich habe eng mit den Leuten der Uni Bethlehem zusammengearbeitet, um herauszufinden, was schiefgelaufen ist. Sie hatten als Bedingung für das Gesundheitspersonal in den Gemeinden auf höhere Schulbildung gepocht. Zu dieser Zeit gab es natürlich keine Frauen, die einen solchen Abschluss vorweisen konnten, sodass nur Männer zugelassen worden waren. Als diese nach ihrer Ausbildung zurück in die Dörfer gingen, wurden sie aber nicht in die Häuser gelassen, weil sie Männer waren. Nach und nach scheiterte das Projekt also.

Wir zogen die Lehre daraus und sagten: Ok, sechs Schulstufen, sechs Jahre Schulbildung und nur Frauen. Das Programm war ein ziemlicher Erfolg und wurde mehrere Jahre weitergeführt. Dann übergaben wir es an eine der Gruppen, die im Sozialen aktiv sind, die Union of Palestinian Medical Relief Committees bzw. die heutige Palestinian Medical Relief Society (PMRS), die nach wie vor Gesundheitspersonal für die Gemeinden ausbildet. Irgendwann

wurde der Kurs vom Bildungsministerium als Nachoberstufendiplom anerkannt, was schwierig war, aber gelang.

**In dem Prozess stellten sich also auch viele Probleme. Ich habe gelesen, dass Sie zur Verbesserung der Wasserqualität Leitungen in die Dörfer verlegen wollten.**

Ja, das war eine interessante Situation. Das Problem war ein Parasitenbefall, der wegen des Durchfalls eine der Ursachen für die schwere Mangelernährung war. Es konnte also nicht darum gehen, die Mütter aufzufordern, ihre Kinder besser zu ernähren oder zu pflegen. Es macht keinen Sinn, Gesundheitserziehung anzubieten, wenn sie angesichts der mangelnden Infrastruktur gar nicht umgesetzt werden kann. Wir arbeiteten dann mit einer Einrichtung zusammen, um eine Wasserleitung in dieses Dorf legen zu können. Das israelische Militär verweigerte strikt eine Bewilligung. Sie wollten das Dorf bestrafen, weil es dort ein paar Aktivist\*innen gab. Unglaublich, wirklich unglaublich!

**Wo werden solche Anträge gestellt?**

Wir selbst hätten keinen Antrag stellen können. Wir schlossen uns mit einer internationalen Gruppe zusammen, die aufgrund der vorliegenden Daten Interesse zeigte, und sie stellten den Antrag bei der israelischen Militärverwaltung. Die sagen nie Ja oder Nein. Das ist bis heute so. Was auch immer man beantragt, sie sagen nie Nein, aber auch nie Ja. Sie lassen einen im Ungewissen und man kann ewig warten. So war es auch da. Ich habe nie eine Antwort bekommen. Beispielsweise habe ich viele Male versucht, nach Gaza zu reisen. Seit 1994 war ich nicht mehr in Gaza. Die WHO hat für mich den Antrag gestellt, aber sie haben keine Antwort bekommen. Kein Nein, kein Ja. Ich kann noch immer nicht dorthin.

**Sie betonen in Ihrer Arbeit und Forschung stark, dass die objektiven Gesundheitsdaten wie Tod, Verletzung, Behinderung und Krankheit nötig, aber unzureichend sind,**

**um die palästinensische Frage korrekt zu beschreiben. Nach der ersten Intifada begann die WHO, soziale und psychologische Kriterien in ihrem Verständnis von Gesundheit zu berücksichtigen, während sie sich zuvor auf rein physische Aspekte beschränkt hatte. Auch in der humanitären Hilfe wurden zunehmend psychologische Behandlungen angeboten. Sie kritisieren das und sagen, das sei nur eine „medikalisierte Antwort auf das Trauma“. Was verstehen Sie darunter?**

Was ich meine ist, dass manchmal und vielleicht sogar oft die Palastinenser\*innen mit dieser medikalisierten Antwort stigmatisiert werden. Erstens sind wir nicht psychisch krank. Das ist schon mal entscheidend. Wir leiden unter den Folgen einer Situation, in der wir Gewalt ausgesetzt sind. Wenn diese Gewalterfahrung die Ursache ist, muss es eine Lösung durch Beendigung dieser Gewalt geben. Soziale Ursachen von Krankheiten erfordern eine soziale Lösung. Stattdessen kommen sie mit Medikationen und Therapien und helfen uns, unsere Empfindungen zu betäuben und unsere Unterwerfung hinzunehmen. Das ist inakzeptabel. Ich möchte damit nicht sagen, dass manche Leute nicht Medikationen und Therapien brauchen. Manche brauchen das, aber die meisten sind nicht psychisch krank.

**Wie untersuchen Sie diese Gewalterfahrungen? In „Reframing Public Health in Wartime“ (Neubeurteilung von öffentlicher Gesundheit in Kriegszeiten) erwähnen Sie, dass zusätzlich zu den physischen Kriegsfolgen die Zerstörung der Lebensweise von Menschen mitberücksichtigt werden muss.**

Der Krieg von 1948 hat beispielsweise die Lebensweise der Menschen völlig zerstört. Zwei Drittel der palästinensischen Bevölkerung wurden vertrieben, enteignet und über die ganze Region zerstreut. Noch immer leben sie mehrheitlich in Flüchtlingslagern und warten bis heute auf ihr Recht auf Rückkehr. Das ist

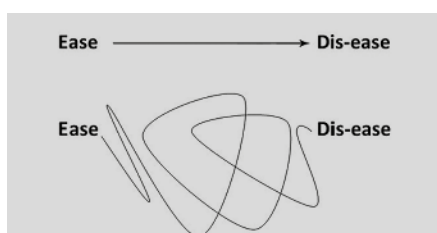
eine enorme Zerstörung der Lebensweise. Vom bäuerlichen Dasein zu dem eines Flüchtlings, der auf Godot wartet.

Der zweite Aspekt ist, dass beispielsweise auch aktuell permanent Landenteignungen stattfinden, wodurch die Lebensweise der Menschen zerstört wird. Mehrheitlich werden landwirtschaftliche Flächen konfisziert, die gebraucht werden. Sie nehmen Wasserquellen und lassen die Menschen ohne Beschäftigung zurück, sodass sie sich auf Arbeitssuche begeben müssen und sich am Ende in der demütigenden Lage wiederfinden, als Arbeiter in Israel die Häuser anderer Leute zu bauen. Gerade eben sollen 30 Prozent des verbleibenden Westjordanlands von Israel annektiert werden. Können Sie sich vorstellen, was das für die Palästinenser\*innen bedeutet? Das ist Zerstörung unserer Lebensweise.

### Wie fließt das in Ihre Forschung ein?

Indem wir dokumentieren, wie und was ihre frühere und was ihre heutige Tätigkeit ist, und indem wir beleuchten, welche Folgen das für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden hat. Dabei haben wir bemerkt, dass diese Dichotomie von Krankheit und Gesundheit problematisch ist.

Was es braucht, ist ein Konzept mit einem Kontinuum zwischen Wohlbefinden (ease) und Krankheit (dis-ease), in dem Menschen, wenn sie politischen, wirtschaftlichen und anderen Demütigungen ausgesetzt sind, in diesem Kontinuum, das zu Krankheit führen kann, hin- und herpendeln. In der Mitte, bevor es zur Krankheit kommt, leiden diese Menschen, unser Volk, und sie leiden fürchterlich. Das hat negative Folgen auf ihre Gesundheit, weshalb wir an-



Gesundheit und Krankheit als Kontinuum

gefangen haben, innerhalb der Kategorie soziales Leiden neue Aspekte einzuführen, wie beispielsweise die Demütigung. In einem veröffentlichten Artikel konnten wir zeigen, dass Demütigung negative Folgen hat. Wir arbeiteten auch das Kriterium der individuellen und kollektiven Gewalterfahrung heraus und konnten so zeigen, dass beide unabhängig voneinander negative Folgen für die Gesundheit haben. Das ist sehr wichtig, denn besonders die Biomedizin schaut nur auf Einzelpersonen und nicht auf die Gemeinschaft, auch wenn ganze Gemeinschaften betroffen sind.

Wir arbeiten auch andere Kriterien aus. Wir sind gerade kurz vor der fertigen Erfassung des Kriteriums der Deprivation (Mangel, Verlust von etwas bislang Erhaltenem) und machen Feldforschung zum Kriterium Ungewissheit. Das ist so wie Covid-19, niemand weiss genau, was auf uns zukommt. Wir werden sehen, wie sich das mit Gesundheit in Beziehung setzen lässt. Wir unternehmen also alles Mögliche, um Skalen und Massstäbe auszuarbeiten, die den Zustand vor Ausbruch der Krankheit erfassen, denn aus Sicht der öffentlichen Gesundheit ist Prävention das, was ansteht.

### Soziales Leiden ist also mehr oder weniger ein Kriterium, das zeigt, wie Gesundheit durch die Politik beeinflusst wird?

Durch Politik, aber auch durch die Wirtschaft, die Gemeinschaft, die PA. Wir schauen, welche strukturellen Faktoren die Gesundheit beeinflussen können. Insofern beziehen wir alles ein. In einer Studie über die Jugend (in Palästina) haben wir beispielsweise gezeigt, dass die jungen Menschen sich durch die Tätigkeiten der PA völlig ausgeschlossen fühlen und dass das Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat.

### Woran genau äussert sich dieses Leiden oder dieser soziale Ausschluss von Jugendlichen im besetzten palästinensischen Gebiet?

Was wir herausgefunden haben, war, dass sich diejenigen Jugendlichen, die sich durch die Tätigkeit

der PA ausgeschlossen fühlen, signifikant weniger wohlfühlen. Wir nutzen die fünf Indikatoren der WHO über Wohlbefinden. Das passt recht gut. Wirtschaft ist ein wesentlicher Indikator, aber diese hängt nicht nur von der PA ab, sondern auch von Israel und der Siedlungstätigkeit.

### Sie erwähnen, dass die jüngere Generation unzufrieden ist mit der Arbeit der PA. Heisst das, dass sie mit der israelischen Besatzung selbst nicht unzufrieden sind?

Nein. Sie sind nicht zufrieden mit der israelischen Besatzung, aber fühlen sich in dieser Beziehung nicht ausgeschlossen. Wenn etwas passiert, gehen sie zu den Checkpoints und werfen Steine. Aber nicht nur das. Sie sind in der Lage, sich auf gewisse Weise zu organisieren und Dinge zu tun, die dem entgegenwirken, was die israelische Besatzung macht.

Das Problem mit der PA ist, dass es dort für sie überhaupt keinen Platz gibt. Es ist eine patriarchale Struktur, und sie wird auf allen Stufen vollständig von der aus der älteren Generation bestehenden Führung kontrolliert. Politisch wird sie zudem von einer Gruppe kontrolliert. Schauen Sie sich die aktuelle palästinensische Führung an. Gibt es da im Apparat irgendjemanden unter 60? Nein, da ist keinerlei Platz. Zudem gibt es Anordnungen. Es gibt Vetternwirtschaft. Sie geben die Arbeit also ihren Freunden, ihren Cousins. Und da ist Korruption.

Beispielsweise hat die PA vor einigen Wochen beschlossen, der Bevölkerung etwas Geld zu verteilen. Und dann gab es bei der Verteilung starke Vetternwirtschaft und Korruption. Deshalb protestierten sie gegen die PA. Sie geben das Geld ihren Cousins, Leuten von der Fatah, diesem und jenem und nicht den Leuten, die es wirklich brauchen würden.

### Die jüngere Generation hat also kaum Vertrauen in die Regierung?

Sie haben generell sehr wenig Vertrauen in was auch immer: in die PA und all ihre Institutionen; in alle Parteien, aber auch in die Gemein-



*Jugend im Widerstand.  
Foto z.V.g.: Rita Giacaman*

schaft. Sie vertrauen einzig und allein ihrer Familie.

**Sie haben auch erwähnt, dass sich die jungen Menschen in einer Art von „dreifacher Gefangenschaft“ befinden.**

Junge Menschen und insbesondere junge Frauen sind Gefangene der Besatzung, sie sind Gefangene der PA und sie sind Gefangene der Wirtschaft; und nun sind sie auch noch Gefangene von Covid-19. Dasselbe gilt für erwachsene Frauen, für die es ähnlich aussieht wie für die Jugendlichen, denn im Patriarchat geht es um die Kontrolle älterer Männer über Frauen und junge Menschen. Wenn es also keinen Handlungsspielraum und kein Betätigungsfeld gibt, ist man nicht nur gefangen, sondern natürlich auch extrem frustriert, verzweifelt etc.

Im Wesentlichen fühlen sich junge Menschen deutlich verzweifelter und unsicherer als ältere. Dafür gibt es mehrere Gründe. Erstens haben alle über 35 die zweite Intifada miterlebt. Sie waren vielleicht 15 oder älter und kennen diese Störungen ihres Alltags, die Ausgangssperren etc., sind mit der Situation also vertraut. Daneben gibt es andere wichtige Gründe, warum ältere Menschen gesetzter sind. Sie alle haben Familie, haben Arbeit etc. Die Jungen warten noch darauf, Abschlüsse zu machen, sie wollen Arbeit finden, eine\*n Partner\*in, wollen heiraten, Kinder haben, ein Haus haben. Und sie wollen vollwertige Bürger\*innen sein. Aber zurzeit, mit dieser dreifachen Gefangenschaft, gibt es keinerlei Perspektive. Sie sitzen dau-

erhaft fest in der Kategorie Jugend. Deshalb sind sie tatsächlich extrem frustriert.

**Oft heisst es, die Jugend von heute sei die Führung von morgen. Welche Perspektive sehen Sie aufgrund Ihrer Analyse für die Jugend? Glauben Sie, dass es mit der heutigen Generation Verbesserungen geben wird?**

Ich weiss es nicht. Ich rede immer wieder mit meiner Tochter, die gerade ihr Doktoratsstudium abschliesst und extrem frustriert ist. Oder genauer genommen im Unklaren, wie es weitergehen soll. Es gibt keine Jobs, nichts. Vorhersagen sind daher schwierig, insbesondere da es nicht danach ausschaut, als würde die palästinensische Frage bald gelöst. Das ist ein riesiges Thema, nicht nur Covid. Die grössere Frage ist, was während der Covid-Pandemie in Bezug auf Annexion, Landkonfiszierungen, Verhaftungen, Siedlergewalt passiert. Es ist, als würde Israel Covid-19 nutzen, um Wunder zu vollbringen und die Palästinenser\*innen loszuwerden.

**Denken Sie, dass die Palästinenser\*innen die Situation nutzen können, um den Widerstand zu stärken?**

Das Problem mit dem Widerstand zurzeit ist, dass wir von zwei Armeen besetzt sind. Früher gab es die Besatzung, das war schlimm. Wir haben gegen die israelische Armee gekämpft. Jetzt gibt es auch die palästinensische Polizei. Sie überwacht die Palästinenser\*innen für die Israelis.

**Die Jugend zeigt aber auch, wie Sie in der Studie „The Psychological Health of Palestinian Youth“ zeigen, stärkere Formen des Widerstands, eine ganz andere Form von «dritter Intifada».**

Vielleicht. Es sind neue Formen, ein laufender Prozess anderer Art. Keine konstante, über vier Jahre andauernde Intifada. Es ist eher wie ein Sprint, und ich denke, wir müssen das anerkennen. Das Problem ist aber, dass der Protest zu wenig organisiert ist. Sie müssten selbst Erfahrungen mit

dem Befreiungskampf und Organisationsformen machen können, denn die Lösungen fallen nicht vom Himmel.

**Inwiefern hat sich Ihre Forschung im Verlauf der Geschichte von der ersten Intifada über die Oslo-Abkommen bis hin zur Einrichtung der PA und der zweiten Intifada verändert?**

Die erste Phase, als wir in die Dörfer gingen und sahen, unter welch schockierenden Verhältnissen die Menschen lebten, hat uns die Augen geöffnet. Von dort an war es ein gradueller Prozess, in dem wir jeweils auf den früheren Erfahrungen aufbauten. Im Bezug auf den Ansatz haben wir meiner Meinung nach nicht viel geändert. Was wir substantiell geändert haben, ist, dass wir unsere Arbeit jeweils auf die gesellschaftlichen Bedürfnisse abstimmen. In den 80er- und frühen 90er-Jahren kümmerte es uns beispielsweise nicht, ein Diplom für öffentliche Gesundheit anzubieten. Das brauchte es nicht. Das Ziel war eine in der Gemeinde verankerte Rehabilitation. Doch als die PA eingerichtet wurde und ausgewählte Bereiche einschliesslich des Gesundheitswesens übernahm, wurde uns klar, dass ein Bedarf an Ausbildung im Rahmen der PA besteht. Daher befassten wir uns mit der Ausbildung in öffentlicher Gesundheit und setzten gleichzeitig unsere Forschung fort, wobei wir neue Aspekte in der praktischen Arbeit entdeckten und darüber forschten, um die negativen Folgen ausländischer Gesundheitspolitik aufzuzeigen und gleichzeitig die Ausbildung sicherzustellen.

**Haben Sie den Eindruck, dass sich mit der Arbeit des Instituts die Zusammenarbeit und die Anerkennung auf internationaler und nationaler Ebene verbessert haben?**

Bis etwa ins Jahr 2000 hatten wir keinerlei Chance, in internationalen Zeitschriften zu publizieren, da eine weit verbreitete Angst bestand, die Rechte der Palästinenser\*innen zu thematisieren. Es gab die Zeitschrift

Medical Monitor, die einen kleinen Artikel über Palästinenser\*innen in '48 [im israelischen Staat] veröffentlichte. Die wurde tatsächlich auf Druck der zionistisch-jüdischen Lobby eingestellt! Also wagte niemand etwas zu veröffentlichen. Mit der zweiten Intifada änderte sich das, zumindest in Europa. Wir begannen also zu publizieren. Durch das wachsende Bewusstsein insbesondere in Europa, in geringerem Ausmass in den USA, konnten wir deutlich mehr publizieren und Akzeptanz gewinnen.

Der andere Grund ist, dass unser Diskurs anders, bedrohlich wirkte. Mit der Zeit entwickelten aber auch andere ihren Diskurs weiter, insbesondere in Entwicklungsländern, und das westliche Paradigma wurde hinterfragt. Also publizierten wir immer mehr. Ich denke, unterdessen werden wir als legitim angesehen.

Dazu fällt mir Michel Foucault ein, der einmal einen kleinen Text mit dem Titel „Zwei Vorlesungen“ schrieb. Darin betont er zu Recht, dass Kritik unterjochtes, ausgeschlossenes Wissen einschliessen muss. Bei den Palästinenser\*innen dauerte es am längsten, sie wurden ausgeschlossen, weil sie angeblich lügen. Oder sie wurden westlichem Wissen unterworfen. Die Dinge ändern sich aber langsam, nicht nur für die Palästinenser\*innen, auch für andere und nicht nur in den Entwicklungsländern. Zum Beispiel, was in den Vereinigten Staaten passiert, mit Black Lives Matter. Die Verhältnisse beginnen sich zu ändern.



*Dr. Rita Giacaman*