

# culture

Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie  
Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry

hrsg. von/edited by: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM



**Schwerpunkt:**

**Medizinethnologie  
“on the Move”.  
Lebenswelten unter  
medizin-  
anthropologischen  
Perspektiven**

**Medical Anthropology  
“on the Move.”  
Anthropological  
Perspectives on  
Lifeworlds**

**Zum Titelbild:** „Die Beschwörerin (*Bajalica*) Biljana aus Budisava, Wojwodina. Rekonstruktionsversuche einer ethnischen Identität im postsozialistischen Nachkriegsserbien“ (Beitrag von MARIA VIVOD, siehe dieses Heft S. 153-162), hier im Rahmen ihrer Behandlungen beim Bleigießen.

**To the title:** “Reconstructing Ethic Identity in Post-socialist Postwar Serbia: The Charmer (*bajalica*) Biljana from Budisava in Vojvodina” (contribution of MARIA VIVOD, in this issue pp. 153-162), here in healing action with lead-foundry.

**Foto** © SZILÁRD KOVÁCS

#### **Vorschau // Preview:**

**Curare 31 (2008) 1:** Good Deaths/Bad Deaths: Dilemmas of Death in Comparative Perspective // Guter Tod/Schlimmer Tod: Dilemmas des Sterbens aus vergleichender Perspektive

GABRIELE ALEX, Heidelberg & SUZETTE HEALD, London (Guest-editors //Gasteditoren)

**Curare 31 (2008) 2:** Die fremden Sprachen, die fremden Kranken: Dolmetschen im medizinischen Kontext // Foreign languages, foreign patients: interpreting in a medical context

ALEXANDER BISCHOFF, Basel & BERND MEYER, Hamburg (Gasteditoren // Guest-editors)

#### **Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – AGEM, Herausgeber der**

*Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie, gegründet 1978*

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)



**Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie /**

**Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry**

#### **Herausgegeben im Auftrag der / Edited on behalf of:**

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM  
von Ekkehard Schröder, auch verantwortlich im Sinne des Presse-  
rechtes V.i.S.d.P. / Editor-in-chief

#### **Geschäftsadresse / office AGEM:** AGEM-Curare

c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany  
e-mail: ee.schroeder@t-online.de, Fax: +49-[0]331-704 46 82  
www.agem-ethnomedizin.de

#### **Herausgeberteam /Editorial Board Vol. 28(2005) - 30(2007):**

Hans-Jörg Assion (Bochum) Hans-Joerg.Assion@wkp-lwl.org  
// Michael Heinrich (London) michael.heinrich@ulsop.ac.uk //  
Ruth Kutalek (Wien) ruth.kutalek@meduniwien.ac.at // Bettina  
E. Schmidt (Oxford) b.schmidt@bangor.ac.uk // Kristina Tiedje  
(Lyon) kristina@tiedje.com // Anita Zahlten-Hingurange (Heidel-  
berg) anita-zahlten-h@nct-heidelberg.de

**Beirat /Advisory Board:** John R. Baker (Moorpark, CA, USA) //  
Mihály Hoppál (Budapest) // Annette Leibling (Montreal, CAN) //  
Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

**Begründet von / Founding Editors:** Beatrix Pfeleiderer (Ham-  
burg) – Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Scheifenhövel  
(Andechs) – Ekkehard Schröder (Potsdam)

**Ehrenbeirat / Honorary Editors:** Hans-Jochen Diesfeld (Starn-  
berg) – Horst H. Figge (Freiburg) – Dieter H. Frießem (Stuttgart)  
– Wolfgang G. Jilek (Vancouver) – Guy Mazars (Strasbourg)

#### **IMPRESSUM 30(2007)2+3**

#### **Verlag und Vertrieb / Publishing House:**

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster  
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany  
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36  
e-mail: info@vwb-verlag.com  
http://www.vwb-verlag.com

#### **Bezug / Supply:**

Der Bezug der *Curare* ist in der Mitgliedschaft bei der Arbeits-  
gemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte  
können beim VWB-Verlag bezogen werden / *Curare* is included  
in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered  
at VWB-Verlag.

#### **Abonnementspreis / Subscription Rate:**

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet  
unter / Valid subscription rates you can find at the internet under:  
www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html

#### **Copyright:**

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2008

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-699-X

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren  
unterzogen / This journal is peer reviewed.



Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie/  
Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry  
Hrsg. von/Ed. by Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM)

**Inhalt / Contents**  
Vol. 30 (2007) 2+3  
Doppelheft / Double Issue

**Medizinethnologie “on the Move”: Lebenswelten unter  
medizinanthropologischen Perspektiven /  
Medical Anthropology “on the Move”—Anthropological  
Perspectives on Lifeworlds**

herausgegeben von / edited by:  
KRISTINA TIEDJE & EKKEHARD SCHRÖDER

Reprint: <i>Curare</i> 1(1978)1 – Das erste Editorial . . . . .	100
KRISTINA TIEDJE & EKKEHARD SCHRÖDER: Medizinanthropologische Perspektiven zum Thema Lebenswelt in der deutschsprachigen Ethnologie. Einleitung zu <i>Curare</i> Jahrgang 30 (2007) 2+3: Medizinethnologie on the move. . . . .	101
<b>Artikel zum Schwerpunkt</b>	
<i>Lebenswelten, Public Health und Globalisierung</i>	
WOLFGANG BICHMANN: Erfahrungen und Perspektiven der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Gibt es eine Rolle für die Medizinethnologie? . . . . .	111
KRISTINA TIEDJE: The Politics of Eco-Social Wellbeing in Nahua Society: Negotiating Lifeworlds through Indigenous Rights Claims . . . . .	121
<i>Bedrohte Lebenswelten und Bewältigung</i>	
CLAUS DEIMEL: Die Tesgünada: Viel trinken und gesund bleiben! Alkohol in der Kultur der Sierra Tarahumara bei den Rarámuri . . . . .	131
CARSTEN KLÖPFER: HIV/Aids-Prävention in Thailand – buddhistische Empfehlungen zur Konstruktion einer angst- und vorurteilsfreien Lebenswelt . . . . .	141
MARIA VIVOD: Die Beschwörerin ( <i>Bajalica</i> ) Biljana aus Budisava, Wojwodina. Rekonstruktionsversuche einer ethnischen Identität im postsozialistischen Nachkriegsserbien . . . . .	153

*Diskurse zum Thema medizinanthropologische Perspektiven und Lebenswelten*

BERNHARD LEISTLE: Einige Bemerkungen zum Verstehen fremder Lebenswelten in der Ethnologie	163
LUDGER ALBERS: Der Begriff Lebenswelt aus neurobiologischer und psychosomatischer Sicht: Zeichenübersetzungen zwischen Körper und Umwelt	177

**Diskussionsbeiträge zum Schwerpunkt**

HELMUT JÄGER: Einfache Intervention - komplexe Katastrophe. Arsen im Trinkwasser Bangladeschs	199
RAINER BRANDL: Das internationale Geschäft mit HIV/Aids: Gelder verschwinden in der Korruption. Ein exemplarischer Fallbericht aus Tansania	207
CLAUS DEIMEL: Vom Hungerbauch zum Fettwanst. Ernährung und Identität in einer Regionalkultur der Tarahumara (Rarámuri; Nordwestmexiko)	213

**Kongressberichte**

SOLMAZ GOLSABAHI & EVA VAN KEUK: Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Bericht zum und Gedanken nach dem ersten Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum vom 6.-9. September 2007 an der Universität Witten/Herdecke	217
ECKHARDT KOCH & NORBERT HARTKAMP: Identität(en)/Kimlik(ler). Bericht zum VI. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongress vom 12. bis 15. September 2007 in Istanbul. (einschließlich Resolution)	225

**Konferenzberichte**

HANS-JÖRG ASSION: Bericht über den 1. Weltkongress der (trans)kulturellen Psychiatrie in Beijing, 2006	235
EKKEHARD SCHRÖDER: Bericht zum 78. Treffen des AKME in Wien 30.-31. März 2007	236
KORNÉLIA BUDAJ: Report on the 8 <sup>th</sup> Conference of the International Society for Shamanistic Research: "Shamanhood Today", June 1-6 2007, at Dobogókő, Hungary.	237
ECKHARDT KOCH: Zeitzeichen sozialer und interkultureller Psychiatrie. Zur Verabschiedung von Wielant Machleidt, MH Hannover	240

**Mitteilungen**

VOLKER HAUDE: Beschwerdeäußerungen von Migranten in der therapeutischen Praxis. Eine vorläufige Bilanz	243
WOLFGANG KRAHL & DIETER HAMPPEL: Mental Health in Entwicklungsländern. Ein Weiterbildungsangebot des „Ärzteprogramms“ für Medizinstudenten und Ärzte aus Afrika, Asien und Lateinamerika in Deutschland	246
GERD VENGHAUS: Leserbrief zu KALERVO OBERGS Reprint on Culture Shock in <i>Curare</i> 29(2006)	248

**Reprints zum Schwerpunkt**

JACOB VON UEXKÜLL: Einleitung aus <i>Theoretische Biologie</i> . Zweite gänzlich neu bearbeitete Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer: 1-3 (Reprint 1928).	250
DAN G. HERTZ: 1977. The Problems of "Reverse" Culture Shock. (The "returning resident" syndromes,—psychopathology and its prevention.) (Reprint 1977).	252

DIETER H. FRIESSEM: Das Krankheitsverhalten und seine ethnischen Variationen. Ein medizinisch-soziologischer Abriss (Reprint 1977) . . . . .	255
<b>Buchbesprechungen / Book Reviews</b>	
Allgemein . . . . .	259
KATARINA GREIFELD: Ein Kommentar zu NICTHER MARK 1991. Ethnomedicine: Diverse Trends, Common Linkages. Commentary. (Special Issue). <i>Medical Anthropology</i> 13(1991)1-2 (Reprint). . . . .	259
Ethnobotanik und Ethnopharmakologie . . . . .	269
<b>Nachruf</b>	
ANA MARIA BENKO-ISEPPON: In Memoriam Wilfried Morawetz. A Life for Plant Research (1951-2007) . . . . .	272
<b>Dokumentationen</b>	
Reprint der Mitteilungen der AGEM 20/1986 mit dem Call for Papers zur 9. Fachkonferenz Ethnomedizin: Schmerz – Interdisziplinäre Perspektiven (1988 Heidelberg). . . . .	276
30 Jahre <i>Curare</i> : Dokumentation Ausgewählte Titelseiten I: Der Medizinmann Chumapi aus Mashumar Entsa [Reprint Vol. 1(1978)1] // Der Zulu-Blitzzauberer Laduma Madela [Reprint Vol. 1(1978)2] // Frau Gabeya' u, eine Heilkundige in Me'udana [Reprint Vol. 2(1979)2] // Eine Mudang (Korea) [Reprint Vol. 2(1979)4] . . . . .	281
<b>Résumés des articles</b> . . . . .	<b>285</b>
<b>Die Autorinnen und Autoren</b> . . . . .	<b>289</b>
<b>Index der <i>Curare</i>-Jahrgänge 27(2004) bis 30(2007)</b> . . . . .	<b>290</b>
Zum Titelbild . . . . .	U2
Impressum . . . . .	U2
Hinweise für Autoren / Instructions for Authors . . . . .	U3
Collage zu 30 Jahre <i>Curare</i> . . . . .	U4

Endredaktion: EKKEHARD SCHRÖDER & KRISTINA TIEDJE  
Redaktionsschluss: 15. Mai 2008

Die Artikel in diesem Heft wurden einem Reviewprozess unterzogen / The articles of this issue are peer-reviewed

## Erfahrungen und Perspektiven der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Gibt es eine Rolle für die Medizinethnologie?\*

WOLFGANG BICHMANN

**Zusammenfassung** Die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich steht auch nach über 30 Jahren erfolgreicher *Public Health* Ausrichtung vor Herausforderungen an Interdisziplinarität. Die Rolle von Gesundheit als Voraussetzung für Wirtschaftsentwicklung und Wachstum rückt bei der strukturellen Armutsbekämpfung neu in den Fokus der internationalen Entwicklungspolitik. Der Blick auf die Geschichte der „medizinischen Entwicklungshilfe“ Deutschlands im Kontext der Primary Health Care Strategie macht deutlich, dass die Themen Gesundheitsverhalten, Partizipation und Dezentralisierung neben Technologietransfer und Finanzierung auch heute die wesentlichen Aspekte bleiben, die über Qualität und damit Erfolg und Akzeptanz von Gesundheitssystemen entscheiden. Die interdisziplinäre Sicht der „Gesundheitswissenschaften“ muss dazu verstärkt *medizinethnologische* Erfahrungen rezipieren und integrieren. Im Kontext der Globalisierung können bilaterale Geber diesbezüglich richtungweisende Akzente bei der Gesundheitssystementwicklung neben den internationalen Akteuren setzen.

### Experiences and Perspectives of German Development Cooperative Projects in the Public Health Domain: Is there a Role for Medical Anthropology?

**Abstract** Despite 30 years of increased international cooperation to improve public health development, challenges for interdisciplinary collaborative projects remain. Specifically in the context of international politics focusing on structural poverty reduction, health is presently viewed one of the basic constituents of economic development and growth. This article offers a brief analysis of Germany's Health Aid Programs in the context of the Primary Health Care strategy. In this context, health behaviour, participation, and decentralisation operate together with technology transfer and financing. All of these factors continue to be the essential elements on which quality and acceptability of health systems rely. As a result, this article argues that interdisciplinary health sciences need to better integrate the methodology, data analysis, and results of medical anthropology. This holds true in particular during the era of globalisation, when bilateral donors who are working side by side with international stakeholders may still provide decisive additions to health systems development worldwide

**Keywords (Schlagwörter)** development cooperation (Entwicklungszusammenarbeit) – Germany (Deutschland) – international public health (Öffentliches Gesundheitswesen) – health system (Gesundheitssystem) – medical anthropology (Medizinethnologie/Ethnomedizin) – interdisciplinarity (Interdisziplinarität)

### Medizinethnologie und International Public Health

Die Verbindung der Themen International Public Health, Tropenmedizin und Medizinethnologie (auch: „*Ethnomedizin*“) ist eine grundsätzliche Herausforderung für die Entwicklungszusammenarbeit (EZ) im Gesundheitsbereich, deren Bearbeitung die Zeitschrift *curare* seit den ersten Ausgaben prägte.

In diesem Beitrag werden Bezüge zwischen Medizinethnologie und Gesundheits-EZ in den letzten 30 Jahren thematisiert<sup>1</sup>. Eine solche Betrachtung bleibt notwendigerweise stark subjektiv, kann indessen Anregungen für die Fachdiskussion bieten.

*Heilung* bedeutet Kur, Therapie, Behandlung, Versorgung – doch wer ist wie und wann heil, gesund, krank, unwohl, unzufrieden, unglücklich? Heute prägt ein Prozess kontinuierlich zunehmen-

---

\* Hans-Jochen Diesfeld, dem Freund und „Doyen“ der *Medizin in Entwicklungsländern* in Deutschland, gewidmet, der mich seit dem Studium prägte und begleitete, und unter dessen Leitung ich zehn hoch produktive Jahre der Institutsentwicklung in Lehre (DIESFELD et al. 1989a) und Forschung (DIESFELD et al. 1991) mit gestalten konnte.

der Konvergenz staatlicher Organisationsformen auf globaler Ebene die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme und der Dienstleistungsangebote zum Umgang mit Krankheit und abweichendem Verhalten. Die individuelle körperliche und psychosomatische Erfahrung von Kranksein bleibt indes überwiegend vom sozialen, kulturellen und historischen Kontext bestimmt. Und arme Menschen sind gegenüber Krankheiten, Naturkatastrophen, Einkommens-/Ernteausfall und Konflikten ganz besonders anfällig. Die internationale Entwicklungspolitik hat sich in den letzten zehn Jahren auf strukturelle Armutsbekämpfung und die Millenniums-Entwicklungsziele hin neu ausgerichtet und dabei wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Interdisziplinarität in ihren Ansätzen befördert (WORLD BANK 2000: 15, OECD 2001: 31 ff., STIGLITZ 2002). Dabei wurden – für viele überraschend – auch die „qualitativen“ Untersuchungsmethoden (PATTON 1990) der Sozial- und Kulturwissenschaften bei der Analyse von Entwicklungsprozessen auf Mikroebene<sup>2</sup> genutzt. Im Jahr 2000 legte die Weltbank eine Studie vor, die die internationale EZ nachhaltig beeinflusst hat: eine Befragung von 60.000 Armen in allen Kontinenten legte unter dem Titel *“Voices of the Poor”* Grundlagen für eine neue sozialpolitische Orientierung der wichtigsten multilateralen Finanzierungsinstitution (NARAYAN *et al.* 2000).

Die *Medizinethnologie* befasst sich mit der ethnologischen Betrachtung und Analyse von Gesundheitsverhalten und von medizinischen Systemen als Dienstleistungs- und Versorgungssystemen (JANZEN 1978; PFLIEDERER *et al.* 1985, 1995; GREIFELD 2003: 13). Medizinsoziologische und medizinethnologische Untersuchungen fanden über die seit Mitte der 1970er-Jahre in Heidelberg zentral etablierten Vorbereitungskurse für Mitarbeiter deutscher Entsendedienste Eingang in die deutsche EZ. Diese Studien hatten sich zunächst der Analyse der Patientensicht, dem *“health-seeking behaviour”* gewidmet (CHRISMAN 1977; FOSTER 1977, 1982, 1984; JANZEN & ARKINSTALL 1978; KROEGER 1983). Ein weiteres wichtiges Thema war die empirisch beobachtete Koexistenz unterschiedlicher traditioneller, laien- und volksmedizinischer sowie „moderner“ Medizinsysteme innerhalb einer Kultur und das Konzept des „medizinischen Pluralismus“ (UNSCHULD 1976; LANDY 1977; RUBEL & SARGENT 1979; LESLIE 1980). Die Herausbildung einer synkretistischen Volksmedizin, die Praktiken und Arzneimittel verschiedener

Medizinsysteme kombiniert (VAN DER GEEST 1984; VAN DER GEEST & WHYTE 1988) zeigte auf, wie anpassungsfähig die Institutionen und Praktikern der traditionellen Heilsysteme im Kontext des stattfindenden sozialen Wandels sind (ANYINAM 1987).

### Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich – ein Blick zurück ...

Die „medizinische Entwicklungshilfe“ Deutschlands am Beginn der sechziger Jahre war auf Ärzte und Krankenhäuser ausgerichtet. In den siebziger Jahren standen die medizinische Aus- und Fortbildung, die Organisation von Gesundheitsdiensten und deren Infrastruktur, präventive Programme für Mutter-Kind-Versorgung – incl. Pocken-Ausrottungs- und Onchocerkose-Kontrollprogramm der WHO – im Mittelpunkt der Gesundheits-EZ. Die damals intensive Diskussion um angepasste Versorgungsformen mit breiter Wirkung war ursprünglich von Missionsärzten angestoßen worden. Sie fand

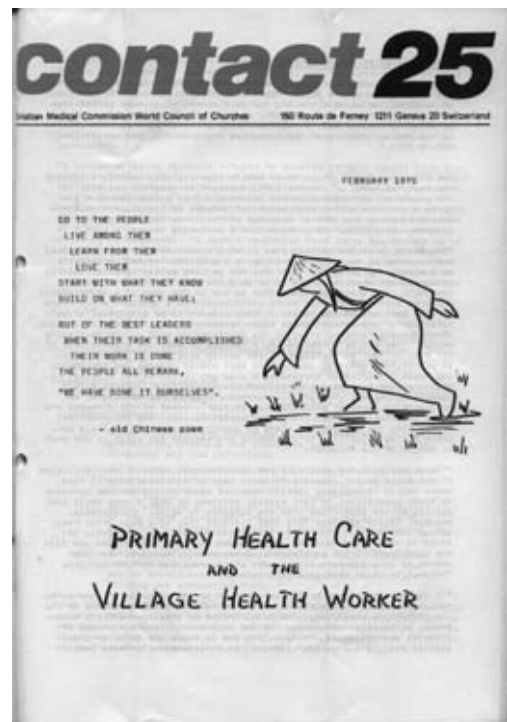


Abb. 1: Die Zeitschrift der Christian Medical Commission, Februar 1975

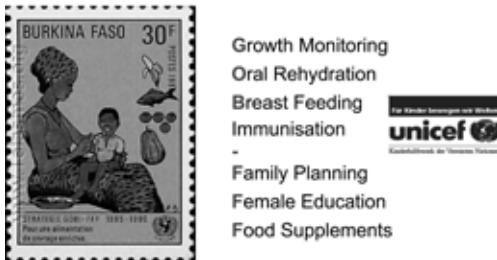


Abb. 2: Lehrmaterialien in den Heidelberger „Entwicklungshelfer- Kursen“

in der *Christian Medical Commission* des Weltkirchenrats in Genf und ihrer Zeitschrift *“contact”* eine Plattform, die internationalen Einfluss auch auf die WHO-Politik ausübte (LITSIOS 2004; vgl. Abb.1). Diese Vorarbeiten mündeten schließlich in die Ausformung des *Primary Health Care*-Konzepts (PHC) und die Vereinbarung der *Health for All*-Strategie (HFA) der WHO (WHO 1981). Diese die achtziger Jahre prägende gesundheitspolitische Reformagenda in Entwicklungsländern wurde durch das Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg und seinen Direktor Hans-Jochen Diesfeld über die „Heidelberger Kurse“ in die deutsche EZ weiter vermittelt. Nach Gründung der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 1975, entstand dann unter dem langjährigen Leiter deren Gesundheitsabteilung, Rolf Korte, neben dem akademischen Zentrum Heidelberg und den kirchlichen Institutionen – Deutsches Institut für ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen und Missionsärztliches Institut (MI)

in Würzburg – auch ein operatives Zentrum in Eschborn, das kontinuierlich die Gesundheitspolitik in der deutschen EZ mit prägte und beeinflusste. Die bestehenden tropenmedizinischen Institute in Hamburg, Tübingen, Berlin und München übten demgegenüber auf die EZ nur einen geringeren Einfluss aus. Sie waren neben eigenen Forschungs- und Ausbildungsaktivitäten in unterschiedlichem Maße in die Gestaltung der tropenmedizinisch-klinischen Ausbildungsmodule der ab 1974 anlaufenden Heidelberger „Entwicklungshelfer-Kurse“ integriert.

Mit dem von Diesfeld und Schröder initiierten „Handbuch Medizin in Entwicklungsländern“ lag dann ab 1978 ein über 30 Jahre kontinuierlich weiterentwickeltes Kompendium der wichtigsten konzeptionellen sowie medizinisch-praxisbezogenen Aspekte einer Gesundheitspolitik in deutscher Sprache vor, die auf die Rahmenbedingungen armer Entwicklungsländer ausgerichtet war (DIESFELD *et al.* 1978, 1989b, 2001). Dieses Handbuch, das nicht nur die Problemsicht der entsandten Ärzte und Ge-



**Abb. 3: Die GOBI-FFF Strategie von UNICEF – “selective versus comprehensive”?**

sundheitsarbeiter, sondern auch die der deutschen EZ im Gesundheitsbereich prägte, vermittelte zeitnah die internationale Reformdiskussion aus dem englischsprachigen Raum in die deutsche EZ (vgl. Abb. 2). Als Konsequenz der PHC-Strategie wurde der Zugang zu erschwinglichen und gleichzeitig qualitativ hochwertigen Gesundheits-Dienstleistungen auf dezentraler Ebene international anerkanntes gesellschaftliches Ziel und Aufgabe der nationalen Gesundheitspolitik auch in Entwicklungsländern. Mehrere Herangehensweisen zur praktischen Umsetzung der PHC-Strategie wurden z.T. in Pilotansätzen, z.T. in landesweiten Programmen erprobt, an welchen auch die deutsche EZ beteiligt war: beispielsweise der Einsatz von *Village Health Workers* und *Traditional Birth Attendants*, die *Child Survival Strategy*, das *Expanded Programme on Immunisation* und die *Bamako-Initiative*.

*Community Participation*, der Partizipations-Ansatz, wurde in der Gesundheitspolitik in Entwicklungsländern von Planern und Betroffenen-Gruppen frühzeitig aufgegriffen, versprach er doch eine bessere Beteiligung potenzieller Nutzer an der Bedarfsdefinition, der Gestaltung eines lokal und kulturell angepassten Versorgungsangebots und überdies die Möglichkeit der Mobilisation lokaler Ressourcen für das Gesundheitssystem (PAHO 1984; MACCORMACK 1983; RIFKIN 1985). Letztlich war er eine der wesentlichen Grundlagen für die WHO-Strategien “Primary Health Care” und “Health for All” ab Ende der siebziger Jahre! (WHO 1981; FOSTER 1982; BICHMANN 1985, 1992). Ein wesentlicher Hinderungsgrund für erfolgreiche Partnerschaft zwischen den professionellen Dienstleistern bzw. dem öffentlichen Gesundheitssektor (Angebotsseite) und den Betroffenen bzw. Klienten (Nachfrageseite) blieb jedoch der Interessengegensatz um Teilhabe an und Einfluss auf die Systemge-

staltung (MIDGELEY 1986, RIFKIN *et al.* 1988; OAKLEY 1989; WHO 1991; KAHSSAY & OAKLEY 1999). Dies zeigte sich nicht zuletzt auch im teilweise erbittert geführten internationalen Disput über die richtige Umsetzungspolitik – “comprehensive versus selective” – in der Mitte der achtziger Jahre, der auch negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von WHO und UNICEF als den im Themenbereich führenden Fachorganisationen der „UN-Familie“ zeitigte (WALSH, WARREN 1979; vgl. Abb. 3).

Im PHC-Prozess war man davon ausgegangen, dass die Übernahme von Verantwortung seitens lokaler Nutzergruppen auch eine stärkere Rechenschaftspflicht staatlicher Dienstleister gegenüber den Klienten mit sich bringe. Ansätze hierzu sah man in den neunziger Jahren im weltweit stärker werdenden Trend zur Dezentralisierung staatlicher Administrationen, dem auch die Dezentralisierung von Budgetverantwortung folgt (WHO 1992; GÖRGEN 1994)<sup>3</sup>. Diese Delegation von Zuständigkeiten und Einfluss an lokale Instanzen muss aber – als Bewährung von “Good Governance” – auch von einer Reduzierung der sozialen Ausgrenzung von Minderheiten, Armen und Benachteiligten begleitet werden, die aufgrund ihrer Vulnerabilität höheren Bedarf an angemessenen Gesundheitsdiensten haben (OECD & WHO 2003: 37 ff).

Die achtziger und beginnenden neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts standen aber auch unter den Vorzeichen der Strukturanpassungspolitik der Weltbank und des Internationalen Währungsfonds, deren negative Auswirkungen auf die sozialen Grunddienste in Entwicklungsländern heute allgemein anerkannt werden (STIGLITZ 2002; KNAUTH 2003).

### **Armutsbekämpfung, Millenniumsziele und die Zukunft der internationalen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich**

Ab Anfang der neunziger Jahre können wir einen neuen Fokus auf Gesundheit als Voraussetzung für Wirtschaftsentwicklung und Wachstum beobachten (WB 1993; OECD/DAC 1999), der die konzeptionelle Basis der zur Jahrtausendwende international vereinbarten Millennium-Entwicklungsziele darstellt (WAGSTAFF 2004; BMZ 2005). Verschiedene Analysen – nicht zuletzt die Ergebnisse der von der WHO

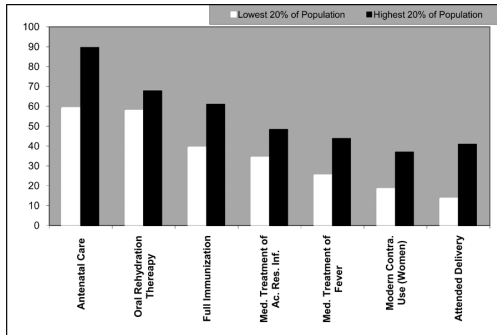


Abb. 4: The "Inverse Care Law": Gesundheitsdienste erreichen arme Bevölkerungsgruppen, die sie benötigen, immer deutlich weniger als besser gestellte, die weniger Bedarf haben (GWATKIN 2006)

eingesetzten Commission on Macroeconomics and Health (WHO 2001) unter Leitung von Gro H. Brundlandt und Jefferey Sachs sowie das Millenniumsprojekt – führten das beispiellose Wirtschaftswachstum der asiatischen „Tigerstaaten“ auf den dort stattgefundenen demographischen Wandel und die Verbesserung der Gesundheitssituation zurück und forderten massive Investitionen in bessere Gesundheit der Menschen in Entwicklungsländern.

Dass die Determinanten des Gesundheitszustands in vielen unterschiedlichen Lebensbereichen anker – u.a. Bildung, Hygiene, Wasser, Ernährung, Wohnsituation, Arbeitsbedingungen und Haushaltseinkommen – und nur zu einem kleineren, gleichwohl wichtigen Teil vom Gesundheitssektor positiv beeinflusst werden, ist in der Sozialmedizin lange bekannt. Die zunehmende Bedeutung der Orientierung an den konkreten (Aus-)Wirkungen von entwicklungspolitisch gewünschten Maßnahmen auf die lokale Bevölkerung als Betroffene – Nutznießer

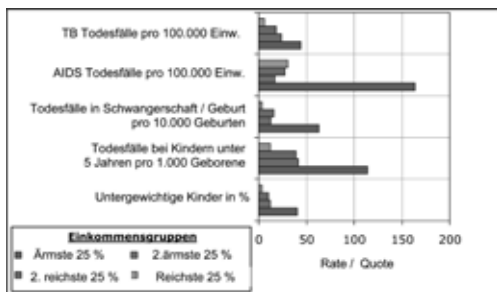


Abb. 5: „Arme sterben früher“ (GWATKIN 2006)

im positiven Fall, aber auch als potenziell Geschädigte – mündete in die Herausbildung eines speziellen Untersuchungsansatzes in der deutschen EZ, die Zielgruppenanalyse (BLISS *et al.* 1997; KfW 2003). Nur beim Vorliegen der wesentlichen entwicklungspolitischen Zieldimensionen nachhaltiger Entwicklung können die Lebensbedingungen insbesondere armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen in den Partnerländern verbessert werden (BMZ 2001). Diese Sichtweise, die die Wirkungen von Gesundheitsmaßnahmen auf Bevölkerungen und Menschen ins Blickfeld rückte, fördert daher auch die Entstehung effizienterer Dienstleistungssysteme und die kritische Betrachtung „bewährter“ Versorgungsformen und -institutionen, deren kontinuierliche Finanzierung nicht zu positiven Gesundheitswirkungen führt. Im Kontext der seit dem Millenniumsgipfel der Vereinten Nationen weltweit umgesetzten Armutsbekämpfungsstrategien zeigte sich deutlich, dass arme und benachteiligte Menschen gezielt gefördert werden müssen, wenn sie besseren Zugang zu essentiellen Gesundheitsdiensten erhalten sollen. Im Rahmen etablierter nationaler Systeme sozialer Sicherung stellen sich nämlich die Bessergestellten auch stets besser (vgl. Abb. 4, 5; GWATKIN 2006, OECD & WHO 2003). Daher werden heute – neben steuerfinanzierten Sozialversicherungssystemen – verstärkt auch innovative Ansätze eingesetzt, wie z.B. Gutscheinsysteme („vouchers“) oder auch direkte Zahlungen („cash transfers“), die die spezifische Förderung Armer und Benachteiligter zum Ziel haben (SANDIFORD 2002; YAMAMOTO 2004; WORLD BANK 2004, 2007). Die umfassende Finanzierung der Sozialen Sicherung in sehr armen Ländern mit hohem Bevölkerungsanteil von in der Landwirtschaft und im informellen Sektor Tätigen wird jedoch noch auf viele Jahre hinaus eine gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung für die internationale Zusammenarbeit bleiben (KRECH & BICHMANN 2007).

Neben der Notwendigkeit den Armen besseren Zugang zu bekannten und erfolgreichen Strategien der Gesundheitsversorgung zu schaffen, bleibt die Umsetzung von Innovationen ein Grundproblem in Entwicklungsländern. Die öffentliche Aufmerksamkeit richtet sich heute in erster Linie auf die Aids-Behandlung (Patentrechtsfragen und Kosten von Arzneimitteln – ARVs und *second-line-drugs*). Die Notwendigkeit eines besseren Technologietransfers medizintechnischer und diagnostischer Innovatio-

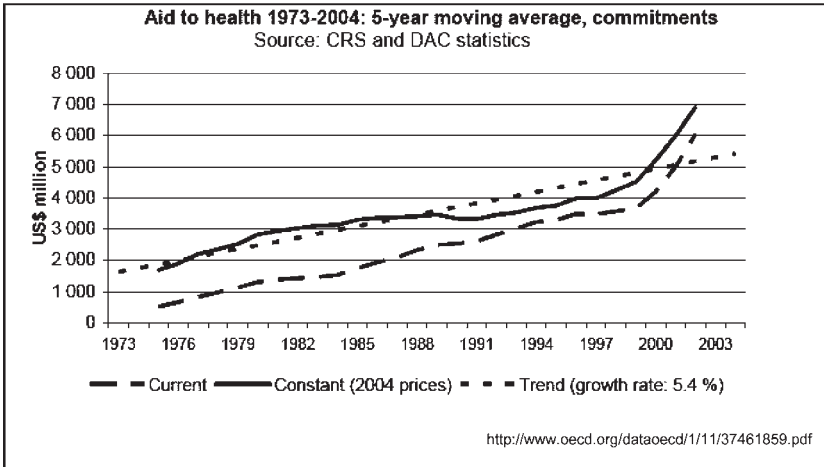


Abb. 6:  
Internationale EZ  
für Gesundheit  
steigt deutlich

nen und von Betreiberkonzepten im Gesundheitswesen darf darüber nicht vergessen werden. Der Verfügbarmachung neuer Impfstoffe widmet sich die GAVI Alliance, die dazu eigens ein innovatives Finanzierungsinstrument, IFFIm, zur Mobilisierung der erforderlichen Finanzmittel unter Nutzung der Kapitalmärkte geschaffen hat.

Mit der "Paris Declaration on Aid Effectiveness" (OECD 2005) haben die Geberländer im März 2005 im Rahmen des Entwicklungsausschusses (DAC)

der OECD die Verpflichtung übernommen Zusammenarbeit und Abstimmung zur effizienteren Zielerreichung in der internationalen EZ zu praktizieren. Die Schlagworte, an welchen die Staaten sich messen werden, lauten: *Ownership, Alignment, Harmonisation, Managing for Results* und *Mutual Accountability*. Hierzu soll die EZ stärker in eine von den Partnerländern getragene programmorientierte Gesamtstrategie eingebettet werden, eine stärkere Vernetzung der Aktivitäten der verschiedenen Ak-



Abb. 7: Zunahme Globaler Themenfonds

teure stattfinden sowie eine bessere Arbeitsteilung entsprechend der komparativen Vorteile der beteiligten EZ-Institutionen und -Agenturen gesucht werden. Bilaterale EZ, multilaterale Entwicklungsbanken und Finanzierungsinstitutionen, UN Organisationen (WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS), zivilgesellschaftliche und Nichtregierungs-Organisationen, private Stiftungen und öffentlich-private Partnerschaften (PPPs) sowie die zunehmend die Agenda beeinflussenden Globalen Themenfonds für einzelne gesundheitspolitische Aufgaben müssen hier kooperieren, um zunehmende Finanzmittel und Ressourcen besser zu bündeln (vgl. Abb. 6). Der *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) steht dabei als Finanzierungsinstitution stellvertretend für andere globale Initiativen über die öffentliche und private Mittel für Krankheitsbekämpfung, Behandlung, Prävention und Gesundheitssystementwicklung bereit gestellt werden im Mittelpunkt des öffentlichen kritischen Interesses (vgl. Abb. 7). Dabei bilden sich derzeit unter der Ägide von WHO, Weltbank und OECD neue institutionelle Koordinierungsgremien für die steigenden Finanzmittel für Gesundheit heraus.

Die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit bleibt neben diesen internationalen und globalen Entwicklungen weiter wichtig – ihre Aufgaben verlagern sich auf die koordinierte und Akzent-setzende Mitwirkung in Programmen mit vielen Akteuren mit dem Ziel der Gesundheitssystemstärkung. Die deutsche EZ wirkt insbesondere bei der Verbesserung der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit, incl. der HIV/Aids-Prävention und -Bekämpfung international sichtbar mit. Bei diesem Thema lassen sich gut Gender- und Menschenrechts-relevante Aspekte der Gesundheitsversorgung darstellen, so dass auch allgemein entwicklungspolitisch wichtige Aufgaben der Förderung von *Good Governance* angesprochen werden. Sie beteiligt sich an internationalen Programmen wie der Polio-Ausrottung, und regionalen wie der Tuberkulosebekämpfung oder der Kontrolle vernachlässigter Tropenkrankheiten. Die gesundheitspolitische Beratung von Partnerregierungen – insbesondere bei deren Umgang mit internationalen Gebern bei Sector-Wide Approaches (SWAp), der Einbindung des Privatsektors und beim Aufbau nachhaltiger Gesundheitsfinanzierungssysteme hat in der staatlichen EZ die Zusammenarbeit auf Distriktebene oder in der Krankenversorgung deutlich in den Hintergrund treten lassen. Hier übernehmen

kirchliche und andere Nichtregierungsorganisationen auf lange Zeit weiterhin wichtige Aufgaben der direkten Unterstützung – und nicht zuletzt auch bei der Ausbildung und Anleitung lokalen Personals.

### **Public Health oder Medizinethnologie? Ein Blick nach vorn ...**

Dass Gesundheit und Krankheit nicht nur biologisch bedingt sind, sondern Soziales, Kulturelles, Zeitgeschichtliches, Individuelles und sich aus der Familiengeschichte Ableitendes dazu gehört, gehört heute zum Grundverständnis in Medizin und Public Health. Die interdisziplinäre Betrachtung von Gesundheit und Gesundheitssystemen ist heute die Domäne der „Gesundheitswissenschaft“, die eine Synthese von ökonomischem, soziologischem, verhaltenspsychologischem, epidemiologischem und humanbiologisch-medizinischem Wissen intendiert (SCHWARTZ *et al.* 1998; HURRELMANN & LAASER 1998). Die Analyse der Bedürfnisse der risikobelasteten „Zielgruppen“ und deren Sexualverhalten sowie die Anwendung geeigneter „Social Marketing“-Methoden zur Verstärkung gesundheitsfördernder Verhaltensentscheidungen sind Instrumente im Public Health-Standardinventar (SIGRIST 1998: 122).

Medizinethnologische Erfahrung wurde dabei in Deutschland noch kaum integriert, obgleich diese bei der Gestaltung von Versorgungsangeboten für Migranten (RAZUM *et al.* 2004) unentbehrlich ist. Auch im Handbuch „Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health“ (RAZUM *et al.* 2006) zeigt sich, dass die Aufnahme genuin medizinethnologischer Fragestellungen ins Fachgebiet Public Health und in die Entwicklungszusammenarbeit zumindest nicht leicht vonstatten geht. Für die Gesundheitspolitik und die EZ stand die Kulturspezifität von Kranksein, Heilung und (volks-)medizinischem System zwar seit jeher im Zentrum des Interesses bei der Konzeption von präventiven Interventionen, die darauf abzielen, riskantes Verhalten in – aus schulmedizinischer Sicht – „richtiges“ Verhalten zu verändern sowie bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (INHORN & BROWN 1997). Die Entwicklung von HIV/Aids zum umfassenden Entwicklungsproblem mit schwerwiegenden Auswirkungen nicht nur auf die Gesundheit, sondern auf die Wirtschaft, die Bevölkerungsentwicklung und die Sozialstruktur ganzer

Gesellschaften, hat die Notwendigkeit des besseren Verstehens des Verhaltens der Menschen im kulturellen Kontext jetzt unübersehbar gemacht. Bei Prävention und Aufklärung, Diagnose und freiwilliger Testung, Behandlung und Pflege im häuslichen Umfeld sowie beim Umgang mit sozialer Stigmatisierung und Ausgrenzung zeigt die Medizinethnologie zunehmend wichtige Aspekte auf (INGSTAD 1990; SCHOEPF 1998; BAYLIES 2000, SCHMIDT 2005). Probleme und Missverständnisse zwischen Vertretern der jeweiligen Disziplinen pflegen immer dann aufzutreten, wenn Erklärungsmuster und Metaphern sprachlich zum Ausdruck gebracht werden – z.B. bei Aufklärung und Prävention: wie geht man mit Erklärungsmustern für Krankheitsentstehung um, für die es kein biomedizinisches Korrelat gibt?; wie sollen Zusammenhänge verdeutlicht werden, wo entsprechende Worte in der jeweiligen Sprache fehlen? (GREIFELD & VAN OOSTERHOUT 2007). Gerade in der EZ wird in aller Regel der biomedizinischen Erklärung („*kosmopolitische Medizin*“) trotz besseren Wissens, der Vorzug gegeben, obgleich die Adressaten damit nichts anfangen können. Nicht nur zwischen Wirtschafts-, Sozial- und Politikwissenschaften, sondern auch zwischen Kultur- und Gesundheitswissenschaften ist daher eine verstärkte Interdisziplinarität zu fordern (SOMMERFELD 1995, 1998a, 1998b). In den reichen Ländern haben Betroffenen- und Selbsthilfegruppen sowie Verbände und Organisationen („*advocacy NGOs*“) diese Funktionen übernommen (GRUNOW 1998).

Die Disziplinen der Ethnologie/Anthropologie und der Public Health sind sich im vergangenen halben Jahrhundert deutlich näher gekommen, die Sprachbarriere ist indessen noch lange nicht überwunden. Ethnologinnen und Ethnologen arbeiten heute in multidisziplinären Studienteams der Öffentlichen Gesundheit und der internationalen Entwicklungszusammenarbeit mit, müssen aber eindeutige und kurze, technische Sprach- und Ausdrucksformen verwenden, um gehört und verstanden zu werden. Eine systematische Nutzung medizinethnologischer Forschung findet noch nicht statt. Auch eine britische Untersuchung konstatiert dementsprechend: “the practical application of the results of anthropological research have been rarely implemented even where anthropologists had been employed specifically to contribute programmatic elements” (NAPOLITANO & JONES 2006: 1266).

## Anmerkungen

- 1 Der Beitrag beruht auf Vorträgen beim Symposium „Medizin gegen Armut Gesundheit als gemeinsame europäische Herausforderung im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit“, Wien 29.03.2007, und beim Symposium „Nutzen der Medizinethnologie für International Public Health – eine kritische Bestandsaufnahme“ anlässlich des 75. Geburtstags von Hans-Jochen Diesfeld, Heidelberg 05.05.2007.
- 2 Methoden von Bedeutung in diesem Prozess sind die verschiedenen Formen von *Participatory Rural Appraisal* (PRA) und *Participatory Poverty Assessment* (PPA; CHAMBERS 1983, 1992; OAKLEY 1991; THEIS & GRADY 1991; BERNARD 1994). In der Gesundheitsforschung in armen Ländern eignen sich qualitative Untersuchungsmethoden durch ihre offene und flexible Methodik nicht nur zur Identifizierung von Problemen sondern auch zur Identifikation von Lösungsstrategien (SCRIMSHAW & HURTADO 1987; MAIER *et al.* 1994; DE KONING & MARTIN 1996).
- 3 In der Evaluierung der „Health for All“-Strategie der WHO wird erfolgte Dezentralisierung als Vorbedingung nachhaltiger Partizipation im Gesundheitsbereich betont (WHO 1987: 49)

## Literatur

- ANYINAM C. 1987. Availability, Accessibility, Acceptability and Adaptability: four Attributes of African Ethno-Medicine. *Soc. Sci. & Med.* 25: 803-811.
- BAYLIES C., BUJRA J. (Eds) 2000. *AIDS, Sexuality and Gender in Africa. Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambia*. London-New York: Routledge.
- BERNARD R. 1994. *Research Methods in Cultural Anthropology*, 2<sup>nd</sup> edition. London: Sage Publications.
- BICHMANN W. 1985. *Primary Health Care—a new Strategy? Lessons to learn from Community Participation*. In ULRICH LAASER *et al.* (Eds). *Primary Health Care in the Making*. Berlin-Heidelberg: Springer: 386-390.
- 1992. Community Involvement in Health Development: New Tasks for Medical Anthropology? *curare* 15: 69-76.
- BLISS F., GAESING K., NEUMANN S. 1997. *Die soziokulturellen Schlüsselfaktoren in Theorien und Praxis der deutschen staatlichen Entwicklungszusammenarbeit*. Forschungsberichte des BMZ, Band 122. Köln: Weltforum Verlag.
- BMZ. 2001. *Armutsbekämpfung – eine globale Aufgabe. Aktionsprogramm 2015: Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut*. BMZ Materialien Nr.106. Bonn: BMZ.
- 2005. Mehr Wirkung erzielen: Die Ausrichtung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf die Millenniums-Entwicklungsziele. *BMZ Spezial* Nr.130. Bonn: BMZ.
- CHAMBERS R. 1983. *Rural Development: Putting the Last First*. Harlow: Longman
- 1992. *Rural Appraisal: rapid, relaxed and participatory*. IDS Discussion Paper 311. Brighton: Institute of Development Studies
- CHRISMAN N.J. 1977. The health-seeking Process: an Approach to the Natural History of Illness. *Culture, Medicine & Psychiatry* 1: 351-377
- DIESFELD H.J. & SCHRÖDER E. (Hg) 1978. *Medizin in Entwicklungsländern. Ein praxisorientierter Vorbereitungskurs für Ärzte, die erstmalig in Entwicklungsländern tätig werden*. Ergänzende Skripten (Ringbuch, 1. Auflage). Heidelberg: Institut für Tropenhygiene (im Auftrag der GTZ, Eschborn)
- DIESFELD H.J., BICHMANN W., GÖRGEN R. & SICH D. (Hg). 1989a. *Medizin in Entwicklungsländern. Ergebnisse eines Modell-*

- versuchs der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Baden-Baden: Nomos.
- DIESFELD H.J. & WOLTER S. (Hg). 1989b. *Medizin in Entwicklungsländern. Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*. 5. überarbeitete Aufl. Frankfurt: Peter Lang
- DIESFELD H.J., BICHMANN W. & KROEGER A. 1991. Gesundheitssystemforschung und Tropenpädiatrie. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*. 13: 502-504.
- DIESFELD H.J., FALKENHORST G., RAZUM O. & HAMPEL D. 2001. *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive*. 2. Aufl. Berlin: Springer
- FOSTER G. 1977. Medical Anthropology and International Health Planning. *Soc. Sci. & Med.* 11: 527-534
- 1982. Community Development and Primary Health Care: their conceptual Similarities. *Med. Anthropol.* 6: 183-195
- 1984. Anthropological Research Perspectives on Health Problems in Developing Countries. *Soc. Sci. & Med.* 18: 847-854
- GISH O. 1982. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Soc. Sci. & Med.* 16: 1049-1054
- GÖRGEN, HELMUT et al. 1994. *Das Distrikt-Gesundheitssystem. Erfahrungen und Perspektiven für Afrika*. Eschborn: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
- GREIFELD K. 2003. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer
- GREIFELD K. & VAN OOSTERHOUT, D. 2007. "We no longer have malaria here as there has already been an instruction on clean and healthy water"—On Malaria and Illness Concepts in West-Papua/Indonesia. *curare* 29: 7-26.
- GRUNZEN D. 1998. *Selbsthilfe*. In HURRELMANN K. & LAASER U. (Hg), a.a.O.: 683-703
- GWATKIN, R. G. 2000. Health Inequalities and the Health of the Poor. What do we know? What can we do? *WHO Bulletin* 78: 3-18.
- HURRELMANN K. & LAASER U. (Hg). 1998. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa
- INHORN M. & BROWN P. (Eds.). 1997. *The Anthropology of Infectious Disease. International Health. Perspectives*. (Theory and Practice in Medical Anthropology and International Health, Vol. 4.) Amsterdam u.a.: Overseas Publishers Association—Gordon and Breach
- INGSTAD B. 1990. The Cultural Construction of AIDS and its Consequences for Prevention in Botswana. *Med. Anthropol. Quarterly, New Series* 4: 28-40
- JANZEN J. M. 1978. The Comparative Study of Medical Systems as changing Social Systems. *Soc. Sci. & Med.* 12B: 121-129
- JANZEN J. M., ARKINSTALL W. 1978. *The Quest of Therapy in Lower Zaire*. Berkeley u.a.: University of California Press
- KAHSSAY H., OAKLEY P. (Eds). 1999. *Community Involvement in Health Development: a Review of the Concept and Practice*. Public Health in Action No. 5. Geneva: WHO
- KfW. 2003. *Zielgruppen- und Beteiligtenanalyse in der Finanziellen Zusammenarbeit*. Diskussionsbeiträge Nr.31. Frankfurt: KfW
- KNAUTH C. 2003. *Krankheitsbekämpfung, Gesundheitssysteme und Entwicklung*. In GREIFELD K. 2003. a.a.O.: 133-164
- DE KONING K. MARTIN M. (Eds). 1996. *Participatory Research in Health. Issues and Experiences*. London: Zed Books
- KRECH R. & BICHMANN W. 2007. Soziale Sicherung und Risiko Management aus Sicht der Bundesregierung. *Entwicklung und Ländlicher Raum* 3/2007: 13-15
- KROEGER A. 1983. Anthropological and socio-medical Health Care Research in Developing Countries. *Soc. Sci. & Med.* 17: 147-161
- LANDY D. 1977. *Medical Systems and Theories of Disease and Healing*. In LANDY D. (Ed). *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthriopology*. New York-London: Collier-Macmillan: 129-139
- LESLIE C. 1980. Medical Pluralism in World Perspective. *Soc. Sci. & Med.* 14B: 191-195
- LITSIOS S. 2004. The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach. *Am. J. Public Health* 94: 1884-1893
- MACCORMACK C. 1983. Community Participation in Primary Health Care. *Trop. Doct.* 13: 51-54
- MAIER B., GÖRGEN R., KJELMANN A., DIESELD H.J. & KORTE R. 1994. *Assessment of the District Health System using Qualitative Methods*. London-Basingstoke: Macmillan
- MIDGELEY J. 1986. *Community Participation, Social Development and the State*. London: Methuen
- NAPOLITANO D. & JONES C.O.H. 2006. Who needs "pukka anthropologists"? A study of the perceptions of the use of anthropology in tropical public health research. *Tropical Medicine and Internat. Health* 11: 1264-1275
- NARAYAN D. et al. (Eds). 2000. *Voices of the Poor*. Vol. 1: *Can anyone hear us?* Vol. 2: *Crying out for change*. Vol. 3: *From many lands*. Washington, D.C.—Oxford: World Bank—Oxford University Press
- OAKLEY P. 1989. *Community Involvement in Health Development. An Examination of critical Issues*. Geneva: WHO
- 1991. *Projects with People*. Geneva: International Labour Organisation (ILO)
- OECD. 2001. *Poverty Reduction*. The DAC Guidelines. Paris: OECD
- 2005. *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. 02.03.2005. Paris: OECD. [www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclaration/members](http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclaration/members)
- OECD/DAC. 1999. *Shaping the 21<sup>st</sup> Century: The Contribution of Development Co-operation*. Paris: OECD
- OECD/WHO. 2003. *Poverty and Health*. DAC Guidelines and Reference Series. Paris-Geneva: OECD, WHO
- PAHO. 1984. *Community Participation in Health and Development in the Americas*. Scientific Publication No. 473. Washington, D.C.: Pan American Health Organization
- PATTON M.Q. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2<sup>nd</sup> Edition. Newbury Park - London: Sage
- PELEIDERER B., BICHMANN W. 1985. *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Reimer
- PELEIDERER B., GREIFELD K. & BICHMANN W. 1995. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. 2. überarbeitete Aufl. Berlin: Reimer
- RAZUM O., GEIGER I., ZEEB H. & RONELLENFITSCH U. 2004. Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dt. Ärzteblatt* 101, Ausgabe 43 vom 22.10.2004
- RAZUM O., ZEEB H., LAASER U. 2006. *Globalisierung, Gerechtigkeit, Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Huber
- RIFKIN S. 1985. *Health Planning and Community Participation*. London: Croom Helm
- RIFKIN S., MULLER F. & BICHMANN W. 1988. Primary Health Care: on Measuring Participation. *Soc. Sci. & Med.* 26: 931-940
- RUBEL A.J. & SARGENT C. (Eds). 1979. *Parallel Medical Systems: Papers from a Workshop on the "Healing Process"*. Special Issue. *Soc. Sci. & Med.* 13B,1
- SANDIFORD P. et al. 2002. *Vouchers for Health: Using Voucher Schemes for Output-Based Aid*. Public Policy for the Private Sector No. 243. Washington: World Bank
- SCHMIDT B. (Hg). 2005. Kulturelle Reaktionen auf Aids und HIV: Multidisziplinäre Blicke auf den Umgang mit Aids und HIV-infizierten Personen. (Themenheft). *curare* 28,2+3
- SCRIMSHAW S. & HURTADO E. 1987. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*. Los Angeles-Tokyo: University of California—United Nations University

- SCHOEPF B. 1998. Culture, Sex Research and AIDS Prevention in Africa. In VAN DER GEEST S. & RIENKS A. (Eds). *The Art of Medical Anthropology*. Amsterdam: Het Spinhuis: 229-239
- SCHWARTZ F.W., BADURA B., LEIDL R., RASPE H. & SIGRIST J. (Hg.) 1998. *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- SCHWARTZ F.W., SIEGRIST J., VON TROSCHKE J. 1998. *Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?* In SCHWARTZ F.W. et al. a.a.O.
- SIGRIST J. 1998. „Machen wir uns selbst krank?“ In SCHWARTZ F.W. et al. a.a.O.: 110-123
- SOMMERFELD J. 1995. Medical Anthropology and Epidemiology. *Entwicklungsethnologie* 4,1: 5-18 (Sonderheft *International Health: Towards Cross-Disciplinarity in Health Systems Research*).
- 1998a. Editorial: Medical anthropology and infectious disease control. *Trop. Med. & Int. Hlth* 3: 993
- 1998b. Zur Relevanz der Medizinethnologie in der Entwicklungszusammenarbeit und in den Gesundheitswissenschaften. *Entwicklungsethnologie* 7,1: 90-100.
- STIGLITZ J. 2002. *Die Schatten der Globalisierung*. Berlin: Siedler.
- THIES J. & GRADY H. 1991. *Participatory Rapid Appraisal for Community Development*. London: IIED (International Institute for Environment and Development).
- UNTSCHULD P. 1976. Western Medicine and Traditional Healing Systems: Competition, Cooperation or Integration? *Ethics in Science & Medicine* 3: 1-20.
- VAN DER GEEST S. 1984. Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries. *Med. Anthropol. Quart.* 15: 87-90.
- VAN DER GEEST S. & WHYTHE S.R. 1988. *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer.
- WAGSTAFF A. & CLAESON M. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. Washington: World Bank.
- WALSH J.A. & WARREN K.S. 1979. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N. Engl. J. Med.* 301: 967-974.
- WHO. 1981. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Health for All Series No. 3. Geneva: World Health Organisation.
- 1987. *Seventh Report on the World Health Situation*. Vol.1: Global Review. Geneva: World Health Organisation.
- 1991. *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services*. Report of a WHO Study Group. TRS Nr. 809. Geneva: World Health Organisation.
- WHO. 1992. *On being in Charge—a Guide to Management in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organisation.
- 2001. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. 20.12.2001. Geneva: World Health Organisation.
- WORLD BANK 1993. *Investing in Health*. World Development Report 1993. Washington, D.C.—Oxford: World Bank—Oxford University Press.
- 2000. *Attacking Poverty*. World Development Report 2000/2001. Washington, D.C.—Oxford: World Bank—Oxford University Press.
- 2004. *Making Services Work for Poor People*. World Development Report 2004. Washington, D.C.—Oxford: World Bank—Oxford University Press.
- 2007. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington, D.C.: World Bank.
- YAMAMOTO C. 2004. *Output-based Aid in Health: Reaching the Poor through Public-Private Partnership*. Paper presented at WHO Technical Consultation on Health Sector Reform and Reproductive Health: Developing the Evidence Base. Geneva, 30.11.-02.12.2004.

Artikel eingegangen: Juni 2007  
 Artikel angenommen: 31. Juli 2007



**Wolfgang Bichmann** \* 1949; Dr. med., MCommH (Liv.); Facharzt Hygiene/Umweltmedizin, Tropenmedizin; nach Ethnologie- und Medizinstudium als DED-Entwicklungshelfer in Bénin, dann langjährige Lehr- und Forschungstätigkeit an der Universität Heidelberg; heute Abteilungsdirektor, Kompetenz Center Gesundheit, Bildung, Soziale Sicherung der KfW Entwicklungsbank.

Amöneburger Str. 4  
 60433 Frankfurt  
 e-mail: wolfgang.bichmann@kfw.de