

PHC – Primary Health Care. Editorial

Im September 1978 fand in Alma-Ata die erste Internationale Konferenz zur Primary Health Care (PHC) statt. Veranstaltet wurde die Tagung von der WHO und UNICEF, die auch die „Deklaration von Alma Ata“ herausgaben. Als Ziel wurde darin „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ gefordert – ein Ziel, das heute – 25 Jahre später – angesichts von HIV/AIDS, Malaria, TBC und anderen Seuchen wieder in weite Ferne gerückt ist. Obwohl PHC einem holistischen, partizipativen und multisektoriellen Ansatz entsprach (KNAUTH 2003) – so wurde neben der Verbesserung des Gesundheitssystems auf Gemeindeebene auch gesundheitsbezogene Bereiche wie Ernährung, Wasserversorgung, Abfallbeseitigung, Bildung, Infrastruktur und die Kommunikation einbezogen – so mangelte es bei der Umsetzung an vielen Punkten, wie die folgenden Beiträge in diesem Band verdeutlichen werden. Die Basisgesundheitsversorgung ist weit davon entfernt, flächendeckend die Menschen zu versorgen, ja noch nicht einmal die grundlegenden Bedürfnisse wie sauberes Wasser werden abgedeckt. Gehen wir von der Definition von Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens aus, wie die WHO in ihrer Präambel schreibt, so sind die Mängel sogar noch offensichtlicher wie ein Blick in die aktuellen weltpolitischen Nachrichten tagtäglich verdeutlicht. Dabei wirkt sich immer wieder die internationale Politik hemmend auf die Umsetzung der ehrnen Ziele der WHO und anderer Entwicklungsorganisationen aus.

Die Weltbevölkerungskonferenz von Kairo 1994 setzte beispielsweise das Individuum mit seinen Bedürfnissen und Rechten in den Mittelpunkt und konzentrierte sich statt auf Familienplanung auf grundlegende menschliche Rechte, wie z.B. das Recht auf Gewaltfreiheit und körperlicher Unversehrtheit und das Recht auf sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung. Trotz aller Kritik seitens der USA setzte sich im Anschluss an die Konferenz der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) intensiv für die Verbesserung der Reproduktiven Gesundheit nach diesem Konzept ein, da vielen Ländern die Mittel für die Umsetzung der Konferenzziele fehlen. Aber auch der UNFPA ist gegen die politische Meinungsbildung der USA letztendlich

machtlos. Dabei kann nur so die erschreckende Kinder- und Müttersterblichkeit reduziert werden, wie die WHO immer wieder in ihren Publikationen zeigt.

Mitunter zeigt sich in den Entwicklungsprojekten zur Gesundheitsförderung allerdings ein großes Manko. Wie uns medizinethnologische Studien immer wieder zeigen, müssen Programme zur Verbesserung des Wohnbefindens auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene stets das lokale Umfeld berücksichtigen, denn medizinische Systeme sind Teil des jeweiligen kulturellen und sozialen Systems (GREIFELD 2003). Sie bestehen aus einem heterogenen Netz aus Einzelteilen, dessen Struktur sich in einem kontinuierlichen Prozess verändert: Neuerungen werden aufgenommen, sobald sie einen lokalen Nutzen erhalten, genau wie veraltete Elemente ausgeschlossen werden, wenn sie den Nutzen verlieren. So sind Schmerzmittel wie Aspirin heute Bestandteile von Medizinsysteme weltweit und schon lange kein Fremdeil mehr. Aber nicht nur die Wahl der Heilmittel wird angepasst. Auch die Definition von Wohlbefinden bzw. Missbefinden verändert sich und hängt sowohl vom jeweiligen kulturellen und sozialen Umfeld als auch vom Zeitpunkt ab, d.h. die Definitionen verändern sich kontinuierlich. Wir verstehen heute Medizinkulturen daher als lokale Systeme, deren Bestandteile sich in einem Bricolage aus Einzelteilen zusammensetzen und ständig neu arrangieren. So sind auch die Fallstudien über die Gesundheitsversorgung bei den Fulbe im Tschad, in Flüchtlingslagern an der thailändisch-burmesischen Grenze und bei den Mapuche in Chile als Momentaufnahmen zu verstehen, welche uns Blicke auf lokale Systeme erlauben, ohne diese zu generalisieren oder gar als statische Festzuschreibungen zu bewerten.

Aber zurück zum Konzept der Primary Health Care. Die Erklärung von Alma Ata entstand in einer Zeit der politischen und gesellschaftlichen Umbrüche. Die mangelnde Gesundheitsversorgung war seit den 1960er Jahren verstärkt in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt. Dabei wurde erkannt, dass modernste Technologien keine flächendeckenden Lösungen der dringendsten Gesundheitsprobleme bieten können. In diese Zeit fällt auch die Grün-

dung der Arbeitsgemeinschaft AGEM e.V. 1970 in Hamburg und ihre erste Zeitschrift, die *Ethnomedizin*, die später von der Zeitschrift *curare* abgelöst wurde. Aus einem Zusammenschluß von Medizinern, Ethnologen und Psychiatern entstand eine Organisation, die sich bis heute mit der Erforschung von Medizinkonzepten auseinander setzt. Dabei ging es von Anfang an schwerpunktmäßig nicht um die Biomedizin und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, sondern um das Verständnis autochthoner und gleichzeitig überaus heterogener Medizinvorstellungen. Wie uns der Umgang mit HIV/AIDS immer wieder zeigt, darf sich die Erforschung fremder Krankheitsvorstellungen nicht auf die physisch medizinischen Aspekte der Krankheit beschränken; es gehören ebenfalls ethische und religiöse Vorstellungen, Traditionen und Verhaltensregeln, die nicht nur die Patienten, sondern das gesamte soziale Umfeld – Lebenspartner, Eltern, Geschwister, Verwandte, Freunde und auch Nachbarn und Kollegen – einbeziehen, dazu (vgl. RAKELMANN u. RUNDLE 2001).

Das vorliegende *curare*-Heft beschäftigt sich als **Schwerpunktthema** mit der Primary Health Care – 25 Jahre nach Alma Ata. Dieter HAMPEL führt in das Thema ein und präsentiert ausführlich das „universelle wie visionäre Konzept“ sowie die bisherige Umsetzung, wobei er auch Gründe des Scheiterns diskutiert. Sein Fazit beinhaltet das Plädoyer, Gesundheit für alle nicht aus den Augen zu verlieren, sondern im Gegenteil wieder auf die politischen Fahnen zu schreiben. Die soziale und gesellschaftliche Dimension von Gesundheit und Krankheit, müssen, wie HAMPEL schreibt, endlich wieder stärker thematisiert werden. Im Anschluss daran erinnern wir mit dem Reprint der Deklaration von Alma Ata aus *curare* 1,2(1978) noch einmal an das ursprüngliche Ziel der WHO, die Gesundheitsversorgung von politischen und ökonomischen Ungerechtigkeiten zu lösen.

Nach diesen grundlegenden Überlegungen folgen Berichte über regionale Fallstudien, die alle auf langfristigen Feldforschungen in unterschiedlichen Regionen der Welt basieren. Die Artikel illustrieren damit zugleich die Relevanz sorgfältiger medizinethnologischer Studien, denn, wengleich ein oberflächlicher Einblick in die Gesundheitsversorgung vielleicht schon bei einem kurzen Aufenthalt möglich ist, so zeigen doch erst langfristige Untersu-

chungen tiefgehende Einblicke in die Medizinvorstellungen fremder Kulturen.

Der erste Artikel führt uns zu den Fulbe in den Tschad. Frank KRÖNKE verweist am Beispiel der Fulbenomaden auf die Bedeutung der Wahrnehmung von Krankheiten wie Malaria und AIDS für die Basisgesundheitsversorgung. Er fordert dabei ein hohes Maß an Flexibilität in der Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen, ohne die alle Projekte zum Scheitern verurteilt sind. Krankheit umfasst, wie er schreibt, ein weites Spektrum unterschiedlicher Facetten, wobei KRÖNKE vor allem auf die Erfahrung des Individuums, die Bedeutung von Krankheit innerhalb der Gemeinschaft und auf die daraus resultierenden Verhaltensweisen verweist.

Peter KAISER und Marie-Theres BENNER blicken auf einen anderen, bisher vernachlässigten Aspekt in der Erforschung medizinischer Vorstellungen, denn sie untersuchten den Einfluß der Kirchen. Am Beispiel eines Flüchtlingslagers an der thailändisch-burmesischen Grenze erläutern sie die Bedeutung der Religion als Ressource für Krankheitsvorstellungen. Ihre Studie konzentriert sich auf die Ethnie der Karen, eine ethnische Minderheit in Burma, von denen heute viele seit Jahren in Flüchtlingslager leben. Wie KAISER und BENNER zeigen, spielt die Religionszugehörigkeit bei der Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen eine wichtige Rolle.

Daran anschließend folgt ein Beitrag, der sich methodisch von den beiden vorgehenden Artikel unterscheidet. Tanja ROTHER beginnt ihre Darstellung der Probleme der Mapuche mit dem chilenischen Gesundheitssystem mit Blick auf eine Patientin, die seit ihrem neunten Lebensjahr unter Schmerzen leidet. Wengleich die Autorin diese individuelle Perspektive bald verlässt und verallgemeinernd über die Gesundheitsversorgung der Mapuche berichtet, spiegelt ihr Beitrag doch vor allem eine emische Perspektive der Mapuche wieder, eine interessante Ergänzung medizinethnologischer Arbeiten.

Diese Beiträge werden noch durch einige **freie Beiträge** ergänzt, die sich ebenfalls mit Medizinvorstellungen in fremden Kulturen beschäftigen. Wengleich hierbei nicht das Basisgesundheitsystem im Vordergrund steht, so werden doch wichtige Einblicke in kulturelle Deutungsmuster gegeben. So diskutiert Wolfgang JILEK die unterschiedlichen Bilder, die wir im 19. und 20. Jahrhundert über die Schamanen konstruiert haben, d.h. er blickt auf die westlichen Deutungen lokaler Heilerpersönlichei-

ten und die stereotypen Vorstellungen, die wir noch immer über diese traditionellen Heiler verbreiten, wobei – wie er betont – die Beurteilung veränderter Wachbewußteinszustände die zentrale Rolle bei der Beurteilung spielt.

Anschließend berichtet Felicia HEIDENREICH über das Sandorakel eines Heilers in Senegal, wobei sie vor allem auf die Heiler-Patient-Interaktion blickt und dabei die große Bedeutung des Patientengesprächs illustriert. Wie sie schreibt, ist das Gespräch im Sinne einer Lebensberatung an sich bereits Therapie – eine etwas zurückhaltende Deutung dieses zentralen Aspekts traditioneller Heilungen. HEIDENREICH beschäftigt sich in ihrem Artikel mit der Ethnie der Seereer und zeigt, dass die Divination nicht nur die zentrale Diagnose dieser Ethnie ist, sondern bereits wichtigster Teil der Behandlung.

Daran anschließend berichtet Bernhard WÖRRLE über Wallfahrten in Ecuador und ihre Bedeutung für die Heilung. Auch er arbeitet mit Patientenwegen und zeigt mit Blick auf ausgewählte Patientenschicksale, wie heterogen die Patienten und ihre Angehörigen ihre medizinische Versorgung zusammensetzen und individuell bzw. fallspezifisch zwischen den zur Verfügung stehenden Angeboten auswählen. Diese Krankengeschichten werden dann durch die Beschreibung der Wallfahrt als Heilungsritual ergänzt, wobei deutlich wird, dass neben dem Weihwasser auch die Wanderung und die Berührung der Statue (bzw. ihre Abbildungen) sowie bestimmte rituelle Bewegungsabläufe heilende Bedeutung erhalten.

Diesem Beitrag folgt erneut eine allgemeinere Studie über soziotropische Effekte von Pharmazeutika. Stefan ECKS diskutiert darin die Bedeutung von Drogen aus einer transkulturellen Perspektive,

wobei sein Beitrag interessante Aspekte zu transkulturellen Psychiatrie und Ethnopharmakologie liefert.

Den Band schließen zwei kurze Beiträge ab, die zur Diskussion anregen sollen. Gustav WIRTZ berichtet über die Reflexion des Erlebens von Sterben und Tod in der Schule und stellt gleichzeitig eine neue Lehrveranstaltung zur Diskussion. WIRTZ vergleicht darin fremd- und eigenkulturelle Sterbens- und Todesvorstellungen – ein in unserer Gesellschaft zu unrecht tabuisiertes Thema. Anschließend berichtet Ernst SCHUMACHER von seinen Eindrücken aus dem Kongo und diskutiert die Kraft der integrativen Magie für die transkulturelle Psychiatrie.

Insgesamt repräsentieren die Beiträge zusammen die Vielschichtigkeit medizinischer Konzepte. Auch wenn 25 Jahre nach Alma Ata das Ziel einer weltweiten Gesundheitsversorgung nicht umgesetzt wurde, so zeigt der Fortbestand lokaler Krankheitsvorstellung doch die Dynamik autochthoner Medizinkulturen – eine überaus positive Entwicklung.

BETTINA E. SCHMIDT
Marburg, im August 2004

Zitierte Literatur:

- GREIFELD Katarina 2003. Einführung in die Medizinethnologie. In GREIFELD K.(Hg). *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer, S. 11-37.
- KNAUTH Christopher 2003. *Krankheitsbekämpfung, Gesundheitssysteme und Entwicklung*. In: GREIFELD K. (Hg) a.a.O., S. 133-164
- RAKELMANN Georgia & RUNDLE Stella 2001. *AIDS in my home. AIDS in my neighbourhood. Batswana write essays and short stories about HIV and AIDS*. Francistown.