

25 Jahre Ethnomedizin an der Abteilung für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg, 1973 - 1997*

HANS-JOCHEN DIESFELD

25 Years "Ethnomedizin" at the Department of Tropical Hygiene and Public Health, University of Heidelberg, 1973 - 1997

Keywords (Schlagwörter) public health – medicine in developing countries (Medizin in Entwicklungsländern) – Ethnomedizin – medical anthropology (KMA = kulturvergleichende medizinische Anthropologie) – health system research (Gesundheitssystemforschung)

Einleitung: autobiographische Notizen eines Arztes

Bis Sommersemester 1997 war ich Ärztlicher Leiter der Abteilung „Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen“ des Hygiene Instituts des Klinikums der Universität Heidelberg.

Ethnomedizinische Überlegungen haben mich mein ganzes Berufsleben als Arzt begleitet. Zunächst sehr undeutlich und unbestimmt in den Jahren 1957 bis 1965 während meiner landärztlichen und klinischen Praxis im Städtischen Krankenhaus Ansbach mit einem weiten bäuerlichen Hinterland und anschließend von 1963 bis 1965 in Äthiopien. Ich merkte sehr bald, dass Arzt und Patient oft aneinander vorbei redeten, schon in Deutschland und noch sehr viel mehr in Äthiopien.

In ethnomedizinischer Terminologie würde ich heute sagen: wir hatten unterschiedliche „*explanatory models*“ (vgl. KLEINMAN 1980). Der Umgang mit der „*therapy managing group*“ (vgl. JANZEN 1978) und das Problem des „*healer shopping*“ und der „*medizinische Pluralismus*“ gehörte schon damals zu meinem medizinischen Alltag, nur fehlte mir noch der theoretische Unterbau. Ich will hier keine Anekdoten aus alten Zeiten vermitteln, sondern nur darauf hinweisen, dass dies ein Phänomen nicht nur in der ethnomedizinischen Exotik, sondern, wenn man ehrlich ist, auch in der täglichen ärztlichen Praxis bei uns ist.

Eine erste Reflexion dieser Seite meiner ärztlichen Berufserfahrung aus zwei Kulturkreisen wurde mir während eines Studienaufenthaltes in Lon-

don 1965/66 ermöglicht. Im Rahmen eines damals noch weitgehend epidemiologisch orientierten „Tropical Public Health“-Studienganges wurde uns zu unserem großen Erstaunen der Klassiker „*Health, Culture and Community*“ von Benjamin D. PAUL (1955) zur Lektüre empfohlen. Er führte zu intensiven Diskussionen im Kreis der Kursteilnehmer aus aller Welt. Seither hat mich diese Facette der Medizin nie mehr losgelassen. Als ich nach meinem Londoner Jahr 1966 an die Abteilung für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg kam, habe ich versucht, dieses Thema in mein Arbeitskonzept einzubauen. Es dauerte allerdings eine Weile, diesem exotischen Feld eines ohnehin exotischen Faches in einer konservativen deutschen Universitäts- und medizinischen Fakultätslandschaft Gestalt zu verleihen.

Dass dies überhaupt gelungen ist, ist nicht zuletzt der Tatsache zu verdanken gewesen, dass die von meinem damaligen Chef und Amtsvorgänger, Professor Helmut JUSATZ, neu geschaffene Abteilung aus dem Hygieneinstitut aus- und in das 1962 gegründete Südasien Institut eingegliedert wurde.

Aufbau einer „Arbeitsgruppe Ethnomedizin“ an der Abteilung für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen des Südasien Instituts (SAI)

In diesem multidisziplinären Terrain konnte der kulturspezifische Aspekt meines Fachs der Medizin sehr viel besser diskutiert werden, als in einem rein

* Vortrag im Institut für Ethnologie der Universität Heidelberg im Rahmen der Diskussionsabende der AG Medical Anthropology Heidelberg am 17. Februar 2003

naturwissenschaftlich geprägten Mediziner-Umfeld. Dem SAI gehörten wir bis 1995 an. Diese Jahre waren sehr stimulierend, teilweise sehr schwierig – eine Geschichte für sich – doch in diesem Milieu konnte unsere Idee von „Ethnomedizin als Teil eines multidisziplinären Abteilungskonzepts“ wachsen.

Aus einer sehr praktischen Notwendigkeit heraus haben wir einen theoretischen Rahmen für „Ethnomedizin“ entwickelt, ohne die seinerzeitige Diskussion in den 80er Jahren um die Definition von Ethnomedizin vs. Medizinethnologie, im Vergleich zu Medical Anthropology oder Anthropologie médicale, Medizin-Soziologie oder Soziologie der Medizin zu berücksichtigen. Wir einigten uns letztlich auf den Arbeitsbegriff „Kulturvergleichende Medizinische Anthropologie“.

Anfang der 70er Jahre planten wir einen Vorbereitungskurs für Ärztinnen und Ärzte, um sie auf ihren Einsatz in der Entwicklungszusammenarbeit vorzubereiten. Er sollte den in Deutschland ausgebildeten und beruflich sozialisierten Kolleginnen und Kollegen, neben der Vermittlung von tropenmedizinischem Fachwissen, die Möglichkeit der Orientierung und Sensibilisierung für das neue Arbeitsumfeld und die Klientel in einem fremden Kulturkreis geben. Dies war nicht nur mein Anliegen, sondern auch das anderer Kollegen mit ähnlichen Erfahrungen in Entwicklungsländern, die am Aufbau und an der Begleitung dieses Kurses seit 1974 Teil hatten, wie Aart VAN SOEST vom DIFÄM, Tübingen, Arnold RADTKE von Misereor Aachen oder Ekkehard SCHRÖDER, der sich damals als Student und später als Mitarbeiter sehr für die Vermittlung dieser Aspekte, auch in studentischen Seminaren in den „wilden 70er Jahren“ einsetzte (SCHRÖDER 1992).

Immer wenn man auf der Suche nach neuen Wegen ist, versucht man von Fachtagungen zu profitieren: 1973 gab uns die damalige „Deutsche Stiftung für Internationale Zusammenarbeit“ (DSE, Berlin) die Möglichkeit, eine Fachtagung mit einer großen Zahl von Fach- und Führungskräften aus Süd-Ost-Asien mit dem Thema: „Community Health and Health Motivation in South East Asia“ zu organisieren und durchzuführen. Hierzu konnten wir uns auch Fachreferenten aus der internationalen Szene, wie James. A. MCGILVREY, Francis. M. SHATTOCK oder J. Haken HELLBERG einladen, die uns für den geplanten Kurs hilfreich sein sollten – wohl ge-

merkt, 5 Jahre vor der Alma Ata Konferenz zur *Primary Health Care*, die 1978 zum Wendepunkt internationaler Gesundheitspolitik wurde (DIESELD & KRÖGER 1974).

Zu dieser Zeit formierte sich in Heidelberg unter Ekkehard SCHRÖDER und Gerhard RUDNITZKI die „neue“ „Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin“ (AGEM) als südlicher Antipode zu der Arbeitsstelle Ethnomedizin unter Joachim Sterly in Hamburg.

Im November 1974 fand unter der Schirmherrschaft des SAI mit dem Ethnologen Professor Karl JETTMAR(†) und mir als den Schirmherren das 2. Rundgespräch der AGEM unter dem Thema „Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien“ statt, wo wiederum eine Reihe auch internationaler Referenten zum Thema „Ethnomedizin“ referierten und uns weitere Anregungen gaben (siehe SCHRÖDER 1977). Zwischen der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin und der Abteilung bestand immer eine sehr enge Verbindung.

Von da an bis Ende der 90er Jahre bestand an der Abteilung für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen ein wichtiges Forum für „Ethnomedizin“. Weg und Ziel empirischer Feldforschung und wissenschaftstheoretischer Überlegungen hierzu war die Anwendung dieser Forschungsergebnisse in der Lehre und der Gesundheitssystemforschung in Entwicklungsländern. In diesen Jahren waren es an der Abteilung für Tropenhygiene neben Ekkehard Schröder noch in den 70ern dann Axel KROEGER und Dorothea STICH und aus der Abteilung Ethnologie des SAI Beatrix PFLEIDERER, die diese Entwicklung maßgeblich prägten. Hinzu kamen in zunehmendem Maß interessierte Studenten und Doktoranden, wie Gerhard HELLER, Thomas LUX, Ruth SCHUMACHER oder Sabine GIES und zu guter letzt Olaf LEMELSEN, die mit ihrem Engagement und ihren empirischen Feldstudien das Material zur Ausgestaltung unseres Konzepts beitrugen und die Unterrichtsthemen bereicherten.

Das Abteilungskonzept umfasste ab den 80er Jahren neben der *Gesundheits-System-Forschung* medizinische und experimentelle Parasitologie, Tropenhygiene und die tropenmedizinischen Ambulanz. *Gesundheits-System Forschung* umfasst das medizinische Versorgungssystem in seiner Wechselwirkung mit der Bevölkerung, den Patienten und den lokalen medizinischen Traditionen. Hierin hatten „Ethnomedizin“ aus der Sicht der Medizin und „Medizinethnologie“ aus der Sicht der Ethnologie

ihren festen Platz. Beide haben als gemeinsames Ziel die Beschreibung und Erforschung, das Verstehen medizinischer Systeme als Teil und Produkt einer Kultur (vergleiche den Sammelband David LANDY schon 1977), wobei in Heidelberg unser eigenes medizinisches System immer schon mit eingeschlossen wurde. So wie Religion, Sprache oder Verwandtschaftssysteme als kulturelle Systeme zu verstehen sind, so haben wir gelernt, auch Medizin als kulturelles System, als System auch symbolischer Bedeutungen (vgl. KLEINMAN 1980) zu verstehen. Wichtig ist auch die Erkennung der darin erhaltenen Dynamik über Raum und Zeit. Die medizinischen Systeme sind wiederum nur Teil eines gesundheits-orientierten Wertesystems, das wie die Gesellschaft, einem ständigen Wandel unterliegt.

Definition und Begründung der „kulturvergleichenden medizinischen Anthropologie“ (KMA)

In diesem transkulturell vergleichenden Bemühen wurde in Anlehnung an die anglo-amerikanische „medical anthropology“ von Dorothea SICH der Begriff „kulturvergleichende medizinische Anthropologie“ eingeführt und definiert.

Krankheit wird sowohl in der Ethnomedizin, in der Medizinethnologie, der Medical Anthropology wie auch in der *Psychosomatik* nicht nur als ein körperlicher Prozess, eine individuelle Erfahrung oder ein gesellschaftliches Phänomen betrachtet, sondern Krankheit hat eine kulturelle Metaebene und ist auch als ein *kulturelles Bedeutungssystem* zu interpretieren.

Die auf dieser Ebene enthaltenen Symbole und Metaphern, die für Krankheit stehen, mit denen Krankheiten benannt werden und die sich in Krankheit manifestieren, sind kulturspezifisch und von Trägern anderer Kulturen nicht ohne weiteres verständlich und nachvollziehbar, auch in der ethnomedizinischen Forschung. Dieses Phänomen kommt insbesondere in der medizinischen Versorgung von Migranten, Menschen in der Fremde, d. h. hier bei uns, zum Tragen (WIEZORECK & DIESFELD 1997). Daher „kultur-vergleichend“ eine „Medical Anthropology at home“.

Gesundheit umfasst alle Sektoren des privaten und öffentlichen Lebens, weshalb es so absurd ist, wenn die Medizin einen Monopolanspruch auf Ge-

sundheit erhebt, zumal sie sich weitgehend nur mit der Behandlung von Krankheiten befasst.

Wenn wir mit Dorothea SICH von „kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie“ sprechen, betrachten wir unser eigenes wissenschaftliches Medizinsystem nicht als „Goldstandard“ sondern – aus der Sicht der Bevölkerung – als eine, wie auch immer gewertete Option in einem medizinischen Pluralismus.

Für die kulturvergleichende Forschung und für kulturelles Verstehen von Patienten in der praktischen Arbeit in einer anderen Kultur ist es unabdingbare Voraussetzung, dass auch moderne „Biomedizin“ als von der Kultur mit geprägt begriffen wird, in der sie entstanden ist. „Biomedizin“ basiert zwar zum großen Teil auf naturwissenschaftlichen und somit als allgemeingültig betrachteten und international akzeptierten Grundlagen, ihre Anwendung findet jedoch immer in einem kulturellen Raum nach den dort geltenden Vorstellungen und Konzepten von Gesundheit und Krankheit statt. Kranke und ihre Angehörigen sind in der Regel „biomedizinische Laien“, die von einer Flut von oft widersprüchlichen Informationen überhäuft werden. Aber auch die professionellen „Biomediziner“ sind keineswegs in ihren Konzepten einheitlich, sondern durchaus widersprüchlich, vor allem im „Kulturvergleich“.

Das Problem ist, dass die moderne „Biomedizin“ Anspruch auf globale Gültigkeit erhebt, weil ihre naturwissenschaftlichen Grundlagen als allgemeingültig betrachtet werden, dass sie aber immer, auch in der Kultur ihres Ursprungsraumes, auf unterschiedliche kulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung trifft. Somit wird auch „Biomedizin“ jeweils unterschiedlich praktiziert, perzipiert oder akzeptiert. Hinzu kommt noch die unterschiedliche Verfügbarkeit der modernen Medizin in den einzelnen Ländern und deren unterschiedliche gesundheitspolitische Haltung gegenüber der von aussen oktroyierten „internationalen Medizin“ wie auch gegenüber dem medizinischem Pluralismus im eigenen Land. Dies gilt allemal auch innerhalb Europas.

BORLINGHAUS (1993) hat sehr richtig darauf hingewiesen, dass diese transkulturelle Betrachtungsweise in ein methodologisches Dilemma führen muss. Medizin auf der Grundlage der Naturwissenschaften ist gewohnt, Fragen zu stellen, auf die die Natur im Experiment oder quasi-Experiment,

d.h. auch mit Hilfe von Diagnose und Therapie zu antworten genötigt wird. Wenn die Antworten auf diese Fragen reproduzierbar sind, wird hieraus Allgemeingültigkeit, d.h. auch der Anspruch auf Wahrheit abgeleitet. Dieses Vorgehen ist aber gebunden an die Kultur, die dieses Vorgehen hervorgebracht hat und wird von entsprechend „akkulturierten“ Vertretern der Medizin weltweit übernommen.

Im Falle der Betrachtung der Medizin einer anderen Kultur ist zunächst „Zuhören“ gefragt, was die fremde Kultur zu „erzählen“ hat, ohne daß dies sich zunächst am biomedizinischen System messen und überprüfen lässt.

Das Problem wird noch dadurch verschärft, als die Art unseres Fragens und Hörens bereits durch unsere eigene Kultur, Sichtweise und fachliche Voreingenommenheit geprägt ist. Wie aus der Physik bekannt, wird der Untersuchungsgegenstand, in unserem Fall die fremde Medizin, das Krankheitskonzept, oder das, was der Patient uns erzählt, durch den Untersucher im Sinne seines eigenen Fachverständnisses und kulturellen Hintergrunds verändert und interpretiert. Dies führt zu einer vermeintlichen Objektivität, wie sie auch im Konstruktivismus schon seit langem in Frage gestellt wird (s. z.B. WATZLAWIK 1976).

In einer „westlich-wissenschaftlich“ orientierten KMA können also Krankheitskonzepte und Phänomene oder Heilmethoden nicht wertfrei, sondern immer nur durch die westlich-wissenschaftliche Brille betrachtet werden. Dies gilt auch für jegliche eurozentrisch geprägte Kulturwissenschaft. Jeder Ethnologe sieht die fremde Kultur durch seine Brille und interpretiert nur ein virtuelles Bild einer letztlich unergründbaren Realität. BORLINGHAUS fordert daher, daß jeder ernsthafte Versuch in dieser Richtung die Fähigkeit voraussetzen sollte, zunächst einmal das eigene Wissen, die eigenen Denkgewohnheiten- und -maßstäbe außer Kraft zu setzen.

Für einen westlichen Arzt, der nicht mit besserwisserischem Missionseifer an seine Aufgabe geht, setzt dies voraus, dass er sich zunächst auf die besondere kulturelle und soziale Realität des Gastlandes einlässt, ohne sich allerdings anbiedernd scheinbar mit ihr zu identifizieren. „In der Fremde ist (und bleibt) der Fremde fremd“ (Karl Valentin).

Die beiden Strömungen, die amerikanische *Medical Anthropology* und in Deutschland die *Psychosomatik* waren ohne gegenseitige Kenntnisnahme

nebeneinander entstanden (VON UEXKÜLL 1979; WESIAK & VON ÜEXKÜLL 1988). Es war das Verdienst von Dorothea Sich (1988), diese beiden in der „kulturvergleichenden medizinischen Anthropologie“ zusammenzuführen und damit eine Brücke zwischen dem Selbstverständnis der modernen Medizin und Medizinsystemen anderer Kulturen zu bauen. Sie hat zusammen mit dem Arbeitskreis KMA des Instituts, an dem Mediziner/innen und Ethnologen/innen teilnehmen, ein praktikables Curriculum zur Sensibilisierung von Medizinerinnen und Ethnologen geschaffen, in dem das Konzept des Kulturvergleichs in der Medizin systematisch ausgebaut wurde. Sie folgte hierbei dem Konzept von John BRYANT (1969) und ergänzte dessen Problem-analyse (Community Diagnosis) explizit um die ethnographische Komponente. Gesundheitssystemforschung, wie sie hier verstanden wird, impliziert aufgrund des gemeinsamen Arbeitens an diesen Fragen den KMA-Ansatz. Dies kommt auch in einer jüngsten Analyse der Europäischen Kommission, Generaldirektion für Forschung und Internationale Wissenschaftliche Kooperation, zum Ausdruck, die auf dem 8. Global Forum for Health Research Ministerial Summit in Mexico City im November 2004 vorgestellt wurde (EC 2004).

„Ethnomedizin“ bzw. kulturvergleichende Medizinische Anthropologie in der Lehre

Der praktische Ausgangspunkt für die konkrete Beschäftigung mit Ethnomedizin war die Notwendigkeit, sowohl erstausreisende Ärzte für einen Einsatz in der Entwicklungszusammenarbeit wie auch Medizinstudenten zu sensibilisieren. So ist Ethnomedizin in verschiedenen Ausprägungen seit 1974 Bestandteil der Heidelberger Vorbereitungskurse. Neben Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) wurden systematisch auswärtige Dozent/innen zugezogen.

Das in diesem Zusammenhang 1978 mit Ekkehard Schröder erstmals in einer Ringbuchform herausgegebene Handbuch *Medizin in Entwicklungsländern* mit studienbegleitenden Texten enthält in den jeweiligen Auflagen von verschiedenen internen oder externen Autoren gestaltete Kapitel zum Thema „Ethnomedizin“, kulturvergleichende medizinische Anthropologie“, „Bedingungen von Gesundheit und Krankheit“, oder „Konzepte von Ge-

sundheit und Krankheit“. Dieses Handbuch erschien zuletzt in 2001 bei Springer [siehe hier genauere bibliographische Angaben bei DIESFELD & SICH 2002 (repr. von *curare* 1987)].

Seit SS 1978 und WS 78/9 gab es strukturell über zwei Semester gegliedert, eine *Einführung in die Ethnomedizin*, die zunächst erstmalig von Ekkehard Schröder, dann von Bruni Ludwig, Axel Kroeger und Beatrix Pfeleiderer, aber auch von geladenen Dozenten veranstaltet wurde. Ab 1980 übernahm Dorothea Sich den Aufbau einer 4-semesterigen Unterrichtseinheit, die auch von Studentinnen und Studenten der Ethnologie angenommen und vom Seminar für Ethnologie des SAI als „scheinfähig“ anerkannt wurde. Hieraus ging die Propädeutik „Medizin und Kultur“ hervor, die 1993 in erster und 1995 in zweiter Auflage im Peter Lang Verlag erschien (SICH *et al.* 1993). Diese Lehrveranstaltung konnte nach dem Ausscheiden von Dorothea Sich 1993 leider nicht weitergeführt werden. Studentische Initiative hat jedoch die Thematik „auf eigene Faust“ noch eine Zeit lang weitergeführt. Ich nehme an, dass Ethnomedizin inzwischen gut in der Abteilung Ethnologie des SAI integriert ist.

Für die im Laufe der Jahre weiter eingerichteten postgraduierten Studiengänge, wie von 1980 bis 2005 das *Arzteprogramm* für Medizinstudenten und Mediziner aus Entwicklungsländern, die in Deutschland ihr Medizinstudium absolviert haben und seit 1989 besonders der einjährige internationale englischsprachige M.Sc. Studiengang *Community Health and Health Management* ist Ethnomedizin/kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA) in verschiedenen Ausprägungen und Themenschwerpunkten vertreten.

Dissertationen

Von Anfang an wurden interessierte Studentinnen und Studenten, aber auch noch nicht promovierte Ärztinnen und Ärzte, die aus dem Entwicklungsdienst zurück kamen, ermutigt, sich dieser Thematik anzunehmen. Einige von ihnen haben nachhaltig die Entwicklung des Institutskonzepts der Ethnomedizin/KMA mit bestimmt und geprägt, wie Gerhard Heller, Thomas Lux, Ruth Schumacher oder Sabine Gies. Eine Möglichkeit, derartige Arbeiten als Monographien zu publizieren, wurde 1979 durch die von mir im Peter Lang Verlag herausgegebene

Schriftenreihe *Medizin in Entwicklungsländern* geschaffen. Seither sind 15 (30%) der bisher erschienenen 49 Titel ethnomedizinischen Inhalts. Die Hälfte hiervon stammt aus der Abteilung.

Monographien zur KMA und „Krankheit und Kultur“ aus der ATHÖG

Die Nachfrage von Seiten der Studenten nach Texten und Bibliographien zum Thema Krankheit und Kultur nahm immer mehr zu. Als Reaktion hierauf entstand in der Abteilung durch die Autoren Beatrix Pfeleiderer und Wolfgang Bichmann 1985 eine Einführung in die Ethnomedizin: „Krankheit und Kultur“, die in der Reihe „Ethnologische Paperbacks“ bei Dietrich Reimer in Berlin erschien. Eine zweite, vollständig überarbeitete Neuauflage von „Krankheit und Kultur“ erschien im gleichen Verlag 1995 unter dem Titel „Ritual und Heilung“ unter der Autorenschaft von Beatrix PFELEIDERER, Katarina GREIFELD und Wolfgang BICHMANN.

Beatrix Pfeleiderer war inzwischen nicht mehr in Heidelberg und Katarina Greifeld war neu ans Institut gekommen. Während in der ersten Auflage das Hauptgewicht der Quellen die 60er und 70er Jahre und speziell Afrika und Asien umfasste, war in der zweiten Auflage durch den Beitrag von Katarina Greifeld Lateinamerika hinzugekommen. Der Stand der Literaturlauswertung reichte nun bis in die Mitte der 90er Jahre.

1993 (mit einem Nachdruck 1995) erschien die Propädeutik „Medizin und Kultur“ von Dorothea Sich, H. J. Diesfeld, Angelika Deigner und Monika Habermann im Peter Lang Verlag, Frankfurt, Basel etc, die aus dem 4-semesterigen Lehrangebot der damaligen Zeit entstanden war und sich ebenfalls großen Zuspruchs erfreut.

Da es in Deutschland nach wie vor keinen Lehrstuhl bzw. eine offizielle Anerkennung des Fachs Ethnomedizin oder wie immer man dieses Fach benennt, gibt, sind diese Propädeutika die nahezu einzigen deutschsprachigen Quellen, wenn man von der Zeitschrift der AGEM *curare* und den *curare*-Sonderbänden und einigen Verlagsreihen mit Dissertationen absieht.

Bibliographie

- BORLINGHAUS R. 1993. Methodologische Überlegungen zu KMA. In SICH D. *et al.* (Hg), a.a.O.: 27-39.
- BRYANT J. 1969. *Health in the Developing World*. Ithaca: Cornell University Press
- DEIGNER A. 1993. Katharsis als Wirkfaktor im symbolischen Heilen. In SICH D. *et al.* (Hg), a.a.O.: 126-134.
- DIESFELD H. J. & KRÖGER E. (Eds) 1974. *Community Health and Health Motivation in South East Asia*. (Beiträger zur Südasien Forschung, Südasien Institut Universität Heidelberg Bd. 4). Wiesbaden: Franz Steiner.
- & SICH D. 1987. The Role of „Ethnomedizin“ in Health Planning in Developing Countries. Preliminary Considerations for a Concept. *curare* 10,1: 28-32 (reprint *curare* 25,1+2(2002) 173-177).
- & — 1993. Kulturvergleichende Medizinische Anthropologie: Aufgaben für Medizin und Gesundheitsforschung in Entwicklungsländern. In SICH D. *et al.* (Hg), a.a.O.: 7-15.
- HABERMANN M. 1993. Unterricht in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen in Heidelberg. In SICH D. *et al.* (Hg), a.a.O.: 40-46.
- 1993. Das Kulturgebundene Syndrom. Einige Überlegungen zu theoretischen und praxisbezogenen Implikationen des Begriffes. In SICH D. *et al.* (Hg), a.a.O.: 95-106.
- GIES S. 1994. *Diagnose und Therapie des Säuglingsdurchfalls bei den Mossi von Ouahigouya, Burkina Faso*. Inauguraldissertation Univ. Heidelberg
- HELLER G. 1977. Die kulturspezifische Organisation körperlicher Störungen bei den Tamang von Cautara/Nepal. Eine empirische Untersuchung über die Hintergründe kulturbedingter Barrieren zwischen Patient und Arzt. In RUDNITZKI G., SCHIEFENHÖVEL W. & SCHRÖDER E. (Hg). *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*. Ethnologische Abhandlungen Nr.1. Barmstedt: Detlev Kurth: 37-52 (vgl Reprint in *curare* 25(2002)18-28.
- 1985. *Krankheitskonzepte und Krankheitssymptome*. (Medizin in Entwicklungsländern Bd.18). Frankfurt: Peter Lang.
- JANZEN J. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- LANDY D. (Ed) 1977. *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: Collier-Macmillan.
- LUX T. 1990. *Gespräche mit afrikanischen Krankenpflegern und Heilern. Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville*. (Medizin in Entwicklungsländern Bd. 30). Frankfurt: Peter Lang.
- PFELEIDERER B. & BICHMANN W. (Hg) 1985. *Krankheit und Kultur: Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer.
- PFELEIDERER B., GREIFELD K. & BICHMANN W. (Hg) 1995. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin* (2.vollständig überarbeitete Auflage von „Krankheit und Kultur“ 1985). Berlin: Dietrich Reimer.
- SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien*. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs „Ethnomedizin“ in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974. (Beiträger zur Südasien Forschung, Südasien Institut Universität Heidelberg 30). Wiesbaden: Franz Steiner.
- 1992. Gegeneinander – nebeneinander – miteinander. Wie man in Heidelberg interdisziplinär laufen lernt. In BICHMANN W. (Hg.). *Querbezüge und Bedeutung der Ethnomedizin in einem holistischen Gesundheitsverständnis*. Festschrift zum 60. Geburtstag von Hans-Jochen Diesfeld. *curare* 15,1+2: 121-130
- SCHUMACHER R. 1993. Qu'est-ce que „mara“? Une approche ethnométrale au Béléoudougou. In BRUNET-JAILLY (Ed): *Se soigner au Mali*. Paris: Karthala-ORSTOM: 49-81.
- SCHUMACHER R., DIESELD H. J. & BALIQUE H. 1994. Onchocerkose-Kontrolle in Mali - Darstellung eines Kommunikationsdefizits und seine Entwicklung. In *Österr. Ges. Tropenmedizin. Parasitologie* 6: 133-140.
- SICH D. 1980. *Mutterschaft und Geburt im Kulturwandel*. (Medizin in Entwicklungsländern 13). Frankfurt: Peter Lang
- SICH D., DIESELD H. J., DEIGNER A., HABERMANN M. (Hg) 1993. *Medizin und Kultur. Eine Propädeutik*. (Medizin in Entwicklungsländern 34). Frankfurt: Peter Lang
- UEXKÜLL T. VON 1979. *Psychosomatische Medizin*. München: Urban und Schwarzenberg
- & Wesiak W. 1988. *Theorie der Humanmedizin*. München, Urban und Schwarzenberg
- WATZLAWICK P. 1976. *Wie wirklich ist die Wirklichkeit*. München: Pieper.
- WIEZORECK M. & DIESELD H. J. 1998. Kulturelle Einflüsse auf Erkrankungen von Immigranten. In BURCHARD G. D. (Hg). *Krankheiten bei Immigranten*. Jena: G. Fischer: 32-52.



Diesfeld, Hans-Jochen, Jg. 1932, Prof. em. Dr. med. Vielseitiges Engagement im Fach Tropenhygiene und „Medizin in Entwicklungsländern“, erste Auslandserfahrungen als Internist in Äthiopien (1963-1965), später Lehrer und ärztlicher Direktor des Institutes für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in Heidelberg bis 1997. Berater im BMZ. Veröffentlichungen siehe Festschrift zum 60. Geburtstag, *curare* 15,1/2(1992) mit umfassender Information. In den dort erwähnten Fachgebieten bis heute aktiv tätig, im Ruhestand weiterhin gefragter Supervisor und Lehrer in in- und ausländischen Institutionen der medizinischen Entwicklungshilfe und der Lehre (besonders Burkina Faso). Ehrenmitglied der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Leopoldstr. 6, 82319 Starnberg
h-j.diesfeld@urz.uni-heidelberg.de