

Wolfgang Bichmann

Elementare Gesundheitsbedürfnisse und Traditionelle Medizin

Zum Hintergrund des Konzeptionswandels medizinischer Versorgung in Afrika*

Elementare Gesundheitsversorgung — eine neue Strategie

Schon 1953 wurde von der WHO die Stärkung des Basisgesundheitswesens in Entwicklungsländern als vordringlich bezeichnet. Wir können jedoch mit Recht behaupten, daß erst seit Beginn der 70er Jahre diesen Erkenntnissen in breitem Rahmen praktische Konsequenzen folgten. Auf der 28. Weltgesundheitsversammlung 1975 wurde das „Primary Health Care“-Konzept zur offiziellen WHO-Politik erhoben¹ und mit der „Deklaration von Alma Ata“ beschlossen die Teilnehmerstaaten der International Conference on Primary Health Care im September 1978 ein Aktionsprogramm, das durch 22 Empfehlungen spezifiziert wurde.² Der Ausdruck „Primary Health Care“ (PHC) wird im Deutschen am besten mit „Elementarer Gesundheitsdienst“ übersetzt.³ Der Begriff wurde gewählt, um einen Ansatz der Gesundheitsarbeit zu definieren, der alle Elemente, die zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einer gegebenen Gemeinde notwendig sind, zu einem Ganzen integriert. Es handelt sich also nicht nur um Primär-Medizin, sondern um einen umfassenden Ansatz zur Befriedigung von Grundbedürfnissen physischer, psychischer und sozialer Genese.⁴ Der PHC-Ansatz ist Teil der neuen Strategie-Konzeption der WHO — bekannt geworden unter dem anspruchsvollen Titel „Health for all by the year of 2000“.⁵ Seine wichtigsten Komponenten sind unter folgende Punkte subsumierbar:

- Abkehr von herkömmlichen Ausbildungsstandards und aufwendigen Techniken der Gesundheitsversorgung.
- Delegation von Aufgaben an „Primary Health Care Workers“ mit kurzer, pragmatischer Ausbildung.
- Dezentralisierung der Versorgung und verstärkte Einbeziehung der „Community“ durch Beteiligung an Entscheidungsprozessen⁶, aber auch bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

* Überarbeitete Fassung eines auf der „Forschungsbörse 1978“ des Interdisziplinären Arbeitskreises für Entwicklungsländerforschung (iafef) am 14./15.6.1978 in Bonn-Bad Godesberg gehaltenen Referates. Eine erste gekürzte Fassung dieses Artikels erschien unter dem Titel „Primary Health Care and Traditional Medicine — considering the background of changing health care concepts in Africa“ in der Zeitschrift *Social Science and Medicine*, Vol. 13 B, No. 3, 1979 (in Druck).

— Stärkere Praxisorientierung bei der Ausbildung aller medizinischen Berufsgruppen.

— Verstärkte Anstrengungen zur Durchführung effektiver umwelthygienischer Maßnahmen präventiven Charakters auf zentraler Ebene, z.B. Sicherstellung der Trinkwasserversorgung.⁷

— Kontinuierliche Planung im Gesundheitswesen durch Einführung der situationsangepaßten Methode des „Country Health Programming“.⁸

Im Rahmen dieser Konzeption und wegen der permanenten Ressourcenknapptheit der Budgets der Entwicklungsländer, die eine Versorgung nach herkömmlichen Standards „westlicher“ Medizin nicht realisierbar scheinen ließen, wurde bei der Suche nach alternativen Gesundheitsversorgungsmodellen auch eine Berücksichtigung der traditionellen medizinischen Heilkunde in verschiedenen Ländern reflektiert.

Insbesondere unter dem Einfluß des Vorbilds der Entwicklung in der VR China, auf das sich auch der WHO-Generaldirektor Dr. *Mabler* häufig bezog, entstanden Überlegungen ihrer Aufwertung und Integration in die Gesundheitsversorgung.⁹ Vor diesem Hintergrund erscheint es angebracht, im folgenden die Bedeutung der sogenannten traditionellen Medizin für die Versorgung der Bevölkerung in afrikanischen Staaten zu umreißen.

Medizinische Versorgung — eine komplexe soziologische Struktur

Zunächst zur Begriffsklärung: Während in der öffentlichen Diskussion der Begriff „Traditionelle Medizin“ häufig unreflektiert zur Kennzeichnung nicht schulmedizinischer Formen der Gesundheitsversorgung verwendet wird, will ich für diese Darstellung eine Unterscheidung von vier Ebenen medizinischer Versorgung, die gleichwohl in der Realität nicht immer klar voneinander getrennt sind, vornehmen¹⁰:

1. Hausmedizin
2. Volksmedizin
3. traditionelle medizinische Systeme
4. kosmopolitische Medizin (Schulmedizin).

ad 1: Hausmedizin soll die Form medizinischer Versorgung, die auf allgemein verfügbaren volksmedizinischen Kenntnissen beruht und familiär praktiziert wird, bezeichnen. Hierzu gehört auch der Bereich der Selbstbehandlung¹¹ mit Hausmitteln — zunehmend aber auch mit differenteren Medikamenten.

ad 2: Volksmedizin¹² bezeichnet eine bereits professionalisierte Tätigkeit, die sich mit zunehmender arbeitsteiliger Organisation der Gesellschaft aus der ersten Form entwickelte.¹³

ad 3: Die traditionellen medizinischen Systeme¹⁴ stellen im Gegensatz zur Volksmedizin strukturierte Ideensysteme der Ordnung, Klassifizierung und Erklärung von Kranksein dar, mit ebenso ausgearbeiteten Be-

handlungskonzepten.¹⁵ Manche Autoren unterscheiden in diesem Sinne große und kleine Traditionen der Medizin.¹⁶ Die großen medizinischen Traditionen — Ayurveda, Teile der sogenannten „chinesischen Medizin“¹⁷, griechische Medizin, arabische Medizin — entwickelten sich zu schriftlich fixierten Wissenschaften mit hohem Professionalisierungsgrad, entsprechenden Ausbildungsstandards und ethischen Codices.

ad 4: Mit „kosmopolitischer Medizin“ (Dunn) bezeichne ich die westlich-naturwissenschaftliche, moderne Schulmedizin, die sich im Verlauf der wissenschaftlich-technischen Entwicklung in Europa herausbildete und dabei keineswegs sofort alle vorwissenschaftlichen Inhalte ablegte.¹⁸ Seit Mitte des 19. Jahrhunderts ist der biologisch-naturwissenschaftliche Ansatz im theoretischen Konzept der kosmopolitischen Medizin fest etabliert — auf der Ebene der medizinischen Behandlung koexistiert jedoch bis heute wissenschaftlich begründetes mit vorwissenschaftlichem Handeln.¹⁹

Im Laufe der kolonialen Eroberung und „Entdeckung“ der Welt wurde auch das in den kolonialen Metropolen dominierende medizinische Konzept verbreitet, und zwar sowohl die Inhalte, als auch die institutionellen Strukturen.²⁰ Dabei ist hervorzuheben, daß die Durchsetzung der kosmopolitischen Medizin durch therapeutische Erfolge nur geringfügig unterstützt wurde. Die chirurgischen und chemotherapeutischen Erfolge waren um die Jahrhundertwende — besonders in der Kolonialmedizin — noch viel zu gering.²¹

Ihre Verbeitung verdankt die kosmopolitische Medizin 1. kolonialadministrativen Interessen und Zwängen — in Afrika anfänglich besonders aus Gründen der Seuchenbekämpfung²², 2. der engen Verbindung, die die Missionierung mit der Medizin einging²³, sowie 3. ihrer Übernahme und Förderung durch einheimische Eliten und die herrschenden Klassen in den betreffenden Ländern.²⁴

Einige kurze Beispiele mögen dies illustrieren: Die Durchseuchung Französisch-Westafrikas mit Schlafkrankheit stellte eine dauernde Bedrohung der Gesamtheit der weißen Kolonialbeamten und der Truppen dar. Aus diesem Grunde wurde das aufwendige Gesundheitspolizeisystem des Dr. Jamot — des „vainqueur de la maladie du sommeil“ — geschaffen, das eine Zwangsbehandlung der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Gebietes beinhaltete.²⁵ Auch die medizinischen Dienste in Ostafrika wurden nicht primär aus Sorge um das Wohlergehen der Afrikaner verbessert. Bei einer Rekrutierungskampagne hatten sich nämlich weniger als 50 % der jungen Männer als rekrutierungsfähig erwiesen — so erbärmlich war ihr Gesundheitszustand. Militärische Notwendigkeiten waren hier die Ursache des Ausbaues des Dispensary-Systems.²⁶

In Ostafrika hatte die britische Verwaltung die Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung zunächst gerne den Missionen überlassen, da

sie mit den Problemen der Städte ausgelastet war. Die Missionen ihrerseits benutzten die Gesundheitsversorgung gerne als Mittel, leidende Individuen mit dem Versprechen einer Heilung anzuziehen, um sie zum Heil zu bekehren. Die „Heilung“ erfolgte dabei zwar durch westliche Medizin, aber meist durch Priester und Schwestern, die gar nicht in dieser Medizin ausgebildet waren.²⁷ Im übrigen wurde die Propaganda für diese Medizin natürlich von den Geheilten und Bekehrten betrieben. Diejenigen, die trotz der westlichen Medizin starben, konnten auch keine Gegenpropaganda mehr ausüben.²⁸

Gesundheitsverhalten und Krankheitsbegriff

Die angeführten vier Ebenen medizinischer Versorgung koexistieren in verschiedenen kulturellen und gesellschaftlichen Systemen und verfügen über unterschiedlichen Einfluß. Der Einfluß der unteren Ebene (Hausmedizin) nimmt dabei mit zunehmender gesellschaftlicher Arbeitsteilung und damit Professionalisierung im Bereich der Medizin ab.²⁹ Die Bedeutung der einzelnen Ebenen differiert jedoch nicht nur zu unterschiedlichen historischen Zeitpunkten, sondern auch in verschiedenen Kulturen sowie innergesellschaftlich in verschiedenen Subkulturen³⁰, da die Zuordnung einer Befindlichkeitsstörung zu irgendeiner dieser Ebenen von der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation des Befindens abhängt.³¹

Der sogenannte „underuse“ medizinischer Einrichtungen³² ist eine direkte Folge dieser unterschiedlichen Wahrnehmung von Befindlichkeitsstörungen durch westlich ausgebildete Ärzte einerseits und betroffene Bevölkerung andererseits. Von Ärzten als behandlungsbedürftig angesehene Leiden werden nicht zur Behandlung gebracht, da im anderen kulturellen Kontext andere Prioritäten bestehen. Auch verwischen sich im anderen kulturellen Kontext manchmal — für europäische Ärzte unverständlich — die Grenzen zwischen medizinischen und zum Beispiel ökonomischen Bedürfnissen.³³ Scheinbar rationale Kosten-Nutzen-Erwägungen werden unter den Bedingungen absoluter Armut hinfällig: z.B. kann Krankheitsprävention durch Waschen mit Seife nicht bezahlt werden, d.h. es müssen von vornherein Abstriche vom theoretisch möglichen Gesundheitszustand vorgenommen werden. Diese Situation wurde von *Messing* mit den Begriffen „discounting health“ und „subsistence anxiety“ umschrieben.³⁴ Zur Verdeutlichung der kulturellen Determiniertheit des Krankheitsbegriffs³⁵ will ich hier nur zwei Beispiele von Krankheiten aus verschiedenen Gesellschaften anführen, die im jeweiligen sozialen Kontext genau definiert sind, und den von ihnen Betroffenen die sozial sanktionierte Rolle des Kranken zuweisen. Von der kosmopolitischen Medizin können diese Krankheiten jedoch nicht als nosologische Einheit bestätigt werden, da ihnen aus der Sicht der kosmopolitischen Medizin an-

dere ätiologische Zusammenhänge zugeordnet werden:

In Chile etwa existiert in einer breiten Bevölkerungsschicht die Krankheit des „mal del ojo“ mit Durchfall, Fieber, Erbrechen und Schwäche, die von der kosmopolitischen Medizin als kindlicher Sommerdurchfall klassifiziert werden würde, die aber nach Ansicht der Bevölkerung von anderen Durchfällen unterschieden werden kann und durch den „bösen Blick“ verursacht ist.³⁶

In Frankreich ist die „crise de foie“ (Leberkrise) eine sehr verbreitete, medizinisch nicht definierte Unpäßlichkeit, die durch diätetische Maßnahmen beherrscht werden kann und nicht mit einer Gallenkolik verwechselt werden darf.

Es gibt sogar Gemeinschaften, die gar keine Krankheiten in unserem Sinne kennen, sondern nur das breitere Konzept des Mißgeschicks. „Mißgeschick erklärt individuelles und kollektives Kranksein (Kopfschmerz, Bauchweh, Zahnschmerz etc.) ebenso wie andere individuell oder kollektiv erfahrene Unannehmlichkeiten, z.B. Erntemißerfolge, erfolglose Jagdzüge, Schlechtwetter oder Niederlagen in Kriegszügen. Daraus folgt, daß eine eigenständig konzeptualisierte Heilkunst als Medizin unnötig und unbekannt war.“³⁷

Ebenso wie sich die Hausmedizin durch Verfügbarkeit neuer — chemotherapeutischer — Substanzen sukzessive zu wandeln beginnt, indem äußere Anwendungen, Aufgüsse und Inhalationen zum Beispiel zunehmend durch Tabletteneinnahme ersetzt werden, unterliegt auch die Volksmedizin äußeren Einflüssen. Die drastischen Erfolge in der modernen westlichen Medizin seit Einführung der Antibiotika und Chemotherapeutika verstärkten die Konkurrenz um die Gunst der Patienten, da die Verhaltensweise der traditionellen Bevölkerung in hohem Grade durch Empirie bestimmt wird.³⁸ Besonders aus Asien ist der zunehmende Gebrauch von Medikamenten der allopathischen westlichen Medizin durch traditionelle Praktiker — trotz Verbotes — dokumentiert. Die Erwartung der Patienten nach schneller Kurierung der Symptome zwingt die traditionellen Ayurveda-Praktiker in Indien, diese Therapieformen aufzunehmen, auch wenn sie ihrer Einstellung und Ausbildung nach diese Therapie ablehnen.³⁹ Diejenigen Praktiker, die nicht bereit sind, die modernen westlichen Therapieformen zu übernehmen, verlieren zunehmend ihre Klientel.⁴⁰

Bereits heute findet man in Entwicklungsländern — mit Ausnahme von Ethnien in Rückzugsgebieten mit geringem Außenkontakt — kaum Heilkunde reiner Tradition. Vielmehr bildet sich eine neue Volksmedizin heraus, die ein Konglomerat von traditionellen Kenntnissen und Techniken der kosmopolitischen Medizin darstellt.⁴¹

Traditionelle Medizin in Afrika

Die Auseinandersetzung der Bevölkerung und ihrer Heilkundigen mit den Vor- und Nachteilen der westlichen Medizin hat in Afrika Tradition seit der Kolonialzeit. Die konkrete Möglichkeit einer Therapie durch westliche Medizin war und ist jedoch bis heute für die Mehrheit der Bevölkerung inexistent, was deren Reputation eher noch zu steigern in der Lage war.⁴² Noch heute sind im afrikanischen ländlichen Milieu 80-90 % der Bevölkerung im Krankheitsfall völlig von den Instanzen der öffentlichen Gesundheitsversorgung — d.h. der kosmopolitischen Medizin — abgeschnitten und daher auf die Befriedigung ihrer medizinischen Bedürfnisse durch die traditionellen Instanzen verwiesen.⁴³ Diese traditionellen Instanzen können wir überwiegend der Kategorie Volksmedizin zuordnen. Große medizinische Traditionen im Sinne *Leslie's*, die bis heute eine überregionale Verbreitung hätten, sind in Schwarzafrika nicht existent.⁴⁴ Folgende Gründe rechtfertigen meiner Meinung nach diese Einschätzung:

Die afrikanischen Kulturen erfuhren durch Sklavenhandel und Kolonisierung eine so schwere materielle und kulturelle Zerstörung⁴⁵, daß vorhandene medizinische Systeme⁴⁶ notwendigerweise als Teil der Kultur in Mitleidenschaft gezogen wurden. Dem folgte die Unterdrückung der Praxis traditionaler Ärzte durch die Kolonialadministration⁴⁷ und ein durch die wirtschaftlichen Interessen der Kolonialmächte erzwungener sozialer Wandel, der als „Transkulturation“ bezeichnet wurde⁴⁸ und der — auf medizinischem Gebiet — zu einer Entfremdung des Patienten vom traditionellen Therapeuten führte.

Da in afrikanischen Kulturen keine schriftlichen Überlieferungen in größerem Ausmaß existieren, waren die Versuche der Wiederbelebung der verlorenen Identität auf allen kulturellen Gebieten behindert.⁴⁹ Hierin liegt ein entscheidender Unterschied zur asiatischen Situation.

Daß die vorkoloniale afrikanische Medizin über einen Reichtum von technischen und Heilpflanzen-Kenntnissen verfügte, ist aus alten Reiseberichten und ethnographischem Schrifttum zu erschließen.⁵⁰ Ich zähle hier nur beispielhaft auf: Wundversorgung mit arterieller Gefäßnaht bei den Massai⁵¹, geburtshilfliche Wendungsoperationen bei falscher Kindslage und sogar Kaiserschnitt⁵², Zahnextraktionen, Tonsillektomie, Uvulektomie⁵³ und Abszeßspaltungen. Neben diesen chirurgischen Kenntnissen gehörten Krankenversorgung und -pflege sowie Heilpflanzenbehandlung der verschiedensten inneren Krankheiten, Narkose durch Pflanzenextrakte, Impfungen und magische sowie vorbeugende Maßnahmen bei ansteckenden Krankheiten zum Kenntnisschatz der traditionellen afrikanischen Medizin, deren Entwicklungsstand regionale Variationen zeigte.⁵⁴ So gingen etwa die Hehe im heutigen Tanzania bei einer

Pestepidemie 1886 folgendermaßen vor:

- Bewohner einer Gegend, in der Pestfälle vorkamen, durften an anderen Orten nicht empfangen werden,
- der Tod von Ratten sollte unverzüglich gemeldet werden,
- Erkrankte wurden in entlegene Gebiete isoliert.⁵⁵

Wie Meyer Fortes ausführte, waren aber die medizinisch gebildeten Anthropologen des ausgehenden 19. Jahrhunderts

„ebenso besessen wie die nicht-medizinischen Ethnographen von den Fragen über Eingeborenentheorien der magischen Verursachung, die man hinter einigen ihrer Behandlungsmethoden annahm, sowie dem Unterschied zu anderen Behandlungsformen, die durchaus empirisch begründet waren“, daß die Ethnomedizin dadurch auf Studien über Hexerei und Magie reduziert wurde, und empirisch begründbare Behandlungsmethoden zum bloßen Anhängsel dieser Forschungen degenerierten.⁵⁶

Von ärztlicher Seite her bestand im Gegensatz zur anthropologischen Forschung das europäische Interesse an der traditionellen Medizin lange Zeit ausschließlich in einem Interesse am Medikamentenschatz. Diese Auftrennung in Medizin und Pharmakopoe veranlaßte noch 1976 ein WHO-Expertenkomitee darauf hinzuweisen, daß die afrikanische Heilkunde nur als einheitliches Ganzes zu verstehen sei.⁵⁷

Ein wesentlicher Aspekt der afrikanischen Medizin war in ihrer Beurteilung durch die Weißen aufgrund mangelhaften Verstehens mit unter die Kategorie „Magie“ subsumiert worden: Dieser Aspekt besteht in der Wiederherstellung eines gestörten sozialen Konsens nach Übertretung verbindlicher Verhaltensnormen (der Verletzung von Tabus) durch rituelle, sozial-integrative Praktiken. Krankheit ist in der Vorstellung des Afrikaners weniger ein individuelles Ereignis als eine Störung des sozialen Bezugs⁵⁸ — eine in der westlichen Medizin beinahe vergessene Krankheitsursache, die erst durch die Erforschung psychosomatischer Zusammenhänge wieder in deren Gesichtskreis rückte.⁵⁹ Die Erfassung des Krankheitsinns bzw. der Symbolsprache des Symptoms waren wegen ihrer inhärenten Subjektivität der auf Erfassung objektiv meßbarer Parameter ausgerichteten naturwissenschaftlichen Medizin nicht leicht möglich.⁶⁰ Die afrikanische Medizin behandelt primär nicht Krankheiten, sondern Kranke. Entsprechend ist sie nicht nur aus ihren pathogenetischen Konzepten und ihrer Nosologie zu verstehen, sondern auch aus ihrer Kosmologie, der Hierarchie der Kräfte, die, nach dieser Auffassung, lebenden und toten Wesen eigen sind.⁶¹ Die Anerkennung des Beitrags, den die traditionelle afrikanische Heilkunde liefert — auch für Probleme der Medizin außerhalb des afrikanischen Kontexts —, erfolgte daher auch besonders durch die Psychiatrie.⁶²

Diesen positiven Seiten der afrikanischen Medizin stehen negative Auswirkungen gegenüber, die gleichwohl lange Zeit unverhältnismäßig übertrieben wurden.⁶³ Auch ist, wie Wille⁶⁴ betont, der ganzheitliche

Aspekt der afrikanischen Medizin relativ und ihre sozial-integrative Wirkung in den überschaubaren ländlichen Gemeinden am größten — also in der Kultur, von der sie einen Teilbereich verkörpert. Sie ist somit nicht ohne weiteres und unverändert als quasi „technisches System“ in einen anderen sozialen Zusammenhang übertragbar. In den rapide gewachsenen afrikanischen Städten haben sich daher heute auch ganz neue volksmedizinische Formen herausgebildet, die teilweise hochgradig spiritistischen Charakter haben⁶⁵, oder eklektisch aus Kenntnissen der traditionellen Volksmedizin und der kosmopolitischen Medizin zusammengesetzt sind und zum Teil deren Attribute mit Symbolcharakter, wie weißen Kittel, Stethoskop etc., übernommen haben.⁶⁶

Das Dilemma des öffentlichen Gesundheitswesens

Die vorhandenen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren postkolonial in den ärmeren afrikanischen Ländern bis zu Beginn der 70er Jahre völlig insuffizient, und das Ziel, ein am europäischen Vorbild orientiertes Gesundheitswesen verwirklichen zu können, schien — allein schon aus ökonomischen Gründen — unerreichbar.⁶⁷ Außerdem war bekannt, daß sich etwa zwei Drittel der in afrikanischen Entwicklungsländern vorkommenden Erkrankungen aus Infektions- und parasitären Krankheiten, sowie aus Verletzungen und Mangelkrankheiten zusammensetzen, Krankheiten also, die mit wenigen und billigen Medikamenten und Nahrungsmitteln leicht behandelt werden können, durch Maßnahmen in nichtmedizinischen Bereichen — wie durch Aufbau einer Trinkwasserversorgung, Verbesserung der Wohnverhältnisse und Verfügbarkeit ausreichender Nahrungsmittel — aber zum großen Teil auch vermieden werden könnten.⁶⁸

Diese Tatsachen stellten die Voraussetzung für den eingangs erwähnten Konzeptionswandel der WHO-Politik dar. Ziel dieser Politik soll es, wie gesagt, sein, unter effektiver Nutzung lokal vorhandener Ressourcen — der sogenannten „untapped resources“⁶⁹ — einen optimalen Erfolg zu erzielen, der in einer deutlichen Hebung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung meßbar wäre. Das PHC-Konzept versucht also, unter Einsatz möglichst geringer staatlicher Mittel in der Peripherie gemeindenah und von der Bevölkerung getragene Gesundheitsversorgungsstrukturen zu initiieren, die die medizinischen Grundbedürfnisse⁷⁰ abdecken und gesundheitserzieherisch wirken sollen. Eingesetzte Mittel sind:

1. Dörfliche Gesundheitsarbeiter (Primary Health Care Workers = PHW) mit Kurzausbildung, erweiterter Erste-Hilfe-Ausstattung, die möglichst nebenberuflich und nicht vom Staat bezahlt arbeiten sollen.⁷¹

2. In Grundkenntnissen der Hygiene fortgebildete traditionelle Hebammen.⁷²

3. Initiierung von dörflichen Gesundheitskomitees für Fragen der Überwachung der Tätigkeit der PHW sowie der Finanzierung. Diese Komitees sollen auch zur Unterstützung der präventivmedizinischen und gesundheitserzieherischen Basisarbeit zuständig sein und eine volle Mitbeteiligung der lokalen Bevölkerung an Planung, Entscheidung und Evaluierung im Gesundheitsbereich ermöglichen.⁷³

Auf der dörflichen Ebene sollte gemäß dieser neuen Politik auch eine Wiederbelebung und Integration der traditionellen Medizin erfolgen.

Während das PHC-Konzept im Prinzip von allen Staaten angenommen wurde — wobei die Umsetzung der Beteiligung der Basis an Selbstbestimmung und Entscheidung zumindest nicht in allen Ländern im gleichen Maße unterstützt wird —, wurde kein einheitliches Konzept zur Integration der traditionellen Medizin verwirklicht.

Im September 1976 war „Traditionelle Medizin und ihre Rolle bei der Entwicklung der Gesundheitsdienste in Afrika“ Thema der technischen Diskussionen der 26. Sitzung des WHO Regional Committee for Africa in Kampala. Die Diskussionen spiegelten uneinheitliche Standpunkte wieder: Während Einigkeit bestand, daß es gewisse positive Aspekte der traditionellen Medizin gebe und viele Heilungsfälle nicht nur der modernen Medizin zu verdanken seien, gab es unterschiedliche Standpunkte bezüglich des anzustrebenden Verhältnisses zwischen diesen medizinischen Systemen, die sich komplementär verhalten sollten.

Für die Verhältnisse in der afrikanischen WHO-Region wurde folgende Definition für zutreffend erachtet: Traditionelle afrikanische Medizin

„ist die Gesamtheit aller Kenntnisse und Praktiken, seien sie erklärbar oder nicht, die bei der Diagnose, der Verhütung oder der Beseitigung eines physischen, psychischen oder sozialen Ungleichgewichtes zur Anwendung kommen, die ausschließlich auf früherer Erfahrung und Beobachtung beruhen und mündlich oder schriftlich von Generation zu Generation weitergegeben wurden und die die ursprüngliche Vorstellung von der Natur berücksichtigen, welche in Afrika zugleich die materielle Welt, die soziologische Umgebung — tot oder lebendig — und die metaphysischen Kräfte des Universums umfaßt.“⁷⁴

Der Begriff „traditioneller Heilkundiger“ wurde definiert als

„eine Person, die von der Gemeinschaft, in der sie lebt, als fähig anerkannt ist, Gesundheitsfürsorge zu betreiben durch Anwendung pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Substanzen und gewissen Methoden, die auf dem sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie auf Kenntnissen, Verhaltensweisen und Glaubensvorstellungen beruhen, die in der Gemeinde bezüglich physischem, psychischem und sozialem Wohlergehen und der Verursachung von Krankheit und Behinderung vorherrschen“.⁷⁵

Die Vertreter der Teilnehmerstaaten einigten sich über die anzustrebende weitere Entwicklungsrichtung und schlugen folgende Maßnahmen dazu vor⁷⁶:

— Durchführung eines Zensus zur Erfassung der traditionellen Heilkundigen

- Förderung der Organisation der traditionellen Heilkundigen in Verbänden mit dem Ziel der Ausgrenzung von Scharlatanen
- legale Anerkennung der Heiler auf der Basis durchzuführender Tests
- weitere Erforschung der traditionellen medizinischen Kenntnisse
- eventuelle Integration traditioneller Heiler in Gesundheitsteams.⁷⁷

Nach dieser Konzeptionierungsphase kam es zu Aktivitäten in verschiedenen Ländern. Es wurden Forschungsinstitute für traditionelle Medizin gegründet. Zum Teil bestanden sie sogar schon — z.B. in Tanzania, VR Congo, Madagaskar, Nigeria und Senegal. Ihre Forschungsschwerpunkte scheinen allerdings in erster Linie auf dem Gebiet der Heilpflanzenforschung zu liegen.⁷⁸ Aus der VR Bénin ist mir die Kampagne zur Durchführung des Zensus der traditionellen Heilkundigen bekannt⁷⁹, die in diesem Land allerdings in eine unglückselige Verknüpfung mit einer Kampagne gegen die Hexerei geriet.⁸⁰ Gesetzgeberische Maßnahmen bestanden bereits in einer Reihe von Ländern: *Dunlop* gibt anhand einer Analyse der Regierungspolitik in neun afrikanischen Staaten eine Aufstellung⁸¹, nach der 1975 in fünf Ländern eine Legalisierung durch Lizenzierung erfolgt war, in den meisten Ländern eine informelle Anerkennung, teilweise sogar eine Zusammenarbeit zwischen traditioneller Heilkunde und modernem Gesundheitswesen beobachtet werden konnte, und nirgends eine offizielle Illegalisierung betrieben wurde.

Nach einer ersten Periode verstärkter Bemühungen um die traditionelle afrikanische Medizin wurde es allerdings stiller um sie.⁸² Nach verschiedenen richtungweisenden Unternehmungen afrikanischer Staaten, wie z.B. die Kampagne für eine Lizenzierung der traditionellen Heilkundigen in der VR Bénin und anderswo, wurden offenbar weitere Ansätze auf diesem Gebiet — ausgenommen die Erforschung traditioneller Drogen und Heilpflanzen — weniger vorangetrieben oder sogar fallengelassen. So wird beispielsweise im Bericht des Direktors der afrikanischen WHO-Region, der auf der Internationalen Konferenz über PHC in Alma Ata vorgelegt wurde, lediglich kurz erwähnt, daß in einigen Ländern „weitergebildete einheimische traditionelle Heilkundige in die allgemeine Gesundheitsversorgungssysteme integriert werden“ und die Notwendigkeit weiterer Erforschung der traditionellen Medizin wird unterstrichen. Eine allzugroße Bedeutung scheint jedoch ihrem Beitrag zur Entwicklung der PHC innerhalb der nationalen Gesundheitsversorgung nicht zugemessen zu werden.⁸³

Daher erscheint es mir sinnvoll, das Konzept der Integration traditioneller Medizin in das nationale Gesundheitswesen hier theoretisch auf seine Problematik hin zu untersuchen.

Integration oder Subordination?

Aus *Unschuld's* Untersuchungen über die möglichen Formen von Ko-

existenz zwischen traditioneller Medizin und kosmopolitischer Medizin⁸⁴ geht hervor, daß eine volle Integration beider Systeme zwar für Medikamente, Techniken und empirische Kenntnisse möglich ist, während sich für medizinisches Personal kein Beispiel voller Integration, sondern lediglich „strukturelle Kooperation“⁸⁵ innerhalb eines gegenseitigen Überweisungssystems auffinden läßt. Beispielsweise erhielten die chinesischen „Barfußärzte“ eine pragmatisch konzipierte Ausbildung, in der Behandlungsmethoden und Medikamentenkunde der naturwissenschaftlich fundierten Medizin ebenso wie der traditionellen chinesischen Heilkunde vermittelt wurden.⁸⁶

Eine Kooperation zwischen Ärzten setzt voraus, daß diese sich über die Grenzen ihrer eigenen Kompetenz bewußt sind und den anderen als gleichwertig akzeptieren. Sie findet daher täglich statt bei der Konsiliaritätigkeit von Spezialisten unterschiedlicher Fachgebiete der Schulmedizin. Konkurrenzmechanismen sind z.B. in Deutschland durch die ärztlichen Berufsordnung ausgeschaltet, die die ständische Organisation des Berufs absichert. Eine Kooperation zwischen Vertretern unterschiedlicher medizinischer Subsysteme, die um Klienten konkurrieren, ist hingegen innerhalb eines freien Marktes der Gesundheitsdienstleistungen wenig vorstellbar.

„Wir sollten daher nicht davon überrascht sein, das einzige kooperative medizinische System, das auf einer Grundlage unterschiedlich konzeptualisierter Subsysteme beruht, bislang im zeitgenössischen China anzutreffen.“⁸⁷

Eine volle Integration der Heilkundigen unterschiedlicher medizinischer Systeme wird zudem dadurch unmöglich, daß diese durch ihre berufliche Sozialisation einem bestimmten medizinischen Konzept zuzuordnen sind. Die heiß/kalt-Dichotomie asiatischer Medizinkonzepte etwa⁸⁸ ist nicht nur terminologisch unvereinbar mit der Nosologie der naturwissenschaftlichen westlichen Medizin. Die kognitiven Strukturen der beiden medizinischen Systeme sind unvereinbar. Ähnlich inkompatibel verhalten sich auch die unterschiedlichen Verursachungs- und Erklärungsmodelle afrikanischer Volksmedizin und westlicher Schulmedizin.⁸⁹

In der Praxis reduziert sich daher die Frage der „Integration“ beider medizinischer Systeme auf die Frage der Unterordnung unter ein dominierendes Konzept. Wie *Unschuld* betont⁹⁰, wird unter Integration der traditionellen Medizin in Entwicklungsländern stets die Einbeziehung traditioneller Heilkundiger in das durch seine historische Herkunft „westlich“ orientierte nationale Gesundheitswesen verstanden — und zwar als besondere Kategorie der Gruppe „Auxiliaries“ (Hilfskräfte).

Auf dem Gebiet der Geburtshilfe läßt sich eine Einbeziehung traditionellen medizinischen Personals noch am ehesten komplikationslos vollziehen: Ein medizinischer Teilbereich wird delegiert.⁹¹ Ausbildung der traditionellen Hebammen in aseptischen Techniken, deren Überlegen-

heit empirisch demonstrierbar ist, stellt eine Weiterqualifizierung der traditionellen Hebammen dar, die deshalb von ihnen akzeptiert und ihrem Wissensschatz inkorporiert wird, selbst wenn dadurch traditionelle Verhaltensmuster tangiert werden.⁹² Bei der Einbeziehung traditioneller Hebammen in das nationale Gesundheitswesen handelt es sich also um die Integration traditioneller und westlich-naturwissenschaftlicher Kenntnisse sowie um eine Delegation eines medizinischen Teilbereiches, der geburtshilflichen Normalversorgung, in die Zuständigkeit traditioneller Instanzen, die damit in ihrer sozialen Funktion und im Status bekräftigt und aufgewertet werden.⁹³

Auf der Ebene allgemeinmedizinischer Primärversorgung treten bei einer Zusammenfassung von naturwissenschaftlichen und traditionellen Behandlungstechniken, deren Erfolge empirisch verifizierbar sind, ebenfalls kaum Probleme auf — funktionierende Arbeitsteilung zwischen westlichen Ärzten und ihren traditionellen Kollegen auf den Gebieten Frakturbehandlung, Schlangenbißversorgung, Vergiftungstherapie und Psychotherapie ist vielfach aus Afrika mitgeteilt worden.⁹⁴ Es handelt sich hierbei um „strukturierte Koexistenz“ zwischen kosmopolitischer Medizin und traditioneller Volksmedizin.

Auf der Ebene der Diagnostik und Auswahl der notwendigen Behandlung kommt es jedoch zu der oben beschriebenen Konfrontation von Verursachungskonzepten, die nicht integrierbar sind. Ob eine Krankheit durch Änderung der Lebensweise, chirurgischen Eingriff, rituelle Zeremonie oder Injektion therapiert werden soll, setzt eine Vorstellung über die Kausalität voraus. Traditionelle Heiler haben zwar gelernt, die rasche Wirkung von Antibiotika-Injektionen zu schätzen und beziehen diese Technik häufig in ihre Arbeit mit ein, da auch von seiten der Patienten ein Druck in diese Richtung ausgeübt wird. Sie identifizieren sich dabei jedoch weiterhin mit ihren traditionellen medizinischen Vorstellungen.⁹⁵ Die kosmopolitische Medizin fordert jedoch eine Identifikation mit dem modernen naturwissenschaftlichen Pathogenese-Konzept und ist zur Übernahme traditioneller Heiler in ihre Dienste nur unter der Voraussetzung der Schulung und Überwachung bereit. Die professionelle Identität des traditionellen Heilers muß also der scheinbaren Aufwertung des sozialen Status geopfert werden.

Bei den Programmen der „Integration“ der traditionellen und der kosmopolitischen Medizin⁹⁶, geht es also nicht nur um die nominelle Integration des freipraktizierenden Heilkundigen in das nationale Gesundheitssystem, sondern um die Etablierung des Primats der kosmopolitischen Medizin durch Supervision der Tätigkeit der traditionellen Praktiker. Dazu sind jedoch nicht alle traditionellen Praktiker bereit. Der mit der Position des Heilers verknüpfte soziale Status innerhalb seiner Kultur dürfte oft höher sein, als der mit der institutionellen Anerkennung und Inte-

gration ins nationale Gesundheitswesen als „Auxiliary“ verbundene Status.

Entwicklungstendenzen

Von daher scheint die Strategie des PHC-Konzeptes konsequent, eine Fortbildung von traditionellen Hebammen zu propagieren, nicht jedoch allgemein eine Fortbildung traditioneller Heiler, sondern statt dessen eine Ausbildung vom Dorf ausgewählter „Primary Health Workers“ (PHW), die meist jüngere Männer sind. Dabei wird jedoch nicht explizit ausgeschlossen, daß auch einmal ein traditioneller Heiler vom Dorf als PHW-Kandidat ausgewählt wird. Auch bei der Hebammenausbildung wird ja durch die Schulungskurse langfristig eine Verlagerung der Ausbildungsfunktion auf die Strukturen des Gesundheitswesens eingeleitet, und aus dem Kreis junger Frauen neu rekrutierte „traditionelle“ Hebammen würden von vornherein eine neue Kategorie medizinischen Personals darstellen.⁹⁷ Angestrebt wird von den Instanzen der nationalen Gesundheitsversorgung — in der Terminologie *Unschuld's* — eine strukturierte Kooperation mit der traditionellen Heilkunde, was sich deutlich in dem in Kampala verabschiedeten Maßnahmenkatalog mit Lizenzierung, Erlaß rechtlicher Vorschriften und Förderung der Gründung von Organisationen der Volksheilkunde niederschlägt.

Durch diese Maßnahmen wird, über eine Beschränkung des Personenkreises und der Zuständigkeit der traditionellen Medizin, eine Kontroll- und Einflußmöglichkeit der staatlichen Administration in bislang noch selbständigen, traditionellen Bereichen ermöglicht, wodurch der gesellschaftliche Wandel in diesen Ländern beschleunigt wird.⁹⁸ Eine Entwicklung, die sich ansatzweise bei Teilen der Bevölkerung in der Praxis bereits durchgesetzt hat, wird dadurch administrativ sanktioniert. Es kommt zu einer Minderung der Bedeutung der Volksmedizin in der öffentlichen Reputation. Die Präferenzskala der Patientenentscheidung bei Befindlichkeitsstörungen lautet zunehmend: 1. Selbstbehandlung, 2. kosmopolitische Medizin, und erst bei Versagen dieser Versuche 3. traditionelle Medizin.⁹⁹ Ist die traditionelle Medizin auf den letzten Platz der Präferenzskala, die das Gesundheitsverhalten determiniert, abgesunken, ist auch auf medizinischem Gebiet eine vollständige Akkulturation der Bevölkerung erreicht.

Eine Delegation von Funktionen innerhalb medizinischer Teilgebiete auf die Vertreter der traditionellen Heilkunde wird durch den eben beschriebenen Einstellungswandel nicht verhindert. Neben dem Geburtshilfebereich gibt es besonders im Bereich psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung viele Ansätze der Kooperation¹⁰⁰, in einem Bereich also, in dem die westliche Medizin der traditionellen Heilkunde nicht überlegen ist. Da in diesem Bereich allerdings auch der Einfluß sozialer

Faktoren von großer Bedeutung ist, bleibt die Frage offen, ob die Erfolge der dörflichen traditionellen Medizin in der Restrukturierung psychosozialen Ungleichgewichtes sich auch unter so veränderten sozialen Voraussetzungen reproduzieren lassen, wie sie etwa in den anonymeren Großstädten und unter den sozialen Bedingungen von Landflucht, Arbeitslosigkeit und Proletarisierung herrschen.¹⁰¹ Die schon erwähnte Herausbildung spiritistischer Heils- und Heilungsbewegungen in diesem Milieu gehört zu den sich dort neu entwickelnden Formen der Volksmedizin. Daneben kommt es aber in diesem sozialen Milieu auch zur Ausbreitung ausbeuterischer Formen von Scharlatanerie.

Gesundheit für alle oder Verelendung der Peripherie?

Vor Abschluß dieser Betrachtung des Beitrags der traditionellen afrikanischen Medizin zur Befriedigung der elementaren Gesundheitsbedürfnisse muß noch auf die Diskussion um die politische Bedeutung der Primary Health Care-Strategie hingewiesen werden. Die Frage, warum seit Beginn der 70er Jahre eine enorme Zunahme konkreter Anstrengungen zur Hebung des Gesundheitszustands gerade auch der bisher vernachlässigten ländlichen Bevölkerungsteile in Entwicklungsländern zu verzeichnen ist, und warum internationale Organisationen und nationale Regierungen dieser neuen Politik hohe Priorität einräumen, wurde bislang nicht hinreichend beantwortet. Humanitäre Gründe und der Hinweis auf ein „Menschenrecht auf Gesundheit“¹⁰² spiegeln lediglich den ideologischen Überbau dieser Politik wieder. Verbesserung der Gesundheitsversorgung war — historisch gesehen — stets mit ökonomischen Interessen verknüpft.¹⁰³ Spätestens seitdem auch die Weltbank Ausgaben für Gesundheit als produktive Investition in die sozioökonomische Entwicklung ansieht¹⁰⁴, kann man verstärkte Bemühungen um die Gesundheitslage auch in Entwicklungsländern feststellen.

Eine Erklärung dafür, warum auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes der ländlichen Bevölkerungsmassen, die noch nicht voll in die kapitalistische Warenproduktion eingebunden sind, in diesem Sinne volkswirtschaftlich rational ist, ergibt sich erst, wenn die Bedeutung des traditionellen ländlichen Sektors für die Volkswirtschaft untersucht wird. Wie die französische Schule der ökonomischen Anthropologie aufzeigen konnte¹⁰⁵, liegt diese Bedeutung nicht nur in der Tatsache begründet, daß dieser Sektor „cash-crops“¹⁰⁶ für den Export produziert, und daß hier ein potentieller Absatzmarkt für Konsumgüter besteht.¹⁰⁷ Insbesondere die Untersuchungen von *Meillassoux* zeigen, daß im peripheren Kapitalismus geradezu eine Notwendigkeit besteht, daß ein traditioneller Sektor — wenschon ein „deformierter“ — weiterbesteht, da sein Beitrag unverzichtbar ist zur Reproduktion der Arbeitskraft.¹⁰⁸

Aus der Beobachtung der Veränderung der Gesundheitsversorgungs-

konzepte im zeitlichen Zusammenhang mit einer zunehmenden absoluten Verelendung der 'Peripherie der Peripherie', kann die Hypothese entwickelt werden, daß mit Hilfe der neuen Gesundheitsstrategie der völlige Zusammenbruch des traditionellen Sektors verhindert werden soll, indem ein gesundheitlicher Minimalzustand der dort lebenden Bevölkerung aufrecht erhalten wird.¹⁰⁹

Der Gefahr, daß das PHC-Konzept, wie auch die Rückbesinnung auf die traditionelle Heilkunde und die Stärkung ihres Einflusses, lediglich den Zweck verfolgen, die bestehenden sozioökonomischen Verhältnisse zu zementieren, können nur die Betroffenen selbst begegnen. Wer sich aber mit den neuen Gesundheitsversorgungskonzepten in Entwicklungsländern und traditioneller Heilkunde in Afrika auseinandersetzt, sollte dies nur unter Berücksichtigung dieser Zusammenhänge tun.

Anmerkungen

1. Promotion of national health services relating to Primary Health Care. WHO Off.Rec.No.226, Separate Printing, Geneva 1976.
2. WHO-Chronicle 32 (1978) 425-430.
3. cf. Kromberg, M. Eine eminent politische Aufgabe. Forum Vereinte Nationen (Development Forum) 5,5 Juni-Juli 1978.
4. Vgl. zur Definition des PHC-Ansatzes: Djukanovic, V. and Mach, E.P. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint WHO/UNICEF study. Geneva 1975. Primary Health Care. A joint WHO/UNICEF report. Geneva and New York 1978. Primary Health Care. AFRO Technical Report Series No.3. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1977.
5. Mahler, H. Health care for all by the year 2000. WHO-Chronicle 29,253-256, 1975.
6. Es gibt jedoch auch innerhalb einer „Community“ keine einheitlichen, sondern nur von Sozialstatus, Klassen- und Kastenzugehörigkeit bestimmte, Interessen. Bei der Diskussion um „Community Participation“ wird dieser Aspekt meist übersehen. Vgl. hierzu beispielsweise: Kromberg, M. loc.cit. Mott, B. The politics of health planning. II. The myth of planning without politics. Am.J.Publ.Hlth.59,I,797-803, 1969. Wakefield, J. Community involvement: rhetoric or reality? Int.J.Hlth.Educ. 17,97-105, 1974.
7. cf. Document AFR/RC22/8. In: Long-term health planning for the African Region 1975-2000. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville 1974. AFR/PHA/133,8 Oct 1974. cf. Health progress in Africa. AFRO Technical Papers No.6. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1973, p.59.
8. Mahler, H. Health strategies in a changing world. WHO-Chronicle 29,209-218, 1975.
9. 30th World Health Assembly. WHO-Chronicle 31,270, 1977. Bannerman, R.H. WHO's program in traditional medicine. WHO-Chronicle 31,427-428, 1977. cf. Study tour in China. WHO-Chronicle 31,433-435, 1977. cf. Rifkin, S. Public Health in China - is the experience relevant to other less developed countries? Soc.Sci. & Med. 7,245-257, 1973. cf. Rifkin, S. and Kaplinsky, R. Health strategy and development planning: lessons from the People's Republic of China. Journal of Development Studies 9,213-232, 1972/73.

10. Diese Aufteilung soll die analytische Unterscheidung von medizinischem Laiensystem und halbprofessionellem bzw. professionellem Medizinsystem besonders für die Verhältnisse in Entwicklungsländern präzisieren. cf. Pflanz, M. Gesundheitsverhalten. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. (Edited by Mitscherlich, A. et al.) pp.283-289, Kiepenheuer & Witsch, Köln-Berlin (West) 1967, p.293.
11. cf. zum Thema Selbstmedikation: v.Ferber, C. Soziologie für Mediziner. Springer, Berlin (West)-Heidelberg-New York 1975, p.3, p.40. Pflanz, M. et al. Medizinsoziologische Untersuchungen über Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich, A. et al. eds. Op.cit. p.293.
12. entspricht dem 'local medical system' in der Terminologie *Dunn's* cf. Dunn, F.L. Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. In: Asian Medical Systems. (Edited by Leslie, C.) University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London, 1977, p.133.
13. Ferber, C.v. op.cit. p.37. Unschuld, P.U. Professionalisierung im Bereich der Medizin. Entwurf zu einer historisch-anthropologischen Studie. Saeculum 25,251-274, 1974. Unschuld, P.U. Professionalisierung und ihre Folgen. In: Krankheit, Heilung, Heilkunst (edited by Schipperges, H., Seidler, E., Unschuld, P.U.) K. Alber, Freiburg/Br. 1978, p.517-555.
14. in *Dunn's* Terminologie: 'regional medical Systems', op.cit.
15. Medizin ist eine kulturelle Teilstruktur und kann als solche auch in weniger differenzierten Gesellschaftsformen analytisch herausgearbeitet werden. Die Abtrennung der traditionellen medizinischen Systeme von der Volksmedizin bedeutet daher nur, daß in der Volksmedizin noch kein entwickelter theoretischer Überbau erkennbar ist. cf. zu diesem Themenbereich insbesondere: Kleinman, A.M. Toward a comparative study of medical systems: an integrated approach to the study of the relationship of medicine and culture. *Sci., Med. & Man* 1,55-65, 1973.
16. z.B. Leslie, C. Introduction, In: Leslie, C. (ed.) op.cit., p.2.
17. die „chinesische Medizin“ stellte keine einheitliche medizinische Tradition dar! Vgl. dazu: Unschuld, P.U.: China, in: Schipperges, H., Seidler, E., Unschuld, P.U. (eds.) op.cit.
18. Riley, J.N. Western medicine's attempt to become more scientific: examples from the United States and Thailand. *Soc.Sci.&Med.* 11,551, 1977.
19. So wird z.B. durch Verordnung von Placebo durch den naturwissenschaftlich ausgebildeten Arzt bewußt ein unwirksames Prinzip eingesetzt. Die erhoffte Wirkung wird also durch die Magie der Verordnung und die der Tabletteneinnahme erzielt.
20. Vyshlid, J. Development of health services in the African Region: a short historical review, p.16. In: An integrated concept of public health services in the African Region, AFRO Technical Papers No.2, pp.13-26, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1970. cf. Bichmann, W. Die Problematik der Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern. Ein Beitrag zur Geschichte, der Situation und den Perspektiven der Planung des nationalen Gesundheitswesens in den „Least Developed Countries“ Afrikas. Med.Diss. Univ. Heidelberg 1977, p.173ff. P. Lang. Frankfurt/M.-Bern-Las Vegas 1979. cf. Bicknell, W.J., Chapman Walsh, D. Caveat Emptor: Exporting the U.S. Medical Model. *Soc.Sci.&Med.* 11,285-288, 1977. - Die unterschiedlichen Organisationsformen des englischen und des französischen Kolonialgesundheitswesens prägen noch heute die Strukturen der postkolonialen nationalen Gesundheitssysteme (cf. die Beiträge von Schlitter, K. und Fleischer, K. in: Medizin in Entwicklungsländern (edited by Diesfeld, H.J. und Schröder, E.) Abschnitte 2.2.1. und 2.2.2., Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Frankfurt/M. 1978.

21. Es ist bekannt, daß das Absinken der Mortalitätsraten um die Jahrhundertwende in Europa und Nordamerika nicht etwa auf die Erfolge der kurativen Medizin zurückgeht, sondern eng mit der Besserung der hygienischen Verhältnisse und der Hebung des allgemeinen Lebensstandards korreliert ist. cf. McKeown, T. *Medicine in Modern Society*. Allen&Unwin, London, 1965. cf. McKeown, Brown, R.G., Record, R.G. *An interpretation of the modern rise of population in Europe*. *Population Studies* 26,381, 1972. cf. Kaupen-Haas, H. *Gesundheitsverhalten aus historischer Sicht*. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* Bd. 1, 1976, p.92. *Argument-Sonderband AS 8*, Berlin (West) 1976.
22. Vysohlid, J. *op.cit.*, p.17. Beck, A. *History of the British Medical Administration of East Africa 1900-1950*. Cambridge (Mass.) 1970, p.200. Coquery-Vidrovich, C. and Moniot, H. *L'Afrique Noire de 1800 à nos jours*. PUF, Paris 1974, p.169. - In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß viele Krankheiten erst im Verlauf der Kolonisierung in Afrika auftraten bzw. Verbreitung fanden, so z.B. in Französisch-Westafrika Tuberkulose, Pest, Rückfallfieber und natürlich Alkoholismus und Unterernährung. cf. Suret-Canale, J. *Schwarzafrika. Geographie, Bevölkerung, Geschichte West- und Zentralafrikas*, Berlin/DDR 1966, Bd.2, p.418ff.
23. Akerele, O. et al. *A new role for medical missionaries in Africa*. *WHO-Chronicle* 30,176, 1976. Bichmann, W., Hartog, R., Schultz, U., „Westliche“ Medizin in Ländern der Dritten Welt am Beispiel Tanzania: Ein Trojanisches Pferd des Neo-Kolonialismus. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* Vol.2, 1977, pp.170-192. *Argument-Sonderband AS 17*, Berlin (West) 1977.
24. Unschuld, P.U. *Western medicine and traditional healing systems: competition, cooperation or integration? Ethics in Science and Medicine* 3,5, 1976.
25. Suret-Canale, J. *op.cit.* Bd.2, p.515ff.
26. Beck, A. *op.cit.*, p.71ff.
27. Schulpen, T.W.J. *Integration of Church and Government Medical Services in Tanzania. Effects at District level*. Nairobi 1976, p.13.
28. Matomora, M. *Die tanzanische Gesundheitspolitik und die politische Grundlage der medizinischen Versorgung*. In: *Medizinische Versorgung in der Dritten Welt und Ausländerstudium in der Bundesrepublik*. In: *ew-Entwicklungsländer* 15;31, 1976 (edited by World University Service, Bonn).
29. Ferber, C.v. *op.cit.*, p.38ff. Unschuld, P.U. *Medico-cultural conflicts in Asian settings*, *Soc.Sci&Med* 9,307, 1975. Unschuld, P.U. *Professionalisierung und ihre Folgen*, *op.cit.*, p.543.
30. Frießem, D.H. *Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen. Ein medizin-soziologischer Abriss*. p.43-48. In: *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien* (edited by Schröder, E.) Steiner, Wiesbaden 1977. Schenda, R. *Das Verhalten des Patienten im Schnittpunkt professionalisierter und naiver Gesundheitsversorgung*, pp.31-45. In: *Handbuch der Sozialmedizin* (edited by Blohmke, M., Ferber, C.v., Kisker, K., Schaefer, H.) Voll.III, Stuttgart 1976. Unschuld, P.U. *Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Erfahrungen von Kranksein*. In: Schipperges, H. et a. (eds.), *op.cit.* p.495. cf. Rudnitzki, G., Huber, R. *Zur ethnomedizinischen Sichtweise in einer therapeutischen Perspektive. Eine Fallstudie aus dem Kraichgau*. p.59-66. In: *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*. (ed. by Rudnitzki, G., Schiefenhövel, W., Schröder, E.) *Ethnologische Abhandlungen* Nr.1. D.Kurth, Barmstedt 1977.
31. Kleinman, A.M. *Toward a comparative study*. *op.cit.*, p.59. Becker-Pfleiderer, B. *Kranksein in fremden Kulturen*. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 2, 132ff., 1977.

32. Colson, A.C. The differential use of medical resources in developing countries. *J.Hlth.Soc.Behav.* 12,226-37, 1971.
33. McGilvray, J.A. Motivation for Community Participation in Health Care Delivery, p.6-17. In: *Community Health and Health Motivation in South-East Asia* (edited by Diesfeld, H.J. and Kröger, E.) Steiner, Wiesbaden 1974.
34. Messing, S.D. Discounting Health: the issue of substance and care in an undeveloped country. *Soc.Sci&Med.* 7,911-916, 1973.
35. cf. hierzu Pfeleiderer-Becker, B.: Einführung in die Ethnomedizin, p.19. In: Ludwig, B. und Pfeleiderer-Becker, B.: *Materialien zur Ethnomedizin, Spektrum der Dritten Welt* 15, Kübel-Stiftung GmbH, Bensheim, 1978.
36. Bernauer, U. Aspekte der chilenischen Volksmedizin bei der Entwicklung von Gesundheitsstrategien, p.96-108. In: Schröder, E. (ed), op.cit.
37. Unschuld, P.U. Die konzeptuelle Überformung.. op.cit., p.501.
38. Foster, G. Medical Anthropology and international Health Planning. *Soc.Sci&Med.* 11,530, 1977. Maclean, C.M.U. Traditional Medicine and its practitioners in Ibadan, Nigeria. *J.trop.Med.Hyg.* 68,243, 1965.
39. Bhatia, J.C. et al. Traditional healers and modern medicine. *Soc.Sci.&Med.* 9,19, 1975.
40. Durch den unkontrollierten Verkauf von Antibiotika durch Kleinhändler wird die Nichtbeachtung von Dosierungsvorschriften und Kontraindikationen begünstigt. Hierdurch kommt es zu rascher Züchtung resistenter Keime. Auch unerwünschte Nebenwirkungen (z.B. Allergien) treten gehäuft auf. In diesem Zusammenhang ist auch auf die unethischen Praktiken der Pharmaindustrie hinzuweisen, die teilweise Warnhinweise, die sie zu bestimmten Produkten auf dem europäischen Markt abgibt, aus Annoncen und Pakungsbeilagen in Entwicklungsländern tilgt! cf. Yudkin, J.S. Clonidine withdrawal syndrome in Tanzania. *Trop.Doct.* 8,51, 1978. Wellstein, A. Zur Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Arbeitsmaterial zur Dritten Welt 1/78. *Medico International, Frankfurt/M.* 1978, p.16-19. cf. Bygbjerg, I.C. Use of drugs in developing countries. *Trop.Doct.* 8,175, 1978.
41. Bernauer, U. Partizipation. Eine gesundheitspolitische Strategie in Lateinamerika. Analyse ihrer Abläufe und Bedingungen am Beispiel Chile. *Phil.Diss. Univ. Freiburg/Br.* 1977, p.144.
42. Typischerweise konzentrierten sich Gesundheitsdienstleistungen, Ärzte und anderes qualifiziertes medizinisches Personal in den Städten. Zwar gab es immer einzelne, die in den Genuß von Therapieerfolgen der öffentlichen bzw. missionsärztlichen Gesundheitsdienste gekommen waren, und durch die präventivmedizinischen Kampagnen hatten auch ländliche Bevölkerungsgruppen Kontakt zum westlichen Medizinsystem. Eine regelmäßig zugängliche medizinische Versorgung kam jedoch immer nur einer kleinen Bevölkerungszahl in relativ beschränktem Umkreis um ein Krankenhaus zugute. cf. King, M., op.cit., 217.
43. Shehu, U. Health Care in rural areas. *AFRO Technical Papers* No.10, p.29. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1975. Diesfeld, H.J. Medizin in Entwicklungsländern. *Deutsches Ärzteblatt* 73, 1118-1120 u. 1178-1181, 1976.
44. Dabei soll nicht die Bedeutung der afrikanischen medizinischen Tradition und ihr Einfluß auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten unterschätzt werden! Berühmte und über ihren regionalen Bereich hinaus bekannte Medizin wurde z.B. bei den Songhai praktiziert. „Eine Krankheit, die in Borgu nicht geheilt werden kann, kann nirgends mehr geheilt werden“ (Brandl. L. *Ärzte und Medizin in Afrika.* Afrika-Verlag, Pfaffenhofen/Ilm 1966, p.68.).
45. cf. Davidson, B. *Urzeit und Geschichte Afrikas.* Rowohlt, Reinbek 1961, p.112ff. Davidson, B. *Vom Sklavenhandel zur Kolonisierung.* Afrikanisch-

- europäische Beziehungen zwischen 1500 und 1900. Rowohlt, Reinbek 1966.
- Page, J.D. A history of West Africa. Cambridge University Press, Cambridge 1969, Chapter 6.
46. Brandl, L. (op.cit. p.73) gibt eine Darstellung nachweislicher alter Medizinzentren - wo z.T. nachweislich Ausbildungsgänge und Standszeichen existierten.
 47. Traditional medicine and its role in the development of health services in Africa. Document AFR/RC26/TD/1. WHO Regional Committee for Africa, 26th session, Kampala 8 - 15 Sept. 1976, p.10.
 48. African Traditional Medicine, AFRO Technical Report Series No.1, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1976, p.13.
 49. Dieses Thema kann hier nicht ausgeführt werden. Die literarische Négritude-Bewegung sei stellvertretend für die Versuche der Wiederherstellung kultureller Identität unter den Bedingungen kolonialer Entfremdung angeführt. cf. z.B. Zahar, R. Kolonialismus und Entfremdung. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1969. Grohs, G. Stufen afrikanischer Emanzipation. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1967, p.196. Geiss, I. Panafrikanismus. Zur Geschichte der Dekolonisation. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1968 p.11.
 50. cf. beispielsweise das ausführliche Literaturverzeichnis in Brandl, L., op.cit., p.139-200.
 51. Brandl, L. A short history of ethnomedicine in tropical Africa. Ethnomedizin 2, 198, 1972/73.
 52. Brandl, L. A short history..., op.cit., p.206, 210.
 53. Fleischer, K. Uvula-Exzision in Afrika. Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. Heidelberg, Vol.4, No.11, p.12-15, 1978.
 54. cf. Brandl, L. Ärzte und Medizin..., op.cit., p.73. cf. Weisz, J.R. East African medical attitudes. Soc.sci.&Med. 6,323-333, 1972.
 55. Clyde, D.F. History of the medical services in Tanganyika, Daressalaam 1962, p.13.
 56. Meyer Fortes, Foreword, p.XIII. In: Social Anthropology and Medicine (edited by Loudon, J.B.) Academic Press, London, New York, San Francisco 1976 (Übersetzung W.B.). cf. Parrinder, G. West African Religions. Epworth Press, London 1969, p.156.
 57. WHO: African traditional medicine, op.cit., p.15.
 58. Jahn, Janheinz, Afrikanische Medizin, vervielf. Manuskript, Schloß Eschenau bei Heilbronn, o.J., p.21. Leeson, J. Social Science and Health policy in preindustrial society. Int.J.Hlth.Serv.4,434, 1974. Collomb, H. Public Health and psychiatry in Africa. p.64. In: Biomedical lectures 1970-71 series. AFRO Technical Papers No.4, WHO Regional Office for Africa Brazzaville 1972.
 59. Weizsäcker, V.v. Studien zur Pathogenese, Wiesbaden 1946. Uexküll, T.v. Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Rowohlt, Reinbek 1963, p.207.
 60. Jores, A. Praktische Psychosomatik. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1976, p.21.
 61. Jahn, J., op.cit./d'Almeida, T. L'Afrique et son médecin, Editions Clé, Yao-unde 1974.
 62. Lambo, T.A. The African mind in contemporary conflict. WHO-Chronicle 25,343-353, 1971. Lambo, T.A. The village of Aro. In: King, M. (ed.) Medical Care in Developing Countries. A Primer on the Medicine of Poverty. Oxford Univ.Press, Nairobi, Lusaka, Addis Ababa, London 1966, Chap.20. Collomb, H., op.cit., p.61-70. Colomb, H. Rencontre de deux systèmes de soins. A propos des thérapeutiques de maladies mentales en Afrique. Soc.Sci.&Med.7,623-633, 1973.

63. WHO: African traditional medicine, op.cit., p.4.
64. Wille, W. Medizin in Afrika. der überblick Vol.11, No.3, p.15, 1975.
65. Appiah-Kubi, K. The church's healing ministry in Africa. contact 29/1975, p.2-6. cf. Maclean, C.M.U., op.cit., 240. cf. Little, K. West African urbanization. A study of voluntary associations in social change. Cambridge University Press, Cambridge 1966, p.37ff. Haaf, E. Heilende Kirchen in Ghana, Curare 1(1978)73-84. cf. Lloyd, T.C. Africa in social change. Penguin, Harmondsworth 1972, p.245ff.
66. Bhatia, J.C. et al. (Traditional healers and modern medicine. Soc.Sci.&Med.9,17, 1975) berichten von einer Untersuchung in Indien, wo 77,4 % der interviewten Indigenious Medical Practitioners im Besitz eines Thermometers, 87,1 % im Besitz eines Spritzenbestecks und 68,8 % im Besitz eines Stethoskops waren. Ähnliches gilt auch für afrikanische Gebiete, die im Einflußbereich von „Modernisierungspolen“ liegen. Über die Vorliebe für Injektionen und die damit verbundenen Vorstellungen cf. Jahn, J., op.cit., p.15. cf. Wulff, E. Kulturwandel als psychiatrisches Problem, p.145. In: Wulff, E. Psychiatrie und Klassengesellschaft, Athenäum, Frankfurt/M. 1972.
67. cf. Bryant, J. Health and the developing world. Cornell University Press, Ithaca-London 1969, p.44ff. cf. Health care in rural areas. WHO-Chronicle 30,11-17, 1976. Der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamthaushalt ist in fast allen LLDC Afrikas rückläufig. Auch in den Prokopausgaben ist keine Verbesserung festzustellen (cf. Bichmann, W., op.cit., p.40). Dies wird auch durch eine WHO-Erhebung bestätigt: cf. Akim, N.B. Méthodes d'extension de la couverture des services de santé dans les régions rurales. In: (gleicher Titel), Rapport sur un séminaire, Brazzaville 1.-6.7.1974. WHO Regional Office for Africa, Document ICP STR 08, AFRO 4109. AFR/PHA 128. Annexe 5. - Andererseits zeigt Gish, O. (Alternative Lösungsmöglichkeiten in der Gesundheitsplanung. Neue Entwicklungspolitik 2/1977, p.19), daß auch mit diesen geringen Summen Vollversorgung der Bevölkerung möglich ist, wenn statt Spitälern ein Netz kleinerer Einrichtungen aufgebaut wird.
68. World Bank. Health Sector Policy Paper. Washington, D.C., March 1975, p.10. Bichmann, W. Probleme der Gesundheitsplanung und der (Fehl-)Entwicklung des Gesundheitswesens afrikanischer Staaten. Medizinsoziologische Mitteilungen Vol.4, No.1/2, p.27, 1978.
69. Djukanovic, V. and Mach, E.P., op.cit., p.93.
70. Nicht von ungefähr ist in der entwicklungspolitischen Diskussion international die Umorientierung auf eine „Grundbedürfnis-Strategie“ festzustellen. cf. Herrera, A.O. und Scolnik, A.D. et al. Grenzen des Elends. Das Bariloche-Modell: So kann die Menschheit überleben. Fischer, Frankfurt/M. 1977. cf. Oldenbruch, G. Zur Strategie der Erfüllung von Grundbedürfnissen. DSE, Bad Honnef 1978 (DSE-Dok. Nr.967 C). Schwefel, D. Bedürfnisorientierte Planung und Evaluierung. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, Berlin 1977. cf. Grundbedürfnisse und Entwicklungspolitik - ein Widerspruch? Entwicklung und Zusammenarbeit No.6/1978. cf. Schwerpunktnummer zu Grundbedürfnissen von Forum Vereinte Nationen (Development Forum) Vol.5, No.5/1978.
71. L'agent de santé communautaire. Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation. Edition expérimentale. OMS (WHO) Genève 1977. Adeniyi-Jones, O. Community involvement: new approaches. WHO-Chronicle 30, 8-10, 1976. Bryant, J.H. Community health workers. The interface between communities and health care systems. WHO-Chronicle 32,144, 1978.

72. Shehu, U., op.cit., p.27. de Lourdes Verdese, M. und Turnbull, L.M. The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: A guide to her training and utilization, WHO Genf 1975. Velimirovic, H. and B. The role of traditional birth attendants in health services. *curare* 1,85-96, 1978. Nicolas, D.D. et al. Attitudes and practices of traditional birth attendants in rural Ghana: implications for training in Africa. *Bull.WHO* 54,346, 1976. Bayoumi, A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Trop.Doct.*6,118-125, 1976.
73. „Eine der wesentlichsten Betonungen des PHC-Systems liegt auf einem Aufbau, der 'von unten nach oben' verläuft... Für die WHO ist es insofern eine Veränderung, als sie Basisdienste zwar schon seit Jahren fordert, aber darin mehr die unterste Stufe des staatlichen Gesundheitswesens sah, die weniger mit angelernten Hilfskräften, als vielmehr mit ausgebildetem medizinischem Personal ausgestattet ist" (Büchner, E. und Grottian, G. Die Gesundheitshilfe in der Entwicklungspolitik. Diplomarbeit, Institut für Entwicklungssoziologie, Freie Universität Berlin 1978, p.33.) Über village health committees cf. Flahault, D. The relationship between community health workers, the health services and the community. *WHO-Chronicle* 32,149-153, 1978. vgl. in diesem Zusammenhang aber auch die Kritik in Anm.6.
74. WHO: Traditional medicine and its role..., op.cit., p.2. WHO: African traditional medicine, op.cit., p.3. (Übers.W.B.)
75. *ibid.*, p.4. WHO: Traditional medicine and its role..., op.cit., p.2. (Übers.W.B.)
76. Traditional medicine and health services development in Africa. *WHO-Chronicle* 30,512, 1976.
77. Health manpower development. The problems of the salth team. AFRO Technical Report Series, No.4, p.7. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville 1977.
78. Comité Consultatif Régional de la Recherche Médicale en Afrique. Rapport de la première session. Brazzaville 15-18 Novembre 1976. Bureau Regional de l'Afrique, OMS Brazzaville 1976, Document ICP RPD 001, AFR/MR/4. p.7. WHO: Traditional medicine and its role..., op.cit., p.16. cf. auch: *Phytopharmacopée et médecine traditionnelle. Environnement Africain* No.20/Oct.1978, suppl.: *kuiga mayele. Plantes médicinales intertropicales, fiches pratiques. Environnement Africain* No.23/Fév.1979, suppl.: *kuiga mayele.*
79. EHZU, *Quotidien d'Information, Organe du Militantisme Révolutionnaire*, Cotonou, République Populaire du Bénin. Ausgabe v.5.2.1976, p.3 und v.19.2.1976, p.3.
80. cf. Elwert, G. Die Volksrepublik Benin - Emanzipation der militär-bürokratischen Klasse. IAB, Studien zu Imperialismus, Abhängigkeit, Befreiung. No.3/1978, p.48.
81. Dunlop, D.W. Alternatives to „modern" health delivery systems in Africa: Public policy issues of traditional health systems. *Soc.Sci.&Med.*9,584, 1975.
82. Auch Good, C.M. (Traditional medicine: an agenda for medical geography. *Soc.Sci.&Med.*11,705-713, 1977) liefert nur eine Bestandsaufnahme. cf. Foster, op.cit., p.533.
83. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978. Report of the Regional Director for Africa. WHO, Dokument ICPHC/ALA/78.4 (1 Apr 1978), p.4 u. 10.
85. Unschuld, P.U. Western medicine..., op.cit. Unschuld, P.U. Professionalisierung und ihre Folgen..., op.cit., p.543ff. Unschuld, P.U. Western Medicine..., op.cit., p.10. - Auf eine ausführliche Darlegung der von Unschuld herausgearbeiteten begrifflichen Kategorien „unstrukturierte Koordination",

- „strukturierte Koordination“, „strukturierte Kooperation“ und „Integration“ muß hier aus Platzgründen verzichtet werden.
86. Tsung-Yi Lin and Wegman, M.E. Present Status and future perspectives. In: *Public Health in the People's Republic of China* (edited by Wegman, M.E. et al.), Josiah Macy, Jr, Foundation, New York 1973, p.269. Li Wang, V. Training of the Barefoot Doctor in the People's Republic of China: From prevention to curative sector. *Int.J.Hlth.Serv.* 5,475-488, 1975.
 87. Unschuld, P.U. *Western medicine...*, op.cit., p.10.
 88. cf. beispielsweise Heller, G. Die kulturspezifische Organisation körperlicher Störungen bei den Tamang von Cautara/Nepal. Eine empirische Untersuchung über die Hintergründe kulturbedingter Barrieren zwischen Patient und Arzt, p.44ff. In: Rudnitzki, G. et al. (eds.), op.cit.
 89. cf. z.B. die Erwähnung einer heiß/kalt-Dichotomie bei den Songhai in Westafrika: Bisilliat, J. Village diseases and bush diseases in Songhay: an essay in description and classification with a view to a typology. p.560. In: Loudon, J.B. (ed.), op.cit. - Ein anderes Beispiel in diesem Zusammenhang ist die Zulu-Erklärung der Symptome von Lungentuberkulose als durch Vergiftung durch Übelwollende bedingtes Leiden. Die unterschiedlichen Erklärungsmodelle der modernen Medizin und der Zulu-Medizin sind nicht integrierbar. Durch Gesundheitserziehung muß also das „falsche“ Modell ausgelöscht werden. Cassel, J. A comprehensive health program among South African Zulus, p.30ff. In: *Health, Culture and Community* (edited by Paul, B.D.) Russel Sage Foundation, New York 1955.
 90. Unschuld *ibid.*
 91. Aufgabendelegation stellt in der Entwicklungsländermedizin kein Novum dar. Die Diskussion um Auxiliaries läuft seit Ende der 50er Jahre. cf. Fendall, N.R. *E Auxiliaries in Health Care. Programs in Developing Countries*, Baltimore 1972. cf. Weisz, F.H. On delegation in medicine and dentistry. *Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rhijn - Brussel* 1972.
 92. Die Ausbildung der traditionellen Hebammen bleibt allerdings wirkungslos, wenn nicht gleichzeitig eine gesundheitserzieherische Kampagne die Gemeinde auf die veränderten Praktiken der Entbindung durch Einführung hygienischer Techniken vorbereitet. (Dwivedi, K.N., Rai, P.H. The training auf traditional birth attendants: a broader approach is needed. *Int.J.Hlth.-Educ.* 14,29-33, 1971.
 93. cf. Bayoumi, A., op.cit.
 94. cf. Diesfeld, H.J. Diskussionsbemerkung in: Schröder, E. (ed.), p.87. cf. Diesfeld, H.J. Die Bedeutung des Dialogs zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern, p.7-12. In: Rudnitzki, G. et al. (eds.), op.cit.
 95. Bhatia, J.C. et al., op.cit., p.18.
 96. cf. The promotion and development of traditional medicine. Report of a WHO Meeting. *Tech.Rep.Ser.* 622, WHO, Genf 1978.
 97. cf. Bayoumi, op.cit., p.123.
 98. Unschuld, P.U. Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen, p.83. In: Rudnitzki, G. et al. (eds.), op.cit. vgl. auch die Parallelen zur „Flexner'schen Revolution“, die die Medizin in den USA einheitlich organisierte: cf. Navarro, V. The crisis of the Western system of medicine in contemporary capitalism. *Int.J.Hlth.Serv.* 8(1978)179-211, p.186.
 99. Foster, G. op.cit., p.529.
 100. cf. Sow, I. *Psychiatrie dynamique Africaine*. Payot, Paris 1977, p.21. - Die bekanntesten Beispiele sind die Projekte Fann in Senegal und Aro village in Nigeria, über die eine immense Literatur existiert (cf.ref.62). Bevor diesen Modell-Projekten enthusiastisch Lob gezollt werden kann, müßte indes erst

- geklärt werden, ob es dort wirklich zur Integration zweier Medizinsysteme unterschiedlicher kultureller Herkunft gekommen ist. Ein sehr lesenswertes Interview mit M. Dorès setzt hier große Fragezeichen. cf. Fichte, H. Die Geisteskrankheiten in Afrika. Frankfurter Rundschau v. 29.1.1977, p.III.
101. cf. Nchinda, T.C. Traditional and western medicine in Africa: Collaboration or confrontation?. *Trop. Doct.* 6,134, 1976. s.a. WHO: Theo promotion and development..., op.cit., p.17-18. - Eine in diesem Zusammenhang interessante Studie in Lagos zeigte, daß die neu Zugewanderten den Praktiken und Vorstellungen der modernen Medizin viel aufgeschlossener gegenüberstanden, als die Altansässigen (cf. Morgan, R.W. Migration as a factor in the acceptance of medical care, *Soc.Sci.&Med.* 7,865-873, 1973).
 102. cf. Human rights in health (edited by Elliott, K. and Knight, J.) Ciba Foundation Symposium No.23. Elsevier, Amsterdam-New York 1974. cf. Bryant, J.H. Principles of justice as a basis for conceptualizing a health care system. *Int.J.Hlth.Serv.* 7,707-719, 1977., sowie die Diskussionsbemerkungen hierzu von Silver, G.A., Steward, M.M. und Kelman, S. (*Int.J.Hlth.Serv.* 7,721-739). cf. besonders auch die Kritik V. Navarro's am Gebrauch des Menschenrechtsbegriffs in kapitalistischen Ländern am Beispiel der USA: Navarro, V. The economic and political determinants of human (including health) rights. *Int.J.Hlth.Serv.* 8,145-168, 1978.
 103. Zu den ökonomischen Interessen gehört auch das Interesse an der Aufrechterhaltung einer bestehenden Machtverteilung. Roemer, M.I. weist darauf hin, daß in Lateinamerika Verbesserungen der Gesundheitsversorgung jeweils nur unter sozialem und politischem Druck zustande kamen. (Organizational issues relating to medical priorities in Latin America. *Soc.Sci.&Med.* 9, 93-96, 1975).
 104. World Bank: Health Sector Policy Paper, Washington, D.C., March 1975, p.61ff. und Chapter 3. - Entsprechend der WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ will die Weltbank die absolute Armut bis zum Jahr 2000 durch ihre Investitionspolitik beseitigen. (cf. McNamara, R. Rede vor dem Gouverneursrat der Weltbank. Nairobi 24.9.1973. zit.n. Preiswerk, R. Zum Bruch mit herkömmlichen Entwicklungsmodellen, p.31. In: Strategien gegen Unterentwicklung (edited by Schmidt, A.) Frankfurt/M-New York 1976. Preiswerk gibt im übrigen einen guten Überblick über die heutigen Entwicklungskonzeptionen).
 105. cf. Meillassoux, C. De la reproduction à la production. In: ders., *Terrains et Théories*, Editions Anthropos, Paris 1977. cf. Meillassoux, C. Femmes, greniers et capitaux. Maspéro, Paris 1975. cf. Amselle, J.L. Les migrations Africaines. Maspéro, Paris 1976. cf. Rey, J.P. Capitalisma négrier. La marche des paysans vers le prolétariat. Maspéro, Paris 1976.
 106. Collins, J., Moore Lappé, F. Vom Mythos des Hungers. Die Entlarvung einer Legende: Niemand muß hungern. Fischer, Frankfurt/M. 1978, p.99ff. Rodney, W. How Europe underdeveloped Africa. Bogle-L'Ouverture Publications London and Tanzania Publishing House Dar-es Salaam 1972, p.256.
 107. Die Notwendigkeit der Erweiterung der Absatzmärkte für die Produkte der Metropolen führt S. Amin (Die ungleiche Entwicklung. Essay über die Gesellschaftsformationen des peripheren Kapitalismus. Hoffmann und Campe, Hamburg 1975, p.138) aus. Die Peripherie liefert überwiegend Rohstoffe.
 108. vgl. hierzu auch die Aufarbeitung der Gedanken Meillassoux's bei Biermann, W., Kößler, R. Imperialismusanalyse auf Basis einer Akkumulations-theorie. Studien zu Imperialismus, Abhängigkeit, Befreiung. IAB, No.1/1977, p.56.
 109. vgl. Bichmann, W. Thesen zur Bedeutung der traditionellen Medizin im Rahmen der „Primary Health Care“-Strategie in Afrika. *Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 1(1978)99-106.